

**UNIVERSITE MOULOUD MAMMARI DE TIZI-OUZOU
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES
ET DES SCIENCES DE GESTION
DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES**



Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques

Spécialité : ECONOMIE DE LA SANTE

Sujet

***L'évolution du système de santé en
Algérie depuis 1962 à nos jours :
réalités et perspectives***

Présenté par :

- **DEROUICHE Aldjia**
- **KACEL Samia**

Encadré par :

Mr. SALMI, Madjid

Devant le jury composé de :

**Présidente : Mme. LOUGGAR. F M.C.A, à l'UMMTO.
Rapporteur : Mr. SALMI. M M.C.B, à l'UMMTO.
Examinatrice : Mlle. SI MANSOUR. F M.C.A, à l'UMMTO.**

Année universitaire 2016-2017

Remerciements

Nous tenons tout d'abord et avant tout à rendre grâce à Dieu de nous avoir donné le courage et la détermination ainsi que la patience pour pouvoir franchir toutes les épreuves afin d'arriver à ce stade.

La réalisation du présent travail a été rendue possible grâce au soutien et à la contribution de plusieurs personnes que nous tenons à remercier.

Nous exprimons nos *sincères reconnaissances et plus vifs remerciements* à Mr CHENAN.A professeur à l'université Mouloud MAMMERI de Tizi-Ouzou, pour *ses conseils*, ses encouragements et ses orientations.

Nous voudrions exprimer toute notre reconnaissance et notre gratitude à notre Directeur de mémoire, Mr SALMI, Madjid pour son encadrement, son savoir partagé, ses Conseils, sa patience, sa disponibilité et sa générosité qui nous a permis d'avancer sur ce travail et grâce auxquels ce mémoire a pu aboutir. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

Nous remercions chaleureusement les membres de jury qui ont eu l'amabilité d'accepté d'évaluer notre travail.

Nous présentons nos sincères remerciements à Mme BINLALA, la s/directrice de la formation et de la documentation du C.H.U. de T.O, qui nous a accordé un peu de leur temps lors d'entretiens,

Nous voudrions remercier également tous ceux qui ont apporté leur aide de près ou de loin et contribué à la réalisation de ce mémoire, qui fut pour nous une expérience très enrichissante.

Dédicaces

Nous avons le grand plaisir de dédier ce modeste travail à :

Qui nos sont très chers au monde nos parents pour leur soutien durant toutes nos années d'études ; nos sœurs ; nos frères ;

Nos amies surtout la promotion 2017 de l'économie de la santé. ;

A tous ceux qui par leur sourire, leur gentillesse et espoir nous ont encouragés à poursuivre nos études.

Aldjia ; Samia

Résumé

Le système de santé algérien pose une série d'interrogations. Il n'a pas été choisi ; sa mise en place a eu lieu durant la période coloniale et à l'indépendance il a été tout simplement reconduit dans sa fonction comme dans sa logique, lesquelles s'avère inadaptées aux besoins sanitaires réels des habitants. Le système de santé actuel privilégie l'action curative alors que la plupart des problèmes sanitaires de la population sont dus à l'interaction de facteurs sociaux ainsi qu'à la marginalisation de la prévention au sens large.

Aujourd'hui l'action sanitaire s'est avérée de faible efficacité, malgré le volume des investissements consacrés au développement de l'offre dans tous ses aspects. Les dépenses de santé deviennent trop élevées. Elles se distinguent par un rythme de croissance très rapide. En 2015 leur rapport dans le P. I. B. Atteint 6,5%. Une analyse approfondie du système s'impose, ainsi que la recherche d'autres voies en vue d'une meilleure efficacité de l'action sanitaire.

Mots clé :

Santé, Système de santé, Les maladies transmissibles, Les programmes de santé, la contractualisation.

Abstract

The Algerian health system raises a series of questions. He was not chosen; its establishment took place during the colonial period and at independence it was simply renewed in its function as in its logic, which is not adapted to the real health needs of the inhabitants. The current health system favors curative action, whereas most of the health problems of the population are due to the interaction of social factors as well as to the marginalization of prevention in the broad sense.

Today the health action proved to be of low efficiency, in spite of the volume of investments devoted to the development of the offer in all its aspects. Health expenses are getting too high they are distinguished by a very fast pace of growth. In 2015 their report in the P. I. B. Reaches 6.5%. An in-depth analysis of the system is needed, as well as the search for other ways to improve the effectiveness of the health action.

Keywords:

Health, Health system, Communicable diseases, Health programs, contracting.

Liste des figures

Figure	Titre	N°
Figure N°01	Premiers indicateurs démographique pour 1000 habitants.	44
Figure N°02	Evolution de taux de l'accroissement naturel.	72
Figure N°03	Evolution de taux brut de natalité.	73
Figure N°04	Evolution de taux brut de mortalité.	74
Figure N°05	Evolution de taux de mortalité infantile.	75
Figure N°06	Dépenses en santé (secteur public) en Algérie.	84

Liste des tableaux

Tableau	Titre	N°
Tableau N°01	Evolution de l'effectif de la population algérienne résidente.	16
Tableau N°02	Evolution du taux d'accroissement naturel moyen de la population algérienne.	16
Tableau N°03	La ration dépense national de santé (DSP) par rapport à la production intérieure brute (PIB).	27
Tableau N°04	Première indicateur démographique pour 1000 habitants.	44
Tableau N°05	Evolution des maladies des PEV.	46
Tableau N°06	Evolution des MTH et de la tuberculose en Algérie de 1990 à 1999.	49
Tableau N°07	Evolution de la population résidente totale et de l'accroissement naturel.	72
Tableau N°08	Evolution des naissances vivante et de taux brut natalité.	73
Tableau N°09	Evolution de mortalité générale et de taux brut de mortalité.	74
Tableau N°10	Evolution de taux de mortalité infantile par sexe (pour mille naissances. Vivantes).	75
Tableau N°11	Dépenses en santé (secteur public) en Algérie.	84

Liste des signes et abréviations

A.M.G : Assistance Médicale Gratuite

C.H.U : Centres Hospitalo-Universitaires

C.E.N.E.A.P : Centre Nationale d'Etude et d'Analyse pour la Population

C.N.A.S : Caisse Nationale des Assurances Sociales

C.A.S.N.O.S : Caisse Nationale de Sécurité Sociale des non-Salariés

D.S.P : Direction de la Santé et de la Population

D.T.P : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (vaccination)

E.P.A : Etablissement Public à caractère Administratif

E.P.I.C : Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial

E.P.S.P : Etablissements Publics de Santé de Proximité

E.A.S.M : Enquête Algérienne sur la Santé de la Mère et l'Enfant

E.A.S.F : Enquête Nationale sur la Santé de la Famille

E.P.H : Etablissements Publics Hospitaliers

F.M.I : Fonds Monétaire International

F.N.U.A.P : Fond des Nations Unies pour les Activités de la Population

H.T.A : Hypertension Artérielle

I.N.S.P : Institut National de Santé Publique

I.R.A : Infections Respiratoires Aigues

L'.A.A.R.D.E.S: L'Association Algérienne pour la Recherche Démographique Economique et Sociale

M.I.C.S : Enquête à Indicateurs Multiples

M.T.H : Maladies à Transmission Hydrique

M.S.P : Ministère de la Santé et de Population

M.S.T : Maladies Sexuellement Transmissibles

M.S.P.R.H : Ministère de la Santé, de la Population et de Réforme Hospitalière

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé

O.N.S : Office National des Statistiques

O.R.S : Observatoires Régionaux de la Santé

P.I.B : Produit Intérieur Brute

P.A.S : Plan d'Ajustement Structurel

P.C.S.C : Plan Complémentaire de Soutien à la Croissance Economique

P.S.R.E : Plan de Soutien à la Relance Economique

P.N.L.A.T : Programme National de Lutte Anti Tuberculeuse

P.L.A.S : Programmes Locaux d'Action Sanitaire

P.M.I : Protection Maternelle et Infantile

P.N.M.C.D : Programme National de Maitrise de la Croissance Démographique

P.S.P : Programmation Sanitaire du Pays

P.E.V : Programme Elargi de Vaccination

P.C.A : Pharmacie Centrale Algérienne

R.A.A : Rhumatisme Articulaire Aigue

R.G.P.H : Recensement Générale de la Population et de L'Habitat

T.B.S : Tableau de Bord de la Santé

T.M.I : Taux de Mortalité Infantile

U.N.I.C.E.F : United Nations of International Children's Emergency Fund

V.I.H : Virus Immunodéficience Humaine

Sommaire

Introduction général.....	1
Chapitre1 : phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.....	6
Introduction	6
I-1 Les dates marquantes	7
I-2 La situation sanitaire.....	15
I-3 La politique de santé	27
Conclusion	35
Chapitre2 : phase II (1992-1995) vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics	36
Introduction	36
II- 1 Les dates marquantes	37
II-2 La situation sanitaire	40
II-3 La politique de santé	56
Conclusion	61
Chapitre 3 : phase III (1995 à nos jours réalité du système de santé et perspective).....	62
Introduction	62
III-1 Les dates marquantes	63
III-2 La situation sanitaire	69
III-3 Les perspectives.....	85
Conclusion	93
Conclusion générale.....	94
Bibliographie.	
Annexes.	
Tables des matières.	

Introduction générale

Le système de santé correspond à l'ensemble des éléments qui déterminent l'état de santé d'une population. Il se conçoit comme un système organisé d'actions, dont la finalité est d'améliorer la santé de la population. Dans une vision large de santé publique, le système de santé, dont va dépendre l'état de santé d'un pays, est composé de différents « sous-systèmes » : les sous-systèmes économiques, social, culturel, politique, juridique...

La guerre d'indépendance (1954-1962) a contribué, par la violence de l'affrontement, à l'aggravation de la situation socioéconomique des Algériens. La destruction d'infrastructures de base, la mort de plusieurs centaines de milliers de personnes ainsi que le déplacement de plus de deux millions d'autres, ont ruiné la population indigène et contribué à la détérioration profonde de sa situation sanitaire. À l'indépendance, l'Algérie comptait environ 9 millions d'habitants dont 85% vivaient dans des campagnes ravagées par la guerre et déstructurées par la politique de regroupement.¹

L'Algérie a connu un système de santé de nombreuses transformations depuis l'indépendance. Le secteur public y est dominant mais le secteur privé et ses pratiques s'imprègnent largement la dynamique de l'ensemble du système. Malgré les investissements publics colossaux et les nombreuses réformes entamées, le système de santé algérien souffre d'un déficit flagrant de cohérence, et d'efficacité.

Il ne donne satisfaction ni à la population, ni aux autorités nationales ni aux professionnels de la santé. Il profite largement aux marchands des soins et des produits de santé du fait de l'absence de toute régulation effective et explicite de l'organisation et des prestations de soins.

À partir des années soixante-dix, la politique de santé s'est caractérisé par trois faits majeurs :

- L'instauration de la gratuité des soins à partir de janvier 1974 ; généralisation de l'accessibilité de la population aux services de santé ;
- Réforme des études médicales : Amélioration qualité de l'enseignement, Renforcement de l'encadrement, Grand nombre de praticiens médicaux (toutes spécialité). ;
- Création d'un secteur sanitaire : pierre de l'organisation du SNS.

A partir de la fin des années quatre-vingts et jusqu'à l'avènement du nouveau millénaire, la situation a été caractérisée par une accumulation de problèmes conduisant à une altération progressive du système de santé malgré certaines actions de redressement relative cette époque est caractérisé par :

¹ACHIOU, Meriem, AMIROUCHE, Souhil, essai d'analyser des déterminants de dépenses de santé en Algérie, mémoire de master, Economie appliquée et ingénierie financière, Bejaia : Université Bejaia, 2016, p.3.

Introduction générale

- La réalisation d'importantes infrastructures sanitaires ;
- L'existence d'un potentiel médical et paramédical ;
- L'acquisition de nombreux équipements.¹

La création et mise en place de structures de soutien à l'action du ministre de la santé, dont : Le laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques (LNCPP), la pharmacie centrale des hôpitaux (PCH), l'agence nationale du sang (ANS), chargée de l'élaboration de la politique nationale de sang (1995).²

Depuis 1999, avec l'arrivée du président qui soutient et relance l'économie, les indicateurs de santé publique connaissent une amélioration significative :³

- Rattrapage sur le plan infrastructurel : nouvelles constructions de structures hospitalières et des investissements massifs en matériel et équipements, notamment dans le domaine de l'imagerie médicale ;
- Maintien des réformes (contractualisation et libéralisation total, émergence des cliniques privée...)
- Reprise encore fragile des excédents depuis 2002 : renforcement des dispositifs tiers payant (la sécurité sociale, médicament, carte CHIFA).

Actuellement, le système public de santé doit répondre à une demande de plus en plus exigeante par une classe moyenne en expansion continue en même temps qu'il doit s'adapter à la nouvelle donne des MNT (maladies non transmissibles) dont le cancer, qui exigent à elles des ressources plus importantes et une organisation sanitaire mieux adaptée.

▪ **Intérêt et importance de sujet**

Ce sujet porte un intérêt majeur puisqu'il s'inscrit dans le domaine de l'économie de la santé. L'intérêt personnel de ce sujet, est d'attirer l'attention des économistes de la santé sur l'évolution du système de santé depuis l'indépendance à nos jours,

Sur le plan scientifique, ce sujet peut servir comme source de documentation pour les autres chercheurs qui viendront après nous, et procurer des informations qui peuvent se révéler indispensables pour effectuer des recherches ultérieures dans le domaine. L'importance de ce sujet se distingue par le manque des travaux universitaires dans ce domaine.

¹KAHLOUCHE, Noureddine, *Développement d'un système constructif en milieu hospitalier* : démarche méthodologique pour la réalisation d'un complexe mère et enfant, Mémoire de magister, Rationalisation et développement des systèmes constructifs industrialisés, Souk-Ahras : université Mohamed chérif Messaadia Souk-Ahras, C.C.I, 2012, p.28.

²Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, *la santé des algériennes et des algériens*, rapport annuel, 2004, p.14.

³ACHIOU, Meriem, AMIROUCHE, Souhil, *Op.cit.*, p.10.

Introduction générale

▪ **Motifs de choix du sujet de recherche**

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, il est nécessaire de présenter les motifs de Choix de celui-ci qui sont d'ordre objectifs et subjectifs.

- **Motifs objectifs** : On a choisi ce sujet pour des raisons objectives suivantes :
 - Découvrir les phases d'évolution du système de santé en Algérie,
 - Les contextes démographique, épidémiologique, socioéconomique dans lesquels le système de santé est développé, et décrit les aspects concernant la morbidité et la mortalité enregistrées dans le pays,
 - Manque des travaux universitaires sur le sujet.
- **Motifs subjectifs** : Et pour raisons subjectifs telle que :
 - C'est pour nous un réel plaisir de traiter un sujet sur l'évolution du système de santé et ses perspectives depuis l'indépendance, car nous souhaitons que les recherches sur le sujet vont contribuer à améliorer nos expériences dans le domaine de la santé et nous permettrons de démontrer l'importance du système d'information et la contractualisation dans l'amélioration de l'état du système de santé de notre pays ;
 - En traitant ce sujet nous avons eu l'occasion idéale pour approfondir nos connaissances dans le domaine.

▪ **Problématiques d'étude**

Le départ massif de la population d'origine européenne lors de l'indépendance a constitué un handicap supplémentaire à l'organisation sociale et économique du pays au sortir de la colonisation. C'est dans ce contexte que va se mettre en place une politique de santé dont l'évolution sera marquée par la volonté de prise en charge des problèmes de santé de la population par l'État. On peut ainsi, identifier, dans l'évolution du système national de santé, trois périodes s'étendant schématiquement de 1962 à 1992, de 1993 à 1995, de 1995 à nos jours.

C'est l'idée que nous remettrons en question dans ce travail, cherchant à répondre à la problématique suivante :

Quelles sont les réalités inhérentes à l'évolution du système de santé en Algérie depuis 1962 à nos jours et ses perspectives ?

Pour mieux cerner la problématique de notre sujet, on a subdivisé cette question centrale en deux sous questions :

- Quelles sont les dates ayant marquées du système de santé en Algérie depuis 1962 à nos jours ?

Introduction générale

- Quelle est la politique de santé mise en place pour améliorer la situation sanitaire du pays ?

▪ **Objet de l'étude**

La construction de notre objet de recherche est un élément clé du processus d'investigation. Elle constitue le fondement sur lequel nous nous appuyons tout au long de ce travail de recherche.

Pour bien préciser notre objet, nous nous sommes fixées deux objectifs spécifiques qui sont:

- Déterminer les dates marquantes pour le système de santé en Algérie depuis 1962 à nos jours.
- Déterminer la politique de santé mise en place pour améliorer la situation sanitaire du pays.

▪ **Méthodologie de la recherche**

Afin d'atteindre notre objectif de recherche, nous avons tout d'abord adopté pour une démarche descriptive basée sur les notions théoriques, en donnant un aperçu historique du système de santé en Algérie depuis 1962 à nos jours, en effet, nous avons effectué une recherche bibliographique et documentaire ayant trait aux différents aspects théoriques et réglementaires, du système de santé, portant essentiellement sur :

- L'exploitation des thèses et mémoires de l'Ecole nationale de management et de l'administration de la santé (ENMAS).
- Une recherche documentaire et une collecte de données relatives au thème auprès de Ministre de la santé de la population et de réforme hospitalière (MSPRH), la direction de la santé et de la population (DSP) de la wilaya de Tizi-Ouzou.
- Travaux universitaires tels que les thèses et mémoires qui traitent les questions liées à notre sujet.
- Enfin, l'exploitation des sites d'internet.

▪ **Structure de l'étude**

Le plan de notre travail de recherche sera subdivisé en trois chapitres, chacun est subdivisé en trois sections. Il est présenté de la façon suivante :

- Le premier chapitre est consacré à présenter la première phase qui est débutée en 1962 pour prendre fin en 1992, Afin de développer ces différentes idées, nous structurons le présent chapitre de la façon suivante : la première section traitera les dates marquantes pour chaque décennie, la deuxième section sera consacrée à la présentation de la

Introduction générale

situation démographique, épidémiologique, socio-économique et, la troisième section sera consacrée à la politique de santé.

- Pour le deuxième chapitre va traiter la deuxième phase qui est débutée en 1993 pour prendre fin en 1995, nous présenterons les dates marquantes pour cette phase, la deuxième section sera consacrée à la présentation de la situation démographique, épidémiologique, socio-économique et, la troisième section sera consacrée à la politique de santé.
- Pour le troisième chapitre va traiter la troisième phase qui est débutée en 1995 à nos jours fera l'objet de déterminer les dates marquantes, la deuxième section va traiter la situation sanitaire et la troisième section déterminer les perspectives.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

Introduction

A l'indépendance, le système de santé, fondé sur l'action curative au profit d'une population minoritaire concentrée dans les centres urbains (Alger, Constantine, Oran), était inadapté à la réalité sociale. Le premier état des lieux établi par le ministère de la Santé en 1966 en ce qui concernait les personnels de santé, comptabilisait 1378 médecins, dont 364 Algériens, 216 pharmaciens, dont 186 Algériens, 171 chirurgiens-dentistes, dont 86 Algériens, et 4834 agents paramédicaux. Cet effectif très réduit devait faire face aux besoins de près de 9 millions d'habitants. Au cours des années 70, le système de soins a été radicalement changé sous l'ordre des pouvoirs de décision politique. La nationalisation du pétrole, en 1972, qui a amélioré de manière très substantielle les revenus de l'État, va permettre à l'Algérie de se lancer dans un vaste programme de développement à travers les « *révolutions industrielle, agraire et culturelle* ». Dans le domaine de la santé, ce programme se traduit par un certain nombre de décisions politiques. En 1974, l'accès aux soins dans les structures publiques de santé a été institué, et la constitution de 1976 intègre trois orientations tracées par le principe de gratuité des soins, la massification de la profession médicale (plus de 1000 médecins formés par an) et l'importance donnée aux soins de santé primaire.

Les indicateurs sanitaires étaient au rouge. La malnutrition sévissait partout. La mortalité infantile était pratiquement de 180 pour mille. Les maladies à transmission hydrique (choléra, fièvre typhoïde) et les maladies contagieuses telles la tuberculose pulmonaire sévissaient à l'état endémique et faisaient des ravages, pour y faire face, les pouvoirs publics de l'époque avaient, malgré des ressources limitées, pris des décisions courageuses. La vaccination de tous les enfants, par exemple, avait été rendu obligatoire. Dans les écoles primaires, les cantines assuraient aux élevés une ration calorique suffisante leur permettant d'échapper à la malnutrition.

Le premier chapitre est consacré à présenter la première phase qui est débutée en 1962 pour prendre fin en 1992, soit une phase s'étalant sur trois décennies, chaque décennie distingue de l'autre par les événements marquants. Sachant que le système de soins et l'environnement socio-économique et politique sont intimement liés. Afin de développer ces différentes idées, nous structurons le présent chapitre de la façon suivante : la première section traitera les dates marquantes pour chaque décennie, la deuxième section sera consacrée à la présentation de la situation démographique, épidémiologique, socio-économique et, la troisième section sera consacrée à la politique de santé.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

I-1 Les dates marquantes pour cette période

I-1-1 La période 1962 -1973

Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie disposait de moins de 500 médecins (dont 50% d'Algériens) pour couvrir une population de 10.5 millions d'habitants. Les indicateurs sanitaires à l'époque se caractérisaient par une mortalité infantile élevée (180‰), une espérance de vie qui n'atteignait pas 50 ans. Des maladies transmissibles sévissant l'état endémique, d'une importante cause de décès et de handicaps. Les ressources étant limitées, le ministre de la santé s'est fixé deux objectifs essentiels face à cette situation : la lutte contre les maladies transmissibles et le développement de l'accès aux soins. L'action sur terrain se distinguait par la mise en œuvre de programme de santé destinée à la protection des populations et de prévention des maladies prévalentes. A ce titre, la vaccination obligatoire de tous les enfants, Le programme d'éradication du paludisme a été lancé avec succès.¹

L'Algérie comptait environ 9 millions d'habitants dont 85% vivaient dans des campagnes ravagées par la guerre et déstructurées par la politique de regroupement. Moins de 20 % des enfants en âge d'être scolarisés fréquentaient une école et la situation sanitaire était principalement marquée par les maladies liées à la malnutrition et à l'absence d'hygiène et de prévention. Le départ massif de la population d'origine européenne lors de l'indépendance a constitué un handicap supplémentaire à l'organisation sociale et économique du pays au sortir de la colonisation

Face à cette situation, et en raison des ressources limitées, le ministre de la santé s'est alors fixé deux objectifs essentiels :²

La réduction des disparités en matière de répartition du corps médical (public et privé) afin de faciliter l'accès aux soins (instauration d'une mi-temps obligatoire dans le secteur public pour les praticiens installés à titre privé, mise en place d'équipes mobiles d'action sanitaire) ;

La lutte contre la mortalité et morbidité, dues aux maladies transmissibles.

Cette période a été marquée par la mise en œuvre de plusieurs programmes de santé destinés à protéger les catégories de population vulnérables, et à assurer la prévention de la vaccination obligatoire de tous les enfants, et que s'est déroulée avec succès la campagne d'éradication du paludisme.

¹LARIBI, Amel, *L'évolution du Système National de santé (1962-2007)*, ENSP, 2001, p.6.

²Ministre de la santé et de la population, *Développement du système national de santé stratégies et perspectives*, 2001, p.5.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

Durant cette même période, la production pharmaceutique, l'importation et la distribution de gros des médicaments, étaient assurées par des sociétés nationales (pharmacie centrale Algérienne –PCA- en particulier) ; la distribution au détail était partagée entre les secteurs privés et public (agences de la PCA).

- **1963** : Statut d'exercice public obligatoire pour toute nouvelle installation médicale.
- **1964** : L'année est marquée par :
 - Décret n° 64-420 du 12 mai 1964 institut national de la santé et de la recherche médicale (anciennement institut national d'hygiène).
 - La création de l'institut national de santé publique, établissement public à caractère administratif (EPA), qui avait pour objet de « *réaliser les travaux d'études et de recherche en santé publique nécessaire au développement des programmes d'action sanitaire et à la promotion de la santé* ».
- **1965** : Programmes nationaux de lutte contre le paludisme, le trachome et la tuberculose, Mis en place avec le soutien de l'Organisation mondiale de la santé.
- **1966** : Instauration à mi-temps, dans les services publics, pour les médecins exerçant, dans le secteur privé. Instruction ministérielle rattachant les unités sanitaire aux établissements hospitaliers dans le cadre de la gestion de ces unités sanitaires qui se trouvaient dépourvues de gestionnaire. Vaccination de masse par le BCG chez les enfants.¹
 - Le ministre de la santé indiquait que le nombre de médecins était de 1378 dont 364 algériens et 4834 agents paramédicaux pour une population de 9 million habitants.²
 - Le décret 66-73 du 4 avril 1966 rattache les unités sanitaires aux établissements hospitaliers et esquisse une ébauche de solutions au problème de financement de ces structures.³
- **1969** : Décret rendant les vaccins obligatoire et gratuite. Création de la pharmacie centrale algérienne, dont le mandat assigné était d'« *assurer le monopole d'importation, de production et de répartition des produits pharmaceutiques* ».
- **1972** : Vaccination de masse contre la poliomyélite par vaccin orale.
- **1973** : L'année est marquée par deux mesures très importantes :

¹ REMAL, Abdelkadir, Etudiant Assistant Sociale a INFSPM d'Alger, *Système de santé en Algérie*. (27/04/2013). Disponible sur : <https://abdelkadirremal.wordpress.com> (consulté le 01/10/2017).

² MEBTOUL, Mohamed, *Le système de soins en Algérie : 1962-2012 de l'étatisation à son éclatement*. (15/09/2012). Disponible sur : <https://www.djazairress.com/fr> (consulté le 29/09/2017).

³ Décret 63.73 du 04 Avril 1966 rattacher les unités sanitaires aux établissements hospitalier et esquisse une ébauche de solutions au problème de financement de ces structures.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

- L'ordonnance présidentielle instituant la gratuité des soins : sur le plan sanitaire une mesure politique fondamentale est prise par l'État algérien, mesure dite de *politique de médecine gratuite* : tout citoyen algérien est en droit d'être soigné gratuitement dans un établissement public, quel que soit son statut social. Cette mesure a effectivement permis à l'ensemble des citoyens d'accéder au système de santé. Sa mise en œuvre a malheureusement coïncidé avec la disparition de l'enregistrement, par les structures administratives, de tous les actes dispensés aux assurés sociaux par les structures hospitalières. Ces enregistrements avaient pour but de permettre un financement des structures de soins par les caisses de sécurité sociale ;
- La mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire. Cette réforme élaborée en 1970 pour être en mesure de produire «1000 médecins par an» a été mise en place définitivement en 1973 et a permis d'augmenter considérablement le nombre d'étudiants formés dans ces disciplines.¹

I-1-2 la période 1973-1983

La gratuité des soins, instaurée en 1974, a levé, en grande partie, l'obstacle financière qui privait une large frange de la population des bienfaits de la médecine. Des mesures complémentaires doivent être prises afin de lever définitivement cette entrave par l'aménagement de dispositions socio-économiques tendant à développer l'accès aux soins. Dès lors que la protection de la santé et la gratuité des soins sont des droits fondamentaux du citoyen et de toute la communauté nationale, ils deviennent une obligation sociale de l'Etat auquel il incombe :

- De grandir l'accès des services de santé à tous les citoyens, et d'assurer une distribution démocratique des soins.
- D'élaborer un programme national de santé ou, mieux encore, un plan national de santé.
- De développer l'infrastructure sanitaire.
- De réorganiser les services de santé afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population.²

La décision de médecine gratuite avait été par des mesures de démocratisation de l'accès à l'enseignement supérieur et aux facultés de médecine dès 1971, très rapidement la politique de santé a été officiellement comprise en termes de croissance de l'offre.

¹ CHAOUI, Farid, LEGROS, Michel, *Système de santé au Maghreb*, In : Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, Etudes et analyses, Institut de prospective économique du monde méditerranéen. IPEMD, 2012, p.48.

² Ministre de la santé, *le service de santé an Algérie situation et perspectives*, 1ere partie, 1979.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

Ainsi, les effectifs du personnel médical et paramédical. Les effets réels de cette évolution des effectifs médicaux doivent être appréciés en tenant compte de la répartition géographique notamment des médecins algériens : en novembre 1979 par exemple, 73% des médecins algériens exerçaient dans les trois principales villes du pays. Sur les 800 spécialistes répertoriés à la même date, 700 exerçaient à plein temps dans les centres hospitalo-universitaires et 140 étaient sous le régime du mi-temps. On retrouve pratiquement les mêmes niveaux de disparités alors même que les effectifs ont beaucoup cru.

La pratique de la médecine ne semble intéresser les algériens que si elle est exercée en milieu hospitalo-universitaire ou en cabinet privé.¹ Si les effectifs des personnels de soins ont évolué très rapidement, il n'en est pas de même pour les infrastructures sanitaires publiques qui ont relativement stagné jusqu'à la fin des années soixante-dix (70). Un programme d'investissement concernant quarante (40) hôpitaux clé en main a été réalisé par des firmes étrangères au cours des années quatre-vingts (80). Les difficultés d'assurer la maintenance équipement sophistiqués installés jointes à celles d'y affecter un personnel médical et technique spécialisé et stable ont rendu ces structures très peu opérationnelles. De nombreux hôpitaux connaissent des pénuries permanentes en moyens et fonctionnement en utilisant moins de 60% de leurs capacités.

La sectorisation avec un ou plusieurs secteurs sanitaire par Daïra, permet une véritable décentralisation des soins, et un plus large accès des citoyens aux structures sanitaires de base, et autorise les actions intégrées, soins prévention en zones rurales ; la prise en charge sur le plan médicale et matériel et assurer l'administration hospitalier. Pour permettre la coordination et une harmonisation entre les structures sanitaires de base avec l'hôpital, en vue de l'application de la politique sanitaire, les centres médico-sociaux dépendant des organismes publics, ou semi-publics, les structures privées ont vu leurs personnels et leurs activités intégrées à ceux du secteur sanitaire.² Cette époque a été marquée par trois faits majeurs :

- L'instauration de la gratuité des soins à partir de janvier 1974 ; généralisation de l'accessibilité de la population aux services de santé.

¹ KAHLOUCHE, Nouredine, *Développement d'un système constructif en milieu hospitalier* : démarche méthodologique pour la réalisation d'un complexe mère et enfant, Mémoire de magister, Rationalisation et développement des systèmes constructifs industrialisés, Souk-Ahras : université Mohamed chérif Messaadia Souk-Ahras, C.C.I, 2012, p.26.

² A, BOUROUKBA, A, BOUKHELOUA, A, HAMMANI, *l'évolution du système nationale de santé depuis l'indépendance*, In : Séminaire sur le développement d'un système national de santé, l'expérience algérienne, Alger, Journal l'unité, 1983, p.60.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

- Réforme des études médicales : Amélioration qualité de l'enseignement, Renforcement de l'encadrement, Grand nombre de praticiens médicaux (toutes spécialité).
- Création d'un secteur sanitaire : pierre de l'organisation du SNS¹.
 - **1974** : Instauration de la gratuité des soins, ce qui a favorisé un développement de l'accès de la population aux services de soins. D'autre part afin de combler le déficit en nombre de médecins algériens, l'Ordonnance n°73-65 du 28/12/1973.
 - **1975** : L'année est marquée par :
 - La programmation sanitaire du pays (PSP) avec l'adoption de normes (un centre de santé pour 6 à 7 000 habitants, une polyclinique pour 15 à 25 000 habitants, un hôpital par *daïra*, un hôpital par *wilaya*) et la formulation d'un certain nombre de programmes nationaux de santé. Le premier des programmes mis en œuvre dans le cadre de cette programmation sanitaire a été le programme de protection maternelle et infantile et d'espacement des naissances ;
 - La mise en œuvre dans tout le pays du programme élargi de vaccination (PEV) ;
 - L'instauration du service civil : en raison de l'augmentation massive du nombre de médecins terminant leur cursus universitaire, l'État prend conscience du fait qu'il lui sera impossible de rémunérer l'ensemble des médecins exerçant dans le service public et cherche également à promouvoir une répartition équitable des personnels sur le territoire national. Il est donc institué un service civil obligatoire pour chaque étudiant ayant terminé son cursus universitaire, service civil dont la durée est variable en fonction du lieu d'affectation et au terme duquel les praticiens sont autorisés à s'installer pour pratiquer dans le secteur privé. Cette mesure a débouché à terme sur la constitution progressive d'un groupe de plus en plus aussi important des praticiens bien généralistes que spécialistes, exerçant dans le secteur privé.²
 - **1976** : Le code de la santé publique s'inscrivait dans un contexte historique marqué par la nette volonté politique d'algérieniser tous les textes juridiques.³
 - Vu l'ordonnance n°76-12 du 20 février 1976 portant création des centres-hôpital universitaire ;
 - Vu l'ordonnance n°76-35 du 16 avril 1976 portant organisation de l'éducation et de formation ;

¹ L, CHACHOUA, *le système national de santé 1962 à nos jours*, In : colloque international sur les politiques de santé, Alger, 2014.

² CHAOUI, Farid, LOGROS, Michel, *op.cit.*, p.50.

³ Ministre de la santé, *Projet de Loi relative à la protection et à la promotion de la santé*, 1983, p.2.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

- Vu l'ordonnance n°76-79 du 23 octobre 1976 portant code de la santé publique ;
- Vu l'ordonnance n°76-81 du 23 octobre 1976 portant code de l'éducation et sportive¹.
- **1979** : Il est créé par décret le *secteur sanitaire* et les *sous-secteurs sanitaires*, en 1966, une instruction ministérielle avait rattaché, en vue de leur meilleure gestion, les unités de santé situées à proximité des divers hôpitaux, à ceux-ci. Cette décision avait été prise en raison de la pénurie en gestionnaires du système de santé. Cette mesure, initialement à visée simplement administrative, a débouché sur le concept de *secteur sanitaire* qui a été progressivement conçu comme un bassin de population au niveau du quel le système de santé devait intervenir pour prendre en charge la santé de la population.

Le décret de 1979 n'a fait qu'entériner une situation de fait et a de plus, établi la notion de sous-secteur qui exprimait l'idée d'une hiérarchisation des soins, un sous-secteur étant centré par une polyclinique à laquelle se référaient certains centres de santé et dispensaires, et le sous-secteur pouvant référer à l'hôpital les patients nécessitant des soins spécialisés. Après la mort du président Boumediene.
- **1980** : Une nouvelle politique de développement sous le slogan « *pour une vie meilleure* ». Plus libérale, cette politique est orientée vers la satisfaction des besoins de consommation de la population et est soutenue par l'augmentation des revenus pétroliers. Les unités de soins sont alors équipées de moyens modernes et de nouveaux hôpitaux sont édifiés, en particulier dans les années 1980 qui verront la construction de plus de quarante hôpitaux. Cet investissement en lits hospitaliers, s'il a amélioré la couverture nationale en lits, a pêché par l'absence d'une étude sérieuse quant à l'implantation géographique de ces unités et, parfois, par leur architecture inadaptée au milieu environnant.
- **1983** : La loi 83-11 du 2 juillet relative aux assurances sociales avalise le *forfait hôpitaux*. Ce forfait instaurant la gratuité des soins existait déjà avant la signature de l'ordonnance, et était versé aux structures hospitalières par les caisses d'assurance sociale pour payer les prix de journée et les actes dispensés aux patients assurés sociaux.

¹ Ministre de la santé et de la population, *Loi relative à la protection et à la promotion de la santé*, Agence nationale de documentation de la santé, ANDS, 1998, p.122.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

L'article 65 de cette loi stipule que « *Le montant de la participation forfaitaire des organismes de sécurité sociale aux dépenses des secteurs sanitaires est fixé par décret et est déterminé en fonction du coût de santé et du nombre d'assurés sociaux* ». ¹

I-1-3 La période 1983– 1992

L'Algérie s'est dotée d'importantes infrastructures sanitaires, a acquis de nombreux équipements en plus de l'existence d'un potentiel médical et paramédical non négligeable. En effet, d'importantes ressources ont été mobilisées par l'Etat essentiellement à travers son budget tout en faisant contribuer la sécurité sociale au financement du secteur de la santé suite à quoi des succès indéniable ont été enregistré par la politique sanitaire suivie. cette dernière s'est traduite par une forte réduction de la mortalité et de la morbidité, En effet, le taux de mortalité infantile qui était de 150 enfants pour 1000 en 1960 a chuté de deux tiers (2/3) en 1995 avoisinant ainsi 54,8 enfants pour 1000, Par ailleurs, il y a éradication de certaines maladies comme le paludisme ainsi que la disparition du typhus depuis 1977. ²

Puisque l'Etat ne pouvait plus employer tous ces médecins formés en grand nombre depuis les années 70. Ainsi se développera d'abord une médecine privée ambulatoire (cabinet médicaux et petites cliniques d'accouchement). Puis, la fin des années 80, autorisation est donnée pour le développement de la médecine hospitalière privée (cliniques). D'importantes sommes sont investie (40 hôpitaux neufs sont mis en services) et une importation massive d'équipements lourds est décidée durant cette décennie. Mais d'une part ces investissement se sont faits dans la hâte, sans étude approfondie des besoins et d'autre part, ils seront financés en grande partie par un très important prélèvement financière des caisses de la sécurité sociale. ³

La gratuité de soins a certes permis l'accès généralisé aux soins, néanmoins, elle engendre des effets pervers car des gaspillages énorme de ressources ont été enregistrés tant dans le financement non maîtrisés des structures que de leur gestion financière et comptable. Ajoutée à cela, une insatisfaction des malades utilisant les services publics de soins et ce suite aux pénuries de médicaments et à leur mauvaise prise en charge. Les dysfonctionnements du système de santé commençaient à apparaître sous l'effet de plusieurs paramètres entre autres :

- Comme dit l'adage la santé n'a certes pas de prix, mais elle a tout de même un cout ce qui revient à dire que la gratuité des soins n'est qu'un artifice étant que cette gratuité s'est

¹ CHAOUI, Farid, LEGROS, Michel, *Op. cit.*, p.50.

² SALMI, Madjid, *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle, élément pour une évaluation de la qualité des soins*, Thèse de doctorat, sciences économiques, T-O, Université Mouloud MAMMRI ,2009, p,28.

³ CHAOUI, Farid, *mettre le malade au centre de la politique de santé*, 2011, Disponible sur : www.Santetropicale.com/santemag/algerie/poivue74/htm, Consulté le: 12/09/2017.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

accompagnée d'un énorme gaspillage de ressources tant dans le financement les établissements de santé qui se fait d'une manière irrationnelle que des choix opérés en matière d'hôpitaux surdimensionnés à gestion plus couteuse ;¹

- L'insatisfaction des usagers du système de soins est due essentiellement aux pénuries de médicaments et de consommables et leur prise en charge défailante par un corps médical contraint à l'exercice dans le secteur public qui espère intégrer un jour le secteur privé plus rémunérateurs.

Cette époque est caractérisé par :²

- La réalisation d'importantes infrastructures sanitaires ;
- L'existence d'un potentiel médical et paramédical ;
- L'acquisition de nombreux équipements.
- **1984** : Le programme national de lutte contre la mortalité infanto-juvénile a été élaboré et mis en place avec la collaboration de l'Unicef.
- **1985** : Loi sanitaire n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.³
- **1986** : Le décret 86-25 du 11 février individualise les centres hospitalo-universitaires (CHU) en tant que structures autonomes. Jusque-là, les CHU n'existaient pas en tant que tels et les services universitaires étaient inclus au sein des secteurs sanitaires. Cette mesure a eu pour effet de couper les services d'enseignement universitaire des structures du terrain et a eu de ce fait un retentissement négatif, aussi bien sur l'organisation des stages de formation des étudiants, que sur l'accessibilité des patients aux structures spécialisées de ces CHU. Rétrospectivement, on constate que cette période a également été celle d'un changement important dans la politique nationale de santé.

En effet, si l'État a procédé à l'organisation du secteur public par la production d'un arsenal juridique, et en particulier par l'adoption d'une nouvelle loi sanitaire en 1985, la loi 85-05, dans le même temps, il a procédé à l'ouverture progressive du secteur à l'investissement privé en autorisant l'ouverture de cabinets de consultation, de centres d'hémodialyse et de petites cliniques.

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

¹SALMI, Madjid. *Op. cit.*, p.28.

²KAHLOUCHE, Nourddine, *Op.cit.*, p.28.

³Loi sanitaire N° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

La loi n°88-15 du 3 mai 1988 modifiant la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé a explicitement consacré la naissance des cliniques privées en Algérie. Il est précisé que la clinique doit être exploitée par un médecin, un groupement de médecins, des mutuelles et autres associations à but non lucratif.¹ (Voir annexe 1)

- **1989** : Première publication des statistiques sanitaires par la direction de la planification. Cette publication annuelle sera régulièrement publiée, jusqu'en 2004. Depuis, elle est malheureusement plus irrégulière. Création de l'École nationale de santé publique. Le décret 89-11, du 7 février 1989, lui confère un statut d'établissement public à caractère administratif et lui donne pour mission « *l'introduction de concepts et de techniques modernes en matière de gestion des services de santé à travers des formations destinées aux personnels gestionnaires et praticiens des établissements et structures de santé* ». Enquête sur la mortalité infantile et la mortalité maternelle organisée par la direction de la prévention du ministère de la Santé et de la Population en collaboration avec l'Unicef.
- **1990** : Réalisation de l'«enquête santé» effectuée par l'Institut national de santé publique. Conférence nationale sur la réforme du système de santé.²
- **1992** : Conférence nationale sur les programmes locaux d'action sanitaire (PLAS). Décrets d'application de la loi 85-05 concernant le médicament. Ces décrets concernent l'enregistrement des produits pharmaceutiques, l'autorisation d'exploitation d'un établissement de production ou de distribution de produits pharmaceutiques et l'information médicale et scientifique sur les produits pharmaceutiques.³

I-2 La situation sanitaire

La transition démographique se traduit par une croissance rapide de la population ainsi une hausse de volume des décès. Les enfants et les jeunes constituent une majorité de la population Algériens. Des mortalités maternelles et infantiles encore anormalement élevées.

Une transition épidémiologique se traduit par Une persistance de certaines maladies transmissibles et une résurgence épisodique de certaines maladies infectieuses (hydriques, tuberculose...)⁴

¹ ZEHNATI, Ahcène, *les évolutions récentes du système de santé algérien*, CREAD, P.50.

² CHAOUI, Farid, LEGROS, Michel, *Op.cit.*, p.8.

³ *Ibidem*

⁴ EL BACHIR, Zohra, *Evolution de la mortalité en Algérie*, mémoire magistère, Université d'Oran, science sociale, Oran, 2013, p. 30.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

I-2-1 La situation démographique en Algérie

L'Algérie a connu un développement démographique remarquable depuis l'indépendance. Estimée à environ 12 millions d'habitants en 1966. En l'espace d'une vingtaine d'années, la population a quasiment doublé. La population Algérienne a été estimée au cours du recensement de 1966 à 11.908.255 personnes, ce chiffre s'élève à 16.781.024 habitants au recensement de 1977, ce qui donne un taux d'accroissement inter censitaire égal à 3,21%. Selon les déclarations de certains officiels, ces chiffres furent jugés préoccupants à l'époque et constituaient un obstacle majeur sur lequel buttent tous les efforts de développement. La population algérienne franchit le seuil des 23 millions d'âmes en 1987.¹

Le taux de croissance de la population algérienne, estimé aux alentours de 2,5 %, durant la période 1951-1955, allait connaître une progression sans précédent durant la période intercensitaire 1966-1977. Cet accroissement démographique spectaculaire, qui a dépassé la barre des 3% pendant cette période, est imputable à une série de facteurs parmi lesquels le phénomène de rattrapage des naissances qui n'ont pu avoir lieu en raison des événements de la guerre, la baisse de la mortalité, ainsi que les traditions de la population algérienne qui ont toujours valorisé et favorisé le mariage et la descendance nombreuse.

Tableau N°1 : Evolution de l'effectif de la population algérienne résidente

Année	1966	1977	1987	1998	2008
Population en milliers	11.908	16.781	22.807	29.500	34.800

Source : EL, BACHIR, Zohra, *Op, cit*, 31 : ONS, données RGPH statistiques courantes

L'accroissement de la population depuis l'indépendance 11 908 millions en 1966 passant à 34 800 millions cette hausse peut être imputée aussi bien à l'augmentation du volume des naissances vivantes.

Tableau N°2 : Evolution du taux d'accroissement naturel moyen de la population algérienne

Période	1966-1977	1977-1987	1987-1998	1998-2008
Taux d'accroissement naturel moyen (%)	3,21	3,06	2,15	1,72

Source : EL, BACHIR, Zohra, *Op, cit*, p, 31 : ONS – statistiques courante

Le taux d'accroissement démographique, sous l'effet associé d'une natalité élevée et d'une mortalité sans cesse décroissante, est resté élevé jusqu'au milieu de la décennie 1980. A

¹ *Ibidem.*

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

partir de 1986, il amorce un mouvement de baisse pour descendre sous la barre des 2,15% durant la période 1987-1998. Il est estimé à 1,72 % durant la période intercensitaire 1998 -2008.

I-2-1-1 La mortalité générale

L'ampleur de la baisse de la mortalité en Algérie, depuis l'indépendance, est remarquable le taux brut de mortalité est passé de 18,1‰ en 1965 à 15‰ 1977, qui était de 16,4‰ en 1970, a baissé considérablement ; il a très rapidement régressé à 6‰ en 1989.

I-2-1-2 L'espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance représente un indicateur de santé, car c'est un instrument de mesure qui permet à la fois de juger le niveau de la mortalité et le niveau médicaux-sanitaire d'un pays, En 1965, la durée de vie moyenne était respectivement de 51,12 et 51,17 ans pour le sexe masculin et féminin. En 1977, elle passe à 53,03 ans pour les hommes et 53,84 ans pour les femmes, ce qui donne un gain de 0,16 ans par année pour les hommes et 0,19 ans pour les femmes. Pendant la période qui s'étale de 1977 à 1989, l'espérance de vie a évolué d'une manière progressive.

I-2-1-3 La mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile passe de 153‰ entre 1960 et 1964 à 103‰ en 1980 et en 2006 à 26,9‰. La mortalité infantile est considérée comme un bon indicateur des conditions sanitaires et médicales. Liée à des nombreuses variables socio-économiques, elle donne généralement une bonne idée du degré de développement.¹

I-2-1-4 Natalité

En Algérie, au début des années 1970, la natalité a atteint un niveau jamais égalé, de l'ordre de 50 pour 1000. Le nombre moyen d'enfants par femme défini comme l'indice synthétique de fécondité dépassait les 8 enfants. La chute de la natalité qui se poursuivra de manière ininterrompue et à une cadence plus rapide se traduit par une baisse importante du nombre moyen d'enfants par femme qui passe de 8,36 à 2,2 entre 1970 et 2006, soit une réduction spectaculaire de l'ordre de 6 enfants par femme à la fin de sa vie génésique.

L'objectif du PNMCD (programme national de maîtrise de la croissance démographique) adopté en 1983 et révisé en 1991 est une baisse du taux d'accroissement, notamment par une augmentation du taux de prévalence contraceptive. D'autre part, la création en juillet 1992 d'un Ministère de la santé et de la population témoigne du degré de préoccupation des autorités concernant la question de la croissance de la population en Algérie.

¹ : EL, BACHIR, Zohra, *Op, cit*, p, 32.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

I-2-2 la situation épidémiologie

Notre pays souffre encore des maux dus au surpeuplement, à l'absence de l'hygiène de base, et à la malnutrition, les maladies transmises par l'eau et les aliments :¹

- Gastro-entérites infantiles, typhoïde, hépatite ;
- La rougeole, qui exerce de véritables ravages, en particulier dans les zones déshéritées du pays ;
- Les rhumatismes articulaires aigus qui se compliquent, fréquemment de cardiopathies ;
- Les maladies vénériennes, en constante augmentation ;
- Les maladies transmises par vecteurs : rage, kyste hydatique, paludisme ;
- Le trachome, qui sévit dans le sud de pays.

Pays en développement, l'Algérie présente déjà les premiers symptômes médicaux avec l'accroissement ou l'aggravation :

- Des problèmes psychiatriques qui sont à la fois des séquelles de la guerre de libération et la rançon de la mutation accélérée que connaît le pays et qui entraîne des désadaptations violentes ;
- Du cancer qui toucherait 10 à 30 personnes pour 100.000 habitant ;
- Du diabète, de l'asthme ;
- Des accidents de la route, qui constituent un problème chaque jour plus important.

I-2-2-1 Les maladies transmissibles

I-2-2-1-1 Les maladies transmises par l'eau et les aliments

Sévissant à l'état endémique sur tout le territoire, elles prédominent au tableau des maladies infectieuses. Leur importance se reflète dans la part majeure qu'elles occupent parmi les causes de mortalité infantile.

Entre 0 et 1 an, la mortalité est due, dans 20 à 25% des cas hospitalisé dans un service spécialisé, aux gastro-entérites. Ce type d'infection peut être encore illustré par la fièvre typhoïde qui, au fil des ans, frappe de plus en plus de personnes : 1149 cas déclaré, donc connus en 1965, 1340 en 1973, plus de 3300 en 1977.

¹Le service de la santé en Algérie situation et perspectives Op.cit.,

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

I-2-2-1-2 les maladies transmises par vecteurs

Les vecteurs sont des organismes qui transmettent des agents pathogènes ou des parasites d'un sujet (ou d'un animal) infecté à un autre, causant de graves maladies dans les populations humaines. On les trouve généralement dans les régions tropicales et sous tropicales et là où l'accès à l'eau potable et aux systèmes d'assainissement pose problèmes¹, elles sont également liées à la salubrité de l'environnement.

Les moustiques propagent la leishmaniose et le paludisme, cette dernière maladie est en nette régression grâce à la campagne d'éradication entreprise depuis 1966/1967, il n'a été dénombré en 1977, qu'une cinquantaine de cas, localisés dans deux foyers seulement, contre plusieurs centaines il y a une décennie.

La surveillance des infections transmises par les moustiques doit d'ailleurs être d'autant plus stricte et rigoureuse que les programmes d'irrigation risquent d'entraîner une pollution des moustiques.²

les mollusques transmettent la bilharziose, autre fois circonscrite à des petites foyers historiques (DJANET, HAMIZ, OUEDRHIOUD), cette infection, qui dans notre région est une manifestation essentiellement urinaire, se traduisant en particulier par des hématuries, a gagné aujourd'hui la banlieue d'ALGER où plus de 500 cas ont été signalés parmi la population scolaire d'El-Harrach en 1976 et 1977, récemment encore une enquête effectuée chez des enfants tout-venant a révélé de porteurs du parasite, une action décisive doit être entreprise pour éviter l'aggravation de la situation et sa dissémination à d'autres régions du pays.³

I-2-2-1-3 Les maladies contrôlables par vaccination

- **La tuberculose :** Des campagnes nationales de vaccination ont été entreprises au cours des années 1967 et 1968. Depuis 1969, la vaccination dès la naissance est devenue obligatoire, la formation intensive de microscopistes spécialisés dans le dépistage du B.K., la standardisation des méthodes de diagnostic et de traitement ont certainement contribué à réduire l'incidence de cette maladie. On évaluait, jusqu'en 1975, à 150, le nombre de nouveaux sujets tuberculeux à bacilloscopie positive, par année et pour une population de 100.000 habitants, le taux de tuberculose a été estimé à 53,2 pour 100.000 habitants en 1981, c'est-à-dire après l'adoption d'un schéma thérapeutique simplifié et la mise en place du nouveau d'information.⁴ (Voir annexe 2)

¹ Campagnes mondiale de santé publique l'OMS, disponible sur : www.who.int , consulté le 12/09/2017.

² Le service de la santé en Algérie situation et perspective, *Op.cit.*

³ *Ibidem.*

⁴ Le service de la santé en Algérie situation et perspective, *Op.cit.*

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

- **La diphtérie** : Le nombre de cas déclaré est en diminution constante, 16 cas ont été signalés en 1982. Alors que plusieurs centaines de cas étaient déclarés annuellement avant l'obligation vaccinale et l'amélioration du système d'information. L'incidence annuelle est passée de 3,52 en 1963 à 0,08 pour 100.000 en 1982. (Voir annexe 2)
- **Le tétanos** : Bien que d'une manière moins spectaculaire, son incidence est en diminution progressive, 0,53 pour 100.000 en 1963 contre 0,32 en 1982. Ceci est certainement dû à l'amélioration de la prise en charge des grossesses et des accouchements en milieu assisté (38% environ en 1982). (Voir annexe 2)
- **La coqueluche** : Il en est de même pour cette maladie dont l'incidence est passée de 5,46 à 2,97 pour 100.000 en 1982.¹ (Voir annexe 2)
- **La poliomyélite** : La aussi, l'incidence semble avoir subi une nette régression des cas déclarés : 75 cas en 1963, 71 cas en 1982. En réalité, cette maladie était l'objet d'une importante sous déclaration : seules les formes avec paralysie respiratoire, donc nécessitant une hospitalisation obligatoire étaient déclarés jusqu'au 1972. Après la campagne de vaccination de masse, l'incidence a progressivement diminué à partir de 1973. Mais assiste actuellement à une recrudescence des cas au cours de ces dernières années.² (Voir annexe 2)
- **La rougeole** : C'est une des principales causes de décès chez les enfants, l'enquête INSP/OMS de 1976, a montré qu'elle était responsable de 15% de la mortalité infantile et 25% des décès entre 1 et 4 ans. Son intégration dans le calendrier vaccinal n'est pas encore réalisée à cause de l'absence de texte réglementaire d'une part, le taux de déclaration annuel est passé de 8,33 en 1963 à 153,85 pour 100.000 en 1982. Mais cet accroissement reflète d'avantage l'amélioration de la qualité du système d'information que l'augmentation réelle de l'incidence.³

I-2-2-1-4 Les maladies d'origine hydrique

Leur augmentation rapide au cours de ces dernières années au second plan toutes services de santé. les gastro-entérites de l'enfant et les autres maladies diarrhéiques n'ont jamais fait l'objet d'une déclaration obligatoire mais des enquêtes épidémiologique ont montré qu'elles constituent la première cause de mortalité infantile (48%) c'est ainsi qu'on peut estimer à plus de 40.000 le nombre d'enfant âgées de 0 à 1 an qui meurent chaque années de diarrhée, les autres maladies d'origine hydrique a germe spécifique (typhoïde, dysenterie, hépatite virale,

¹ *Ibidem.*

² *Ibidem.*

³ Ministère de la santé, *Développement de la santé*, Reghaia, 1983, p.317.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

choléra) qui représentaient 18% de l'ensemble des notification au lendemain de l'indépendance, en constituent aujourd'hui 48%.¹

- **Le choléra :** Son introduction en Algérie a été a origine de la mise en place de mesure de surveillance exceptionnelle à la sensibilisation de différent service concernés et aux compagnes d'éducation sanitaire en direction des populations. Cette maladie semblait sur le point d'être contrôlée (286 cas en 1979, 262 en 1977et 220 en 1987) mais par suite du relâchement de la vigilance, et surtout de la dégradation des condition d'assainissement on assiste à des flambées inquiétantes depuis 1979 (6847 cas confirmés en (1982) la surveillance épidémiologique montre le germe est présent dans le milieu (eau) tout au long de l'année, mais c'est seulement de la mi-juin à la fin novembre que les maladies sont dépistés un effet, pendant le reste de l'année, l'eau est en quantité suffisante et les germes qu'elle contient sont suffisamment dilués pour ne pas provoquer de maladie, avec l'arrivé de la période estivales, les réserves d'eau diminuent et renferment par conséquent de germes dont la multiplication est favorise par les condition climatique c'est aussi le moment au les besoin en eau de l'organisme sont maximum obligeant les individus à s'approvisionner dans des point contaminés.
- **La fièvre typhoïde :** Elle se manifeste par des cas sporadique survenant au cours de la saison estivo -automnale au cours des années 60. Des cassons signales tout le long de l'année sur l'ensemble du pays.de plus des explosions épidémiques avec plusieurs certaines de maladies souviennent lorsque les réseaux d'eau potable est contaminé par une infiltration massive des eaux usées
- **L'hépatite virale :** Avant l'indépendance et jusqu'a au début des années 70, elle sévissait sous forme de cas sporadique, à l'exception de quelques flambées épidémiques dans des foyers connus tels que Sétif et Ain-Beida. Depuis 1976, les foyers se sont étendus sur tout le pays. En 1978 a enregistré autant de cas d'hépatite que de fièvre typhoïde et en 1982 trois fois plus.²

I-2-2-1-5 Les maladies transmissibles prévalentes

- **La méningite seribro-spinale :** Elle excite a l'état endémique, un meilleur de cas en moyenne sont déclarés chaque années, au cours des années épidémiques qui surviennent approximativement tous les 10 ans (1969-1979) le nombre de cas est multiplié par deux. Lors de la dernière épidémie (Alger-Blida 1979) une tentative de vaccination de masse été

¹ *Ibidem.*

² *Développement de la santé, Op, cit. p, 318.*

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

entreprise mais les résultats n'ont pas été très concluants la aussi. Il est certain qu'une amélioration des conditions de vie contribuera à réduire la fréquence de cette maladie.

- **La rage** : Chaque années plusieurs personne meurent de cette maladie contracte généralement après morsures de chien errants, est important quand on sait que les pays développées il n'y a plus du cas de rage humaine depuis plus d'un demi-siècle il faudra procéder à l'élimination systématique des chiens errants et mettre vaccins et sérums en quantité suffisante dans toutes les régions du pays pour éviter à l'avenir ces morts inutiles.¹
- **Le kyste hydatique** : C'est une maladie également due en grande partie aux chien errants, elle rêvait une grande importance à cause de ces répercussion économique elle entraine de grande pertes permis les troupeaux ovins, bovins etc. son cout médical et aussi élever car seul l'intervention chirurgicale avec en moyenne une hospitalisation de deux mois, peut guérir le malade atteint.
- **La bilharziose** : En 1962, deux foyers étaient encore en évolution celui de Hamiz (Blida) au nord et celui de Djanet (Ouargla) au sud. Depuis 1979, le foyer du Hamiz s'est étendu progressivement a la région algéroise, avec des mesures strictes de protection et d'aménagement de environnement sont nécessaire pour éviter l'extension de cette maladie a d'autres régions du pays.
- **La leishmaniose** : Elle existe sous ses deux aspect : viscérale et cutanée, le Kala Azar qui sévissait autrefois dans les régions littorales du nord semble peu près stabilise. par contre la leishmaniose cutanée est en pleine progression, elle était essentiellement limitée à deux wilayat (Bechar et Biskra). Depuis 1981, cette maladie a envahi brutalement la région des hauts plateaux (Batna, Msila, Laghouat, Djelfa) plusieurs milliers de personnes en ont été victimes en 1982, cette progression due à plusieurs facteurs :² (Voir annexe 4)
 - L'arrêt de l'aspiration de DDT après la fin du programmes de lutte active contre le paludisme a favorise la multiplication des populations phlébotomes ;
 - L'effort de population « vierge » (travailleuses jeunes du service national originaire du nord du pays) dans des zones endémiques ;
 - La modification du biotope du réservoir (rongeurs, chiens) et peut être du vecteur lui-même.

Un début de lutte contre cette maladie basse sur l'aspersion intradomiciliaire de DDT a été entamée en 1983 dans la wilaya de Msila, mais le véritable programme de lutte ne pourra

¹ *Ibid*, p.319.

² Séminaire sur le développement d'un système national de santé, *Op.cit.*, p.183.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

être réalisé, que lorsque les enquêtes épidémiologiques en cours auront complètement identifiées les différents facteurs écologiques de cette maladie.

I-2-2-2 Les maladies non transmissibles

Bien qu'apparemment masquées par les maladies infectieuses et parasitaires qui dominent la pathologie du pays, les maladies non transmissibles n'en constituent pas moins une préoccupation des autorités sanitaires. Les statistiques concernant les accidents de la route ou les cancers, les problèmes d'hygiène mentale provoqués par la guerre de libération et aggravés par les mutations socio-économiques et démographiques du pays au lendemain de l'indépendance vont en s'amplifiant.

- **Les maladies cardio-vasculaires :** Une étude rétrospective sur dix ans, menée en milieu hospitalier a montré que les angors et infarctus représentent 14% des affections cardiaques et 3,9% des malades des services de cardiologie, une enquête ponctuelle, menée des dernières années dans la wilaya d'Alger a montré que la prévalence de l'HTA est d'environ 7%, les cardiopathies rhumatismales, conséquences des infections respiratoires à streptocoque constituent 40% des malades hospitalisés dans les services de cardiologie. Quant à l'incidence moyenne du RAA, elle a été estimée à 0.5%, pour les enfants âgés de 4 à 16 ans.
- **Les tumeurs malignes :** L'incidence, calculée entre 1966 et 1975 a été évaluée à 50 nouveaux cas pour 100.000 habitants, avec une nette prédominance des cancers de l'homme aux âges extrêmes de la vie et chez la femme pendant la période d'activités génitales, les cancers les plus fréquents rencontrés en Algérie sont, par ordre d'importance, ceux de la peau, du col utérin, des ganglions, du poumon, du sein, du larynx, du nasopharynx, du cavum, de l'estomac, de la cavité buccale, du corps utérin et la leucémie.¹
- **Les complications obstétricales :** Les femmes en âge de procréer sont évaluées à plus de 4 millions et on observe environ 800.000 naissances par an : seulement 40% d'accouchements ont lieu en milieu assisté, l'étude de la mortalité selon âges montre qu'elle est plus importante chez la femme aux pôles de la période de fécondité : 15 à 25 ans, ce qui correspond aux âges des grossesses à risque. Le taux de mortalité maternelle a été évalué à 3,5% en milieu hospitalier, 20% des femmes enceintes, uniquement, bénéficient des soins prénataux, les 806 centres de PMI sont insuffisants pour prendre en charge les 4 millions de femmes en âge de procréer.²

¹ Séminaire sur le développement d'un système national de santé, *Op.cit.* p.184

² *Ibid.* p.184.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

- **Les problèmes nutritionnels** : Au lendemain de l'indépendance, le sous-nutrition constituait un des premiers problèmes de santé publique de notre pays, Kwashiorkor, marasme, rachitisme grave, et autres carences nutritionnelles étaient fréquents : 6% des enfants âgés de 6 ans atteints de malnutrition grave en 1964, la consommation alimentaire était tombé à 2,6%.

Les cas d'enfants souffrant de maladies nutritionnelles sont devenus exceptionnels, ces résultats ont été obtenus grâce à l'élévation générale du niveau de vie, lui-même dû à l'amélioration des conditions socio-économiques, et aussi grâce à l'utilisation d'un aliment de sevrage : la superamine.

La ration alimentaire est actuellement satisfaisante (2830 calories) et même élevée au point de vue énergétique grâce à la consommation de céréales.

- L'amélioration du revenu national ne se traduit pas sur le plan nutritionnel de la même manière dans les secteurs urbain et rural, alors que dans le première la diversification en faveur des aliments prothétiques (viandes, lait, œufs) et même élevée au point de vue énergétique grâce à la consommation de céréales.
- Les programmes actuels de lutte sont dirigés contre les maladies nutritionnelles par carence (malnutrition protéiné calorique, goitre, anémie ferriprive) et certaines maladies de surcharge telles que le diabète et l'hypertension artérielle¹.

I-2-2-3 Les accidents

- **Les accidents de la route** : A l'origine, localisé dans les pays industrialisés, cette épidémie a envahi la plupart des pays, A tel point qu'à une exposition égale au risque, L'Algérie à triste privilège d'être l'un des pays les plus touchés

En 1979, 33 232 victimes ont été dénombrées :

- 3 114 tués sur le coup ;
- 30 118 blessés.

En pratique, un algérien meurt toutes les trois heures et un autre est blessé toutes les vingt minutes sur les routes, les accidents de la circulation sont responsables de 1,2 de la mortalité globale, taux qu'ils couvaient au moins de doubler si on exclut la population infantile âgée de moins de un an.

- **Les accidents du travail et les maladies professionnelles** : L'industrialisation du pays a été à l'origine d'une augmentation notable des accidents du travail et de l'apparition d'une

¹Développement de la santé, *Op. cit.* p.320.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

importante pathologie professionnelle, le nombre d'accidents ayant entraîné une interruption de travail a augmenté de 140,8%

- En 1979, 63343 accidents qui correspondent à une perte de 1.475.892 journées de travail ont été recensés, le taux moyen d'incapacité permanente a été évalué à 16,74%.
- En 1981, le nombre d'accidents déclarés s'est élevé à 85 219.

I-2-3 La situation économique après l'indépendance

L'économie algérienne, a connu depuis l'indépendance plusieurs périodes traversées par des bouleversements majeurs.¹

I-2-3-1 La première période : de 1962 -1980

Juste après l'indépendance, l'Algérie a été confrontée à une crise sociale et économique qui s'est reflétée sur le système de santé, qui s'est trouvé dans un grand déficit et surtout une couverture sanitaire insuffisante. La population qui comptait environ 10 millions d'habitants s'est retrouvée avec un système sanitaire conçu pour répondre aux besoins de la minorité concentrée dans les villes. Le reste de la population a connu une faible couverture sanitaire.

Ce déficit concerne surtout la ressource humaine, puisque le nombre des médecins en 1963 était de 285 médecins Algériens. Cet effectif très faible devait couvrir les besoins d'une population, soit un 1 médecin pour 35 000 habitants, Pendant les décennies 60 et 70, l'économie algérienne était centralisée et fondée sur une stratégie d'industrie financée par une rente pétrolière abondante.

Grâce à un programme investissements ambitieux, la croissance économique a été forte et soutenue (une forte croissance de 7% à la fin des années 70 et une baisse continue du taux de chômage de 32,9 en 1966 à 18% en 1980. L'agriculture ayant été marginalisée par le choix du modèle de développement économique adopté dans cette période.

Le taux d'investissement public n'a pas cessé d'augmenter pendant la période 67-80. Situé à 26% entre 1967 et 1969, il dépasse les 50% pendant les deux années 1978 et 1979. Ces performances au niveau de l'investissement sont réalisées au détriment de la « consommation et en contrepartie d'une austérité sévère »

Au cours de cette première période, les principaux indicateurs sociaux ont connu une Nette amélioration :²

¹ KADI, Nadjat, santé productive et pauvreté en Algérie. Thèse de doctorat, faculté des sciences sociale, Département démographique, Université d'Oran, 2013, p.100.

²EL BACHIR, Zohra, *Op cit*, p, 61.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

- Le taux net de scolarisation des 6 à 13 ans est passé de 54% en 1969/70 à 80% au début des années 80 ;
- L'espérance de vie qui n'était que de 48 ans en 1962 passe à 59 ans en 1980 puis atteint le seuil des 60 ans en 1982 ;
- Le taux de mortalité infantile qui était de 160 pour mille après l'indépendance, chute à 84,72 pour mille en 1980.
- La consommation par habitant en dinars constant est passée de 1008 à 1687 entre 1967 et 1978 soit un taux d'accroissement de 67%.

I-2-3-2 Deuxièmes périodes : de 1980- 1993

Après plus de 15 ans d'indépendance, L'Algérie a accordé aussi une importance particulière aux moyens matériels par l'augmentation du nombre de structures hospitalières qui ont connu une hausse de 81 hôpitaux durant cette période de 12 ans.

Il y a eu aussi l'augmentation du nombre de centres de santé, de cliniques publiques ou privées, de salles thérapeutiques etc. en vue de répondre aux besoins de santé de la population algérienne. En ce qui concerne les dépenses liées au secteur de la santé par rapport au produit national brut (PNB %), ils sont connu un développement remarquable, où la part consacrée à la santé passe de 3,6% en 1979 à 5,5% en 1988. Les limites du modèle de développement de la période précédente sont apparues à partir des années 80, lorsque l'Algérie a dû faire face à un déclin de son système productif qui a provoqué un endettement extérieur très important, passant de 1 milliard de \$ en 1970 à 18 milliard \$ en 1980. A cause de ces bouleversements, une nouvelle démarche économique d'investissement a été adoptée. Cette nouvelle démarche a pour but de rééquilibrer les investissements en faveur des secteurs de l'agriculture, de l'hydraulique et des infrastructures sociales.¹

Cette nouvelle politique économique a bénéficié d'une conjoncture économique internationale favorable, les prix des hydrocarbures ayant été multipliés par plus de 2, ce qui a permis à l'Algérie d'enregistrer un taux de croissance économique de l'ordre de 5% en moyenne par an entre 1982 et 1985, et un relatif désendettement extérieur. La chute des prix des hydrocarbures en 1986 a provoqué :

- La chute de la croissance économique qui dépassait les 5% entre 1982 et 1985 devient négative à partir de 1986 (sauf pour les années 1989 et 1992 grâce à la hausse des prix du pétrole) ;

¹KADI, Nadjat , *Op, cit*, p. 101.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

- L'inflation a connu un saut entre 1989 et 1990 en passant de 9% à 17% ;
- Les déficits budgétaires sont apparus à partir de 1986 et semblent s'installer durablement avec des niveaux de plus en plus importants ;
- La contrainte extérieure ne cesse de s'aggraver depuis le début des années 80. Le service de la dette rapporté aux recettes d'exportation de biens et services dépasse les 50% à partir de 1986 et atteint 76 % en 1993.

Après la crise économique, le niveau de vie de la population algérienne a connu une dégradation.

Le taux de chômage était important dans cette période et il a connu une augmentation en arrivant à un seuil de 23,15% en 1993. Entre les deux années 1985 et 1987, il a connu un saut brutal passant de 9,7% à 21,4% soit une augmentation de plus de 10 points. Cette augmentation est due à la chute de la création d'emplois qui n'arrive plus à faire face à une demande d'emplois de plus en plus croissante. A titre d'exemple, entre 1985 et 1989, les créations d'emplois permanents passent de 122000 à 56000 emplois soit une chute de 54% entre ces deux années.

1-2-3-3 Production intérieure brute (P.I.B)

Tableau N°3 : La ration dépense national de santé (DSP) par apport à la production intérieure brute (PIB).

Agrégat	1980	1981	1982
P.I.B	137.700.000	165.000.000	180.000.000
D.N.S	5.310.000	6.735.700	8.473.400
D.N.S-P.I.B	3,85%	4,02%	4,6%

Source : MSP, développement de la santé, *Op, cit* p.286.

Sur la base du ratio DNS-PIB figurent à ce tableau, on peut constater que cette croissance n'a pas impliqué une part plus de la dépense de santé dans l'économie, puisque le ratio obtenu varie entre 3,85% et 4,6% alors que les taux similaires dans de nombreux pays développés sont de l'ordre de 8 à 10%.

I-3 La politique de santé pour cette période

La politique de santé pour la présente décennie vise d'une part à engager une gestion proactive des transition démographique et épidémiologique, largement entamées dans le pays et dans ce cadre à faire les choix les plus justes en terme de programmes et d'action prioritaires de santé, d'autre part, elle s'inscrit dans le cadre de la recherche d'une meilleur efficacité et

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

efficience des actions entreprises, tout en sauvegardant les principes intangibles d'équité et de solidarité dans l'accès aux soins.¹

I-3-1 La politique de santé et les indicateurs démographiques

La relation n'est pas de type linéaire ni univoque. Fonctionne aussi dans le sens "santé-démographique".

Il s'ensuit donc qu'en inverse les progrès en matière sanitaire ont une incidence démographique directe et certaine qui dans les pays sous-développés, en général, et en Algérie s'est traduite en premier lieu par une réduction de la mortalité général, ensuite par celle de la mortalité infantile et juvénile et donc par une augmentation de l'espérance de vie à la naissance et aux différents âges : C'est à dire par un accroissement de la quantité du volume de vie disponible pour un même nombre de naissances.

Mais le processus est loin d'être à son terme. L'accroissement de la population ainsi induit, retentit directement donc sur le volume de la population, mais son effet ne s'arrête pas là et se fait sentir au niveau des structures démographiques mêmes. En tranches d'âge jeune qui vont avoir plus de poids, donc représenter des pourcentages croissants de la population².

Ce processus est déjà en cours : L'expansion démographique actuelle de pays comme l'Algérie résulte de la baisse de la mortalité en particulier infantile accompagnée toutefois d'une natalité qui reste trop importante. Le comportement démographique en l'occurrence met beaucoup plus de temps à se modifier, sans n'apparaître qu'avec un certain décalage dans le temps.

Peut émettre l'hypothèse qu'en dehors de tous les autres déterminants, la forte natalité actuelle résulte aussi d'une mortalité infantile élevée et que c'est au niveau des couches pauvres et les plus défavorisées culturellement que ce « modèle » démographique reste prépondérant le niveau d'instruction de la femme conjugué à l'activité hors du foyer semblent constituer les principaux facteurs de modification du comportement en matière de baisse de la natalité. Même si une nuptialité moins précoce en réduisant la durée de vie féconde de la femme et aussi un puissant facteur de baisse de la natalité.

¹Ministre de la santé et de la population, *L'état de santé des Algériennes et des Algériens*, Rapport Annuel, 2002. P.61.

²OUFRIHA, Fatima-Zohra, *Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie*, Alger, p.116.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

Cependant, est à ce niveau aussi que les taux de mortalité infantile sont les plus bas. Il Ya certainement un lien entre la prise de conscience et l'intériorisation de la baisse de la mortalité infantile et de la baisse de natalité.¹

La diminution de la natalité due à la scolarisation, à l'urbanisation et extension du travail féminin est permise par des moyens, relevant du secteur de la santé : pilule anticonceptionnelle, stérilet et avortement. Dans certains pays il semble que la « pilule » soit le médicament le plus répandu, ce qui n'est pas le cas en Algérie malgré que le problème suscite des débats passionnés. Il y a cependant une inflexion nette de la politique officielle.

Une politique de contrôle ou d'espacement des naissances dans le cas de forte croissance démographique peut avoir une double justification :

- Diminuer la charge « sociale » récurrentes liée au politique d'éducation et de sante afin de dégager un volume plus important de ressources a affecté à l'investissement productif en termes de capital ;
- Améliorer l'état de santé des mères et des enfants.

C'est l'inflexion actuelle en Algérie en matière de politique de populations. Mais seul le second aspect nous intéresse pour notre propos².

Les enfants des familles nombreuses et pauvres souffrent de malnutrition sinon même de sous-nutrition ce qui les rend plus vulnérables aux maladies en particulier transmissibles encore que des progrès considérables ont été enregistrés de ce cote. Il est évident aussi que des maternités trop fréquentes, trop rapprochées diminuent la résistance de la mère en premier lieu.

Mais même en dehors de toute volonté de contrôle ou d'espacement des naissances, les problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement se posent de façon spécifique au sexe féminin, il faut donc leur accorder l'attention qu'il méritent, et ne point se connecter la progression du taux d'accouchement en milieu assiste, lorsque on connaît les faibles ses des services de P.M.I et de gynécologie.

La réduction de la mortalité infantile a été amorcée en Algérie, il en est de même de la natalité. Mais toutes les deux se situent encore à des niveaux trop élevé et ce, plus spécialement si l'on se réfère aux moyens affectés aux services de santé ; lesquels néanmoins n'ont pas été spécialement axes sue ces aspects. La natalité qui ne relevant pas du médecin et des services de

¹ *Ibidem.*

² *Ibid.* p.117.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

santé dans la perception traditionnelle n'a pas fait pression à ce niveau, contrairement aux soins.¹

Il serait non seulement scandaleux, mais aussi inefficace et surtout en fin de compte très « couteux » de laisser la mortalité infantile freiner la croissance démographique quand la natalité est estimée est trop élevée...ce qui est en fait le résultat implicite de politique qui laissent trop d'enfant mourir.

Un des axes d'intervention important du système de santé serait d'agir concomitamment, par une politique intégrée de façon à réduire les deux taux.il est possible que extension des services médicaux et en particulier de ceux qui permettant la baisse de la mortalité infantile soit l'étape préalable sinon essentielle dans l'acceptation de l'espacement voire de la limitation des naissances par les femmes. C'est dans la mesure où les mères analphabètes pauvres adurant compris et intériorisé le fait que leurs enfants, gage de leur sécurité, de leur « légitimation » social sont maintenant et, concrètement, appelés à échapper à la mortalité infantile quelle seront plus « aptes », plus prêtes à accepter le pendant inverse de la réduction de la natalité. Bien entendu sans qu'il y ait de lien de nature mécanique, et compte-tenu des autres déterminante, ce qui laisse largement place à une politique d'accompagnement, donc d'encouragement d'espacement ou de limitation des naissances ou la part de l'éducation est très importante.²

I-3-2 Un programme national d'action sanitaire

Le programme national d'action sanitaire doit s'articuler autour des axes d'effort principal suivant :

▪ **Promotion de la santé de la famille**

Dans le cadre de la promotion de la santé de la famille, la protection des mères et des enfants constitue la priorité des priorités. La promotion de la mère et des enfants consiste, essentiellement, à prendre en charge les grossesses et les accouchements, faciliter et encourager l'accès aux techniques d'espacement des naissances, améliorer les conditions de nutriments des enfants en bas âge améliorer la couverture vaccinale.

Il a certes, été établi que le sous-développement est la véritable cause de l'explosion démographique et que la solution du problème du sous-développement ne résidait pas dans une politique de limitation des naissances. Mais cette thèse n'exclut pas la politique d'espacement des naissances en tant que facteur de développement économique et social planifié et efficace.

¹ OUFRIHA, Fatima-Zohra, *Op, cit*, p, 117.

²*Ibid.* p.118.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

L'espace donc de la limitation des naissances, et par ailleurs un élément indispensable à la réduction de la mortalité infantile, à l'équilibre familial, à la santé de la mère, et à l'amélioration de l'état de bien-être physique et mental de l'enfant.

Le taux de couverture vaccinale qui reste relativement faible, et l'irrégularité des actions de prévention, sont une des préoccupations majeures de nos services de santé.

La moyenne de la couverture vaccinale, à travers le pays, ne dépasse pas 70% ce taux relativement faible, même si l'on sait que les vaccinations sont contrairement assurées contre certaine maladie, ou dans les centres urbains, est un problème important et urgent pour lequel une solution appropriée doit être recherchée dans les meilleurs délais.

▪ **La lutte contre la malnutrition**

La malnutrition, stigmate du sous-développement et des injustices sociales, doit être appréhendée dans toutes ses dimensions. Une action globale doit être envisagée pour corriger les déficits et pour améliorer les conditions de nutrition dans les régions déshéritées et pour les groupes de population à risque.¹

▪ **La protection des travailleurs**

La protection des travailleurs, la réparation de la force de travail en cas d'accident ou de maladies, sont des priorités qui s'inscrivent dans l'effort de développement national, d'autant plus aigües que le développement accéléré s'accompagne d'un transfert de technologie nouvelles non maîtrisées et de risque accrus.

▪ **La lutte contre les maladies transmissibles**

Des programmes systématiques de lutte contre les maladies transmissibles doivent être engagés. Ces maladies, qui constituent encore une des principales causes de mortalité et morbidité infantile, devrait régresser grâce à une meilleure couverture vaccinales et au progrès de l'hygiène publique. Une action permanente d'assainissement et de l'hygiène du milieu doit être programme, avec des échancres impératives, situant les responsabilités des autorités, instances et tutelles a tous les niveaux.

▪ **La psychiatrie**

Les problèmes d'hygiène mentale. Dont l'importance revient notamment aux mutations profondes intervenues dans la vie sociales et familiale, doivent être abordés à travers une conception nouvelle à la fois audacieuse, ouverte et moderne.

¹ Le service de santé en Algérie situation et perspectives, *Op.cit.*,

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

Faisant partie des problèmes de santé de la population, ils doivent être pris en charge par les structures extrahospitalières proches de la population, de manière intégrée, limitant aussi l'importance et la fonction des structures lourdes « asilaires »

- **La lutte contre les maladies non transmissibles :**

Parmi les maladies non transmissibles (handicaps divers, accident de la route, cancer, affections cardio-vasculaire, asthme, diabète, etc...), il importera de mettre en priorité celles qui sont les plus importantes, en fonction de critères statistiques épidémiologique rigoureux, et qui se prêtent à des possibilités d'intervention préventive ou curative.

La réalisation de ces programme d'action sanitaire prioritaire doit être, d'autre part, sous-tendue par un effort permanent de mobilisation et d'éducation sanitaire de la population¹.

I-3-3 Le programme de protection maternelle et infantile s'articule autour de la lutte contre la mortalité infantile et l'espacement des naissances :

- La lutte contre la mortalité infantile comprend elle-même un double volet, bien que les vaccinations aient été rendues obligatoires et gratuites, il n'en demeure pas moins que le taux vaccinal est loin d'être intégral.²le premier axes consiste dans une tentative de généralisations des vaccinations dans une démarche plus systématique d'élaboration de programme de travail dans chaque secteur sanitaire en liaison avec les autorités locales en vue de la captation de l'ensemble de la population cible (programme appliqué depuis février 1985) ; par la désignation des responsables des équipes de vaccination accrue de la population, enfin la définition et l'application d'un mode d'évaluation périodique des actions menées.
- Le second axe plus « nouveau » aussi est dit de « lutte contre la mortalité infantile » il consiste en un certain nombre d'action en vue de la prévention et de lutte contre les maladie diarrhéique aigues de l'enfant : l'objet étant de réduire par ce biais la mortalité infantile de 50% c'est à dire de la faire passer à 45% au début de la prochaine décennie avec mise en œuvre et diffusion d'un plan, tenue de séminaire regroupant l'ensemble des responsables locaux et de wilaya, chargé de la prévention, la diffusion a un million d'exemplaire d'un carnet individuel de santé pour suivi sanitaire dès la naissance, avec évaluation sur le terrain de l'application de ce plan. L'objectif (sous l'égide du ministère de l'énergie) pour la fourniture d'une de fabrication de sels réhydrations orale.

¹*Ibidem.*

² OUFRIHA, Fatima, Zohra, *Op. cit.* p. 99.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

- La politique nationale d'espacement des naissances n'est pas uniquement du ressort du ministère de la santé lequel prend en charge l'aspect technique par l'approvisionnement régulier en produit contraceptifs des structures sanitaires. A partir de septembre 1985, les stériles sont vendus dans les officines pharmaceutiques et les gynécologues privés peuvent les poser. Toute une série de mesures propres à permettre aux structure sanitaires habilitées a contribué régulièrement et efficacement à cette action son édictées.

I-3-4 la prévention des maladies a transmission hydrique

Il semble que grâce à un renforcement du dispositif d'action, le taux des maladies à transmission hydrique baisse des 1984 et encore plus nettement à partir de 1985.

D'où renforcement du système de surveillance des eaux destinées à l'alimentation par création au sein des secteurs sanitaire de élaboration d'analyses.¹

Enquête épidémiologique des localisations des pollutions et dotation des services d'équipement de mesure de la teneur en chlore. Concomitamment à un certain nombre d'action concernée en liaison en particulier avec les collectivités locales responsables de l'assainissement du milieu.

Il ne peut que aux conclusions du rapport d'exécution du plan annuelle pour 1985 qui affirme c'est toute l'organisation et le fonctionnement des structure de santé qu'il fallait repenser en fonction de la primauté des structure sanitaires légères auxquelles revient 90% de la demande de soins.

Le « plan d'action » du gouvernement s'est traduit par des actions spécifiques :

- Un programme de lutte contre la morbidité infantile ;
- Un programme de vaccination contre la rougeole.

Du point de vue fonctionnement des structures de soins par :

- L'ouverture pour un horaire de travail de 12 heures par jour de toutes les structures sanitaires non hospitalières : polycliniques, centre de santé P.M.I., D.A.T. maternités ;
- La décision de faire fonctionner 24 heures sur 24 heure une structure légère dans chaque commune et quartier de grandes villes.²

Un développement des moyens de réponse : infrastructure nouvelle, augmentation des effectifs quantitativement, accroissement de la consommation en produit pharmaceutiques, ainsi outre la nécessité d'une normalisation des infrastructures et des équipement, il faut « agir » sur les administrateurs et les perspiceures de santé, afin de tendre vers une

¹Ibid, p.100.

²OUFRIHA, Fatima, Zohra, *Op. cit.* p, 101.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

meilleure maîtrise de la gestion en mettant en place un système d'analyse de gestion permanent au niveau de chaque centre de décision et en élaborant des « tableaux de bord » à l'usage de tous les responsables tant administratif que médicaux.

La transition démographique se traduit par une croissance rapide de la population ainsi une hausse de volume des décès. Les enfants et les jeunes constituent une majorité de la population Algériens. Des mortalités maternelles et infantiles encore anormalement élevées.

Chapitre I : Phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre.

Conclusion

L'étude évolutive du système de nationale de santé qui s'est mis progressivement en place en Algérie en fonction des options politique et des phase depuis de développement socio-économique nous permet de retenir rétrospectivement des point positive et prospective des situations à améliorer.

Depuis l'avènement de la médecine gratuite, les besoins de la santé ont été d'avantage satisfaits et des moyens financiers importants ont été par conséquent mise en œuvre depuis cette date cependant si une rationalisation dans l'utilisation des moyens financiers mise en œuvre actuellement n'intervient pas à terme, la tendance à la discordance entre l'évolution des dépenses et les prestations fournies sera de plus en plus accentuée.

On peut affirmer que les maladies infectieuse et parasitaire sont en mesure d'être totalement contrôlées au cours des prochaines années. Notamment grâce d'une part à l'application de la législation concernant la protection de l'environnement, le code des eaux, et la loi sanitaire (partie consacré à la santé publique et a l'épidémiologie), a la pratique généralisée des vaccinations d'autre part et surtout si le niveau de vie de la population poursuit sa progression. Par contre pour les maladies non transmissibles et les accidents, de gros effort restent encore à accomplir. Des programmes de prévention réalisée dans les pays développée doivent être élaborés. Les moyens nécessaires pour leur application sont déjà disponibles.

Enfin une phase de plus en plus large devra être consacrée à l'information générale de la population et en particulier à l'éducation sanitaire.

Dans le chapitre suivant, Nous allons représenter les différents événements de la deuxième phase historique de santé en Algérie, ainsi que ses modalités et ses dépenses.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

Introduction

Le système national de santé s'est néanmoins trouvé confronté, depuis la fin des années 80, à de multiples contraintes qui ont altéré son efficacité et ses performances, il s'agit notamment de l'inadaptation de son organisation, de sa gestion et des modalités de son financement aux mutations que connaît le pays,

Depuis 1990, l'Algérie est soumise à des courants sociopolitiques contradictoires qui expliquent à la fois les régressions observées dans certains domaines, et les avancées instables enregistrées dans d'autres. Quant au profil démographique, le phénomène de transition est plus lent à se réaliser, mais nettement perceptible en Algérie. Cette double transition (épidémiologique et démographique) ne peut qu'influer sur la politique de santé du pays dont les principaux aspects seront saisis à travers les données statistiques sanitaires disponibles.

Nous présenterons l'évolution des maladies transmissibles principalement certaines maladies en recrudescence telles que la tuberculose, la rougeole, la diphtérie, la méningite, notamment celles qui touchent les enfants. La connaissance des caractéristiques démographiques permet de montrer leur incidence sur la santé de la population.

Le nombre des victimes qui témoignent de cette situation permet de mieux comprendre les risques que fait poser cette violace sur la santé de la population, non seulement dans le domaine de l'accessibilité aux soins, et dans celui des séquelles immédiates, mais encore pour les traumatismes à long terme sur le plan psychologique et sociologique, les femmes et les enfants représentent les populations les plus exposées dans ce domaine. En contrepoint de ce phénomène indiscutable s'inscrit une évolution politique vers la démocratisation de la société algérienne.

Le deuxième chapitre est consacré à présenter la deuxième phase qui est débutée en 1993 pour prendre fin en 1995, soit une phase s'étalant sur trois années, Afin de développer ces différentes idées, nous structurons le présent chapitre de la façon suivante : la première section traitera les dates marquantes pour cette phase, la deuxième section sera consacrée à la présentation de la situation démographique, épidémiologique, socio-économique et, la troisième section sera consacrée à la politique de santé.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

I-1 Les dates marquantes pour cette phase

Le système de santé algérien a connu des modifications importantes depuis l'indépendance, il est actuellement régi par la loi 85-05 du 10 février 1985, modifiée et complétée en 1990, il convient de signaler qu'un avant-projet de loi sanitaire a été élaboré et devrait être soumis aux procédures visant son adoption ce nouveau texte de loi, tient compte de l'évolution importante de contexte national, ainsi que des besoins nouveaux au plan socio sanitaire.¹

Le mécontentement des patients et usagers et des personnels de santé face à la rapide dégradation des prestations du secteur public, pousse l'Etat à promouvoir davantage le secteur libéral, lui transférant une part de plus en plus grande des soins ambulatoires et hospitaliers (années 90). Cette libéralisation se fait sans encadrement juridique Par ailleurs, la plupart des praticiens du privé n'est pas conventionnée avec l'Assurance Maladie et les tarifs des actes pratiqués par le secteur privé sont très supérieurs aux barèmes de remboursement en vigueur qui n'ont pas été suffisamment réévalués. De ce fait, la quasi-totalité des frais encourus auprès des médecins privés restent à la charge des ménages.²

- **1993** : Mise en place de la contractualisation des prestations de santé à titre expérimental dans des unités pilotes du pays. Création du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques par le décret exécutif 93-140 du 14 juin. Ce laboratoire a le statut d'EPA et a pour mission le « contrôle de la qualité et l'expertise des produits pharmaceutiques y compris les produits chimiques, officinaux, les produits galéniques et les vaccins ». Mise en place du programme d'éradication de la poliomyélite conformément à la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé³.

L'instruction n°113/MSP/DNOSS/SDEASPS du 8 mai 1993 fixe les conditions techniques pour la réalisation des cabinets médico-chirurgicaux des médecins spécialistes en ORL et ophtalmologie (clinique en ambulatoire). Sur la base de cette instruction, 57 cliniques d'ophtalmologie et d'ORL ont vu le jour dans 22 wilayas (dont 18 implantées à Alger, 4 à Sétif, 3 à Oran). Ce cadre réglementaire a permis aux praticiens spécialistes d'exercer leur art, consultation, exploration et notamment l'activité chirurgicale dans un

¹Ministre de la santé, de la population et de réforme hospitalier, *la santé des algériennes et des algériens*, rapport annuel, 2004, p.77.

²*Bilan et situation en 2012*, Disponible sur :<http://www.nabni.org/nos-propositions/sante/bilan-et-situation-en-2012>. Consulté le (28/09/2017).

³CHAOUÏ, Farid, LOGROS, Michel, *Op.cit.*,p. 51.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

cadre conforme aux normes techniques et sanitaires prévu à cet effet qu'il s'agisse du service d'accueil et de consultation ou du bloc opératoire et de mettre fin à l'activité chirurgicale dans les cabinets de consultation. Ce type de structure érigé en établissement permet aux praticiens spécialistes exploitants à recruter le personnel nécessaire au développement de cette activité.

La réglementation prévoit le recrutement de médecins réanimateurs à temps plein. Cependant l'activité opératoire étant réduite dans ces cliniques (2 à 3 jours par semaine le plus souvent), ces médecins-réanimateurs souhaitent obtenir l'autorisation d'exercer à temps partiel dans d'autres cliniques chirurgicales de jour afin d'avoir un plan de charge suffisant.¹

La chirurgie ambulatoire est un geste chirurgical effectué dans la journée, sous une anesthésie de mode variable, ne nécessitant pas le maintien du patient en hébergement la nuit. Cette pratique, en développement depuis une vingtaine d'années, est rendue possible par des avancées notables, tant au niveau des techniques qu'en matière de prises en charge chirurgicales et anesthésiques des patients. Elle ne saurait être limitée aux seules spécialités d'ophtalmologie et d'ORL. L'Instruction n°113/MSP/DNOSS/SDEASPS du 8 mai 1993 doit donc être revue et un cahier des charges doit être élaboré pour cadrer cette activité chirurgicale de jour.

- **1994** : Décret exécutif 94-74 du 30 mars érigeant l'Institut Pasteur d'Algérie, institution centenaire, en établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC). Création de la Pharmacie centrale des hôpitaux. Le décret exécutif 94-293 du 25 septembre 1994 confère à cette structure un statut d'EPIC. Elle a pour mission :

« Dans le cadre de la politique nationale de santé publique, l'approvisionnement, le stockage et la distribution des produits pharmaceutiques et instrumentations médico-chirurgicales destinés aux structures sanitaires publiques, la fabrication de préparations pharmaceutiques et toute formation en rapport avec son activité »².

La dynamique sanitaire en Algérie : La société algérienne connaît une construction par le haut de la profession médicale. Elle présente, de ce fait, ce qui va à l'encontre de ce qui est au fondement de cette profession, à savoir l'autonomie acquise par rapport aux autres pouvoirs.

¹ABID, Larbi, *les établissements de la santé secteurs libéral en Algérie*[en ligne], (2014) Disponible sur : <http://www.santemaghreb.com/algerie/poivue83>; Consulté le 06/10/2017.

²REMAL, Abdelkadir, Etudiant Assistant Sociale a INFSPM d'Alger, *Système de santé en Algérie*[en ligne]. (27/04/2013). Disponible sur : <https://abdelkadirremal.wordpress.com> (consulté le 03/10/2017).

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

Ce mode de construction professionnelle a sans doute permis à une minorité de médecins de s'insérer dans les rouages décisionnels et d'engager de façon centralisée des programmes de santé ambitieux, avec pour objectif explicite de modifier les habitudes sanitaires des usagers, sans faire cas de leurs représentations sociales. Or, ce système de soins, qui n'a pu se constituer que grâce à la rente pétrolière, a montré toutes ses limites. En intégrant les acteurs de la santé dans un moule unique, il a contribué à faire de la médecine un instrument efficace dans le maintien et le renforcement d'un Etat autoritaire.

Les résultats sont connus : se trouve en présence d'un simulacre de médecine « moderne », révélant une pratique médicale bricolée et exercée par des professionnels de santé, totalement désenchantés et frustrés, au statut et au prestige fortement dévalorisés, qui se limitent à revendiquer plus de moyens techniques et thérapeutiques¹. Du médecin militant, on passe aujourd'hui au médecin-technicien qui tente de focaliser toute son attention sur la dimension scientifique et technique qui, seule selon lui, peut encore donner sens à l'activité médical.

- **1995** : Création de l'Agence nationale pour le développement de la recherche en santé par le décret exécutif 95-40 du 28 janvier. Cet établissement qui a un statut d'EPA est placé sous la double tutelle du ministère chargé de la Recherche et du ministère chargé de la Santé. Création de l'Agence nationale du sang, qui a un statut d'EPA et à laquelle le décret exécutif 95-108 du 9 avril confère la mission de « *l'organisation de la transfusion sanguine, l'élaboration et la proposition de règles de bonne pratique de l'exercice de l'activité transfusionnelle et les normes en matière de contrôle du sang et de ses dérivés* ».

Création de l'Agence nationale de documentation en santé. Le décret exécutif du 14 octobre 1995 donne pour mission à cette agence « *la mise à la disposition des personnels et des structures de santé et de tout utilisateur, tout document, ouvrage, publication, information et moyens didactiques nécessaires à leur formation et leur information* »². Elle est de plus le support et le gestionnaire du réseau « Santé Algérie ».

¹ MABTOUL, Mohamed, *la médecine face aux pouvoirs : l'exemple de l'Algérie* [en ligne] Disponible sur : <https://socio-anthropologie.revues.org>. (Consulté le 13/09/2017).

² CHAOUI, Farid, LOGROS, Michel, *Op.cit.*, p. 51.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

Réalisation de l'enquête à indicateurs multiples sur la mortalité infantile (MICS 1) commanditée par l'Unicef et organisée par la direction de la prévention du ministère de la Santé et de la Population.

II-2 La situation sanitaire

L'Algérie subit les conséquences d'une transition sanitaire accélérée, avec la combinaison des 3 transitions : une transition épidémiologique avec un recul spectaculaire des maladies endémiques et une montée des maladies chroniques ; une transition démographique avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population ; et une transition socio-économique avec un changement dans le mode de vie et une progression de la sédentarité.¹

II-2-1 La situation démographique

Les principales caractéristiques de la population algériennes des deux premières décennies postindépendance étaient la démographie galopante et le doublement de la population en 20 ans. Les calculs prospectifs de cette époque sont tous basés sur un taux d'accroissement naturel égal si non supérieur à 3% de sorte que la population devait atteindre les 30 millions d'habitants à la fin des années 1980². La population algérienne a été estimée à 38.7 millions d'habitants au 1er janvier 2013, soit un excédent de population de l'ordre de 4.3 millions de personnes par rapport à 2008. La décennie 90 est marquée par une accélération de la transition démographique amorcée en 1986. S'agissant du taux d'accroissement naturel ; la réduction a été de 30 % environ au cours de la décennie écoulée, en passant de 2,17 % en 1994, 1,47 % en 2000, 1,96 en 2009, 2,04 en 2011 et 2,16 en 2012.³

En 1992, une enquête nationale est menée par l'office national des statistiques, avec la même méthodologie et la même dimension que l'ESNP de 1969, en collaboration avec la division de la population de la ligue arabe et le fond des nations unies pour les activités de la population (F.N.U.A.P). Il s'agit de l'enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant (également appelée EASME). Celle-ci traite de la fécondité et de la mortalité infantile en privilégiant les aspects médicaux de ces deux phénomènes.

¹ MEKALT, KHoukha, BRAHAMIA, Brahim, *le système de santé algérien face à la transition sanitaire, prise en charge et financement*. Disponible sur : <http://www.eiseverywhere.com/retrieveupload.php>.

² AISSA, Delenda, ABDELKRIM, Fodil, *la transition démographique en Algérie*, mémoire master, faculté des sciences humaines et sociales, université d'Oran, 2006, P.56.

³ MEZAZI, Younes, *les indices démographiques en Algérie*, mémoire magister, université de Blida, p.364.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

Cette enquête a fait l'objet d'un rapport général autour des aspects démographiques stratifiés selon la région, le milieu d'habitat en plus des autres caractéristiques communes qui sont l'âge, l'instruction, la situation familiale etc....

Les analyses menées sur la base de l'EASM montrent que l'indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme) atteint 4 enfants (il était égal à 8 en 1969/70). Ces mêmes analyses situent le taux de prévalence contraceptive à 58,8% alors qu'il avoisinait à peine 10% selon la première enquête de l'AARDES. Les données de cette enquête ont servi à la réalisation de travaux de recherche dans le cadre de mémoires de licence, magister ou encore de thèse de doctorat. Parmi les travaux de recherches réalisés sur la base des données de l'EASM, un mémoire sur "l'impact des facteurs socioéconomiques sur la nuptialité, la contraception et la fécondité en Algérie".

La même année (1992), une étude sur l'émigration algérienne est effectuée par le CENEAP. Cette enquête analyse les différents aspects sociodémographiques de la population algérienne émigrée en Europe. Ces analyses sont diffusées dans une publication du CENEAP intitulée l'émigration algérienne vers l'Europe des douze.

Durant la décennie 1991-2000, un programme en direction de la santé de la mère et de l'enfant est mis en œuvre en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En plus de ses aspects purement médicaux, il y est inscrit deux enquêtes d'évaluation Middle Decal Goals (MDG 1995) et End Decal Goals (EDG 2000). L'identification du niveau de la prévalence contraceptive et son analyse par région et différentes variables sont les principaux travaux de recherche en relation avec la population. Les principales analyses réservées à ces deux enquêtes sont résumés dans des rapports du ministère de la santé et de la population intitulés MICS1 (1995), MICS2 (2000).

Cette décennie connaît également l'exécution du quatrième RGPH de l'Algérie indépendante. Les résultats de celui-ci confirment l'entrée en troisième phase de la transition démographique qui se caractérise par un niveau de natalité et de mortalité relativement faible et un rétrécissement de la base de la pyramide des âges que les démographes interprètent comme signe d'une baisse progressive de la fécondité .

Le Ministère de la Santé et de la Population réalise avec l'expertise technique de l'Office National des Statistiques et l'appui de la ligue des pays arabes et du FNUAP, une enquête nationale sur la santé de la famille en 2002 connue sous l'abréviation de l'E.A.S.F.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

Cette enquête est largement consacrée à la démographie et aborde la fécondité, la mortalité aussi bien générale, infantile que maternelle. D'autres volets sont destinés à la jeunesse, aux personnes âgées et aux ménages.¹

La méthodologie et les résultats de cette enquête ont donné lieu à un rapport général publié par l'ONS et le Ministère de la Santé. Les données sur la jeunesse montrent que les jeunes sont pratiquement unanimes à revendiquer qu'ils ont surtout besoin d'un poste de travail: 96,8% des hommes et 93,3% des femmes. S'agissant de la contraception, La pilule est sans conteste la méthode de contraception la plus connue par les jeunes ; 79,6% des jeunes âgés de 15 à 29 ans connaissent cette méthode : 72,2% des hommes et 87,7% des femmes.

Les données issues de cette enquête ont fait l'objet de beaucoup d'analyses et de publications. Deux communications relativement intéressantes à signaler ont porté sur la mortalité infantile et les conditions de vie des personnes âgées.

Les données de l'enquête relatives aux décès infantiles, collectées sur les trois dernières années précédant l'enquête, permettent d'estimer le quotient de mortalité infantile à 31,2‰ décès naissances vivantes. Selon le milieu de résidence, les résultats de l'enquête révèlent un écart de l'ordre de 3,3‰ en faveur du milieu urbain. Selon le genre, les quotients de mortalité infantile sont estimés à 33,7‰ chez les garçons et à 28,6‰ chez les filles soit un écart de 5‰ au profit de ces dernières. Cet écart atteint 8,1‰ en milieu urbain contre seulement 1,5 ‰ en milieu rural. Durant les deux dernières années précédant l'enquête, 2000-2001, sur 1000 naissances vivantes 37 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire ; 31 nouveaux nés décèdent avant leur premier anniversaire (20,5‰ entre 0 et 1 mois et 10,7‰ entre 1 et 12 mois².

II-2-1-1 L'espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance est passée de 65,4 ans en 1987 à 69,9 ans à 1994 selon l'office national des statistiques.³ L'espérance de vie en 1993 était de 68,85 ans pour le sexe masculin et 68,2 ans pour le sexe féminin. Les principales causes de cette amélioration sont :

¹AISSA, Delenda, *1962-2012, cinquante ans de recherche démographique en Algérie*, université d'Oran, Décembre, 2002, p.73. Disponible sur : <http://www.univ-mascara.dz/almawqif/article>. Consulté le: (11/10/2017).

²AISSA, Delenda, *1962-2012, cinquante ans de recherche démographique en Algérie*, université d'Oran, Décembre, 2002, p.74. Disponible sur : <http://www.univ-mascara.dz/almawqif/article>. Consulté le: (11/10/2017).

³Ministre de la santé et de population, *troisième évaluation de la mise en œuvre de la stratégie de la santé pour tous*, extraits, 1997, p.36.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

- L'amélioration du niveau d'éducation générale de la population, notamment des femmes en âge de procréer. la diminution appréciable de la mortalité infantile (jusqu'à 1994) et de la mortalité maternelle.
- L'amélioration des recours aux services de santé. Une offre de soins qualitativement meilleure (un médecin pour 1100 habitants et un paramédical pour 314 habitants). L'une des conséquences enregistrées a été l'augmentation de la morbidité due aux maladies chroniques.

II-2-1-2 Mortalité

Le taux de mortalité infantile est passé de 57.8% pour mille en 1990 à 54.84% pour mille en 1995 (source ONS), le taux de mortalité juvénile a baissé de façon plus spectaculaire que la mortalité infantile. Le rapport taux mortalité infantile / taux mortalité juvénile, est passé de 2.6 à 7.2 en 1993. Le taux de mortalité maternelle est passé de 23/10 en 1989 à 214/10 en 1995. Les statistiques hospitalières donnent un taux de mortalité maternelle de 67/10 en 1995.

Les causes les plus importantes de la mortalité infantile restent les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës. Concernant la mortalité générale : le taux est passé de 6,09% pour mille en 1992 à 6,43% pour mille en 1995. Les causes les plus importantes de la mortalité générale sont, en plus de celles de la mortalité infantile, les maladies cardiovasculaires, le cancer, les accidents, les infections broncho-pulmonaires dont la tuberculose. Le taux de mortalité infantile a diminué jusqu'en 1994, puis on a enregistré en 1995 une légère augmentation passant de 52,2 pour mille (1994) à 54,87 pour mille (1995).

II-2-1-3 Morbidité

Les maladies cibles de l'OMS qui constituent une cause de mortalité importante en Algérie sont par ordre d'importance selon l'enquête nationale de santé 1990 : Les affections de l'appareil respiratoire notamment l'infection respiratoire aiguë. Les maladies à transmission hydrique notamment les fièvres typhoïdes, les dysenteries et hépatites. Les affections de l'appareil digestif notamment les maladies diarrhéiques pour les enfants de moins de 5 ans (deux épisodes 1/2 en moyenne par an).

Les maladies contrôlables par la vaccination notamment la rougeole et la diphtérie (des épidémies ont été enregistrées ces deux dernières années). Les caries dentaires représentent une des affectations les plus fréquentes rencontrée en milieu scolaire. la pathologie vient en 5ème rang dans les causes de morbidité.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

Les maladies non transmissibles représentent, d'après l'enquête nationale de santé :¹

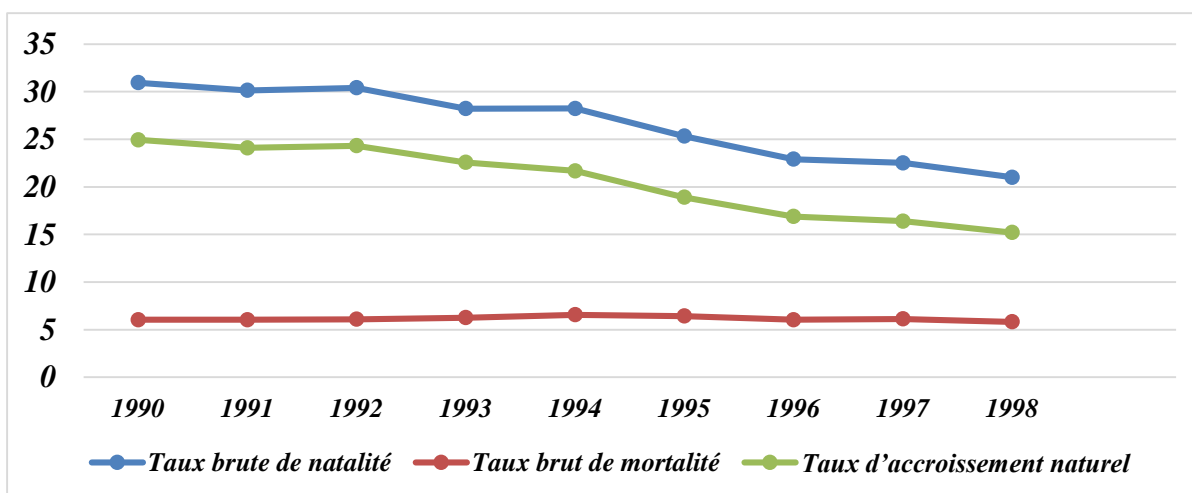
- Pour les cancers : 13^{ème} rang 0.2% de la morbidité ;
- Pour les maladies cardio-vasculaires : 8^{ème} rang (2.1%) ;
- Pour le diabète : prévalence est de 547/105 et un taux de mortalité de 39,7/105 ce qui représente plus de 148.000 personnes atteintes de l'affection et plus de 10.000 qui en meurent chaque année.

Tableau N°4 : Premiers indicateurs démographique pour 1000 habitants

Années	Taux brute de natalité	Taux brut de mortalité	Taux d'accroissement naturel
1990	30,94	6,03	24,94
1991	30,14	6,04	24,10
1992	30,41	6,09	24,32
1993	28,22	6,25	22,57
1994	28,24	6,56	21,68
1995	25,33	6,43	18,90
1996	22,91	6,03	16,88
1997	22,51	6,12	16,39
1998	21,02	5,82	15,20

Source : donnes corrigé, BOUMATI, Mohamed, démographie algériennes 1998. P.2. disponible sur : <http://www.ons.dz/IMG/pdf/TEXTENAT-1998.pdf>. Consulter le : 21/10/2017.

Graphe N° 01 : Premiers indicateurs démographique pour 1000 habitants



Source : construit sur la base des données de tableau N°4.

On remarque Ces naissances vivantes rapportées à la population moyenne de l'année 1995 permettent de calculer un taux brut de natalité de 25,33‰. Ce taux était de 28,24‰ en 1994 et de 28,22‰ en 1993. Ainsi on constate un écart de 2,89 point pour l'année 1995 par rapport à l'année 1993 et de 2,91 points par rapport à l'année 1994.

¹Troisième évaluation de la mise en œuvre de la stratégie de la santé pour tous, Op, cit, p.37.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

On remarque le taux brut de mortalité générale en 1995 s'élevant à 6,43‰. On notera que ce taux a chuté sensiblement depuis l'année 1994. Ainsi en 1995, il aura perdu 0,13 points par rapport à 1994.

Par rapport au taux d'accroissement naturel en 1990 était de 24,94, il sera de 18,9 en 1995 pour finir 15,2 en 1998. Le taux d'accroissement naturel de la population est essentiellement corrélé à l'augmentation du volume des naissances vivantes.

II-2-2 La transition épidémiologie

Pendant longtemps la situation sanitaire en Algérie a été dominée par les maladies transmissibles. Depuis une vingtaine d'années, on assiste à une modification des problèmes de santé prévalent avec une place de plus en plus grande occupée par les maladies non transmissibles, notamment les affections chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, etc.).

Cette modification du paysage sanitaire, connue sous l'appellation de «transition épidémiologique», se caractérise par une situation où se superposent les maladies liées à la Pauvreté, et au manque d'hygiène, et celles liées au développement (stress, urbanisation, mode de vie, mode d'alimentation, etc.)

II-2-2-1 les maladies transmissibles

Bien que l'on enregistre une baisse de l'incidence et de la létalité de ces maladies sur les trois dernières décennies, le risque de leur ré-extension ou de leur développement n'est pas nul et ce quel que soit le groupe considéré,¹ les conditions générales pour leur diffusion étant toujours présentes.

Les maladies ou groupes des maladies pour lesquels des efforts soutenus doivent être maintenus sont représentés essentiellement par les maladies relevant du programme élargi de vaccinations, les maladies liées à l'hygiène du milieu, la tuberculose, certaines zoonoses et les maladies sexuellement transmissibles. Cela ne veut pas dire pour autant que les autres affections devront être négligées.

Une amélioration tangible des taux de couverture vaccinale au niveau national (actuellement aux alentours de 80 % pour l'ensemble des affections) a permis de réduire de manière significative leur incidence : de plusieurs milliers de cas par an pour la rougeole, la diphtérie et la poliomyélite observés dans les années 1970, on est passé à zéro cas pour la

¹MSPRH, *projection du développement du secteur de santé : perspective décennale*, 2003, p.8.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

poliomyélite, quelques cas pour la diphtérie et moins de deux mille cas pour la rougeole en 2000.

II-2-2-1-1 Les maladies contrôlables par vaccination

De manière générale, les maladies du PEV sévissent moins dans l'Algérie des années 2000,¹ en raison des progrès considérables de la vaccination des enfants.

Tableau N°5 : Evolution des maladies des PEV

Années	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Diphtérie	30	9	23	296	996	1060	107	30	57	17	3
Tétanos	27	29	33	40	37	19	16	19	16	17	10
Coqueluche	23	16	25	44	4	12	9	30	10	4	31
Poliomyélite	2	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0
Rougeole	1796	5969	8823	3141	5913	9216	21003	19573	3301	2503	1889

Source: MSP, l'état de santé des Algériennes et des Algériens, rapport annuel, Avril 2002, direction de la prévention.

- **La diphtérie**²: Au début des années 90, une réapparition qui a causé de nombreux décès notamment parmi les adultes jeunes, est de nouveau enrayée dans les années 2000. En 2000 et en 2001, seuls 3 cas de diphtérie confirmés ont été signalés.
- **La coqueluche** : Est caractérisée par une faible incidence, toutefois, le nombre de cas déclarés en 2000 est en augmentation, avec 32 cas déclarés en majorité dans la wilaya d'Alger en 2000 contre 7 cas en 1999. Les cas déclarés sont en majorité des nourrissons de moins de trois mois, donc n'ayant pas reçu le premier vaccin, ce qui pose le problème d'immunisation des mères, et donc de renforcement de la vaccination par une prise supplémentaire à 6 ans.
- **Le tétanos** : A touché en 2000 18 personnes dont 12 nourrissons. Les cas de tétanos néonatal, dont 58,3% ont été mortels, sont liés aux conditions de l'accouchement : pour l'ensemble des cas, l'accouchement a eu lieu à domicile dans des wilayas de l'intérieur (Béjaïa, Tizi-Ouzou, Sétif, Mila et Relizane). Les cas de tétanos adulte ont diminué de moitié entre 1999 et 2000 passant de 13 à 6 cas déclarés.
- **La poliomyélite** : Est en voie d'éradication en Algérie : aucun cas n'est déclaré depuis 1996, date du dernier cas signalé à Djanet. Les campagnes massives de vaccination et notamment le ciblage particulier des wilayat enregistrant des taux de vaccination faibles ainsi que des wilayat frontières du sud, ont permis de maintenir le cap du «zéro cas »

¹MSP, l'état de santé des Algériennes et des Algériens, rapport annuel, 2002, p.18.

²Ibid., p.18.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

pendant 05 années. une bonne surveillance épidémiologique de la poliomyélite est conditionnée par une déclaration stricte de tous les cas de paralysie flasque aiguë et de leur investigation. En 1999, 73 cas de paralysie flasque aiguë ont été déclarés, 82 en 2000 et 124 en 2001. Les wilayat qui ont déclaré ces cas étaient respectivement au nombre de 29 en 1999, 29 en 2000 et 36 en 2001. cela montre les efforts qui restent à fournir pour garantir une surveillance de bonne qualité.

- **La rougeole :** Qui a constitué jusqu'au début des années 90, une cause importante de décès infantiles, est en nette régression. L'incidence de la rougeole est de 5,30 cas en 2000 pour 100.000 habitants contre 7.84 en 1999. Grâce aux actions spécifiques de vaccination menées notamment à partir de 1996, et en particulier l'introduction d'un rappel à l'âge de 6 ans, les jeunes Algériennes et Algériens ne meurent plus de rougeole depuis 1998 et le nombre de cas déclarés annuellement est en chute rapide.¹
- **La tuberculose² :** Le programme national de lutte antituberculeuse (PNLAT), lancé dans les années 1970, a obtenu des résultats appréciables. L'incidence de la tuberculose est en effet passée de 180 à 50 cas/100.000 entre 1972 et 1990. Ces progrès ont été enregistrés, grâce à la gratuité du dépistage et du traitement, intervenue dès 1969 ; puis à la généralisation de la chimiothérapie de courte durée à tous les cas reconnus (adultes et enfant), puis 1980. Par ailleurs, la vaccination par le BCG, appliquée à 95% des nouveau nés, a réduit de plus de moitié les cas de tuberculose de l'enfant (actuellement moins de 6% de l'ensemble des cas déclarés) et a fait pratiquement disparaître les méningites tuberculeuses chez les enfants de moins de 10ans. Depuis 1990, les taux de morbidités déclarés entre 45 et 50 cas/100000, selon l'intensité des activités de supervision et régularité de la déclaration des cas, en nette amélioration au cours des dernières années.

II-2-2-1-2 les maladies à transmission hydrique

Selon les dernières statistiques avancées, les MTH représentent en Algérie un réel poids de morbidité pour la santé publique. Il faut savoir, en effet, qu'entre les années 1985 et 1998, on a enregistré en moyenne tous les ans une dizaine de milliers de cas. Durant la dernière décennie, l'évolution du MTH dans le pays est comme suit : 4409 en 1994, 4278 en 1995 et 3469 cas en 1996. Alors qu'en 1997 et 1998, il a été enregistré respectivement 3278 et 2598 cas. La régression se poursuit mais reste relativement élevé. Un ensemble de facteurs a

¹MSP, *l'état de santé des Algériennes et des Algériens*, rapport annuel.

² MSP, Développement du système national de santé en Algérie, stratégies et perspectives, 2001.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

contribué à une recrudescence redoutée des maladies à transmission hydrique, il s'agit notamment de :

- La vétusté des réseaux d'alimentation en eau potable et l'absence chronique d'entretien de son système d'adduction et sa non- conformité ;
- La consommation d'eau de stockage ;
- L'approvisionnement illégal en eau potable à partir de certaines conduites d'eau, ce qui cause impérativement des fuites et des cassures, ainsi que l'infiltration des eaux usées dans certaines canalisations ;
- Le problème de la distribution d'eau a fait que des citoyens s'approvisionnent par des camions-citernes des puits qui ne sont pas contrôlés ;
- La dégradation de l'hygiène du milieu provoqué par l'insuffisance et la vétusté du réseau d'évacuation et de traitement des eaux usées ;¹
- La construction sur des vides sanitaires est un état de fait qui permet l'absence de toute salubrité dans les canalisations des eaux ;
- Le développement de l'habitat précaire et l'urbanisation anarchique engendrant le recours à l'improvisation des modes d'approvisionnement en eau représentant des risques de contamination et donc des foyers épidémiques non maîtrisables ;
- Absence du contrôle technique des services d'hydraulique ;
- De l'avis des spécialistes, cette situation constitue une fréquence grave au point où les MTH occupent le second rang parmi les maladies à déclaration obligatoire après la réapparition des zoonoses. Ils constatent également que les hépatites virales occupent la première place des maladies à transmission hydrique ;
- L'évaluation de certaines dépenses effectuées dans le cadre de la prise en charge des maladies dues à la dégradation de l'environnement et aux pollutions accidentelles de ces dernières années en Algérie, est considérable. Voici en dinars courants quelques exemples :
 - En 1986, l'épidémie de choléra (457 décès) a coûté 1 milliard de DA, Depuis, les pics attendus en 1990 et 1994 n'ont pas eu lieu et le nombre de cas enregistrés durant cette période a été de 17 en 1993, 130 en 1994
 - En 1991-1992 l'épidémie de typhoïde à Dergana (215 cas) a coûté 9.663.761 DA,

¹ KAID, Nouara, *le système de santé entre l'efficacité et l'équité : essai d'évaluations, à travers la santé des enfants : enquête de la willaya de Bejaia*, thèse de doctorat, science économie, Alger : Université d'Alger, faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion, p, 173.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

- En 1995, l'épidémie de typhoïde à Ain-Taya à Alger (1086 cas) a coûté 108.600.000 DA,
- En 1997, l'épidémie de typhoïde à Oued-Rhiou (586 cas) a coûté 58.600.000 DA.

Ce tableau représente l'évolution des maladies à transmission hydriques (MTH) et la tuberculose d'une part et les maladies contrôlables par la vaccination d'autre part. Les autres ne seront pas pris en compte en raison du manque de données. L'incidence de ces maladies pour 100.000 habitants est importante.

Tableau N°6 : Evolution des MTH et de la tuberculose en Algérie de 1990 à 1999.

Année	Fièvre typhoïde		Choléra		Dysenterie		Hépatite virale		Tuberculose	
	Nombre de cas	Incidence	Nombre de cas	Incidence	Nombre de cas	Incidence	Nombre de cas	incidence	Nombre de cas	Incidence
1990	2828	11,75	1298	5,39	1744	7,25	3775	15,69	11607	45,52
1991	3188	1,5	131	0,52	1422	5,57	2199	8,62	11352	43,49
1992	2489	9,68	100	0,39	1986	7,72	3485	13,55	11428	42,80
1993	2440	9,02	17	0,06	2106	7,79	3185	11,78	13345	48,88
1994	4530	16,35	116	0,41	2560	9,24	2466	8,90	13268	47,73
1995	4597	16,25	05	0,02	3295	11,62	3362	11,85	13487	47,66
1996	4259	14,69	00	-	2838	9,75	3184	10,98	15329	53,23
1997	4834	16,29	00	-	2892	9,79	4248	14,32	16522	56,39
1998	2767	9,45	00	-	3152	10,77	3378	11,54	15334	51,46
1999	2881	9,84	00	-	2836	9,69	2277	7,78	15314	50,70

Source : MSP : Développement du système national de santé : stratégie et perspectives. Ed. 2001. P. 62.
Incidence : pour 100.000 habitants.

II-2-2-1-3 Les maladies de pauvreté et de la promiscuité

Font un retour marqué et la situation est préoccupante. Les indicateurs sont au rouge. Au cours de ces dernières années, une ascension constante de cette incidence. En effet, de 15 pour 100.000 dans les années 70, chiffre équivalent des standards sanitaires européens (15 à 20 cas pour 100.000 habitants), passe à 42,8 cas en 1992, à 48,88 cas en 1993 puis à 47,73 cas en 1994 et 1995. Depuis 1996, enregistre plus de 50 cas pour 100.000 habitants (56,39 cas en 1997 et 50,70 cas en 1999). Ainsi passés de 1500 cas par an à la fin des années 60 à environ 15.000 cas à la fin des années 90.¹

II-2-2-1-4 Les infections respiratoires aigües (IRA)

Les IRA constituent la première cause de mortalité infantile et juvénile devançant, depuis deux ans la mortalité par maladies diarrhéiques. En 1990 elle représente 27,2% des motifs de consultation (enquête nationale santé), et demeurent encore aujourd'hui un motif principal d'hospitalisation et de consommation médicamenteuse, dans la population générale. en 1990,

¹Ibid., p. 174.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

les IRA ont représenté 27,9% des causes d'hospitalisation chez les enfants de moins de 5 ans, et 12,7% des causes de décès dans cette tranche d'âge.¹

II-2-2-1-5 Les maladies transmissibles prévalentes

- **La méningite²** : Demeure une maladie endémique redoutable en Algérie, particulièrement en automne où l'on note des recrudescences saisonnières. En Algérie, cette épidémie s'est déclarée presque périodiquement tous les 10 ans. En 1979, une épidémie de méningite a éclaté à Blida, en 1989 elle s'est déclarée à Ghardaïa.

L'année 1999 devait être l'année à risque surtout que l'Algérie est limitrophe de pays faisant partie d'une région fortement endémique ; la ceinture de la méningite : Mali, Niger, Tchad, Burkina Faso. La situation épidémiologique actuelle dans le pays reste normale avec environ 1500 à 2000 cas par an. L'incidence annuelle a fortement baissé passant de 12 cas pour 100.000 habitants au début des années 90 à 6 cas pour 100.000 en 1999. Néanmoins, les services d'épidémiologie (SEMEP) et les observatoires régionaux de la santé (ORS) restent vigilants.

- **Leishmaniose** : Depuis la découverte du premier cas de leishmaniose viscérale par Lemaire en Kabylie en 1911, le nombre de cas ne cesse d'augmenter. en 1976, ont identifié 497 cas survenus entre 1965 et 1974.³ Le record a été enregistré sur une période de six ans allant de 1985 à 1990 avec 1121 cas diagnostiqués comparativement avec la décennie 1975-1984, où 721 cas ont été enregistrés.

L'incidence annuelle chiffrée est alors passée de 0,36 cas pour 100.000 habitants à 0,73 cas (doublement de l'incidence) pour 100 000 habitants. Entre 1995 et 2003, 1 654 cas ont été déclarés à l'Institut national de santé publique (INSP). Cette incidence est sans doute inférieure à la réalité dans la mesure où plusieurs cas échappent au diagnostic du fait de l'insuffisance de l'infrastructure sanitaire dans les zones rurales et de la sous-déclaration des cas.

- **La brucellose**: Est en progression continue, son incidence annuelle est passée de 0,66 cas/100.000 habitants en 1990, à 9,30 cas pour 100 000 habitants en 1995 (2637 cas). Cette augmentation est liée à une meilleure sensibilisation du personnel médical, à la mise en place de laboratoires vétérinaires régionaux permettant le diagnostic, mais aussi l'émergence

¹ MSP, *Développements du système national de santé stratégie et perspective*. Op.cit.

² KAID, Nouara, *Op., cit*, P, 163.

³ BACHI, F, *Aspects épidémiologiques et cliniques des leishmanioses en Algérie*, 2006, p.11.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

d'année en année de nouveaux foyers parfois dans des zones non connues comme zones d'endémie, les foyers traditionnels demeurent actifs.¹

- **La rage:** Le nombre de cas de rage humain ces dernières années est en augmentation, 30 à 40 cas/an sont enregistré à travers le territoire national, des dizaines de milliers de personnes sont soumis à une vaccination après contact suspect avec des animaux (50 000 cas pour le seul centre de l'IPA d'Alger), dont le coût est estimé à 1 000 DA. En 1995, il a été dénombré 1 209 cas de rage animale répartis en 1 053 foyers.²

II-2-2-2 Les maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles sont des affections non contagieuses de longue durée qui en règle générale évoluent lentement.

II-2-2-2-1 Les maladies cardio-vasculaires³

Le RAA demeure, malgré un programme national lancé en 1990, un grand pourvoyeur de cardiopathies rhumatismales. La diminution de l'incidence n'a été de 13,6% au lieu des 50% espérés, en 1995, 1000 interventions ont été pratiqué pour séquelle de RAA, la moitié d'entre elles ont eu lieu à l'étranger au prix moyen de 200.000 par intervention. L'enquête nationale de santé (insp1990), avait déjà montré que l'hypertension artérielle (HTA) occupait la première place parmi les maladies chroniques.

Toutes les études réalisées par la suite ont confirmé la tendance à la progression constituent ainsi la première cause de mortalité hospitalière (avec environ 1/4 des décès-insp1995), Les infarctus du myocarde et les accidents cérébraux-vasculaire, représentent les principales cause de décès et d'incapacité : leur incidence est de plus en plus fréquente chez les sujets de plus de 50 ans. Cette recrudescence est étroitement liée au changement des modes de vie, notamment l'urbanisation, la sédentarisation, la modification des habitudes alimentaires et pour beaucoup le développement du tabagisme. Le rhumatisme articulaire aigue demeure, malgré le programme national lancé en 1990, un grand pourvoyeur de cardiopathies rhumatismales.

II-2-2-2-2 Les maladies diarrhéiques de l'enfant⁴

Continuent d'être une des premières causes de morbidité et de mortalité chez le jeune enfant. En 2000, l'enquête EDG a montré que l'incidence annuelle des maladies diarrhéiques

¹Direction de la prévention, *Disposition organisation de la prévention*, disponible sur : <http://www.ands.dz/Dossiers/direction-prevention/accueil-prevention.ml> Consulté le : 11/09/2017.

² *Ibidem*.

³ MSP, Développement du système national de santé en Algérie, stratégies et perspectives.

⁴ MSP, *l'état de santé des Algériennes et des Algériens*. 2002, P, 20.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

est de 2,5 épisodes par enfant, fréquence inchangée depuis 1995. Les maladies diarrhéiques sont rencontrées le plus souvent chez l'enfant de moins d'un an (33,8% des cas) ou d'une année (33% des cas.) La fréquence de ces pathologies est plus importante en milieu rural (22,7%) qu'en milieu urbain (17,8%). Il apparaît toutefois, selon la même enquête, que les attitudes des mères vis à vis d'un épisode diarrhéique de l'enfant intègrent moins les notions de base d'éducation sanitaire en 2000 qu'en 1995 : en effet si 51,9% des mères augmentaient la quantité de liquide administrée aux enfants durant les épisodes diarrhéiques, cette proportion tombe à 38,7% en 2000.

II-2-2-2-3 Cancer

Le profil épidémiologique de la maladie cancéreuse en Algérie, à partir de la fin des années 1980, des registres du cancer ont été mis en place dans différentes régions du pays, ce qui a permis de connaître les localisations néoplasiques prévalentes aussi bien dans le sexe masculin que féminin et surtout d'engager un certain nombre d'actions entrant dans le cadre de la lutte anticancéreuse telles que campagnes de dépistage du cancer du col et du sein, érection de nouveaux centres anticancéreux, formation médicale en oncologie ainsi que renforcement du parc en machines de radiothérapie.¹

II-2-2-2-4 Sida

Le premier cas de SIDA rapporté en ALGERIE a été diagnostiqué en décembre 1985 dans le service de dermatologie du C.H.U.MUSTAPHA (Alger).Le nombre de cas a augmenté régulièrement jusqu'en 1993, à partir de laquelle le nombre des patients hospitalisés pour SIDA devient stable (40 nouveaux cas par an).²

II-2-2-3 Les accidents

- **Les accidents de la route :** L'Algérie n'est pas épargnée par ce fléau, elle a le triste privilège d'être l'un des pays les plus touchés (1979 : 33 232 victimes dont 3 114 tués sur le coup, en 1993 : 32 689 blessés et 3 673 décès). Il est actuellement enregistré chaque année près de 20 000 accidents faisant 4 000 morts et 27 000 blessés. Ainsi, un algérien meurt toutes les heures et un autre est blessé toutes les minutes. Ce qui montre la gravité exceptionnelle des accidents de la route dans notre pays.³

¹ABID, L, *Epidémiologie des cancers en Algérie, problématique des registres des cancers*, 2009, disponible sur : <https://link.springer.com/article/10.1007/s12558-009-0019-y> . Consulter le 13/10/2017.

²AIT-KAKI, B, SMATI, F, *aspect seroépidémiologiques de l'infection à V.I.H. en Algérie*, sciences et technologie, N°22, 2004, p.8.

³Direction de la prévention, *Disposition organisation de la prévention*, disponible sur : <http://www.ands.dz/Dossiers/direction-prevention/accueil-prevention.ml> Consulté le : 11/09/2017.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

- **Les accidents de travail et les maladies professionnelles :** L'industrialisation de notre pays a été à l'origine d'une augmentation significative des accidents de travail et de l'apparition d'importantes pathologies professionnelles. Le nombre d'accidents de travail était de 63343 en 1979, 85119 en 1981 et 70000 dont 700 mortelles en 1994 (statistiques CNAS).

Le taux moyen d'incapacité permanente est de 16%. La situation épidémiologique des maladies professionnelles demeure mal connue. Les données, entre 1988 et 1993, montrent que les maladies professionnelles déclarées sont chaque année de l'ordre de 800 cas et que les plus fréquentes sont celles provoquées par les ambiances physiques essentiellement les surdités professionnelles, les dermatoses, les manifestations allergiques et les pneumoconioses.

Ces affections indemnisées ne reflètent pas la réalité du risque professionnel en raison de l'inadaptation de la réglementation et de la sous déclaration liée à l'insuffisance du dépistage. En 1995, le Comité National de Médecine du Travail a été amené à porter le nombre de tableaux des maladies professionnelles à 84 au lieu de 62. Il reste cependant à poursuivre cet effort d'adaptation à l'épidémiologie réelle.

II-2-3 La transition économique et sociale

La transition économique et sociale que traverse le pays indéniablement influé sur le secteur de la santé car ce dernier subit à l'instar des autres secteurs relevant de la vie économique et sociale contre-performances enregistrées par l'économie algérienne depuis 1986 à nos jours. ces contres performances sont due essentiellement aux bouleversements socio-économique ayant caractérisé l'Algérie suite à la chute de ses revenus procurés par la vente des hydrocarbures, l'écrasant poids de la dette extérieure réduisant à néant tout effort de développement, en plus du passage à l'économie de marché qui a vu le pays se transformer en un vaste chantier de réforme économiques se traduisant par une baisse dans l'allocation de ressource pour le secteur de la santé. En effet, la part des dépenses de santé qui était de l'ordre de 5,1% en 1987 chute à 3,8% en 1989 et 1991 pour passer à 4,7% en 1993 et 1995.¹

- **Ressource humain :** Au lendemain de l'indépendance, notre pays était en véritable "état d'urgence médicale" marqué par un nombre de médecins qui s'élevaient à 600 soit un ratio de 1 médecin/100.000 habitants exerçant une médecine curative essentiellement symptomatique, concentré dans les 3 grands centres urbains, une insuffisance de personnel

¹ SALMI, Madjid, *Op. cit.*, p. 31.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

paramédical (1380) dont la majorité n'était pas diplômée, et l'inexpérience des personnels d'administration et de gestion.

Depuis on assiste à un accroissement certes très faible durant la 1ère décennie au regard des besoins de la population qui connaît une exceptionnelle vitalité. Actuellement, le secteur de la santé constitue un grand employeur public, et au 31/12/1995, les effectifs toutes catégories confondues s'élevaient à 182 179 personnes et se répartissent comme suit :¹

- Personnel médical ;
- Après avoir connu un accroissement important des effectifs en activité pendant la décennie 1980. Un certain fléchissement est apparu dès le début des années 1990, le système n'étant plus en mesure d'absorber aisément les produits de la formation. Ainsi, par rapport à 1993 ; le taux d'évolution des effectifs médicaux n'a été que de 6,2%.

La répartition des spécialistes demeure toujours inégale à travers le territoire national. Les wilayas d'Alger, Oran et Constantine concentrent à elles seules 53% des spécialistes du secteur public et 34% du secteur privé. D'une manière générale, les densités médicales à l'échelle nationale sont satisfaisantes. Il faut cependant noter que les disparités de densités entre les wilayas existent toujours bien qu'elles tendent à s'amenuiser d'année en année. Il faut noter également un développement important du secteur privé ces dernières années ; au 31/12/1995, les effectifs s'élevaient à 13,13% soit une augmentation de 13,6% en deux années. Par rapport aux effectifs globaux les praticiens privés représentent 31% des spécialistes, 31% des généralistes, 31% des chirurgiens-dentistes et 87% des pharmaciens.²

- **Les infrastructures :** Au 31/12/1995, les infrastructures du secteur de la santé se composent de : 184 hôpitaux avec un total de 32 304 lits, 8 cliniques d'hospitalisation des secteurs sanitaires totalisant 398 lits, 13 CHU (16 093 lits), 21 EHS (5 401 lits), 448 maternités publiques avec un total de 4725 lit, 42 maternités privés totalisant 642 lits. En ce qui concerne les infrastructures extrahospitalières, on compte : 471 polycliniques, 1152 centres de santé, 4174 salles de soins dont 417 sont non fonctionnelle, 716 CMS, 38 laboratoires de wilaya, 3312 pharmacies privés.

L'effort d'investissement est maintenu pour éliminer les disparités régionales et répondre aux besoins induits par la croissance démographique notamment dans le domaine

¹Direction de la prévention, *Disposition organisation de la prévention*, disponible sur : <http://www.and.s.dz/Dossiers/direction-prevention/accueil-prevention.html>, consulté le (11/09/2017).

²*Ibidem.*

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

des infrastructures légères et des services spécialisés. Cette approche qui consiste à compléter le développement extensif dans les zones défavorisées sera renforcé par une politique de Redynamisation et de réhabilitation des structures de santé afin d'améliorer les taux d'utilisation.

En effet, les taux d'occupation dans les hôpitaux de l'intérieur du pays demeurent bas, notamment en raison de l'absence de médecins spécialistes et de la faiblesse de certains plateaux techniques.

Ces dysfonctionnement gênent le fonctionnement du système à cause des évacuations des malades vers les grands centres urbains et remettent en cause le principe de complémentarité entre les établissements de santé et celui de la hiérarchisation du système entre les soins primaires, secondaires et tertiaires.¹

- **Ressources financiers** : Malgré les efforts soutenus, notamment par l'Etat qui apparaît bien dans l'augmentation des sommes allouées chaque année au secteur, les effets de la crise ont abouti en réalité à une baisse de la Dépense Nationale de Santé (DNS) en dinars constants : 6% du PIB dans les années 1980, 4,64 en 1993.

La dépense de santé par habitant est également en baisse, en dinars constants, elle passe de 1142 en 1988 à 824,1 en 1995 soit une chute de 28%.

Cette situation à une répercussion directe sur les capacités du secteur à faire face à ses besoins de santé rendant compte de la baisse des investissements et des difficultés de fonctionnement. De plus, le mode de financement actuel est en totale inadéquation avec les changements économiques en cours.²

Néanmoins,³ l'effet majeur de cette transition économique et sociale reste l'ouverture du secteur de la santé aux acteurs privés. En effet le législateur algérien a autorisé depuis 1998, l'ouverture des activités de santé aux cliniques privées il a également, autorisé l'ouverture des activités de diagnostic et d'exploration amorçant ainsi un processus de création de laboratoires d'analyses, de centres d'imagerie médicale et d'endoscopie pour les personnes privées. Par ailleurs, les activités de production et d'importation de produit pharmaceutiques ont été ouvertes au secteur privé depuis 1992.

¹Direction de la prévention, Disposition organisation de la prévention, disponible sur : <http://www.ands.dz/Dossiers/direction-prevention/accueil-prevention.html>, consulté le : 11/09/2017.

²*Ibidem.*

³ SALMI, Madjid, *Op. Cit.*, p, 31.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

II-3 Politique et stratégie de santé

La principale recommandation faite par les professionnels ayant participé aux différents séminaires et assises nationales de la santé est la suivante : « La politique nationale de santé et de population devra constituer une priorité des stratégies de développement économique, social et culturel du pays ». ¹

II-3-1 Évaluation de la politique nationale de santé

Le droit à la santé a toujours été considéré par l'Etat algérien comme un droit fondamental du citoyen, il été consacré dans la constitution et réaffirmé dans celle de novembre 1996 qui stipule que « tous les citoyens ont droit à la protection de la santé, et l'état assure la prévention et la lutte contre les maladies endémique et épidémiques. ²

L'analyse de la situation du système de Santé à la fin de l'année 1995, permet d'identifier les faits saillants suivants ; L'importance des ressources mobilisés depuis l'indépendance, essentiellement à travers le budget de l'état et la contribution de la sécurité sociale, ressources ayant permis de doter le pays en moyens infrastructurels, humains et matériels qui constituent aujourd'hui un atout non négociable. Un bilan de santé de la population, résultat à la fois des progrès socio-économique et des succès de la politique sanitaire, se traduisant notamment par : ³

- La réduction de la mortalité et de la morbidité de plusieurs maladies infectieuses, et la disparation du typhus depuis 1977, l'éradication du paludisme (un seul foyer enclavé persiste).
- L'amélioration de certaines indicateurs de santé : taux de mortalité générale (11,8% en 1980 à 6,55% en 1995), taux de mortalité infantile (150 pour mille en 1960 à 54,8% en 1994).

Une insatisfaction exprimée par les utilisateurs des services de santé, et les « payeurs » (sécurité sociale, travailleurs en général). Alimentée par des situations maintes fois vécues de pénuries de médicament et autres produits de première nécessité dans le fonctionnement du système des soins. cette situation apparemment contradictoire entre des progrès indiscutables et une grande insatisfaction, a ses racines dans une rigidité fonctionnelle qui n'a pas permis la

¹BAHLOULI, Ahmed Sofiane, *la politique de santé en Algérie : le cas de la wilaya d'Oran*, mémoire de magistère, université d'Oran, faculté de droit, Oran, p, 95.

² Ministre de la santé et de la population, *troisième évaluation de la mise en œuvre de la stratégie de la santé pour tous*, extraits, 1997, p, 18.

³*Ibidem*.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

souplesse et l'adaptation aux évolutions profondes auxquelles ont été apportées des réponses ponctuelles, parmi lesquelles :¹

- La gratuité de la médecine qui a généralisé l'accès aux soins des plus pauvres et qui a permis d'accroître les ressources des familles sans augmenter les salaires .cependant cette noble démarche a été source de gaspillages, faute d'avoir été appliquée dans des programmes visant à répondre aux besoins essentiels de la population.
- La réforme des études médicales et paramédicales, a abouti maintenant au blocage du système de formation (faute de planification des flux des filières), qui est toujours marqué par la prédominance de la médecine curative,
- Le choix des investissements proportionnellement plus orienté vers la construction d'hôpitaux que de structures légères plus faciles et moins coûteuses à gérer, mieux adaptées aux besoins de la population a abouti parfois à des doubles-emplois des gaspillages et une sous-utilisation des hôpitaux surdimensionnés,
- L'inexistence d'une politique de population clairement assumée, fondée sur des données scientifiques et respectant nos valeurs, a longtemps favorisé le maintien (malgré léger fléchissement) d'un fort taux de croissance démographique qui contraire le développement en général.

La phase de transition épidémiologique que notre pays traverse actuellement qui se traduit par la persistance voire la recrudescence de certaines maladies transmissibles (fièvre typhoïde), la résurgence de certaines maladies infectieuses (diphtérie actuellement maîtrisée), l'augmentation régulière des maladies chroniques (cancer, diabète, maladie cardio-vasculaire). De grande dysfonctionnement marqué par:² l'inégale réapparition des ressources humaines et matérielles, le caractère inadapté des établissements de santé générateurs de lourdeurs dans la gestion et le fonctionnement.

Le taux élevés des pannes des équipements (18% en 1992, 21% en 1993) le départ de praticiens, particulièrement les spécialistes de haut niveau vers notamment le secteur privé, et l'instabilité des personnels chargés de la prévention et des soins de santé primaire. L'insuffisance voire le défaut de participation, dans le cadre de l'intersectorialité des autres secteurs notamment les collectivités locales, l'agriculture, l'hydraulique, l'habitat....

Aussi notre pays s'est attelé depuis 1995, devant ce constat, à fixer à la politique de santé publique les objectifs suivants :

¹*Ibid.* p, 19.

²*Troisième évaluation de la mise en œuvre de la stratégie de la santé pour tous, Op, cit, p, 20.*

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

- Garantir le droit constitutionnel des citoyens à la protection de leur santé, c'est-à-dire le bénéfice des soins de santé de base et des programmes officiels de prévention organisés par l'Etat.
- Assurer un accès de plus en plus égalitaire aux prestations de soins.
- Responsabiliser les agents, organiser la participation des usagers et développer la responsabilité des autres secteurs et notamment des collectivités locales.
- Ces objectifs devant être concrétisés dans un contexte de raréfaction des ressources financières donc dans une démarche de « développement intensif » du système, qui privilégiera la rationalité dans la gestion et le choix des interventions de santé au meilleur rapport cout-efficacité.

II-3-2 Priorité à la prévention

Depuis l'indépendance, l'Algérie a mis en place des programmes ont donné des résultats indiscutable, Néanmoins, au début des années 1990 à un net fléchissement de la couverture sanitaire d pays notamment la couverture vaccinale avec pour effet. La résurgence de maladies telles que la poliomyélite, la diphtérie et la rougeole.

Cela était dû à la crise économique, aux problèmes sécuritaires mais également à la défaillance de la chaine de froid (transport et conservation des vaccins) et aux pénuries répétées des vaccins. En décembre 1994, un conseil interministériel présidé par monsieur le chef de gouvernement a été consacré à la diphtérie et a évoqué les arguments militant pour une approche intersectorielle de la prévention. Il s'en est suivi l'élaboration d'un programme d'action proposé par le ministère de la santé et de la population identifiant les rôles attendus de différent département ministériels dans le cadre de la politique générale de prévention. Parallèlement le MSP continue à soutenir et dynamiser un certain nombre de programmes nationaux, parmi lesquels on peut citer :

- Le programme élargi de vaccination ;
- La lutte contre les maladies à transmission hydrique ;
- La lutte contre les zoonoses ;
- La santé scolaire et universitaire ;
- Le programme de nutrition.

L'analyse de la situation a établi de façon indiscutable que si le ministère de la santé et de la population est responsable de la prise en charge des maladies, la prévention de la plupart de celles-ci nécessite l'intervention directe de plusieurs secteurs d'activité.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

II-3-3 Les programmes de santé infanto-juvénile¹

En 1985, un programme de lutte contre la mortalité infantile a été approuvé par le gouvernement. Le programme se proposait de diminuer le taux de mortalité infantile qui était alors supérieure à 80 pour mille à des taux inférieures à 50 pour mille avant 1990.

Les données de l'offre nationale des statistiques ont montré que cet objectif n'avait pu être atteint, puisque les taux affichés en 1991 étaient de 56 pour mille. Depuis cette période, le pays assisté à une stagnation du taux de mortalité infantile, en dépit de sous programmes spécifiques mis en œuvre. Ces programmes étaient le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, le programme de lutte contre l'infection respiratoire, le programme d'élimination du rachitisme et le programme de lutte contre la malnutrition protéino-énergétique, ainsi que le programme élargi de vaccination (PEV).

Les tendances suivantes sont constatées :

- La mortalité néonatale prend le pas sur la mortalité post-néonatale, justifiant ainsi l'urgence de la mise en œuvre d'un programme performant de réduction de la mortalité par diarrhée.
- La malnutrition protéino-énergétique, après avoir chuté de façon spectaculaire jusqu'au milieu des années 80 s'est ensuite maintenu en plateau. Depuis 1992 nous assistons à une remontée des formes graves. Cette tendance a été objectivée lors de l'enquête MDG DE 1995.

II-3-4 Les programmes de santé du grand enfant et de l'adolescent

Le rhumatisme articulaire aigu reste encore une cause majeure de cardiopathie acquise des enfants. Le taux de prévalence des cardiopathies rhumatismales a été estimé à 3 pour mille au début des années 1990. Le programme de lutte contre le RAA mis en œuvre en 1991 a été évalué et relancé à la fin de l'année 1996. Il est basé sur le traitement systématique de l'angine par la benzathime pénicilline et dans le renforcement de la prophylaxie secondaire.

Le programme de santé scolaire a été développé depuis 1992 et intensifié en 1994. C'est un bel exemple de programme intersectoriel mobilisent les secteurs de la santé et de l'éducation et des collectivités locales. Ce programme a débuté avec la mise en place de dépistage et suivi pour les principales maladies observées chez l'enfant d'âge scolaire. Actuellement, il se poursuit avec l'implantation de modules d'éducation sanitaire de santé mentale en milieu scolaire et de santé bucco-dentaire. La santé des adolescents fait l'objet d'une préoccupation majeure, aussi bien dans le cadre du programme de lutte contre la drogue et la toxicomanie, que

¹Troisième évaluation de la mise en œuvre de la stratégie de la santé pour tous. Op, cit, p.20.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

dans le cadre du programme de lutte contre les MST/SIDA, une formation des personnels a été entreprise sur les problèmes spécifiques aux adolescents depuis 1992.

II-3-5 Programme élargi de vaccination (PEV)

Les mesures prises pour contribuer à atteindre une couverture vaccinale adéquate contre les maladies cibles du PEV sont :

- La réactualisation du calendrier vaccinal avec :
 - L'introduction du VPO à la naissance ;
 - Un rappel anti rougeoleux à 6 ans à l'entrée scolaire ;
 - Un rappel DTP entre 11-13ans ;
 - Un rappel DTP entre 16-18ans ;
 - Un rappel DTP tous les 10ans à partir de 18 ans.
- La redynamisation des programmes d'éradication de la poliomyélite d'élimination du tétanos néonatal et de lutte contre la rougeole avec notamment :
 - La réalisation de 3campagnes nationales de vaccination anti poliomyélite en 1994,1995 et 1996 ;
 - La réalisation d'une campagne nationale de vaccination anti rougeoleuse en1996 ;
 - La vaccination antitétanique des femmes en âge de procréer au niveau des zones à haut risque ;
 - Le renforcement de la vaccination de routine ;
 - La disponibilité de tout le vaccin du PEV.

Les principales mesures à développer pour améliorer la vaccination contre les maladies cibles sont :

- L'intégration du PEV aux soins de santé de base ;
- La captation des naissances ;
- La surveillance épidémiologique et l'utilisation d'indicateurs qualitatifs ;
- Le fonctionnement et la surveillance de la chaîne du froid ;
- La formation ;
- La communication sociale ;
- La supervision ;
- évaluation du programme.¹

¹Troisième évaluation de la mise en œuvre de la stratégie de la santé pour tous. Op, cit. P.21.

Chapitre II : Phase II (1993-1995) Vaste du programme de développement de la santé dans les établissements publics

Conclusion

L'Algérie est l'un des pays en voie de développement qui possède un vaste réseau sanitaire et une grande richesse en ressources humaines. Malheureusement, la crise économique a ralenti tous les efforts et a entraîné l'arrêt de certaines infrastructures faute de consommables, de médicaments essentiels et de maintenances de plateau technique.

Le système de santé algérien manque cruellement d'informations fiables lorsqu'elles existent. Souvent, il fonctionne sans données statistiques réelles (par le moyen d'enquêtes) qui est la base de toute politique de santé. En effet, au niveau des statistiques mondiales de la santé, l'espace réservé à l'Algérie est souvent vide étant donné la non- disponibilité de l'information. Toute tentative d'évaluation de l'état de santé de la population est vouée à l'échec et son amélioration devient impossible.

Un grand décalage existe entre les principes énoncés et la réalité sur le terrain. Par conséquent, le phénomène paradoxal entre discours politique et réalité sur le terrain ne permet pas de vérifier réellement l'efficacité de l'application des politiques de santé et de l'impact de ces dernières sur l'état de santé des algériens. Une répartition géographique inégale de l'encadrement sanitaire, ce qui entraîne le renforcement des différenciations sociales dans l'accès aux soins.

Les nouvelles transitions politiques, économiques, sociales, épidémiologiques, ainsi la violence imposent sur notre pays, le choix d'une politique de santé reposant sur le principe fondamentaux immuables que sont l'accessibilité aux soins pour tous et en particulier les démunis.

Dans le chapitre suivant, Nous allons représenter les différents événements de la troisième phase du système de santé en Algérie, ainsi que ses réalités et ses perspectives.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

Introduction

Le système de santé Algérien subi depuis 30 ans les conséquences d'une transition sanitaire accélérée, ayant modifié le schéma morbide de la population. On assiste aujourd'hui à une double morbidité caractérisée par la persistance des maladies transmissibles et l'émergence des maladies chroniques qui touchent près de 60% de la population. Une transition épidémiologique marquée par la persistance et résurgence des MTH (Maladies à Transmission Hydrique) et une augmentation des maladies chroniques dites maladies modernes: diabète, pathologies digestives, cardio-vasculaires, respiratoires, cancers et neuropsychiatriques.

Une situation favorisée par une transition démographique par le vieillissement de l'urbanisation accru et le recul de la natalité même si la part de la population jeune reste extrêmement importante. Cette situation aura pour conséquence une transition socio-économique marquée par la baisse de la population active et l'amélioration de l'IDH. L'ensemble de ces facteurs pèsent lourdement sur les dépenses de santé et sur le besoin accru de prise en charge des malades, notamment des maladies chroniques nécessitant une longue et coûteuse prise en charge et une nette amélioration des ressources du secteur de la santé, grâce à une augmentation des allocations budgétaires.

A ce titre le problème de financement constitue un enjeu majeur pour le système de santé, et en plus des actions visant à améliorer l'utilisation des moyens disponibles, il sera procédé à la mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements de santé et les bailleurs de fond. Le système national de santé en Algérie connaît des transformations profondes insufflées par les réformes hospitalières, Parmi les réformes engagées, dans ce cadre, on retrouve celle de l'amélioration de la gestion des hôpitaux à travers la mise en place d'instruments de pilotage,

Notamment le projet d'établissement. L'objectif de cette action est d'impulser une dynamique nouvelle de management hospitalier autour d'un projet d'établissement hospitalier, afin que cet outil de gestion des hôpitaux puisse servir en tant que mécanisme de planification, de concertation et de gestion moderne et qu'il puisse aussi jouer pleinement son rôle dans la gouvernance des établissements de santé.

Dans ce présent chapitre est structuré de la façon suivante : dans la première section : les dates marquantes pour la troisième phase, deuxième section la situation sanitaire de la population, et la troisième section les perspectives du système de santé en Algérie.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

III-1 Les dates marquantes pour cette phase

La décennale (1992-2002) par les réalisations compétentes riches où il a assisté à la naissance de plusieurs institutions ont soutenu similaires au laboratoire national du Ministère de la Santé pour le contrôle des produits pharmaceutiques et de l'Institut Pasteur d'Algérie, qui est devenu une référence informateur Organisation mondiale de la santé dans le domaine de la surveillance et de la formation sur la résistance microbienne des bandages vitaux.¹

Cette étape est également connu de revoir les textes juridiques du processus des institutions de santé, y compris les hôpitaux universitaires et les institutions spécialisées, les centres de santé, en plus du système d'administration pour les activités supplémentaires entre la demande publique et privée. Comme il définit par les mêmes programmes de réexpédié nationales décimales et déterminer la politique de la médecine dans le domaine de l'importation, l'enregistrement, le contrôle et la distribution et de donner le monopole d'Etat des matériaux pharmaceutiques dans le domaine.

La dernière période, entre 2002 et 2012, qui ont ajouté au professeur chachoua un service limité en raison de la souffrance des institutions de plusieurs déséquilibres structurels et réglementaires, a conduit les pouvoirs publics à prendre l'initiative de la réforme hospitalière qui vise à planifier et réguler le traitement. La nouvelle politique vise également à humaniser, à sécuriser les services et à moderniser les activités en fonction des nouvelles demandes, permettant de fournir un service de qualité tout en maintenant les principes de justice et de solidarité parrainés par l'État. D'autre part, le secteur a identifié un changement dans l'état démographique et épidémiologique de la population à l'amélioration du traitement d'urgence pour rapprocher la santé du citoyen.

Les autorités publiques ont commencé à mettre en place une nouvelle organisation des établissements de santé en 2007, qui vise à séparer les fonctions des hôpitaux universitaires et celles qui garantissent un traitement de base. Une nouvelle division des établissements de santé tels que les hôpitaux publics et les établissements de santé publique, qui comprend également des salles de traitement et des cliniques multiservices.

De 2005 à 2009, le secteur a bénéficié d'une enveloppe financière de 244 milliards de DA investie dans l'achèvement de 800 institutions hospitalières et de proximité.

¹ LAMALI, Laila, *le développement du système de santé au cours des cinq décennies de l'indépendance de l'Algérie*, 2012, Disponible sur : <http://www.elmassar-ar.com/ara/permalink/12038.html?print>. Consulté le 06/09/2017.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

Le secteur atteint au cours de la dernière décennie plusieurs gains ont été l'intégration de la couverture vaccinale de 90 pour cent, ce qui a contribué à l'élimination de plusieurs maladies graves ont conduit à des décès et des incapacités au cours des premières années de l'indépendance à côté de l'élimination des maladies transmissibles et les maladies baisse de la mortalité chez les enfants au taux recommandé par l'Organisation mondiale de la santé en plus d'une réduction de 5% de la mortalité maternelle chaque année.¹

Il a également bénéficié d'équipements médicaux modernes qui ont joué un rôle important dans la détection précoce et le diagnostic précis des maladies chroniques enregistrées ces dernières années, indiquant que la société algérienne suit les transformations des sociétés développées car ces maladies sont liées à l'environnement et au comportement individuel.

Les établissements publics de santé de proximité (EPSP) et les établissements publics hospitaliers (EPH) créés en 2007, peuvent être caractérisés par trois éléments majeurs :²

- Leur mis en place s'appuie essentiellement sur un découpage administratif qui efface la notion de territoire local de la santé essentiel pour comprendre profondément les attentes de la population.
- Leur « autonomie » se limite à l'octroi d'un budget aveugle, élaboré dans une logique strictement administrative, qui s'interdit de financer un véritable programme de santé. La multiplication des directeurs des établissements publics de santé de proximité, réduit en réalité les échanges entre eux (chacun son territoire), accroît les zones d'incertitude dans la région, en raison principalement de l'éclatement des pouvoirs, sans possibilité de régulation. On est en présence d'une autonomie fictive qui ne leur donne en aucune façon, la possibilité et le temps de pouvoir assurer un travail de proximité sociale avec la population locale, permettant de construire un rapport de confiance avec celle-ci.

Une polyclinique située dans un quartier, ne sera pas nécessairement fréquentée de façon régulière par les patients, s'ils observent l'absence de prise en compte de leurs représentations sur la maladie, un accueil qui les «rend malades» selon leurs propos, ou une orientation silencieuse ou brutale du patient vers l'hôpital, sans lui fournir aucune

¹ LAMALI, Laila, *le développement du système de santé au cours des cinq décennies de l'indépendance de l'Algérie*, 2012, Disponible sur <http://www.elmassar-ar.com/ara/permalink/12038.html?print>. Consulté le 06/09/2017.

² ABTOUL, Mohamed, *le système de soins en Algérie : 1962-2012 de l'étatisation à son éclatement*, Disponible sur : <http://www.lequotidien-oran.com/index.php?news=5172971>. Consulté le 28/08/2017.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

explication. La bureaucratie sanitaire a construit la notion de proximité dans une dimension strictement administrative.

Elle a occulté le fait important que les patients ne sont pas des consommateurs passifs de soins, mais des acteurs sociaux qui produisent de façon autonome leurs interprétations sur le fonctionnement de telle ou telle structure de soins, en référence principalement à la notion de proximité sociale. Celle-ci indique que les patients sont à la quête d'une reconnaissance sociale de la personne. «Ils ne m'ont pas accordé d'importance», disent souvent les malades et leurs proches parents. Ou encore : «Ils nous regardent d'en haut comme si on était des mouches. Pourquoi, ils ne nous considèrent pas».

- Enfin, le personnel de santé se perçoit à la marge du processus décisionnel,¹ s'octroyant le statut « d'exécutants », sans implication active dans l'élaboration et la mise en place de programmes de santé élaborés de façon trop verticale et centralisée, valorisant uniquement la maladie en soi.
- **1996** : Création par décret de cinq régions sanitaires (Centre, Est, Ouest, Sud-Est et Sud-Ouest), de cinq conseils régionaux et de cinq observatoires régionaux de la santé, institutions déconcentrées de l'Institut national de la santé publique.² Création de l'Institut national de pédagogie et de formation paramédicale par le décret exécutif 96-148 du 27 avril.

Cet établissement à statut d'EPA a pour mission ; de mettre à la disposition des établissements de formation paramédicale tous supports et méthodes en vue de l'amélioration de la formation ; de concevoir, élaborer, évaluer et proposer les programmes de formation paramédicale ; d'organiser et de contrôler les examens et concours pour l'accès aux établissements de formation paramédicale et l'obtention des diplômes ; de suivre et d'évaluer la qualité de la formation dispensée ; d'initier et de développer la recherche en pédagogie pour l'enseignement des techniques paramédicales ; de participer à la formation et à l'encadrement des personnels enseignants, d'encadrement pédagogique et de contrôle pédagogique ; de contribuer à toute action de perfectionnement et de formation continue des personnels enseignants des établissements de formation paramédicale ; d'entreprendre toute étude en rapport avec ses missions. Modification de l'article 65 de la loi 83-11, par l'ordonnance 96-17 du 6 juillet, qui stipule dans sa nouvelle rédaction que « les frais de soins et de séjour dans les structures sanitaires publiques sont pris en charge sur la base de

¹ MABTOUL, Mohamed, *le système de soins en Algérie : 1962-2012 de l'étatisation à son éclatement*, Disponible sur : <http://www.lequotidien-oran.com/index.php?news=5172971>. Consulté le 28/08/2017.

² CHAOUI, Farid, LEGROS, Michel, *Op.cit.*, p.51.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

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

- **1997** : Création de cinq régions sanitaires (Centre, Est, Ouest, Sud-Est et Sud-Ouest) par le décret 97-262 du 14 juillet.¹ Ce décret crée également les conseils régionaux qui ont pour mission de coordonner les interventions sanitaires avec les autres secteurs d'activité du pays ; les régions sanitaires s'appuient sur cinq observatoires régionaux qui sont des antennes de l'Institut national de la santé publique. Décret redéfinissant l'organisation du système de santé et modifiant l'assiette territoriale des CHU. Ce décret 97-457 du 2 décembre fixe le statut des CHU, définit leur composition et les place sous la tutelle administrative du ministère de la Santé et de la Population et sous la tutelle pédagogique du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique.
- **1998** : Création du Centre national de pharmacovigilance et de matériovigilance. Le décret exécutif 98-192 du 3 juin donne pour mission à cet EPA : la surveillance des actions secondaires indésirables dues à l'usage des médicaments mis sur le marché et des incidents ou risques d'incidents résultant de l'utilisation de dispositifs médicaux; la réalisation de toute étude ou travaux concernant la sécurité d'emploi des médicaments et des dispositifs médicaux lors d'administrations et usages divers pour accomplir des actes prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques. Création du Centre national de toxicologie. Créé par le décret exécutif 98-188 du 2 juin,² ce centre a pour missions : la recherche, identification et dosage des substances toxiques ; la réponse à l'urgence toxicologique ; la mesure des indices biologiques d'exposition et d'intoxication ; l'élaboration des règles des bonnes pratiques de laboratoire et des normes techniques d'analyse toxicologique ; le recueil et traitement des informations relatives à la toxicologie et aux intoxications ainsi que l'expertise toxicologique médico-légale ; le recensement des risques toxicologiques majeurs. Tenue des Assises nationales de la santé.

¹ CHAOUI, Farid, LEGROS, Michel, *Op.cit.*, p.51.

² *Ibidem.*

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

- **1999** : Mise en place d'une commission chargée d'élaborer un nouveau projet de loi sanitaire. Amendement de la loi 85-05 instaurant le plein-temps aménagé. Cet amendement a permis aux professeurs chefs de services astreints au temps plein dans les structures hospitalo-universitaires d'exercer une activité complémentaire au sein des structures privées. Réalisation de l'enquête nationale sur la mortalité maternelle effectuée par l'Institut national de santé publique.
- **2000** : Réalisation de l'enquête à indicateurs multiples sur la mortalité infantile (MICS2) commanditée par l'Unicef et organisée par la direction de la prévention du ministère de la Santé et de la Population.
- **2001** : Installation du Conseil national de la réforme hospitalière qui dépose un rapport d'étape en décembre 2002, puis, son rapport final en octobre 2003. Mise en place d'une commission sur les comptes nationaux de la santé qui remet son rapport en 2003.
- **2002** : La loi de finances pour 2002 qui a créé le compte d'affectation spéciale n° 302-096 intitulé "fonds pour les urgences et les activités de soins médicaux" et ses textes d'application (le décret exécutif n° 02-247 du 23 juillet 2002 et ses arrêtés d'application) dont les recettes sont destinées, entre autres, à la prévention et à la prise en charge des soins relatifs aux maladies liées à la consommation de produits tabagiques. ¹Enquête nationale sur la santé de la famille, réalisée par la direction de la population du ministère de la Santé et de la Population. Organisation de la seconde conférence régionale africaine sur la préparation de la convention cadre de lutte contre le tabac.
- **2003** : Dépôt du projet de loi sanitaire. Ce projet est largement débattu mais il ne sera jamais soumis à l'assemblée nationale. Dépôt du rapport final de la commission nationale de la réforme hospitalière.²
- **2007** : Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai portant réorganisation des structures de santé et créant des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP). Ce décret qui a consacré la séparation de la gestion des structures hospitalières et des structures dites périphériques était motivé par la volonté de promouvoir une santé de proximité. En fait, il a contribué à faire disparaître la notion de *bassin de population* en poussant vers un éclatement du système de santé, déjà pénalisé par une

¹ Messaoud, Zitouni, *plan national cancer 2015/2019 : nouvelle vision stratégique centré sur le malade*, 2014, p.26.

² CHAOUÏ, Farid, LEGROS, Michel, *Op.cit.*, p.52.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

absence de coordination entre les secteurs public et privé. Absence de coordination qui avait été maintes fois signalé dans les rapports concernant la réforme hospitalière.

- **2008** : Amendement de la loi 85-05 le 20 juillet portant création de l'Agence nationale des produits pharmaceutiques. Cependant, le décret de création de l'agence prévu par cet amendement n'a toujours pas été promulgué.
- **2009** : Prise de mesures incitatives encourageant la dispensation des produits génériques ainsi que des produits pharmaceutiques fabriqués localement. Ainsi, le décret exécutif 09-396 du 24 novembre prévoit dans ses articles 26 et 27 :
 - **Article 26** : *L'organisme de sécurité sociale s'engage, dans le cadre de la promotion du médicament générique, à verser à l'officine pharmaceutique un montant forfaitaire égal à 15 DA pour chaque médicament princeps prescrit auquel le pharmacien substitue un générique et ce, quel que soit le conditionnement servi pour ce médicament;*
 - **Article 27** : *L'organisme de sécurité sociale s'engage à verser une majoration du montant de l'ordonnance lorsque le pharmacien dispense, pour l'intégralité des médicaments prescrits, des produits dont les prix sont inférieurs ou égaux aux tarifs de référence. Cette majoration est portée à 20 % en cas de produits fabriqués au niveau national.*¹
- **2010** : Installation d'une commission mandatée en vue de l'élaboration d'une nouvelle loi sanitaire. Ce projet de loi a été remis au ministre de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière par la commission en janvier 2011. Installation d'une commission de refonte de la prévention médico-sanitaire. Le premier rapport de cette commission a été remis au ministre de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière en février 2011. Installation d'une commission de réforme de l'enseignement paramédical le rapport de cette commission a été remis au ministre de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière en février 2011. Installation d'une commission en vue de l'élaboration d'une nouvelle carte sanitaire. Les travaux de cette commission se poursuivent.
- **2011** : Adoption par le ministère de la Santé d'un *plan national cancer*.²

La loi de finances pour 2011 qui a créé le compte d'affectation spéciale n° 302-138 intitulé « fonds de lutte contre le cancer » et ses textes d'application (décret exécutif n° 12-

¹ *Ibidem.*

² Plan national cancer 2015-2019, *Op, cit*, p. 26.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

343 du 17 septembre 2012 et ses arrêtés d'application) dont les recettes sont destinées aux dépenses pour la prévention, le dépistage et certains traitements du cancer.¹

- **2013** : L'arrêté ministériel du 06 février 2013 publié au Journal Officiel n° 50/2013 fixant les programmes de prévention et plans nationaux nécessitant une subvention à allouer à la Pharmacie Centrale des Hôpitaux pour l'achat des produits pharmaceutiques y afférents. Parmi ces programmes et plans figure le plan cancer.
- **2014** : Monsieur le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière a créé le "Comité National chargé du Suivi de la Lutte contre le Cancer par l'arrêté N°64 du 24 mars 2014 et l'a installé le 27 avril 2014.²
- **2015** : ouverture de deux Cliniques Radiothérapie et Oncologie multidisciplinaires. Cliniques bien équipées en matériel moderne de radiothérapie : Clinique El Azhar (Dr Khodjabache) à Dely Brahim et Clinique de Tizi-Ouzou (Dr Mahmoudi).

III-2 La situation sanitaire

Dans l'étude des effets des difficultés socio-économiques et financières sur la qualité de vie de la population. En effet, notre pays est actuellement touché par les deux types de Maladies :

- Les maladies des pays développés : cancer, diabète, sida, etc., et d'autres phénomènes liés à la santé et spécifiques aux pays avancés tels que le stress, les suicides, et les accidents de circulation.
- Et les maladies des pays du Tiers-monde dites «maladies de la pauvreté » à savoir le retour: inquiétant des infections contagieuses (méningite, tuberculose, maladies sexuellement transmissibles), et en force, celles à transmission hydrique (typhoïde...).

III-2-1 La situation démographie

La transition démographique accélérée est liée à une réduction drastique de la fécondité avec corollaire la baisse de la natalité ainsi qu'à une chute de la mortalité générale. Les progrès dans ces derniers volets sont très appréciables compte tenu du fait que les niveaux de mortalité infantile conditionnent pour une grande part la mortalité au sein de la population.³

Depuis 1995, le taux d'accroissement naturel a connu un recul continu pour atteindre 1,43% en 2000, soit une baisse annuelle de 5,4% en moyenne. Cette baisse se traduit par la

¹ *Ibidem.*

² Plan national cancer 2015-2019, *Op, cit*, p.27.

³ MSPRH, *la santé des Algériennes et des Algériens*, Rapport annuel, 2004, p.18.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

réduction de l'excédent Natural (différence entre naissance vivantes et décès tous âges confondus) de près de 16.000 individus par an (531.000 en 1995 et 434.000 en 2000).

En effet, le taux d'accroissement naturel de la population, qui a connu une diminution constante depuis les années 70, jusqu'à l'année 2000, où il a atteint 1,48%, marque une remontée à partir de 2001 et en croissance continue sur la période, Cependant, en 2001, le croit Naturel a augmenté de 29 000 individus 436 000 engendrant une légère hausse du taux d'accroissement a 1,5%.¹ 1,69% en 2005, 1,78% en 2006 et 1,86% en 2007.

La population algérienne atteindra les 35,7 millions d'habitants à l'horizon 2010, selon les estimations de l'Office national des statistiques (ONS). Dans l'hypothèse d'un maintien de l'accroissement observé en 2007 et en 2008,

"L'Algérie comptera 35,7 millions d'habitants à l'horizon du 1er janvier 2010", indique une récente publication de l'ONS sur la démographie algérienne. Entre juillet 1998 et le 1er juillet 2007, la population s'est accrue de 4,6 millions d'habitants. La moyenne des taux d'accroissement naturel est de 1,62 % avec un minimum de 1,48 % en 2000 et une reprise à la hausse depuis cette année.

Pour l'année dernière, le bilan démographique fait ressortir un accroissement des naissances avec 783 000 vivantes, 32 000 mariages et 149 000 décès. La part des enfants âgés de 0 à 4 ans enregistre une augmentation due à la progression du nombre des naissances ces dernières années. Quant à la tranche d'âge des moins de 15 ans, elle ne cesse de diminuer passant de 28,4% en 2006 à 27,8% en 2007. La population active par contre, progressé passant de 64,2% à 64,8% en 2007. La même tendance a été enregistrée par la population âgée de 60 ans et plus avec 7,4%, soit plus de 2,5 millions de personnes.

Enfin, la part de la population féminine en âge de procréer (15-49 ans) est de 58% de l'ensemble de la population féminine, soit 9,8 millions. L'augmentation du nombre des naissances vivantes, observée durant les dernières années, ne cesse de continuer selon la même source. En 2007, l'Algérie a enregistré 783 000 naissances avec un accroissement de 6% par rapport à 2006. Elles sont réparties en 401 773 naissances masculines et 381.463 naissances féminines. De ce fait, le taux de natalité a fait un bond de 1 point pour se situer à 22,98/1 000.

¹ MSPRH, *la santé des Algériennes et des Algériens*, Rapport annuel, 2003, p. 15.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

À partir de 2000, l'année où il a enregistré le plus bas niveau de natalité, le nombre des naissances ne cesse d'augmenter avec un taux d'accroissement des naissances de 33% de 2000 à 2007.

En ce qui concerne l'évolution du taux de mortalité, les données montrent que le nombre de décès, qui est de l'ordre de 143.000 décès/an, est resté globalement au même niveau pendant cette dernière décennie. L'analyse des évolutions des naissances, des décès et de l'accroissement naturel "montre que l'Algérie a entamé une nouvelle ère démographique", relèvent les experts de l'ONS.

Cette nouvelle ère est caractérisée par l'augmentation des naissances, accompagnée par une quasi-stagnation du nombre des décès, ce qui donne un accroissement naturel "important", expliquent ces experts. ¹

Selon cette analyse démographique, la vie moyenne d'un Algérien s'est allongée de 4 ans en l'espace de 10 ans, passant de 71,7 ans en 1998 à 75,8 ans en 2007. Pour la nuptialité, le nombre des mariages a augmenté pour atteindre 325 485 unions en 2007, soit 30.000 mariages de plus qu'en 2006. Le taux de nuptialité passe à 9,55/1 000 en 2007, contre 8,82 en 2006. En 2013, la population résidente totale a connu un accroissement naturel de 795.000 personnes, soit une régression de 14.000 par rapport à l'année précédente.

Le taux d'accroissement naturel est passé ainsi de 2,16 à 2,07%. Ce fléchissement est imputé à la baisse significative du volume des naissances vivantes associée à un recul relativement modéré du volume des décès. Si, ce niveau de croissance devait se maintenir, la population résidente totale atteindrait 39,5 millions au 1^{er} janvier 2015. Le nombre des mariages s'est accru de 105% de 1998 à 2007 et le taux a presque doublé, selon l'ONS. Selon des projections précédentes de l'ONS, la population atteindra 47,3 millions d'habitants à l'horizon 2030 avec un taux d'accroissement de 1,72%.

Au cours de l'année 2014, la population résidente totale a connu un accroissement naturel atteignant 840.000 personnes, soit un taux d'accroissement naturel de 2,15%, enregistrant ainsi une augmentation significative par rapport à l'année 2013 où ce dernier s'établissait à 2,07%. Cette évolution est imputée essentiellement à une augmentation relativement importante du volume des naissances vivantes en dépit de l'augmentation du

¹ Démographie algérienne, 2015, N°174, p. 5, format pdf, Disponible sur : www.ons.dz/img/pdf/demographie2015.pdf. Consulté le : 02/10/2017.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

volume des décès. Notons que l'accroissement naturel de la population a presque doublé sur les quinze dernières années passant de 449.000 à 840.000 entre 2000 et 2014.

De même, l'examen de l'évolution des naissances vivantes entre 2000 et 2014 fait ressortir que l'évolution de la population résidente est essentiellement lié à l'évolution de la natalité. Au cours de l'année 2015, la population Résidente totale a connu un accroissement naturel atteignant 858.000 personnes, soit un taux d'accroissement naturel de 2,15%. Il est à relever que ce taux a connu une stagnation entre 2014 et 2015 qui sont imputée essentiellement à l'augmentation dans le même ordre de grandeur aussi bien des naissances vivantes que du volume des décès. Notons que l'accroissement naturel de la population est essentiellement corrélé à l'augmentation du volume des naissances vivantes.

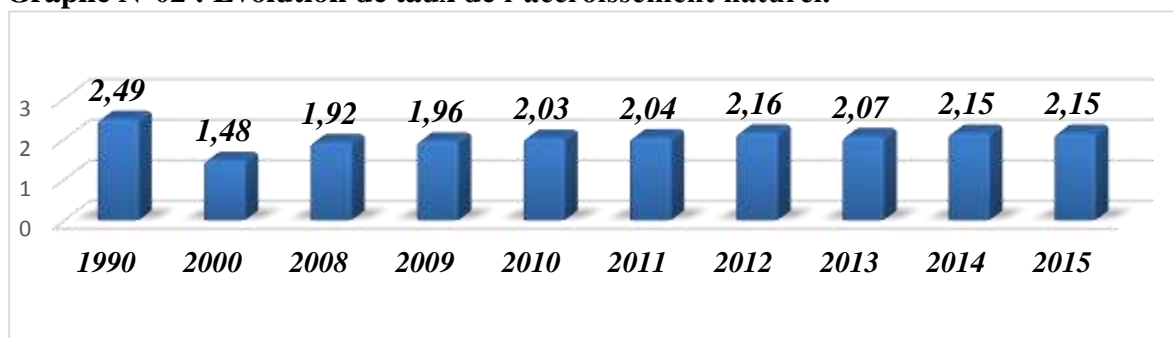
Au 1er janvier 2016, la population résidente totale en Algérie a atteint 40,4 millions d'habitants. L'année 2015 a été marquée par une augmentation conséquente du volume des naissances vivantes, qui a dépassé pour la seconde année consécutive le seuil d'un million de naissances. Cette année a connu également une hausse du volume des décès et un fléchissement assez significatif du nombre de mariages contractés comparativement aux dernières années.

Tableau N°7 : Evolution de la population résidente totale et de l'accroissement naturel.

Années	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Population en milieu de l'année (en milliers)	25022	30416	34591	35268	35978	36717	37495	38297	39114	39963
Accroissement naturel en (milliers)	624	449	663	690	731	748	808	795	840	858
Taux d'accroissement naturel En (%)	2,49	1,48	1,92	1,96	2,03	2,04	2,16	2,07	2,15	2,15

Source : office national des statistiques (ONS), statistique sociale, population démographique, Disponible sur : <http://www.ons.dz/-Sante-.html>. Consulté le (03/10/2017).

Graphe N°02 : Evolution de taux de l'accroissement naturel.



Source : construit sur la base des données Tableau N°07.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

On constate au cours de l'année 2015, la population résidente totale a connu un accroissement naturel atteignant 858 000 personnes, soit un taux d'accroissement naturel de 2,15%, enregistrant ainsi une augmentation significative par rapport aux années précédentes. Il est à relever que ce taux a connu une stagnation entre 2014 et 2015 qui sont imputées essentiellement à l'augmentation dans le même ordre de grandeur aussi bien des naissances vivantes que du volume des décès, Notons que l'accroissement naturel de la population est essentiellement corrélé à l'augmentation du volume des naissances vivantes.

III-2-1-1 Natalité

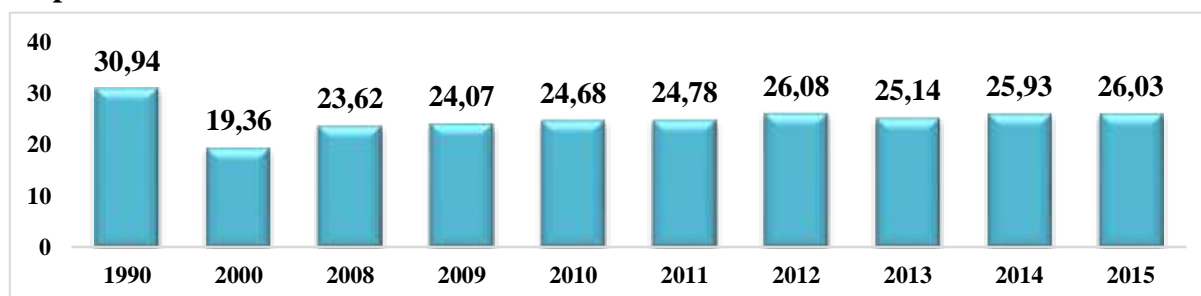
Le taux brut de natalité a augmenté de façon constante durant la période, passant de 19,36‰ en 2000 à 21,36‰ en 2005, puis 22,07‰ en 2006 et 22,98‰ en 2007. L'année 2015 a été marquée par l'enregistrement de 1.040.000 naissances vivantes auprès des services de l'état civil, soit une moyenne de plus de 2800 naissances vivantes par jour. Il est à noter que c'est la seconde année consécutive où le volume des naissances dépasse le seuil d'un million, soit un accroissement relatif de 2,6% qui correspond à la moitié de celui enregistré entre 2013 et 2014 (5,3%). Le taux brut de natalité continue d'enregistrer une progression continue pour atteindre 26,03‰ après avoir atteint 25,93‰ en 2014 et 25,14‰ en 2013.

Tableau N°08 : Evolution des naissances vivante et de taux brut natalité

Années	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de naissances (en milliers)	775	589	817	849	888	910	978	963	1014	1040
Taux brut de natalité (en ‰)	30,94	19,36	23,62	24,07	24,68	24,78	26,08	25,14	25,93	26,03

Source : office national des statistiques (ONS), statistique sociale, population démographique, Disponible sur : <http://www.ons.dz/-Sante-.html>. Consulté le (03/10/2017).

Graphe N° 03 : Evolution de taux brut de natalité.



Source : construit sur la base des données du tableau N°08.

On constate Le volume des naissances vivantes continue d'augmenter. L'augmentation des effectifs de naissances, est liée à un ensemble de facteurs, d'une part à une amélioration de l'enregistrement à l'état civil, et d'autre part à l'amélioration des conditions sanitaires et la hausse du nombre de mariages.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

III-2-1-2 La fécondité

L'indice conjoncturel de fécondité a connu une hausse, passant de 3,0 à 3,1 enfants par femme durant cette période, dépassant ainsi le seuil de trois (3) enfants par femme. En revanche, l'âge moyen à l'accouchement affiche le même niveau que celui observé l'année précédente ; soit 31,8 ans¹.

III-2-1-3 La mortalité général

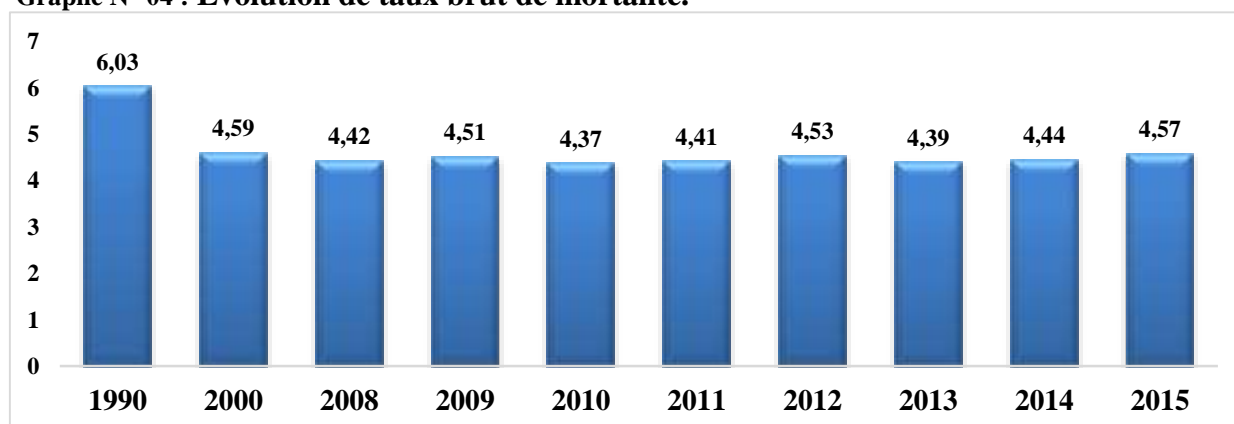
Le taux brut de mortalité générale, qui était de 16,4‰ en 1970, l'a baissé considérablement ; il a très rapidement régressé à 6‰ en 1989, et a poursuivi sa tendance baissière en 2005 (4,47‰), et en 2006 (4,30‰) ; en 2007 il se situe à 4,38‰. L'année 2015 a connu un volume des décès atteignant 183.000, soit un accroissement relatif de 5,2% par rapport à l'année 2014, et qui s'est traduit l'augmentation du taux brut de mortalité qui est passé de 4,44 ‰ à 4,57‰ durant cette période. Cette augmentation a eu un impact sur l'espérance de vie à la naissance qui a enregistré un recul d'un dixième de point par rapport à l'année 2014 atteignant ainsi 77,1 ans. Notons que cette baisse a plutôt touché les hommes dont le niveau est passé de 76,6 à 76,4 ans durant cette même période, alors que celle des femmes a connu plutôt une stagnation en s'établissant à 77,8 ans.

Tableau N°9 : Evolution de mortalité générale et de taux brut de mortalité.

Année	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de décès (en milliers)	151	140	153	159	157	162	170	168	174	183
Taux brut mortalité (en ‰)	6,03	4,59	4,42	4,51	4,37	4,41	4,53	4,39	4,44	4,57

Source : Office national des statistiques (ONS), statistique sociale, population démographique, Disponible sur : <http://www.ons.dz/-Sante-.html>. Consulté le (03/10/2017).

Graphe N° 04 : Evolution de taux brut de mortalité.



Source : construit sur la base des données du tableau N°09.

¹ Démographique algérienne, 2015, N°174, p. 5, format pdf, Disponible sur : www.ons.dz/img/pdf/demographie2015.pdf. Consulté le : 02/10/2017.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

Nous remarquons que le taux brut de mortalité diminue d'une année à une autre, cette diminution est souvent interprétée comme un succès dû à l'amélioration des conditions sanitaires et économiques.

III-2-1-4 La mortalité infantile

Le taux brut de mortalité générale, qui était de 16,4‰ en 1970, a baissé considérablement ; il a très rapidement régressé à 6‰ en 1989, et a poursuivi sa tendance baissière en 2005 (4,47‰), et en 2006 (4,30‰) ; en 2007 il se situe à 4,38‰.¹

Le volume des décès de moins d'un an a atteint 23,3‰ en 2015, correspondant à une augmentation relative de 3,9% par rapport à l'année précédente.

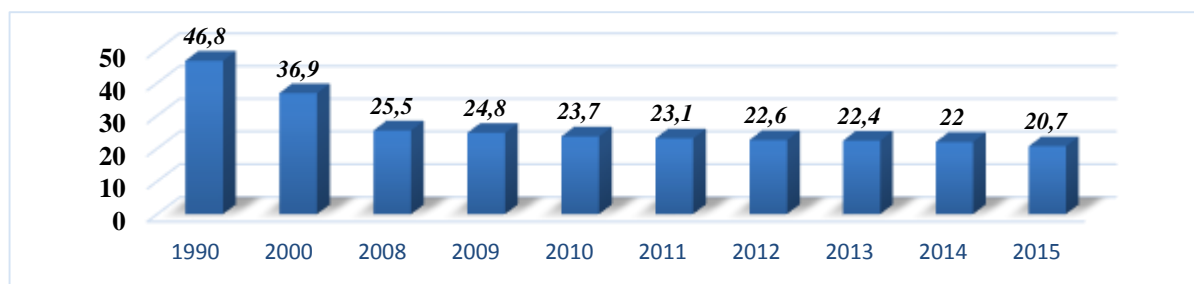
Cette hausse peut être imputée aussi bien à l'augmentation du volume des naissances vivantes enregistrée au cours de l'année, mais aussi à une augmentation relativement significative du niveau de la mortalité infantile. Pour preuve, le taux de mortalité infantile (TMI) a connu un accroissement de 0,3 point entre 2014 et 2015, pour atteindre 22,3‰ (23,7‰ auprès des garçons et 20,7‰ auprès des filles).

Tableau N°10 : Evolution de taux de mortalité infantile par sexe (pour mille naissances vivantes).

Année	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux de mortalité infantile ensemble (en‰)	46,8	36,9	25,5	24,8	23,7	23,1	22,6	22,4	22	22,3
Taux de mortalité infantile masculin (en‰)	49,2	38,4	26,9	26,6	25,2	24,6	23,9	23,6	23,5	23,7
Taux de mortalité infantile féminin (en‰)	45,8	35,3	23,9	22,9	22,2	21,6	21,2	21,2	20,4	20,7

Source : office national des statistiques (ONS), statistique sociale, population démographique, Disponible sur : <http://www.ons.dz/-Sante-.html>. Consulté le (03/10/2017).

Graphe N°05 : Evolution de taux de mortalité infantile



Source : construit sur la base des données du tableau N°10.

On constate la nette décroissance du Taux de mortalité infantile depuis le début des années 1990, bien que ce taux reste encore élevé si on le compare aux taux des pays développés.

¹ GHOUL, Djihad, *les services des soins publics : quelle satisfaction du patient ?*, thèse de doctorat, stratégie, Alger, Ecole doctorale d'économie et de management, 2015, p. 56.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

III-2-2 La situation épidémiologie

Le nouveau contexte épidémiologique : Le contexte épidémiologique demeure marqué par le processus de transition sanitaire résultant de la transition démographique et des changements intervenus au milieu des années 90, dans les modes de vie et d'alimentation. L'Algérie traverse, depuis quelques années déjà, une phase de transition épidémiologique marquée par la persistance des maladies transmissibles (maladie à transmission hydrique, zoonoses...), caractéristiques des pays en développement.

III-2-2-1 Les maladies transmissibles

Des progrès significatifs continuent d'être enregistrés dans la lutte contre ces maladies, grâce aux programmes nationaux mis en place et pris en charge par l'Etat.

III-2-2-1-1 Les maladies contrôlables par la vaccination

L'application du programme élargi de vaccinations (étendu en 2007 à l'hépatite C), pour plus de 88% des enfants a permis : la disparition de la poliomyélite (aucun cas sur la période) ; la réduction considérable de la diphtérie, de la coqueluche, de la rougeole et du tétanos néonatal.

- **La tuberculose** : Plus de 22.000 cas de tuberculose, dont la plupart extra pulmonaires, ont été déclarés en Algérie en 2014, des représentants MSPRH. Sur les 22.153 cas de tuberculose diagnostiqués en 2014, 8.445 seulement sont pulmonaires contagieux, les 13.708 cas restants, soit 61,9 %, sont extra pulmonaires, a indiqué le chargé du programme national de lutte contre la tuberculose.¹ En 2001, l'incidence pour 100.000 habitants était de 26,2 cas pour la tuberculose pulmonaire, en 2014, elle était de 17, 5. Pour la forme extra pulmonaire, l'incidence pour 100.000 habitants, en 2014 elle a atteint 35,4%. La baisse presque insignifiante est due à la "persistance d'un niveau relativement élevé" de cas de tuberculose extra pulmonaire 22.389 cas de tuberculose, dont 7.964 cas et 14.425 cas de tuberculoses extra-pulmonaires, ont été recensés en Algérie par les services sanitaires durant l'année 2016.
- **La rougeole** : En 2012 est stable, il est de 5,04 cas pour 100.000 habitants, il était de 5,20 cas en 2011. Le pic d'incidence mensuelle est enregistrée il était de 9,25 en 2013 alors qu'en 2014, Ils ont enregistré 0,39 cas. Les incidences mensuelles enregistrées ont été toutes basses, oscillant entre 0,01 et 0,07 cas pour 100.000 habitants.

¹ Tuberculose en Algérie, plus de 22.000 cas en 2014, extra pulmonaires pour la plupart, radio algérienne, 2015, Disponible sur : <http://www.radioalgerie.dz/news/fr/article/20150324/34727.html>. Consulté le 13/10/2017.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

- **La coqueluche** : Au cours de l'année 2012, on a observé une hausse importante du nombre de cas il est passé de 27 cas à 132 cas, soit une incidence annuelle de 0,35 cas pour 100.000 a baissé de près de la moitié des cas. Il est passé de 105 cas en 2013 à 53 cas en 2014. Les wilayas qui ont enregistré des cas sont par ordre décroissant : Oran (17 cas), Tindouf (8 cas), Adrar (7 cas), Alger (6 cas), Djelfa, Constantine et Aïn Temouchent (2 cas), Chlef, Tizi-Ouzou, Sétif, Skikda, Sidi Bel Abbès, Guelma, Boumerdès, Khenchela et Mila (1 cas).
- Aucun cas de **poliomyélite** n'a été déclaré au cours de l'année 2014.

III-2-2-1-2 Les maladies à transmission hydriques :

(Fièvre typhoïde et surtout hépatites virales), sont encore signalées de façon occasionnelle, mais en nombre de plus en plus réduit.

- **Le choléra** : 5 cas en 1995. Aucun n'ayant été confirmé de 1996. Cette maladie à quasi disparu depuis une dizaine d'années, La disparition du choléra est confirmée : aucun cas enregistré en 2005, 2006 et 2007.¹
- **Dysenteries** : 0,40 cas pour 100.000 habitants. Les incidences mensuelles enregistrées au cours de l'année 2012 sont très basses en 2014 le taux d'incidence est de 0,46 cas.
- **l'hépatite virale** : En 2012 stable avec 3,91 cas pour 100.000 habitants. Le taux d'incidence de ne cesse d'augmenter, Il est passé de 4,06 à 7,02 cas pour 100.000 habitants en 2014.
- **fièvre théphoïd** : Le taux d'incidence en 2012 toujours bas avec 0,62 cas pour 100.000 habitants en 2014 est passé de 0,46 à 0,31 cas. La maladie sévit à l'état sporadique à l'exception de quelques petits foyers déclarés par trois wilayat.
- **H1N1** : Les responsables de la Santé ont tergiversé à reconnaître que le H1N1 est l'un des trois virus constitutif de la grippe, qui sévit en Algérie Huit nouveaux décès liés à la grippe A/H1N1 ont été enregistrés en Algérie, ce qui porte le total des cas mortels à 32 et au moins 8000 cas probables dont 553 confirmés en 2013.

III-2-2-1-3 Les zoonoses

- **Leishmaniose** : ² Elle est faible durant les années 2000 et 2001 (avec 15,230/ 100 000 habitants) et cette baisse est due essentiellement à l'amélioration de la situation épidémiologique dans la wilaya de M'sila habitants. L'augmentation des effectifs commence des 2001 et atteint son maximum avec un pic au cours de l'année 2005 (avec 78,868/ 100 000 habitants), ce sont les wilayas de Biskra (1357,42),

¹ GHOUL, Djihad, *op. cit.*,, p. 56.

² MLIKI, Feriel, *épidémiologie, évolution et impact des changements climatiques sur une maladie zoonotique vectoriel : la leishmaniose en Algérie*, thèse de doctorat, biologie animale, université BADJI MOUKHETAR Annaba.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

Ghardaïa (599,08), Laghouat (446,83), M'sila (385,26), Djelfa (260,49), Naâma (254,38) et Batna (239,22) qui ont enregistré le nombre de cas le plus élevé jamais enregistré avant. Durant les Cinq années qui suivent le taux d'incidence a baissé nettement en 2007 pour encore augmenter jusqu'à l'an 2010 avec une hausse importante du taux d'incidence (58,93 cas pour 100.000 habitants). En 2014 à 11,62 cas pour 100.000 habitants.

- **La brucellose** : Elle est relativement faible au cours des années 2000, 2001, 2002 et 2003 avec un taux d'incidence moyen qui varie entre 8 et 14 cas pour 100 000 habitants. A partir de l'année 2003, l'an 2005 ou enregistré un pic avec un taux d'incidence de 24,71 cas Pour 100 000 habitants ; les wilayas qui observent les taux régionaux les plus élevés sont les wilayas d'élevage:¹ Tebessa (246,67), M'sila (245,67), Laghouat (191,41), Khenchela (180,48), Biskra (109,41), Saida (94,12), Naâma (79,42) et Djelfa (66,33). Le taux d'incidence de la Brucellose reste élevé durant les deux années qui suivent qui sévit à l'état endémo-épidémique et ces foyers épidémiques sont observés au niveau des hauts plateaux. L'année 2008 enregistre une baisse importante de l'incidence qui est passée de 23,14. 94 cas pour 100.000 habitants pour ensuite augmenter considérablement et faire un pic en 2010 qui a atteint les 28,04 cas pour 100 000 habitants. est passé de 10,28 en 2013 à 14,15 cas 2014.
- **La rage** : une variation des effectifs de cas Rage au cours des années. observe trois pics durant la période (2000-2011) :
 - Le premier a été enregistré en 2002 avec un taux d'incidence de presque 25 cas pour 100 000 habitants ;
 - Le deuxième pic a été enregistré en 2005 avec un taux d'incidence de 31 cas pour 100 000 habitants ;
 - Et le troisième pic a été enregistré en l'an 2007, le nombre de cas de rage a plus que doublé, passant de 15 cas en 2006 à 32 cas en 2007.² Au cours de l'année 2014, sept (7) cas de ont été déclarés à l'INSP
- **Méningites** : Est de 0,09 cas pour 100.000 habitants, soit 34 cas au total. et de 0,12 cas pour 100.000 habitants, soit au total 47 cas notifiés au cours de l'année 2014. Toutes les wilayas touchées ont enregistré entre 1 et 2 cas, à l'exception d'Alger où il y a eu 9 cas, de Laghouat 4 cas) et de Djelfa (3 cas).

¹ *Ibidem.*

² MLIKI, Ferial, *Op. cit.* p.34.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

III-2-2-2 Les maladies non transmissibles

Ne se transmettent pas d'une personne à l'autre. Elles sont de longue durée et évoluent en général lentement. Les types de maladies non transmissibles sont les maladies l'hypertension artérielle, les cancers, et le diabète.

III-2-2- 2-1 Les maladies chroniques

En 2010, les maladies chroniques les plus fréquentes qui altèrent la santé de la population sont : les maladies cardio-vasculaires, qui arrive au premier rang avec 44%, suivies des cancers 16%, des affections des vois respiratoires et enfin du diabète avec 7,4%.¹

- **Diabète** : En Algérie, la pathologie du diabète vient en deuxième position dans le classement des maladies chroniques derrière l'hypertension. En effet, le diabète est devenu un véritable problème de santé publique, selon la FID l'Algérie comptait 1 604 290 diabétiques en 2012, soit une prévalence de 7,54% pour la même année, 894.150 de personnes diabétiques non diagnostiqués et 1 million d'enfants diabétiques à travers le territoire national.² L'enquête TAHINA réalisée par le ministère de la Santé en 2007 a prouvé que plus de 55,9% des personnes âgées de 35-70 ans sont atteintes de surpoids, alors que l'obésité globale est retrouvée chez 21% des personnes interrogées âgées de 35 à 70 ans. Concernant l'enfant, l'enquête «MIC's 4» réalisée par le ministère de la Santé en 2013 avec le soutien de l'Office national des statistiques et de l'UNICEF, montre que la surcharge pondérale touche 12% des enfants de moins de cinq ans et qu'elle est plus fréquente encore chez les enfants âgés entre 12 et 23 mois (18%). Pour faire face à cette situation, le ministère de la Santé a opté, comme préconisé par l'OMS, pour la lutte intégrée contre les facteurs de risque qui a fait l'objet d'un plan national stratégique multisectoriel de risques communs aux maladies non transmissibles pour la période 2015/ 2019.³ (Voir annexe 3)
- **L'hypertension artérielle** : Est un facteur de risque majeur des cardiopathies ischémiques (angor, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral). En 2000, un décès sur trois est attribué aux maladies cardiovasculaires. Chez les femmes de 15 à 49 ans, c'est la

¹ AIT MEDJANE, Ouahiba, *les réforme du système de santé en Algérie : Etat des lieux et analyses*, mémoire master, économie de la santé, Bejaia, Université ABDERAHMANE MIRA de Bejaia, 2013, p.53.

² FAREDJLLAH, Aicha, GHEMARI, Rym, *Essai d'évaluation du dispositif de prise en charge des diabétique de ville de Bejaia ; cas de la clinique beau de séjour*, mémoire master, économie de la santé, Bejaia, Université ABDERAHMANE MIRA de Bejaia, 2013, p.17.

³ LAOUR, Salah, *prévalence de l'obésité en Algérie*, 2017, disponible sur : <http://www.pressemedicale.com/actualites/prevalence-de-lobesite-en-algerie>. Consulté le:03/09/2017.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

deuxième cause de décès après les tumeurs et près de 40 % des décès pour maladies cardiovasculaires sont dus à une HTA. (Voir annexe 3)

Lors de l'enquête « papfam-2002 », l'hypertension artérielle a été retrouvée dans 3% de la population enquêtée, tous âges confondus, et de surcroît, les autres maladies cardiovasculaires ont été retrouvées dans 1% des cas. Rapportés à la population totale, ces chiffres montrent que dans le pays, plus d'un million de personnes présentent des affections cardio-vasculaires et près de 50000 cas supplémentaires sont attendus d'ici l'an 2010.

- **Le Cancer :** L'augmentation de l'incidence de cette maladie qui est passée de 80 nouveaux cas pour 100.000 habitants en 1990 à plus de 130 nouveaux cas pour 100.000 habitants en 2010 est significative et il est prévisible qu'elle va progresser, pouvant atteindre rapidement 50.000 cas par an.

Les formes de cancer les plus fréquentes chez l'homme sont ceux du poumon, du colo-rectum, de la vessie, de la prostate et de l'estomac. Ils constituent 52,5% de tous les cancers masculins. Le cancer du poumon à lui seul représente environ 15% des cancers masculins. Ceci confirme et consolide les tendances depuis 2001 avec la prédominance, chez l'homme, des cancers liés au tabagisme (poumon - vessie), du cancer de la prostate qui connaît une augmentation rapide depuis le début des années 2000 et des cancers digestifs notamment colorectaux. L'élévation de l'incidence des cancers de la prostate se confirme. Il est, aujourd'hui, le 3ème cancer chez l'homme.¹

Les formes de cancer les plus fréquentes chez la femme sont celles du sein, de la colo rectum, de la thyroïde, du col de l'utérus, et de l'ovaire. Ils constituent 68,2% de tous les cancers féminins. Les cancers du sein (40,45%) et du col de l'utérus (12,5%) qui totalisent, à eux deux, 52,95% de tous les cancers féminins.

- **III-2-2-2 Les infections sexuellement transmissibles et le SIDA:** l'incidence des maladies sexuellement transmises n'est pas connue. Tout au plus connaît-on le nombre de gonococcies déclarées, puisqu'il s'agit d'une affection à déclaration obligatoire. L'incidence de 2,44 pour 100.000 habitants affichée par le relevé épidémiologique mensuel de l'INSP, L'Algérie,² qui totalise au 31 décembre 2001 cumulés 527 cas de SIDA, Selon les données du laboratoire national de référence du Sida, la cible nationale qui est de stabiliser le nombre de nouveaux diagnostics à moins de 1000 cas/an a été atteinte. Au 31 décembre 2015, le nombre cumulé a atteint 9843 cas d'infections au VIH dont 1651 cas de

¹ Plan national cancer 2015-2019, p. 19.

² L'Etat de santé algériennes et des algériens, rapport annuel, 2002, p. 21.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

sida et 8192 cas de séropositivité asymptomatique avec comme sérotype le VIH1 à plus de 99%.

- La transmission hétérosexuelle, essentiellement locale, reste la principale voie par laquelle les personnes contractent le VIH (97,5 %). Ces dernières années, 700 à 800 cas sont notifiés par an. Concernant le groupe d'âge 15-24 ans, le nombre cumulé a atteint 569 cas au 31 décembre 2014.¹

III-2-2-2-3 Les facteurs de risque

- **Tabac :** La prévalence de la consommation du tabac à fumer selon l'Enquête Nationale de Santé *TAHINA* réalisée en 2005 est de 11,2%, elle est respectivement de 26,4% chez les hommes et 0,4% chez les femmes. L'âge moyen de début de consommation quotidienne du tabac à fumer est de 19,13 ans. La consommation de tabac sans fumée est retrouvée dans 9,48% des cas avec une nette prédominance masculine (21,44% vs 1,08%).
- **La consommation alcoolique :** Pour ce qui est de la consommation de l'alcool, l'Algérie viennent en tête de liste ; Classée selon le rapport de l'OMS de 2013, le deuxième plus grand pays consommateur au Maghreb avec une consommation de 0,7 litre par habitant juste après la Tunisie (1.1 litre par habitant). La consommation totale est de 270.000 hectolitres dont 63% en bière, 35% en vin et 2% en autres diverses boissons.

III-2-2-3 Les accidents

- **Les accidents de la circulation routière :** L'Algérie est classée parmi les pays qui enregistrent un nombre très élevé d'accidents de la circulation, lequel fait de nombreux morts et blessés chaque année, Le nombre d'accidents de la circulation ne cesse d'augmenter avec notamment 42477 accidents à travers l'ensemble du territoire algérien soit 116 accidents par jour pour la seule année 2012. Durant la période allant de 2003 à 2012 le nombre d'accidents n'a pas changé. Significativement puisqu'il a varié dans un intervalle de 39000 à 43700 accidents. Alors que pour les décès et les blessés les nombres ont augmenté respectivement en passant de 3660 à 4447 et de 52435 et 69141. L'année 2012 a enregistré le plus grand nombre d'accident soit 69141 blessés.²
- **Les accidents de travail :** Les accidents du travail et les maladies professionnelles ont fait 42.000 victimes en Algérie pour la seule année 2004, Durant les cinq dernières années les

¹ *L'Algérie Objectifs du millénaire pour le développement, Rapport national, 2000-2015*, rapport établi par le gouvernement Algériens, 2016, p. 90.

² MADANNI, Azzedine, TELLO, Ghiat, *les principales causes des accidents de » la circulation routière et les mesures d'atténuation en Algérie*, format PDF, disponible sur : <file:///C:/Users/ATRIUM-02/Downloads/5959-17406-1-PB>. Consulté le: 27/10/2017.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

moyennes enregistrées sont de cinquante mille (50.000) accidents de travail sont enregistrés annuellement en Algérie 5 000 accidents graves, 900 accidents mortels par an.

Une situation qui « reste stable » par rapport au nombre d'accidents enregistrés durant les dernières années, ce qui démontre « l'efficacité » des campagnes d'information et de sensibilisation et les moyens de préventions mis en place.

III-2-3 La situation économique

Depuis quelques années et dans la plupart des pays, les dépenses de santé ont connu une évolution importante, celle-ci croissant à un rythme historiquement supérieur à celui du PIB.

La transition socio-économique se manifeste par le changement de plusieurs indicateurs socio-économiques caractérisant la population algérienne.

- **La sédentarité :** Elle se manifeste par l'urbanisation accélérée de la population algérienne, passant de 1/3 de la population est urbain au lendemain de l'indépendance à plus des ¾ de la population en 2014 (75,39% en 2014)¹.
- **Le changement des habitudes alimentaires :** La sédentarité et la baisse du pouvoir d'achat des algériens a modifié manifestement leurs habitudes alimentaires. La consommation des fruits et des légumes a sensiblement baissé en faveur des sandwiches, des pizzas, des sucreries et des surgelés.

Ce qui engendre le problème de l'obésité, en Algérie un enfant sur trois est obèse et risque de le rester toute sa vie en 2010, et 60% des personnes âgées entre 35 ans et 70 ans ont un surpoids, dont 22% sont obèses selon le ministère de la santé. Le problème de malnutrition et du surpoids est souvent associé au diabète, aux cardiopathies, et au cancer.

Concernant le tabagisme, sa consommation est en nette augmentation bien que l'Algérie a ratifié par le décret présidentiel n°06-120 du 12 mars 2006, la convention de l'OMS pour la lutte anti-tabac adoptée à GENEVE le 21 mai 2003. 90% des cas de cancer du poumon en Algérie sont causés par le tabac.

La consommation annuelle du tabac est estimée à 25 000 tonnes avec un accroissement annuel de 5% en moyenne. La prévalence du tabagisme totale en 2011 est de 29% avec une prévalence tabagique par sexe de 49% pour le sexe masculin et 7% pour le sexe féminin. 25% des fumeurs sont âgés de moins de 21 ans et 25 % entre 21 et 27ans.

¹ MEKLAT, KHoukha, BRAHAMIA, Brahim, le système de santé algérien face à la transition sanitaire : prise en charge est financé. Disponible sur : <http://www.eiseverywhere.com/retrieveupload.php>. Consulter le 19/10/2017.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

Quant à la prévalence du tabagisme chez les adolescents de 13 à 15 ans, elle est de l'ordre de 26% chez le sexe masculin et 6% chez le sexe féminin pour la période 2005-2010, selon les données de l'OMS.

Bien que le tabac reste le produit économique le plus lourdement taxé après les hydrocarbures, sa consommation ne cesse d'accroître. Par ailleurs, on estime que malgré ses recettes fiscales qui représentent 21% de la fiscalité totale, chaque 1 dinar collecté par le trésor public, l'état algérien dépense 3 dinars dans le traitement des pathologies qui en résulte.

- **Le taux de scolarisation élevé :** Le taux de scolarisation en Algérie est parmi les taux les plus élevés, avoisinant les 98% en 2013. Quant au taux d'analphabétisme, il a reculé de 85% au lendemain de l'indépendance en 1962, 22% en 2008 et 18% en 2013. Le taux de passage du primaire au moyen s'est élevé à 80%. Quant au taux de passage du cycle moyen au cycle secondaire, il est de l'ordre de 40% en 2013.
- **Les dépenses de santé :** Cette situation a donné naissance à l'instauration des politiques de maîtrise des dépenses de santé, qui est affichée partout comme l'un des éléments majeurs d'une politique de santé. En Algérie, à l'instar des autres pays, le problème de la forte croissance des dépenses de santé se pose avec acuité ces dernières années. Même si les dépenses de santé en Algérie (près de 6% en 2010 de PIB). Le taux de croissance de ces dépenses a été très soutenu, à la suite de la conjonction de plusieurs facteurs ; vieillissement démographique, transition épidémiologique et démographique, l'évaluation de niveau de vie des individus, multiplication d'infrastructures sanitaires et généralisation de la couverture sociale.¹ En valeur, les dépenses nationales de santé ont connu d'importantes augmentations, elles ne représentaient que 1,852 milliards de DA en 1979 pour passer à 19,822 milliards DA en 1988, et depuis 1992 ce chiffre enregistre une croissance sans cesse, pour atteindre 83,680 milliards en l'an 2000, plus 679,262 milliards DA en 2009. Et plus de 365,94 milliards de DA en 2014.²

¹ ACHIOU, Meriem, AMIROUCHE Souhil, *Op. cit.* p.41.

² *Ibide*, p.42.

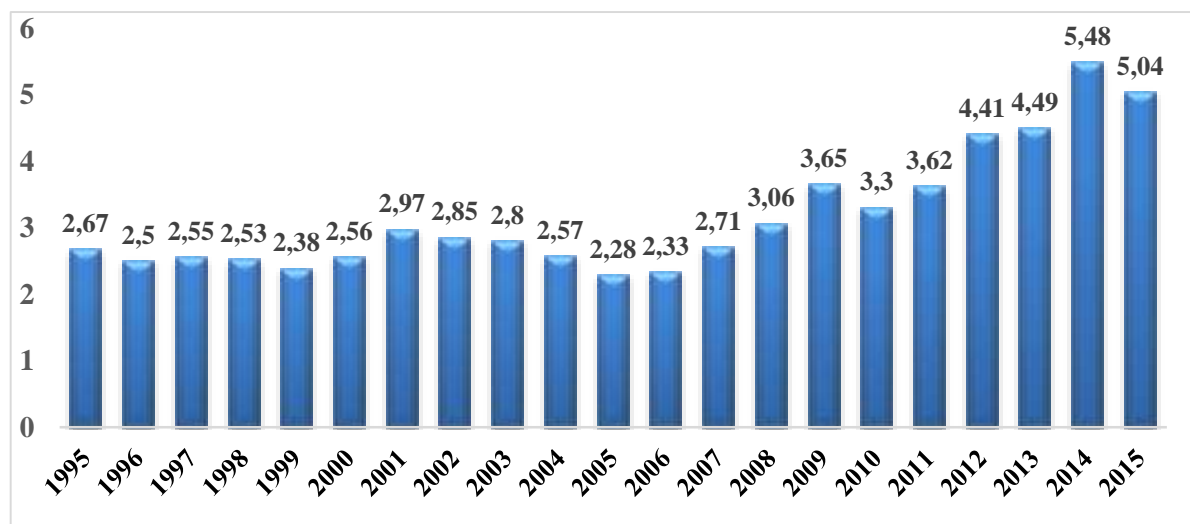
Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

Tableau N° 11 : Dépenses en santé (secteur public) en Algérie

	Dépense en santé (secteur public) (%du PIB)
1995	2,67
1996	2,50
1997	2,55
1998	2,53
1999	2,38
2000	2,56
2001	2,97
2002	2,85
2003	2,80
2004	2,57
2005	2,28
2006	2,33
2007	2,71
2008	3,06
2009	3,65
2010	3,30
2011	3,62
2012	4,41
2013	4,49
2014	5,48
2015	5,04

Source : ACHIYOU, Meriem, AMIROUCHE Souhil, *Op. cit.* p.41.

Graphe N°06 : Dépenses en santé (secteur public) en Algérie



Source : construit sur la base des données du tableau N°11

On remarque une Croissance de 84 % en 18 ans. Pour l'ensemble de la période 1995-2013, on enregistre une moyenne annuelle de 2,98. C'est en 2013 qu'on enregistre le plus haut niveau (4,92) et c'est en 2005 qu'on enregistre le plus bas niveau (2,28). Le changement enregistré entre la première et la dernière année est de 84%.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

III-3 Les perspectives

III-3-1 La contractualisation

En Algérie, la contractualisation est l'un des outils fondamentaux de la réforme hospitalière. Elle est ainsi un véritable outil de gestion pour les établissements hospitaliers. En effet, le contrat est un support technique permettant un redéploiement important des activités et des services. Cette contractualisation qui comme son nom l'indique devrait être un contrat établi entre l'hôpital prestataire de soins et les caisses de sécurité sociale (CNAS, CASNOS etc.) pour les assurés, l'action sociale pour les démunis (DAS dépendant du ministère de la solidarité) et enfin les malades eux-mêmes lorsqu'ils ne sont ni cotisants à une caisse ni démunis.¹

III-3-1-1 La contractualisation dans les hôpitaux

Nous distinguons deux types de contractualisation dans les hôpitaux : contractualisation interne et contractualisation externe.

- **La contractualisation externe** : La contractualisation externe concerne toutes les relations contractuelles qu'un hôpital développe avec des acteurs externes à l'hôpital. Les différentes lois de finances depuis 1992, disposent que « la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des établissements publics de santé doit être mise en œuvre sur la base des rapports contractuels ».

Elles précisent par ailleurs, que les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et les soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'Etat. Ne concerne que des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale (détenteurs de fonds) et les DAS. L'objet de ces relations contractuelles concerne principalement les modalités de financement des prestations prodiguées aux assurés sociaux.

En effet, les caisses de sécurité sociale achètent de services de soins en nom de ses assurés. Les hôpitaux publics facturent aux organismes de sécurité sociale et au ministère de la solidarité les prestations servies aux assurés sociaux et aux personnes démunies.

Le paiement de ces prestations s'effectue avec un forfait hospitalier. En effet, depuis 1974 et en vertu de l'institutionnalisation de la médecine gratuite en Algérie, la sécurité sociale est sollicitée par la loi à contribuer au financement des budgets de fonctionnement des établissements publics de santé à travers une participation forfaitaire fixée annuellement dans le cadre de la loi de finances.

¹ABID, Larbi, *vous avez dit la contractualisation des hôpitaux*, 2006, Disponible sur : <http://www.santetropicale.com/SANTEMAG/algerie/abid0106.htm>. Consulté le : 02/09/2017.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

Cette disposition budgétaire appelée « forfait hôpitaux » est une obligation financière supposée venir en compensation des prestations de santé servies aux assurés sociaux et leurs ayants droit.¹

- **La contractualisation interne** : la contractualisation externe doit permettre à chaque établissement de se procurer des ressources des différents partenaires à hauteur des activités réalisées. Quant à la contractualisation interne, celle-ci concerne une meilleure organisation et fonctionnement des bureaux des entrées, l'élaboration des cahiers de charges internes et proposes à chaque établissement a l'effet de fixer les objectifs en arrêtant les moyens nécessaires pour y parvenir et l'évolution du travail que fait effectivement chaque membre du personnel au sein de l'établissement sanitaire.

La contractualisation interne au niveau d'un hôpital s'établit lorsque des relations contractuelles se tissent entre la direction générale et les différents services médicaux et non médicaux. Il n'y a qu'une seule entité au sens juridique du terme et même autorité. Cette relation entre les éléments d'un même ensemble n'est pas réellement un contrat puisque celui-ci n'est pas « opposable » au sens ou des sanctions prévues en cas de non-respect des engagements pris néanmoins, il s'agit bien d'une relation contractuelle du fait qu'il y a négociation et accord entre les parties en présence.²

Les établissements sanitaires en Algérie sont tenus une nouvelle organisation centrée sur la création des centres des responsabilités constitués par contrat interne lie le chef d'établissement ou sa direction générale avec les responsables des différents services (médicaux et non médicaux) ou l'on définit clairement les objectifs assignés à chacun des services ainsi que les moyens qui leur seront alloués en établissant par la même les indicateurs de suivi de ces centres de responsabilités en vue de les intéresser au résultats de leur gestion afin de mieux les implique en leur adossant toutes les conséquences de leur actions.

Pour cela, il faut créer les conditions nécessaires qui permettent la participation des différentes équipes hospitalières à la vie quotidienne et au devenir de leur établissement en faisant en sorte que toutes les décisions prises soient l'émanation de leurs acteurs. En définitives la contractualisation interne a pou ultime objectifs le développement d'une logique de responsabilité des acteurs en présence.³

¹ CHEURFA Taous, KAÏD TLILANE Nouara, la contractualisation externe dans les hôpitaux publics en Algérie, en jeux et perspective, thèse doctorat, Economie et société, Université Bejaia, 2014, p, 78.

² SALMI, Madjid, *Op. cit*, p.225.

³ *Ibid*, p. 226.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

III-3-1-2 Le processus de la contractualisation en Algérie

Contractualisation des rapports entre régulateur, payeurs, et prestataires est à l'ordre du jour dans de nombreux pays engagés dans la réforme de leurs systèmes de santé comme en Algérie. Cinq phases (5) sont identifiées depuis 1993. Une phase d'appropriation et de prise de conscience entre 1993 et 1997; une phase de structuration de la réflexion et d'expérimentation de 1997; une phase de mise en œuvre des premières recommandations et une phase de coordination interministérielle dès 2002. Depuis 2007, une cinquième étape est engagée avec l'installation des commissions de la nomenclature et de la tarification des actes médicaux :¹

▪ La Une phase d'appropriation et de prise de conscience entre 1993 et 1997

Une phase d'appropriation et de prise de conscience de l'approche contractuelle entre les financeurs et les prestataires de soins de santé. Ainsi, suite aux conclusions du conseil interministériel du 21 mars 1995 un comité interministériel chargé de la contractualisation a été installé le 10 Avril 1995. Ce comité était composé de :²

- Du ministère de la santé et de la population ;
- Du ministère du travail et de la protection sociale ;
- Du ministère des finances ;
- De la caisse nationale de sécurité sociale des non-salariés (CASNOS) ;
- De la caisse nationale des assurances sociales (CNAS) ;
- De gestionnaires d'établissements publics de santé.

▪ Phase de structuration de la réflexion et d'expérimentation de 1997

Cette phase est celle de structuration de la réflexion et du début de l'expérimentation. A cet effet, un ensemble de mesures ont été envisagées dont la mise en place une cellule CNAS pour contrôler la qualité d'assuré social ou d'ayant-droit et de vérifier à partir des dossiers médicaux la conformité des prestations reportées dans la facturation des frais d'hospitalisation. De plus, il est demandé d'impliquer les organes consultatifs et les professionnels, de renforcer les capacités des personnels Des bureaux des entrées au niveau des établissements de santé.

▪ Phase de mise en œuvre des premières recommandations

C'est la phase de mise en œuvre des premières recommandations. Les Travaux du comité ont porté essentiellement sur l'élaboration et la mise en Place de support d'information et d'évaluation, de réhabilitation du « bureau des entrées » au niveau des établissements publics

¹ CHEURFA Taous, KAÏD TLILANE Nouara, Op.cit., p.79.

² CHOUGRANI, Saada, MILOUD, Kader, *expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie*, article, p.184.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

de santé et de la définition des procédures d'admission et de délivrance de la prise en charge des patients.

Des actions de formation et de sensibilisation des professionnels de la santé ont été organisées en directions de six établissements pilotes pour la phase « test ». En effet, le 09 septembre 1997, il y a eu l'officialisation de la mise en œuvre d'un processus d'expérimentation du système de gestion du dossier médico-administratif du patient au niveau de six structures publiques de santé.

▪ **Phase de coordination interministérielle dès 2002**

En 2002, le comité interministériel a envisagé de développer de nouvelles modalités de financement dont le but ultime est de préserver l'équité et l'accès aux soins pour toute la population. Ces modes de financement sont le prix moyen de la journée d'hospitalisation et le forfait par pathologie.

▪ **Phase de l'installation des commissions de la nomenclature et de la Tarification des actes médicaux**

Depuis 2007, une cinquième étape est engagée avec l'installation des commissions de la nomenclature et de la tarification des actes médicaux. Ainsi, la nouvelle nomenclature comporte près de 8000 actes soit plus de 400 % d'augmentation du nombre d'actes médicaux, chirurgicaux et d'imagerie. De plus, en 2007, le ministère chargé de la sécurité sociale a conçu et mis en circulation la carte « CHIFFA ». Cette dernière est une carte à puce permettant d'identifier l'assuré ainsi que ses ayants droits au moment de bénéficier des prestations de la sécurité sociale. Ainsi, les bénéficiaires du système tiers payant peuvent ainsi présenter la carte chez le médecin, le dentiste, les pharmacies, les hôpitaux et les différents établissements de soins pour bénéficier des soins ainsi que des médicaments sans paiement.¹

III-3-2 Le projet d'établissement

La définition du projet d'établissement est l'apanage de la direction générale. Il est défini sur la base du projet médical, retient les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médicale et des soins infirmiers. Les moyens humains, matériels et financiers dont l'établissement doit disposer pour réaliser les objectifs retenus qui doivent être minutieusement déterminés et répartis entre les différents centres de responsabilité en fonction des actions arrêtées.²

¹ *Ibid*, p.80.

² SALMI, Madjid, *Op*, cit. p.226.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

Le projet d'établissement définit sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion du système D'information. Ce projet doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

Les spécialistes et les experts du programme (PASS) ont défini aussi « comme un outil de vision stratégique pour le devenir de l'établissement. Cette vision stratégique est déclinée en plans annuels, pluriannuels ou opérationnels. Son élaboration se fait en équipe et doit être un travail collectif. Il est important, s'il y a consensus en interne de l'organisation, que le projet traduira la vision commune de la majorité de l'établissement hospitalier. Le projet d'établissement repose donc sur une vision stratégique, et sur une démarche participative et transversale, s'appuyant sur la coordination, la collaboration et l'implication de l'ensemble des acteurs. L'élaboration du projet d'établissement hospitalier se fait dans les sens suivants :

- Du bas vers le haut (méthode ascendante) : moyen de concertation, décision Consensuelle ;
- Du haut vers le bas (méthode descendante) : orientations du ministère vers les Établissements.

III-3-3 Le système d'information

Le système d'information est de collecte des données sur la santé et l'environnement essayera de répondre à des préoccupations liées à la santé de la population et aidera en même temps les décideurs locaux ou centraux à mettre en exécution des politiques afin de lutter contre tout ce qui affecte la santé des citoyens et des futures génération.¹

III-3-3-1 Les objectifs de système d'information

- **Créer un environnement logiciel et matériel** : Pour recueillir, stocker, traiter, restituer et communiquer l'information sanitaire pour faciliter la gestion, l'évaluation et la planification.
- **Créer une architecture de communications** : Entre les différents échelons de la pyramide sanitaire par l'information et la rétro-information et un système de gestion des données sur la santé publique.
- **Communiquer l'information** : Fiable, nécessaire et au temps voulu aux soignants, gestionnaires, aux pouvoirs publics et autres intervenants dans le domaine de la santé pour l'aide à la décision.

¹ BAHLOULI, Ahmed Sofiane, *la politique de santé en Algérie : cas de la wilaya d'Oran*, Mémoire magistère, université d'Oran, 2012, p.135.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

- **Normaliser la gestion des données de santé publique** : De façon à ce que les professionnels de santé et les décideurs puissent avoir accès à des renseignements cruciaux en matière de santé publique, et ce, aux niveaux local (établissement), «wilaya», régional et national.
- **Obtenir une analyse descriptive périodique de la population** : En collectant des informations dans chaque service hospitalier et unité de soins.
- **Promouvoir des actions de recherche** : En mettant à la disposition des équipes de recherche des informations fiables, comparatives et complètes.

III-3-3-2 Les différents niveaux de système d'information

Le système d'information destiné tout particulièrement aux responsables et professionnels de la santé publique, s'articulera sur trois niveaux :¹

1. **Le niveau opérant** : C'est le niveau de base, qui correspond aux actuels établissements de santé (CHU, EHS et Secteurs sanitaires). C'est le principal producteur des données pour l'ensemble du système. Il permet le rassemblement et la compilation systématiques des données tirées des activités normales et quotidiennes des professionnels (gestionnaires et soignants) de la santé publique et de l'environnement extérieur de l'établissement. Il offre des renseignements-clés en matière de santé publique et ressources engagées aux décideurs et utilise des données opérationnelles de l'ensemble du processus, soit de l'entrée initiale d'une personne dans le système de santé publique jusqu'à l'utilisation des renseignements pour générer des rapports valables uniformes et opportuns.

Il permet aussi aux établissements de s'adapter à leur environnement en redéployant leurs ressources pour mieux répondre aux objectifs à ce niveau, toutes les applications propres à un établissement de santé telles la gestion des ressources humaines, des structures, des finances, des équipements, des médicaments, des admissions, des activités de santé... etc. Une fois ces données collectées, elles sont contrôlées, validées et enregistrées dans «l'entrepôt des données de l'établissement». Puis, un fichier de données est extrait pour être transmis respectivement à la DSP et au ministère.²

2. **Le niveau directeur** : Ce niveau correspond à la direction de la Santé et de la Population (DSP), et éventuellement à la région sanitaire (si elle est adoptée). Il reçoit périodiquement

¹ MESLEM, Larbi, santé pour un système d'information national et global, 205, Disponible sur : <http://www.santemaghreb.com/algerie/poivue24.htm>. Consulté le: 14/10/2017.

² MESLEM, Larbi, santé pour un système d'information national et global, 205, Disponible sur : <http://www.santemaghreb.com/algerie/poivue24.htm>. Consulté le: 14/10/2017.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

et exceptionnellement les fichiers des données de tous les établissements de la wilaya concernée.

Ces fichiers seront contrôlés, validés et enregistrés automatiquement dans «l'entrepôt des données de la wilaya». En fournissant des informations fiables et actualisées aux responsables de ce niveau, le système constituera une aide certaine dans leurs tâches de contrôle, d'orientation et de prise de décision.

- 3. Le niveau stratégique :** Ce niveau, qui correspond à la tutelle (ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière), reçoit périodiquement et exceptionnellement les fichiers des données de tous les établissements du pays pour constituer un «entrepôt de données national». Ces données serviront aux différents responsables comme moyen pour connaître l'état de santé de la population et d'outil d'aide à la décision pour planifier, pour gérer ou pour maîtriser les dépenses.

III-3-3-3 Les caractéristiques de système d'information

Le système d'information national de santé doit avoir les caractéristiques suivantes :

- **Ouverture :** L'environnement du système est constitué des utilisateurs. L'ouverture sur son environnement est considérée sous deux aspects :
 - La possibilité offerte à tout utilisateur autorisé à consulter les données qui l'intéressent.
 - La répartition des données échangées dans le système sur des systèmes d'information appartenant à des établissements différents.
- **Facilité d'usage :** Ce système doit être conçu pour permettre à tout utilisateur, ayant un minimum de notions en informatique, d'apprendre facilement le fonctionnement du système et de l'utiliser efficacement.
- **Exhaustivité :** Le système couvre toutes les fonctions jugées indispensables des activités de santé publique.
- **Extensibilité :** De nouvelles fonctions peuvent être ajoutées, sans investissement majeur, au système.
- **Modularité :** Tel que décrit précédemment, le système est organisé en trois niveaux.
- **Intégration :** Les différents composants (niveaux) du système forment, du point de vue de l'utilisateur, un tout cohérent. Cette intégration n'est pas réalisée uniquement au niveau technique mais elle se situe plutôt au niveau conceptuel et concerne les aspects suivants :
 - La présentation : une interface homogène pour tous les niveaux ;
 - Les données : les utilisateurs ont la vision d'une base de données unique malgré la distribution entre niveaux ;

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

- La communication : les transferts de données entre niveaux sont standardisés.
- **Maintenabilité** : Le système doit être facilement corrigé, adapté et/ou amélioré. Cette maintenabilité couvre aussi bien les changements de son environnement que la détection et la correction des anomalies constatées.
- **Fiabilité** : Le système doit être conçu de telle façon à pouvoir exécuter toutes les fonctions requises tout le temps, Des procédures de reconstitution doivent être prévues pour permettre un pourcentage de temps de fonctionnement correct le plus élevé possible.¹

¹ MESLEM, Larbi, santé pour un système d'information national et global, 205, Disponible sur : <http://www.santemaghreb.com/algerie/poivue24.htm>. Consulté le: 14/10/2017.

Chapitre III : Phase III (1995 à nos jours) réalités du système de santé et perspectives

Conclusion

L'état de la santé de la population algérienne se caractérise par l'amélioration constante des indicateurs sanitaire et démographique de base parallèlement à l'émergence continue des pathologie non transmissible, la mise en œuvre progressive du processus de réforme hospitalière permettra de faire basculer tout le système national de santé dans une dynamique de modernité a l'effet non seulement d'améliorer notablement les services déjà disponible, mais aussi de développer de nouvelle action adaptées à la double transition épidémiologique et démographique.

On peut dire que le projet d'établissement hospitalier est un moyen d'amélioration de la gestion de l'hôpital dans la mesure où il permet une initiation au management participatif du personnel, et que les réformes engagées pour la modernisation et l'amélioration de la gestion des établissements, dans le cadre du PASS, n'ont pas tenu compte de la réalité du fonctionnement des hôpitaux, ils ont négligés la tutelle et toutes les institutions régissant ces établissements.

Conclusion générale

L'objet principal de notre recherche est de montrer et comprendre l'importance d'évolution du système de santé en Algérie, ses réalités et ses perspectives, depuis 1962 à nos jours.

Les objectifs de recherches auxquelles nous avons tenté de chercher à déterminer les déférentes dates marquantes du système de santé algérien depuis l'indépendance à nos jours, la situation et la politique sanitaire en Algérie depuis 1962 à nos jours, ainsi les réalités et perspectives du système de santé en Algérie depuis l'indépendance.

Nous retenons ces quelques conclusions :

- En 1962, la situation hérité du colonialisme était déplorable, déficience de l'hygiène publique, l'insuffisance de l'encadrement médical, une couverture sanitaire réduite et déséquilibrée destinée essentiellement à la satisfaction des besoins de la minorité coloniale.
- Après l'indépendance, le système national de santé comprend trois phases d'évolution comme suit :
- Les phases (1962-1992) est caractérisé par :
 - La réduction des disparités en matière de réparation du corps médical (public et privé) afin de facilité l'accès aux soins (instauration d'une mi-temps obligatoire dans le secteur public pour les praticiens installés à titre privé, mise en place d'équipes mobiles d'action sanitaire) ;
 - L'instauration de la gratuité des soins, dans les structures sanitaires publiques à partir de janvier 1974, ce qui a permis une généralisation de l'accès de la population, aux services de santé ;
 - La réforme du système éducatif et en particulier des études médicales, visant à la fois l'amélioration de la qualité de l'enseignement et le renforcement de l'encadrement, ce qui a permis de disposer d'un grand nombre de praticiens médicaux, toutes spécialité confondues.
 - La création par décret du "secteur sanitaire" et des "sous-secteurs sanitaires".
 - La construction de plus de quarante hôpitaux qui a amélioré la couverture nationale en lits, mais a pêché malheureusement par l'absence d'une étude sérieuse quant à l'implantation géographique de ces unités et, parfois par leur architecture inadaptée au milieu environnant.
 - La publication de la loi sanitaire 85-05 du 16 février 1985.

Conclusion générale

- La phase (1992-1995) est caractérisé par :
 - La création et la mise en place de structures de soutien à l'action du ministère de santé, dont :
 - Le Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques (LNCP), chargé du contrôle préalable de tout médicament avant sa mise sur le marché (1993) ;
 - La Pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH), chargée d'assurer l'approvisionnement des structures sanitaires publiques en produits pharmaceutiques (1994).
 - L'Agence Nationale du Sang (ANS), chargée de l'élaboration de la politique nationale du sang (1995)
- La phase (1995 à nos jours) est caractérisé par :
 - La période, des années 90 a été particulièrement éprouvante pour l'ensemble des personnels, qui ont montré leur attachement au système de santé et n'ont pas ménagé leurs efforts pour préserver les acquis. La fin de cette période a été marquée par la mise en place d'un "Conseil National de la Réforme Hospitalière" dont malheureusement les recommandations figurant dans un rapport n'ont pas été suivies d'effet.
 - le personnel de santé se perçoit à la marge du processus décisionnel, s'octroyant le statut «d'exécutants», sans implication active dans l'élaboration et la mise en place de programmes de santé élaborés de façon trop verticale et centralisée, valorisant uniquement la maladie en soi.
 - L'élaboration d'une nouvelle loi sanitaire
 - L'élaboration d'une nouvelle carte sanitaire
 - L'élaboration d'un plan national de lutte contre le cancer
 - La création de l'agence nationale de la greffe d'organe
 - La création de l'agence nationale du médicament,
 - La création, la réalisation et l'équipement des centres anti-cancer.
- Cette analyse a porté aussi essentiellement sur l'espérance de vie à la naissance, les taux de mortalité et leurs causes ainsi que l'évolution du système sanitaire. Des paramètres qui semblent être les plus parlants en matière d'analyse de la mortalité.
 - De 1965 à 2011, la population Algérienne a gagné près de 26 ans en espérance de vie à la naissance, en passant de 51 ans en 1965 à 76.5 ans en 2011.

Conclusion générale

- La mortalité en Algérie a connu une chute remarquable, le taux brut de mortalité est passé de 18,1‰ en 1965 à 4,41‰ en 2011, soit une baisse de 75.63%.
- Concernant la mortalité infantile, elle a nettement régressé depuis l'indépendance. En effet, le déclin de la mortalité infantile en Algérie, notamment par rapport aux années 1965 est un fait incontestable, puisque le quotient de mortalité infantile était estimé à près de 150 ‰ en 1966, et a été depuis lors divisé par six (23,1 ‰ en 2011).
- Concernant les dépenses nationales de santé (DNS) par rapport au PIB (produit intérieur brut), elles ont été multipliées par trois en 15 ans (allant de 1,6 % en 1973 à 5,5 % en 1988). Elle atteint 5.4% en 2011. Cette augmentation a joué un rôle très important dans le financement de la santé, et par conséquent une baisse remarquable de la mortalité à tous les niveaux.
- Depuis le début des années 1990, plusieurs tentatives de mettre en place une contractualisation des actes médicaux ont été entreprises et des exercices de simulation ont été faits dans différentes wilayas, mais ces tentatives n'ont pas abouti à ce jour. Dans ce domaine, une première remarque s'impose. La contractualisation est présentée à la fois comme une nécessité et comme une solution pour faire face aux problèmes que connaît le système de santé. Ainsi que nous l'avons dit, depuis le début des années quatre-vingt-dix, plusieurs structures ont testé les procédures de la contractualisation. Le principe en est simple : il s'agit d'identifier tous les actes faits lors de l'accès d'un patient au système de santé et de rémunérer la structure ou le professionnel qui ont pratiqué les actes en question.
- L'élaboration d'un système d'information qui soit une véritable aide à la décision.

Nous pouvons conclure que malgré les efforts remarquables qui ont été déployés et les résultats encourageant obtenus durant cette évolution, le système national de santé demeure encore confronté à des problèmes qui sont appelés à être surmontés.

Au cours de la réalisation de notre travail, plusieurs limites nous rencontrons, nous pouvons citer :

- Manque de documents, de références et de travaux de recherche traitant l'évolution du système de santé en Algérie depuis 1962 à nos jours : réalités et perspectives.
- L'accès limité à certaines données considérées comme étant confidentielles.

Conclusion générale

Enfin, il convient de signaler que ce travail de recherche n'est qu'une contribution préliminaire pour un tel thème d'actualité. C'est le prélude à d'autres recherches encore plus approfondies car il ouvre plusieurs pistes à des études plus ciblées. Néanmoins, nous espérons que notre étude fera appel à d'autres recherches ultérieures.

- L'évaluation du système de santé en Algérie depuis 1962 à nos jours : réalités et perspectives.
- L'évaluation économique sur le système de santé en Algérie.
- Le système de santé en Algérie à l'épreuve des transitions.

A OUVRAGES

- 1- DAHAK, Abdenour, KARA, Rabah, *le mémoire de master*, el-Amel, 2015.
- 2- OUFRIHA, Fatima-Zohra, *Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie*, Alger. 1983.
- 3- OUFRIHA, Fatima-Zohra, *transition et système de santé en Algérie*, CREAD, Douéra, Alger, 2009.
- 4- ZEHNATI, Ahcène, *les évolutions récentes du système de santé algérien*, CREAD. 2017.

B- REVUES ET ARTICLES

- 5- REMAL, Abdelkader, Etudiant Assistant Sociale a INFSPM d'Alger, *Système de santé en Algérie*[en ligne]. (27/04/2013). Disponible sur : <https://abdelkadirremal.wordpress.com> (consulté le 01/10/2017).
- 6- CHAOUI, Farid, *mettre le malade au centre de la politique de santé*, 2011, Disponible sur : www.Santetropicale.com/santemag/algerie/poivue74/htm, Consulté le: (12/09/2017).
- 7- MEBTOUL, Mohamed, *Le système de soins en Algérie : 1962-2012 de l'étatisation à son éclatement*[en ligne]. (15/09/2012). Disponible sur : <https://www.djazairess.com/fr> (consulté le 29/09/2017).
- 8- ABID, Larbi, *les établissements de la santé secteurs libéral en Algérie*[en ligne], (2014) Disponible sur : <http://www.santemaghreb.com/algerie/poivue83>: Consulté le (06/10/2017).
- 9- MABTOUL, Mohamed, *la médecine face aux pouvoirs : l'exemple de l'Algérie*[en ligne] Disponible sur : <https://socio-anthropologie.revues.org>. (Consulté le 13/09/2017).
- 10- LAMALI, Laila, *le développement du système de santé au cours des cinq décennies de l'indépendance de l'Algérie*, 2012, Disponible sur <http://www.elmassar-ar.com/ara/permalink/12038.html?print>. Consulté le (06/09/2017).
- 12- ABID, Larbi, *vous avez dit la contractualisation des hôpitaux*, 2006, Disponible sur : <http://www.santetropicale.com/SANTEMAG/algerie/abid0106.htm>. Consulté le : (02/09/2017).
- 11- LAOUR, Salah, *prévalence de l'obésité en Algérie*, 2017, disponible sur : <http://www.pressemedicale.com/actualites/prevalence-de-lobesite-en-algerie>. Consulté le:(03/09/2017).

- 13- CHOUGRANI, Saada, MILOUD, Kader, expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie, disponible sur : <http://www.academia.edu/9049678/Experience-de-la-contractualisation-dans-le-secteur-de-la-santé-en-Algérie>.
- 14- MESLEM, Larbi, santé pour un système d'information national et global, 205, Disponible sur : <http://www.santemaghreb.com/algerie/poivue24.htm>. Consulté le: (14/10/2017).
- 15- AISSA, Delenda, 1962-2012, cinquante ans de recherche démographique en Algérie, université d'Oran, décembre, 2002, Disponible sur : <http://www.univ-mascara.dz/almawqif/article>. consulté le (11/10/2017).
- 16- MEKLAT Koukha, BRAHAMIA Brahim, le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement, disponible sur : <http://www.eiseverywhere.com/retrieveulpoad.php> consulté le (11/11/2017).
- 17- BOUMATI, Mohamed, démographie algériennes 1998, disponible sur : <http://ww.ons.dz/IMG/pdf/TEXTENAT-1998.pdf> consulté le (13/10/2017).
- 18- L, ABID, épidémiologie du cancer en Algérie, problématique des registres de cancers, 2009, disponible sur : <http://link.springer.com/article/10.1007/s12558-009-0019-y>. Consulter le (13/10/2017).
- 19- BACHI, F, *Aspects épidémiologiques et cliniques des leishmanioses en Algérie*, 2006, disponible sur : www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/11867.pdf consulter le (15/10/2017).
- 20- MABTOUL, Mohamed, *le système de soins en Algérie : 1962-2012 de l'étatisation à son éclatement*, Disponible sur : <http://www.lequotidien-oran.com/index.php?news=5172971>. Consulté le (28/08/2017).
- 21- B, AIT-KAKI, F, SMATI, *aspect seroépidémiologiques de l'infection à V.I.H. en Algérie*, sciences et technologie, N°22, disponible sur : <http://revue.umc.edu.dz/index.php/c/article>. Consulté le (21/10/2017).
- 22- MADANNI, Azzedine, TELLO, Ghat, *les principales causes des accidents de » la circulation routière et les mesures d'atténuation en Algérie*, format pdf, disponible sur : <file:///C:/Users/ATRIUM-02/Downloads/5959-17406-1-PB>. Consulté le: 27/10/2017.
- 23- *Tuberculose en Algérie, plus de 22.000 cas en 2014, extra pulmonaires pour la plupart*, radio algérienne, 2015, Disponible sur : <http://www.radioalgerie.dz/news/fr/article/20150324/34727.html>. Consulté le:(17/10/2017).
- 24- Démographie algérienne, 2015, N°174, p. 5, format pdf, Disponible sur : www.ons.dz/img/pdf/demographie2015.pdf. Consulté le : (02/10/2017).

25- *Bilan et situation en 2012*, Disponible sur : <http://www.nabni.org/nos-propositions/sante/bilan-et-situation-en-2012>. Consulté le (28/09/2017)

C- COLLOQUE ET SEMINAIRE

26- BOUROUKBA, A, BOUKHELOUA, R, HAMMANI, A, *l'évolution du système nationale de santé depuis l'indépendance*, In : *Séminaire sur le développement d'un système national de santé*, l'expérience algérienne, Alger, Journal l'unité, 1983.

27- CHAOUI, Farid, LOGROS, Michel, *système de santé au Maghreb*, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés. In : Les notes IPEMED, Etudes et analyses, Institut de prospective économique du monde méditerranéen.2012.

28- CHACHOUA, Pr L, *le système national de santé 1962 à nos jours*, In : colloque international sur les politiques de santé, Alger, 2014.

29- LOUADI, Tayeb, *Elément de la baisse de la fécondité en Algérie*, In : *acte du séminaire national sur la situation démographique de l'Algérie*, université d'Oran, 22 Mai 2012.

D- TRAVAUX UNIVERSITAIRES

1- Thèse de doctorat

30- SALMI, Madjid, *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle, élément pour une évaluation de la qualité des soins*, Thèse de doctorat, sciences économiques, Tizi Ouzo, Université Mouloud MAMMRI ,2009.

31- KADI, Nadjat, *santé productive et pauvreté en Algérie*. Thèse de doctorat, faculté des sciences sociale, Département démographique, Université d'Oran, 2013.

32- KAID, Nouara, *le système de santé entre l'efficacité et l'équité : essai d'évaluations, à travers la santé des enfants : enquête de la willaya de Bejaia*, thèse de doctorat, science économie, Alger : Université d'Alger, faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion.

33- GHOUL, Djihad, *les services des soins publics : quelle satisfaction du patient ?*, thèse de doctorat, stratégie, Alger, Ecole doctorale d'économie et de management, 2015.

34- MLIKI, Feriel, *épidémiologie, évolution et impact des changements climatiques sur une maladie zoonotique vectoriel : la leishmaniose en Algérie*, thèse de doctorat, biologie animale, université BADJI MOUKHETAR Annaba.

35- CHEURFA Taous, KAÏD TLILANE Nouara, *la contractualisation externe dans les hôpitaux publics en Algérie, en jeux et perspective*, thèse doctorat, Economie et société, Université Bejaia, 2014.

2- Mémoire de Magister

36- KAHLOUCHE, Nouredine, *Développement d'un système constructif en milieu hospitalier : démarche méthodologique pour la réalisation d'un complexe mère et enfant*, Mémoire de magister, Rationalisation et développement des systèmes constructifs industrialisés, Souk-Ahras : université Mohamed chérif Messaadia Souk-Ahras, C.C.I, 2012.

37- EL BACHIR, Zohra, *Evolution de la mortalité en Algérie*, mémoire magistère, Université d'Oran, science sociale, Oran.

38- MEZAZI, Younes, *les indices démographiques en Algérie*, mémoire magistère, université de Blida.

39- BAHLOULI, Ahmed soufiane, *la politique de santé en Algérie : cas de la wilaya d'Oran*, Mémoire magistère, université d'Oran, 2012.

3- Mémoire de Master

40- FAREDJLLAH, Aicha, GHEMARI, Rym, *Essai d'évaluation du dispositif de prise en charge des diabétique de ville de Bejaia ; cas de la clinique beau de séjour*, mémoire master, économie de la santé, Bejaia, Université ABDERAHMANE MIRA de Bejaia, 2013.

41- BAHLOULI, Ahmed soufiane, *la politique de santé en Algerie : cas de la wilaya d'Oran*, Mémoire magistère, université d'Oran, 2012, 2- AIT MEDJANE, Ouahiba, *les reforme du système de santé en Algerie : Etat des lieux et analyses*, mémoire master, économie de la santé, Bejaia, Université ABDERAHMANE MIRA de Bejaia, 2013.

42- AIT MEDJANE, Ouahiba, *les réforme du système de santé en Algerie : Etat des lieux et analyses*, mémoire master, économie de la santé, Bejaia, Université ABDERAHMANE MIRA de Bejaia, 2013.

43- ACHIOU, Meriem, AMIROUCHE, souhil, *essai d'analyse des déterminants de dépense de santé en Algérie*, mémoire master, Economie appliquée et ingénierie financière, Bejaia : Université Bejaia, 2016.

44- AISSA, Delenda, ABDELKRIM, Fodil, *la transition démographique en Algérie*, mémoire master, faculté des sciences humain et sociale, université d'Oran, 2006.

E- RAPPORTS ET DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

45- Ministre de la santé, de la population et de réforme hospitalier, *la santé des algériennes et des algériens*, rapport annuel, 2004.

46- MSP, *l'état de santé des Algériennes et des Algériens*, rapport annuel, 2002.

47- MSPRH, *la santé des Algériennes et des Algériens*, Rapport annuel, 2004.

48- MSPRH, *la santé des Algériennes et des Algériens*, Rapport annuel, 2003.

49- *L'Algérie Objectifs du millénaire pour le développement, Rapport national, 2000-2015*, rapport établi par le gouvernement Algériens, 2016.

50- Ministre de la santé et de la population, *Développement du système national de santé stratégies et perspectives*, 2001.

51- Ministre de la santé, *le service de santé en Algérie situation et perspectives*, 1ere partie, 1979.

52- Ministre de la santé, *Développement de la santé*, Reghaia, 1983.

53- MSPRH, *projection du développement du secteur de santé : perspective décennal*, 2003.

54- Ministre de la santé et de la population, *Développement du système national de santé stratégies et perspectives*, 2001.

55- ARIBI, Amel, *L'évolution du Système National de santé (1962-2007)*, ENSP, 2001.

56- Ministre de la santé, *Projet de Loi relative a la protection et a la promotion de la santé*, 1983.

57- Ministre de la santé et de la population, *Loi relative à la protection et à la promotion de la santé*, Agence nationale de documentation de la santé, ANDS, 1998.

58- Ministère de la santé et de la population, *troisième évaluation de la mise en œuvre de la stratégie de la santé pour tout* extrait 1997.

59- Messaoud, Zitouni, plan national cancer 2015/2019 : nouvelle vision stratégique centré sur le malade, 2014.

60- Ministère de la santé, direction de la planification, fondement de la carte sanitaire nationale, 1982.

61- Ministère de la santé, rapport générale sur l'organisation du système de santé, 1990.

F- TEXTES REGLEMENTAIRES

62- Décret 63.73 du 04 Avril 1966 rattacher les unités sanitaires aux établissements hospitalier et esquisse une ébauche de solutions au problème de financement de ces structures.

63- Loi sanitaire N° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé.

G-SITES INTERNET

64- Direction de la prévention, *Disposition organisation de la prévention*, disponible sur <http://www.ands.dz/Dossiers/direction-prevention/accueil-prevention.tml> Consulté le : (11/09/2017).

65- Compagnes mondiale de santé publique l'OMS, disponible sur : www.who.int , consulté le (12/09/2017).

66- Office national des statistiques (ONS), statistique sociale, population démographique, Disponible sue : <http://www.ons.dz/-Sante-.html>. Consulté le (03/10/2017).

Annexe n° 1 : Loi n° 88-15 du 3 mai 1988 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé

Loi n° 88-15 du 3 mai 1988 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, p. 542.

Le Président de la République,

Vu la constitution, notamment ses articles 151-20° et 154;

Vu la loi n° 84-10 du 11 février 1984, modifiée et complétée, relative au service civil;

Vu la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé

Après adoption par l'Assemblée populaire nationale,

Promulgue la loi dont la teneur suit:

Article 1er. - L'article 208 de loi n°85-05 du 16 février 1985 susvisée est modifié et complété comme suit:

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

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

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

Elles ne peuvent être exploitées que par:

- a) Des mutuelles et autres associations à but non lucratif,
- b) Un médecin ou des groupement de médecins".

"Art.208.ter - Les médecins visés à l'article le 208 bis ci-dessus ne peuvent exercer leur activité médicale que dans leur clinique.

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

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

Les tarifs des prestations effectuées dans les cliniques ainsi que le pris de la journée d'hospitalisation sont fixés par voie réglementaire.

Le règlement détermine les tarifs de référence servant de base au remboursement par les organismes de sécurité sociale.

Annexe n ° 1 : Loi n° 88-15 du 3 mai 1988 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé

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

Art. 3. - La présente loi sera publiée au journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 3 Mai 1988.

Chadli BENDJEDID.

Table des matières

Remerciements	
Dédicaces	
Résumé en français	
Résumé en anglais	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Liste des abréviations	
Liste des annexes	
Sommaire	
Introduction générale	1
Chapitre1 : phase I (1962-1992) reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre	6
Introduction	6
I-1 les dates marquantes pour cette phase	7
I-1-1 La période 1962 -1973	7
I-1-2 La période 1973-1983	9
I-1-3 la période 1983 – 1992	13
I-2 La situation sanitaire	15
I-2-1 la situation démographique en Algérie.....	16
I-2-1-1 la mortalité générale	17
I-2-1-2 l'espérance de vie	17
I-2-1-3 la mortalité infantile	17
I-2-1-4 La natalité	17
I-2-2 la situation épidémiologie	18
I-2-2-1 les maladies transmissibles.....	18
I-2-2-1-1 les maladies transmises par l'eau et les aliments.....	18

I-2-2-1-2 Les maladies transmises par vecteur.....	19
I-2-2-1-3 Les maladies contrôlable par vaccination	19
I-2-2-1-4 les maladies d'origine hydrique	20
I-2-2-1-5 les autres maladies transmissibles prévalentes.....	21
I-2-2-2 les maladies non transmissibles.....	23
I-2-2-3 les accidents.....	24
I-2-3 La Situation économique après l'indépendance	25
I-2-3-1 La première période : de 1962 -1980	25
I-2-3-2 Deuxièmes périodes : de 1980- 1993	26
I-2-3-3 production intérieure brute	27
I-3 La politique de santé pour cette période.....	27
I-3-1 La politique de santé et les indicateurs démographiques	28
I-3-2 Un programme national d'action sanitaire	30
I-3-3 Le programme de protection maternelle et infantile s'articule autour de la lutte contre la mortalité infantile et l'espacement des naissances	32
I-3-4 la prévention des maladies a transmission hydrique	33
Conclusion	35
Chapitre2 : phase II (1993-1995) vaste de programme de développement de la santé dans les établissements publics.....	36
Introduction	36
II-1 Les dates marquantes pour cette phase.....	37
II-2 La situation sanitaire.....	40
II-2-1 La situation démographie	40
II-2-1-1 L'espérance de vie.....	42

II-2-1-2 Mortalité	43
II-2-1-3 Morbidité	43
II -2-2 La transition épidémiologie	45
II -2-2-1 les maladies transmissibles	45
II -2-2-1-1 Les maladies contrôlables par vaccination	46
II -2-2-1-2 les maladies à transmission hydrique	47
II-2-2-1-3 Les maladies de pauvreté et de la promiscuité	49
II-2-2-1-4 Les infections respiratoires aiguës (IRA).....	49
II-2-2-1-5 les maladies transmissibles prévalentes	50
II-2-2-2 Les maladies non transmissibles	51
II-2-2-2-1 Les maladies cardio-vasculaires.....	51
II-2-2-2-2 Les maladies diarrhéiques de l'enfant.....	51
II-2-2-2-3 Cancer	52
II-2-2-2-4 Sida	52
II-2-2-3 Les accidents	52
II-2-3 La transition économique et sociale.....	53
II-3 Politique et stratégie de santé	56
II-3-1 Évaluation de la politique nationale de santé.....	56
II-3-2 Priorité à la prévention	58
II-3-3 Les programmes de santé infanto-juvénile	59
II-3-4 Les programmes de santé du grand enfant et de l'adolescent.....	59
II-3-5 Programme élargi de vaccination (PEV).....	60
Conclusion	61
Chapitre 3 : phase III (1995 à nos jours les réalités du système de santé et les perspectives).....	62
Introduction	62
III-1 Les dates marquantes pour cette phase	63
III-2 La situation sanitaire	69
III-2-1 La situation démographie	69
III-2-1-1 natalité.....	73
III-2-1-2 la fécondité.....	74
III-2-1-3 la mortalité générale.....	74
III-2-1-4 la mortalité infantile.....	75

III-2-2 la situation épidémiologie	76
III-2-2-1 Les maladies transmissibles	76
III-2-2-1-1 Les maladies contrôlables par la vaccination	76
III-2-2-1-2 Les maladies transmission hydriques	77
III-2-2-1-3 Les zoonoses	77
III-2-2-2 les maladies non transmissibles	79
III-2-2-2-1 Les maladies chroniques	79
III-2-2-2-2 Les infections sexuellement transmissibles et le SIDA	80
III-2-2-2-3 Les facteurs de risque	81
III-2-2-3 Les accidents	81
III-2-3 La situation économique	82
III-3 Les perspectives.....	85
III-3-1 La contractualisation.....	85
III-3-1-1 La contractualisation dans les hôpitaux	85
III-3-1-2 Le processus de la contractualisation en Algérie	87
III-3-2 Le projet d'établissement.....	88
III-3-3 Le système d'information	89
III-3-2-1 les objectifs de système d'information	89
III-3-2-2 Les différents niveaux de système d'information	90
III-3-2-3 Les caractéristiques de système d'information.....	91
Conclusion	93
Conclusion générale.....	94
Bibliographie	
Annexes.	
Table des matières	