

Université d'Oran

Faculté de Droit

Département de Sciences Politiques et Relations Internationales

Thème : La politique de santé en Algérie

- le cas de la wilaya d'Oran -

*Mémoire présenté en vue de l'obtention
du titre de magistère en sciences politiques et relations internationales*

Directeur de recherche :

Pr REMAOUN Hassan

Présenté par :

BAHLOULI Ahmed Sofiane

Membres du jury :

Pr Bachir Chaouche-Yelles.....Président.

Pr Mohamed Bouziane.....Examineur.

Pr Mohamed Mebtoul.....Examineur.

Année : 2011 – 2012

Avant Propos

« La fonction primitive, essentielle et permanente n'est pas de prohiber, c'est-à-dire d'énoncer des règles et des lois, mais de produire une efficience, une aptitude et un produit »

Michael FOUCAULT

Dédicaces

Je dédie ce mémoire à :

Mes parents

Remerciements

La réussite de cette modeste étude de grande envergure, n'a été possible que grâce aux efforts louables d'un très grand nombre de personnes et institutions que je tiens à les remercier vivement.

- Je tiens à remercier tout particulièrement le Pr **REMAOUN HASSAN** directeur de recherche, qui grâce à son expérience scientifique et professionnelle, son dynamisme et ses bonnes relations humaines, m'a aidé à mener à bien et à terme cette étude.
- Mes vifs remerciements s'adressent aussi, aux membres du jury qui me font un grand honneur d'examiner ce travail.
- Aussi bien, je tiens à remercier, Pr **BENGHABRIT-REMAOUN NOURIA** directrice du CRASC, Pr **MEBTOUC Mohamed** directeur du GRAS, Dr **ROBERT** directeur du CEMA et Mr **BERNARD** directeur du CDES.
- A tous ceux qui m'ont aidé à mener à terme ce travail, corps médical, paramédical, administrateurs et élus.
- Aussi, j'exprime ma gratitude et mon respect à tous les enseignants de sciences politiques et relations internationales de l'université d'Oran.

..... Merci

Sommaire

Introduction.....	6
• Problématique.....	7
• Hypothèses	8
• Objectifs.....	8
• Aperçu sur les chapitres.....	9
• Méthodologie.....	10
Chapitre I - Historique et évolution des systèmes de santé.....	12
Section 1 - Définition des concepts et comment se construisent les problèmes de santé ?.....	13
1.1 – Définition des concepts.....	13
1.1.1 - Définir la santé.	13
1.1.2 – La politique de santé.....	16
1.1.3- Le Système de santé.....	18
2.2- Analyse de la construction des problèmes de la santé.....	18
2.3 – Impact du confinement et le déconfinement des problèmes de la santé.....	20
Section 2 - Evolution des systèmes de la santé à travers l’histoire...21	21
2.1 - La période antique.....	21
2.2 – La période médiévale.....	22
2.2.1 – Les Chrétiens.....	22
2.2.2 – Les Musulmans.....	24
2.3 – La période contemporaine.....	26
Section 3 - Evolution des systèmes de la santé après la 2 ème guerre mondiale.....	27

3.1 – Le système national de santé.....	27
3.2 – Le système privé libéral.....	28
3.3– Le système assurance maladie.	28
Section 4 - Evolution du système de la santé en Algérie.	29
4.1 – La période Ottomane.....	29
4.2 – La période coloniale.....	34
4.3 – Après l’indépendance.....	41
Chapitre II – Organisation et le fonctionnement du secteur de la santé au niveau de la wilaya d’Oran.....	44
Section 1 : L’organisation du secteur de la santé	46
1.1 – secteur public.....	47
1.1.1 - niveau 1 : Salles de soins et Polycliniques.....	47
1.1.2- niveau 2 : EH et EPH.....	54
1.1.3 - niveau 3 : CHU et EHU et EHS.....	54
1.2 – secteur privé.....	57
1.2.1- cabinets privés.....	59
1.2.2- EHP.....	59
1.3 – secteur parapublic.....	60
Section 2 : Le fonctionnement et la régulation.....	61
2.1 – Gestion des structures et financement.....	61
2.2 – Enjeu entre organisation et régulation.....	62
Section 3 : La territorialisation et le géosanitaire.	65
3.1 – Territorialisation	65
3.1.1 – Les critères d’un territoire de santé.....	67

3.1.2 – La liste des indicateurs.....	67
3.1.3 - La densité des effectifs et des infrastructures sanitaires.....	68
3.2– Le géosanitaire.....	68
3.2.1 – Les ressources humaines.....	68
3.2.2 – Les infrastructures.....	71
3.2.3- Etude analytique.....	72
3.2.4- Les indicateurs sociaux	76
3.3–Le mapping.....	82
3.3.1- Le territoire de la wilaya est composé de six zones géo- sanitaires.....	82
3.3.2 –Le schéma directeur de la santé au niveau de la wilaya d’Oran.....	83
3.3.3 –La couverture sanitaire dans les structures de soins de niveau 2.....	83
3.3.4 – Les soins spécialisés des structures sanitaires de soins de niveau 1.....	85

**Section 4 :La crise de confiance dans le secteur de la santé et le
cadre socio-sanitaire.....86**

4.1 – La crise de confiance.....	86
4.1.1 –Le prestataire entre confiance et méfiance.....	86
4.1.2 – Le professionnel et le système de santé.....	87
4.2 - Le cadre socio- sanitaire.....	87

4.2.1 – L’accessibilité.....	87
4.2.2– La participation.....	88
4.2.3 – La cohérence.....	89
4.2.4 -La santé communautaire et la deshumanisation.....	89

Chapitre III- Les reformes et les perspectives dans le secteur de la santé à Oran.....94

Section 1 : Le rôle des acteurs principaux dans le secteur de la santé.....96

1.1 – Le pouvoir de l’administration.....	96
1.1.1– Centrale : le ministère de la santé.....	96
1.1.2- Régionale	100
1.1.3- Locale	104
1.2- Les élus	106
1.2.1- Locaux.....	106
1.2.2-Centraux.....	110
1.3– La société civile.....	110
1.3.1 -La diversité des associations de patients.....	110
1.3.2 -Les associations de patients etla représentation des usagers dans le système de santé.....	111
1.4– L’intersectorialité.....	113

Section 2 : La politique de réformes lancées.....	115
2.1 –Les réformes lancéesdans le secteur des hôpitaux et des assurances.....	115
2.1.1 – Le secteur des hôpitaux.....	115
2.1.2 – Le secteur des assurances.....	118
2.2 -Les rencontres et assises pour promulguer une nouvelle loi sanitaire organisé la wilaya d’Oran.....	124
2.3 -La politique de financement et de la formation	128
2.3.1- Le financement de la Santé en Algérie.....	128
2.3.2 - La politique de formation.....	129
2.4-Le recours aux NTIC.....	132
2.4.1 – Le système d’information sanitaire.....	132
2.4.2 – L’information, l’éducation et la communication.....	135
Section 3 : Quel avenir pour la santé ?.....	137
Conclusion.....	140
Bibliographie.....	145
Références	150
Abréviations	152
Annexes.....	155

Introduction

La question de la politique de santé qui constitue l'élément moteur du développement durable, reste parmi les sujets d'actualités en matière de recherche dans le dysfonctionnement du système de santé publique et son impact déterminant sur le bien être du citoyen.

La santé n'est pas seulement la médecine, c'est la vie sociale, elle est régie par la formule, **offres de soins et demandes de soins**, la maladie étant un critère du désordre social (**la déviance médicale est une déviance sociale**).

Le système de santé en Algérie a connu trois étapes depuis l'indépendance, une première caractérisé par une stratégie de redynamisation du secteur de la santé(1962-1974), puis une deuxième consacrée à la médecine gratuite (1974-1988), jusqu'au début des réformes à partir de 1989 avec lesquels commence la troisième et dernière de ces étapes. La conception d'une politique de santé s'inscrit dans le cadre d'une politique générale de développement .Le système de santé en Algérie est fondé sur une répartition des soins et la mise en place d'une stratégie de prise en charge collective de malades, afin d'assurer le bien être social en facilitant l'accès aux soins pour la population.« **Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé.L'Etat assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques** ». (Art54 : Constitution de la République Algérienne Démocratique et Populaire)

Cette politique est menée par l'Etat grâce à la rente des hydrocarbures, et des ressources financières importantes qui ont du être mises à la disposition du secteur de la santé. Plusieurs stratégies, planifications sont conçues et exécutées pendant des décennies ; cependant et malgré tous ces efforts investis par l'Etat, le citoyen demeure toujours non satisfait de sa situation sanitaire en matière de l'offre de soins, de la qualité des prestations et de sa prise en charge.

A-Problématique :Quelle est la politique de santé élaborée pour le redressement et l'exécution des différents programmes et la mise en œuvre des reformes ? Pourquoi cette insatisfaction incessante de la part du citoyen ?

Quelles sont les efforts investis par l'Etat et les collectivités locales en matière de planification et d'infrastructures pour l'amélioration de la prise en charge du malade ?

Comment expliquer ce véritable paradoxe (**Disponibilité des ressources humaines et des moyens financiers, matériels et infrastructures / insatisfaction du citoyen, avec une offre des soins insuffisantes voir même médiocres en parallèle d'une demandes accrue**) au niveau de la wilaya d'Oran, en analysant la situation du secteur de la santé à la recherche des dysfonctionnements ?

Quelles sont les nouvelles orientations et relations entre médecine de proximité et médecine de haute technicité ?

Le choix des politiques et les décisions des institutions détermine les reformes du système de santé. Une élaboration d'une stratégie de planification sanitaire demeure importante pour assoir toute politique de santé.

Le droit à la santé, l'équité des soins, l'égalité sociale, les besoins spécifiques de la population sont des critères qui orientent toute politique de santé. La rationalisation des dépenses et la bonne gestion des ressources humaines et des structures sanitaires sont des paramètres déterminants dans la politique de santé.

Il faudrait identifier les besoins de santé, afin de déterminer quelle offre quantitative et qualitative devra être garantie afin de satisfaire une demande accrue des soins par la population.

Comment évaluer l'efficacité et l'efficience des soins et des réseaux de communications qui s'avèrent comme un moyen crucial pour réduire les

inégalités et les disparités ? Comment répondre aux besoins en matière de santé de la population ? Afin de garantir une couverture médicale totale, faciliter l'accès aux soins et améliorer la qualité des prestations. Quel est le rôle des NTIC et leurs impacts directs sur le choix des politiques de santé (une banque de données fiables et actualisée) ? Pourquoi les dépenses sont élevées ?

La question de la politique de santé, est de savoir si les collectivités doivent prendre en charge les frais, ou si au contraire cela relève du porte monnaie personnel.

B- Nous essaierons de traiter de cette problématique en nous appuyant sur les hypothèses suivantes :

1 – Les moyens humains, matériels et infrastructures sont disponibles mais ils sont mal repartis.

2 – Les moyens financiers existent, mais les dépenses ne sont pas maîtrisées et la rationalisation de la gestion est insuffisante.

3 – L'interaction entre les différents acteurs est absente, et par conséquent le mécanisme de la politique de réforme ne fonctionne pas.

C- L'un des objectifs assignés à cette étude est de faire une analyse sur la situation du secteur au niveau de la wilaya d'Oran.

1 – Définir les problèmes de santé et les mécanismes de leurs constructions.

2 – Identifier les besoins en matière de santé de la population d'Oran.

3 – Evaluer l'accessibilité aux soins et apprécier la qualité de ce qui sont prodigués.

4 – Détecter les obstacles au bon fonctionnement du système de santé à Oran.

5 – Valoriser le déploiement des ressources humaines.

D-Aperçu sur les chapitres :

Dans le premier chapitre : Comment définir la santé publique et comment se construisent les problèmes de santé publique?

Nous exposerons l'évolution des systèmes de santé à travers l'histoire, une attention spéciale sera consacrée à l'étude des systèmes de santé au cours du 20^{ème} siècle (surtout les pays développés), et nous appréhenderons la question de la politique de santé en Algérie depuis l'indépendance.

Le second chapitre : Il sera consacré à la politique de santé au niveau de la wilaya d'Oran, nous aborderons ici l'examen de la situation du système de santé au niveau de la wilaya, l'organisation du secteur, son mode de fonctionnement, l'activité médicale, la gestion, la répartition des structures sanitaires et le découpage territoriale en fonction de la densité de la population Oranaise.

Quels sont les besoins en matière de santé de cette population, le marché de l'offre de soins et la demande de soins, les mécanismes qui régissent cette équation, les différents acteurs qui interviennent dans cette formule ?

Dans ce chapitre sera examiné la cartographie de l'urgence médico-chirurgicale publique et privée, le schéma directeur de la santé au niveau de la Wilaya d'Oran.

Le troisième chapitre : le rôle des différents acteurs dans l'élaboration et l'exécution de cette politique de santé. Ce chapitre est réservé à la politique de réformes lancées et son impact sur l'état de santé de la population oranaise, ainsi que les réformes dans le secteur des assurances.

Nous nous intéresserons aux différentes rencontres et assises ayant précédés la promulgation d'une nouvelle loi sanitaire lancée à partir du mois de février 2011, en nous interrogeant sur les bénéfices attendus pour le pays et surtout pour la wilaya d'Oran.

Les politiques de formation et de financement, seront examinées dans ce chapitre.

E-Méthodologie :

Recherche sur le terrain : Cette étude sera menée en parallèle avec une enquête de terrain qui touchera les différents acteurs, que ce soit les professionnels, les gestionnaires, les financeurs ou les décideurs. Elle touchera aussi, les différentes institutions étatiques et privées.

Le cadre géographique de l'enquête consiste à toucher l'ensemble du découpage géosanitaire de la wilaya d'Oran .Une étude plus concentrée est réalisée au niveau de l'EPSP Front de mer avec sa polyclinique Ben Daoud et ses salles de soins et du CHU Oran ainsi que avec ses urgences médico-chirurgicales.

En dehors du fait que cette recherche vise le coté politique de la santé publique, on essayera d'approfondir cette étude en élargissant l'enquête pour englober le coté socioéconomique et anthropologique de la question du système de santé au niveau la wilaya d'Oran, ce qui aidera a apporter plus d'éclaircissements, de réponses et d'explications aux questions inhérentes à cette problématique.

Le point de départ était basé sur l'enquête empirique (approche inductive : Anslem Strauss).C'est le réel qui parle, il faudrait se nourrir du terrain, et on utilisera une méthode d'enracinement dans le terrain, ce qui aboutira à une vrai jonction entre la théorie et la pratique.

Ecouter les données (Anslem Strauss), conduira nécessairement à une symbiose entre les données théoriques et la pratique, donc le travail sur site validera à un certain point l'étude.

Au cours de cette enquête commencée début Février de l'année 2011 et qui s'était étalée jusqu'à la fin Juin, nous avons rencontré des obstacles parmi lesquels le nombre très réduit des ouvrages portant sur la wilaya d'Oran, à part les études sociologiques et anthropologiques sur la santé, et nous avons pu constater au cours des entretiens des hésitations, méfiances, une liberté d'expression atténuée et parfois même un refus, alors que d'autres jugeaient le questionnaire d'un niveau plutôt élevé.

Les entretiens, au nombre d'une vingtaine et d'une durée (01 H et 01H30 mn) se sont caractérisés par une domination de la subjectivité sur l'interviewé, voir même étaient parfois orientés par l'interviewé qui exprimait en quelque sorte sa vision et son idéologie personnelle. Les questionnaires étaient de deux types, l'un destiné aux professionnels de la santé (40 questions) et l'autre destiné aux étudiants en graduation et post graduation (14 questions).

Malgré l'avantage acquis sur le plan de la maîtrise du sujet, des difficultés au cours de l'enquête se sont imposées, comme le risque de subjectivité qui n'était pas écarté, non plus minimisé, et donc il fallait établir une distanciation avec le champ d'étude par inclusion de l'approche scientifique.

Elaboration du questionnaire :

- 1 – Des entretiens préliminaires avec des professionnels m'ont permis de constituer une première source d'informations.
- 2 – Puis des entretiens plus approfondis ont contribué à apporter plus de précisions.
- 3 – Enfin les deux questionnaires sont élaborés sur deux principes, premièrement répondre aux hypothèses et deuxièmement fondés sur les sources d'informations collectées grâce aux entretiens.

Premier chapitre

Historique & évolution des systèmes de santé

CHAPITRE I - Historique et évolution des systèmes de santé

Section 1 - Définition des concepts et comment se construisent les problèmes de santé ?

1.1 – Définition des concepts :

1.1.1 - Définir la santé : La santé est un enjeu politique

La question de la santé est aujourd'hui parmi les préoccupations les plus difficiles à définir. Il s'agit à la fois d'un concept existentiel et scientifique dont le sens est éclairé par les sciences biologiques, psychologiques et sociales et qui est changeant dans l'espace et dans le temps. « Il n'y a pas de définition universelle »(1), « c'est un concept-système, un carrefour, notion riche, ouverte, inachevée, questionnant en permanence, insaisissable dans une exclusive pensée linéaire »(2).

Mais le concept de la santé a fait l'objet d'une définition célèbre, celle de l'OMS en 1946 « « L'état de bien être physique, mental et social sans maladies ni infirmités .La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, constitue l'un des droits de tout être humain »(3).

Cette définition de l'OMS à un double sens, la première partie de la définition considère la santé comme un état durable et permanent, une vraie dichotomie qui existe entre bien-mal, santé-maladie, cette première phrase conçoit la santé en tant qu'état statique. Cependant la deuxième partie de la définition donne plus un sens de qualité meilleure, un projet d'un devenir en perspective et par conséquent exprime mieux la réalité d'un acte dynamique.

(1)HONORE Bernard. *L'hôpital et son projet d'entreprise, vers l'œuvre de santé*. Toulouse : Harmattan. 1990. p.71.

(2)Ibid.

(3) www.who.org.

Donc pour être en possession d'une santé de qualité meilleure, il faut disposer de moyens d'accomplissement. La dimension politique entre donc dans cette définition car elle est exigible par les collectivités par conformité à une règle morale, c'est un droit qui ouvre une question de devoir, de responsabilité et de liberté. La santé en tant que droit pose un problème politique et par conséquent la conception de la santé sera liée à une conception sociale.

Dans le journal, des savants cités dans le dictionnaire de Trévoux en 1732 : « La santé n'est autre chose qu'une harmonie, une symétrie et un parfait équilibre des parties solides avec les fluides »(4). Nietzsche considérait en 1888 que, « La santé et la maladie ne sont pas essentiellement différentes comme le croyaient les médecins et comme le croient encore certains praticiens de nos jours »(5).

Afin de faire la différence entre concept scientifique, maladie et concept existentiel, santé, Jules Renard, écrivait dans son journal, en 1896, « La meilleure santé, c'est de ne pas sentir sa santé »(6), en 1936 R.Leriche déclare, « La santé, c'est la vie dans le silence des organes »(7).

L'étymologie latine indique que la santé est une valeur fondamentale (Valère, valetudo), et il existe dans le vocabulaire grec et latin un enracinement étymologique commun de la salutation et de la santé. A cette époque la religion valorisait la salut au détriment de la santé mais au cours de l'histoire la santé est devenue une valeur personnelle est une valeur la, plus éminente de l'individu.

(4) HONORE Bernard. *L'hôpital et son projet d'entreprise, vers l'œuvre de santé*. Toulouse : Harmattan. 1990. p.75.

(5) Ibid.

(6) DOMINIQUE Cupa « La santé », In : *Revue Psychosomatique*, N° 36, 2009, p87.

(7) HONORE Bernard. *L'hôpital et son projet d'entreprise, vers l'œuvre de santé*. Toulouse : Harmattan. 1990.p.75.

La revue *Prévenir*(8) fait part des travaux et recherches de vingt acteurs de différentes spécialités pour donner une définition de la santé. Donc c'est qu'au-delà du geste spécifique médical, la santé n'équivaut pas simplement à la médecine. Ce sont les besoins multiples, à savoir le confort, la disponibilité et le comportement, car la frontière qui existe entre la demande sociale et la demande médicale est floue(9).

Le slogan de la santé pour tous à l'horizon 2000 était lancé comme défi depuis la rencontre d'Alma Ata en 1978(SSP), (10). Elle souligne la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde.

Donc cette définition de la santé est au delà de la notion de médicalisation (silences des organes, le normal et le pathologique...); et il existe aussi le concept de « sanitarisaton du social»(11).

On assiste dans les Etats du sud qui ne sont plus des acteurs, mais des clients auprès des entreprises de santé, ces dernières participant et contribuant au financement de ces activités et surtout dans le domaine de l'éducation infantile et de la santé reproductive, cependant que le nord de la planète s'investit de plus en plus dans la gestion des risques, et par conséquent c'est un acteur politique.

(8) CARRICABURU Daniel, MENORET Marie. *Sociologie de la santé, institutions professions malades*. Paris : Armand, 2004.pp.139.

(9)ABDLMOULEH Ridha, « Le local en mutation », In *Insaniyat*, N°38 ,2007.pp.93-95.

(10) La déclaration d'Alma-Ata a été établie à l'issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, (Alma-Ata, du 6 au 12 septembre 1978).

(11) CARRICABURU Daniel, MENORET Marie. *Sociologie de la santé, institutions professions malades*. Paris : Armand, 2004.pp.140-142.

La santé peut être définie selon plusieurs abords :

- Un abord perceptuel: l'OMS définit la santé comme étant un état complet de bien être physique, mental et social.

- Un abord fonctionnel: la santé est considérée comme étant un état de capacité optimale d'accomplir efficacement les rôles et les tâches pour lesquels le sujet a été socialisé.

- Un abord qui utilise le concept d'adaptation, la santé étant alors l'ajustement réussi et permanent d'un organisme à son environnement. La maladie correspond à un défaut d'ajustement.

La notion de santé revêt ainsi un caractère multidimensionnel selon les contextes sociaux et culturels et selon d'autres caractéristiques relatives aux individus, notamment leur niveau socio-économique et leurs accès aux soins.

Le domaine de la santé est multifactoriel et dépend de plusieurs déterminants, d'ordres physiques, démographiques, socio-économiques, culturels, et politiques.

1.1.2–La politique de santé :

La notion de politique de santé recouvre des réalités différentes selon les points de vue. Schématiquement, on peut distinguer deux perspectives.

« D'une part, dans l'usage qu'en font les développeurs (Etats, institutions internationales ou Organisations non gouvernementales), la santé est un secteur de l'activité économique au même titre que l'éducation, et constitue donc un lieu d'intervention des pouvoirs publics, que ce soit pour la construction d'un hôpital ou pour la réalisation d'une campagne de vaccination ; en même temps, elle est un domaine de la vie sociale où l'État définit ses choix en matière de solidarité nationale, ce qui apparaît aussi comme un moyen de contrôle politique.

D'autre part, aux yeux des sociologues et des anthropologues, la santé est le révélateur d'enjeux sociaux où se dessinent des rapports de pouvoir et des

pratiques de distinction, qu'il s'agisse de la façon dont les gens se soignent et sont soignés, ou de celle dont ils se représentent la maladie et les thérapeutes, elle est le lieu privilégié où sont mis en jeu, dans la société civile, des formes d'entraide qui traduisent la nécessité de gérer collectivement les inégalités dans la maladie et le malheur. Autrement dit, la santé, objet de politiques pour les uns, est un objet politique pour les autres; tel est le double point de vue adopté et consacré aux politiques de santé »(12).

Dans le passé, associer les mots « Politique » et « santé » semblait incongru car pour le politique, la santé ne faisant pas partie de sa culture au 18^{ème} siècle, elle concerne surtout le comptage des cas (malades et morts), Début 19^{ème} siècle, l'école VILLERME constitue la 1^{ère} école de santé publique mais elle s'effondre à la moitié de ce siècle car la santé publique suppose la mise en œuvre de règles contraignantes, elle s'oppose alors à la liberté individuelle et à la propriété privée(13). Envisager un ministère pour s'occuper de la santé raisonne comme une hérésie jusqu'en 1920, année de la grippe espagnole. A partir de 1940 les différents systèmes de santé apparaissent à savoir le système de santé national, l'assurance maladie et le système libéral, et à compter des années 1960, l'Etat s'intéresse à l'hôpital puis à la maîtrise des dépenses de santé(1980).

Aujourd'hui, l'approche est différente, et le politique est questionné et prend position sur le fait : du développement des connaissances, de la vision sociale des pathologies, de la diminution des maladies infectieuses qui conduisent à une augmentation de l'espérance de vie; de l'organisation du système de santé qui comporte la lutte contre les épidémies, l'organisation de la profession médicale, la réglementation des établissements et le développement de l'offre de soins ;

(12) DIDIER Fassin, Emile Le Bris « La santé un enjeu politique », *In : Politique africaine*, 1987, N° 28.

(13) Ibid.

la construction de la Sécurité Sociale qui permet d'avoir une population en bonne santé et donc capable de produire davantage , mise en œuvre de la sécurité sanitaire notamment suite à des crises, la nécessité de la régulation des dépenses.

1.1.3- Le système de santé

Par système de santé, l'on entend les personnes, institutions et activités dont l'objectif fondamental, est d'activer à rétablir ou à maintenir l'état de santé des populations. Le système de santé doit mettre des mécanismes en place pour l'application de la politique de santé.

1.2 - Analyse de la construction des problèmes de la santé.

Dans L'Etat providence, les problèmes de la santé publique sont gérés par les pouvoirs publics. La sécurité de la santé de la population est multiple (eau, alimentation, environnement, OGM, nucléaire, mobile....).

Les différentes mutations et transformations qui touchent à la santé publique conduisent à la mobilisation de multiples acteurs, à savoir les scientifiques, les associations, les professionnels et les profanes qui appréhenderons les mass medias afin de pousser l'Etat et les pouvoirs publics à prendre au sérieux les problèmes de la santé publique. Le processus d'intervention est fonction des problèmes de la santé publique qui s'imposent d'eux même selon leurs spécificités, et ou leurs gravités et accentuent les pressions sur les pouvoirs politiques pour les prendre en charge et trouver les solutions adéquates afin de les résoudre. Nous avons deux modèles d'analyse en termes de construction des problèmes de la santé publique

A – Le model Américain : c'est un processus qui va constituer une problématique et qui passe par trois importantes étapes(14).

(14) GILBERT Claude, HENRY Emmanuel. *Comment se construisent les problèmes de la santé publique ?* Paris : La Découverte, 2009.pp.9-19.

- **Naming** : il faut définir et caractériser la situation comme une problématique.
- **Blaming** : il faut rechercher les principales causes de la problématique.
- **Claming** : il faut dénoncer les coupables dans l'espace public.

Ce conduit à une conception de victimisation.

B- Le modèle d'analyse des institutions publiques :

Ce modèle consiste à trouver des solutions pour les problèmes de la santé publique, mais il n'est pas à lui seul suffisant, car il faudrait une motivation des différents acteurs attirent l'attention des autorités publiques (Elmer Schhattschreider- Le peuple demi souverain 1960) (15).

Ces deux méthodes apportent une vision sur le processus de construction des problèmes de la santé publique et mettent en garde sur leurs gravités. Cependant l'émergence des problèmes ne s'arrête pas à leurs gestions, mais se prolongent à d'autres facteurs ; les trois biais suivants expliquent ceci :

- **Premier biais :**

Les représentations cognitives et normatives dans le processus de l'action publique et de ses transformations, ce qui renvoie à la question de l'existence d'une croyance dans cette politique ? Donc c'est un vrai enjeu de redéfinition suite aux rapports de forces qui existent entre les différents partenaires, car chaque définition à un effet et suppose une redistribution des rôles entre les différents acteurs, et par conséquent la définition du processus de la construction des problèmes de la santé porte une dimension sociale et politique(16).

(15) GILBERT Claude, HENRY Emmanuel. *Comment se construisent les problèmes de la santé publique ?* Paris : La Découverte, 2009.pp.9-19.

(16)Ibid.

- **Deuxième biais :**

La démocratie participative et les associations profanes tracent la trajectoire du problème de la santé publique. Les débats sur le problème en espace public « Forum-Arène, non discret et non confiné » en destination vers le large public exerce un effet ample sur les décideurs. La lutte confinée par définition entre les professionnels est fermée et se trouve à l'abri de l'espace et de l'intérêt public. Le déconfinement des problèmes et l'expression publique conduisent aux confrontations, aux controverses et à la polémique. Le passage du milieu confiné vers le milieu deconfiné change le mode des relations entre les différents acteurs, et avec le temps, un long processus stable, légitime la propriété d'un problème de santé publique au profit d'un groupe ayant lancé l'alerte et débattu le problème en espace public(17).

- **Troisième biais :**

Le processus de construction des problèmes de la santé publique, qui émergent et apparaissent sur la scène publique met en garde les autorités et impose une prise en charge rapide et adéquate. L'existence, la carrière et la trajectoire des problèmes de la santé publique s'expliquent, et par conséquent on peut comprendre les interactions qui existent (la tension permanente et les pressions exercées) entre espace privé confiné et espace public deconfiné(18).

1.3 – Impact du confinement et le déconfinement des problèmes de la santé :

Qui donne l'alerte ? L'espace est-il confiné ou au contraire deconfiné ? L'un est professionnel, alors que l'autre s'avère profane. La médiatisation et la publicisation sont présentes dans le déconfinement et sont absentes ou amoindries dans le confiné qui est sans effet.

(17) GILBERT Claude, HENRY Emmanuel. *Comment se construisent les problèmes de la santé publique ?* Paris : La Découverte, 2009.65-68.

(18)Ibid.

Donc les deux alertes issues des deux milieux différents, l'un confiné (les professionnels) l'autre deconfiné (associations...) et qui sortent d'un espace privé vers un espace public sont toujours en confrontation permanente.

Section 2 - Evolution des systèmes de la santé à travers l'histoire.

2.1 - La période antique :

A cette époque il n'existait ni des institutions, ni des lois, ni de gouvernement, mais des structures et des personnes, qui sont qualifiés d'être des politiques à assurer la gestion du malheur et de la maladie, la santé s'est intégrée dans la politique quand l'institutionnalisation s'est développée.

Le développement d'une vraie institution de la santé publique, s'est concrétisé au moment où les métiers sont régulés par une autorité politique et aussi par la mise sur pied des dispositifs et mesures pour améliorer cette santé par les pouvoirs publics.

Les médecins étaient formés dans les temples, et on croyait que les esprits et les démons sont responsables de la maladie et des malheurs. Le système de santé était basé sur les charmes (sorte de prières pour se défendre contre ces démons), et c'est dans cette sphère religieuse que le savoir s'est développé, car dans l'Etat théocratique le politique et le religieux étaient ensemble et unifiés(19).

Des sanctuaires étaient dédiés dans l'antiquité aux divinités guérisseuses. Dans les sanctuaires de la Grèce antique les malades étaient pris en charge, mais les mourants et femmes enceintes n'étaient pas autorisés de bénéficier de ces privilèges. Considéré comme un lieu de culte de la santé, il n'était ni un lieu de naissance, encore moins un lieu de décès.

(19) FASSIN Didier. *L'espace politique de la santé, essai de généalogie*. Paris : UPF, 1996, pp.217-230.

* **Mésopotamie** : 2000 ans avant Jésus

La gestion de la santé était rationnelle et administrative, en plus des rites et des croyances religieuses officielles. Un système d'hygiène était instauré et constitué par un réseau de vidange et un isolement des malades qui présentaient une pathologie contagieuse(20). Le système de santé s'est développé à l'époque des Grecs(Traité Hippocrate, époque de la philosophie antique : anatomie, physiologie et pathologie, diagnostic, traitement et pronostic, épidémie, telle que la diphtérie, la grippe et le paludisme, la santé environnementale, air et eau).

* **Rome** : la gestion sanitaire était une partie intégrante de la cité.

Pendant la période des Romains, les soins étaient destinés surtout aux soldats et aux riches, l'hôpital militaire existait à cette époque et à partir du premier siècle la santé publique s'instituait. Le système de santé ne s'est pas développé en Grèce, mais paradoxalement il a prospéré à Rome suite à l'immigration des savants grecs trois siècles avant Jésus et qui ont contribué au développement et l'amélioration de la santé publique.(Collecte Hippocrate et cahiers de médecine, *VITRUVIUS* (architecte) et *FRONTINUS* (administrateur) ont élaboré les textes de la santé publique , *DE ARCHITECTURA* et *DE AQUIS URBISROMEA*)(21).

2.2 – La période médiévale :

2.2.1 – Les Chrétiens :

C'est avec le Christianisme d'État qu'apparaît l'idée d'une assistance fondée sur la nouvelle spiritualité et qui ne serait plus réservées aux parents et aux membres affiliés au groupe, mais au public, c'est-à-dire offerte à tous, amis ou ennemis, familiers ou étrangers. Le Code de Justinien établit en 529 que l'**hôpital** devient

(20) FASSIN Didier. *L'espace politique de la santé, essai de généalogie*. Paris : UPF, 1996.pp.217-230.

(21)Ibid.

une institution : on y prévoit une administration ainsi que des lois qui règlementent son fonctionnement. La conception médiévale de la fonction hospitalière était cléricale, l'hospicium était une fonction de l'Eglise, sous l'autorité de l'évêque avec lequel le pouvoir civil est dans l'obligation de coopérer, c'était le temps de prêtres-thérapeutes(22).

Au Moyen Âge, en Europe les hôpitaux se trouvent étroitement liés à la religion puisqu'ils sont fondés par l'Eglise et administrés par des membres du clergé. L'idée d'assistance est fondée sur les consignes du Christ : accueil des humbles, miséricorde envers les affligés... puis par la suite, l'idéal de pauvreté s'ajoute à celui de la charité. Ce monastère s'est développé en HOSPITALIA(23). Ainsi, à partir du XI^e siècle, la charité hospitalière devient une des formes concrètes de la spiritualité, laïque et cléricale. Au début du IX^e siècle le système de santé est amorcé par la politique de prise en charge des pauvres. L'apparition des lois au IX^e siècle en Europe, pousse à la croissance et à l'apparition intense des hospices (centres de soins gratuits et des maisons d'accueils au profit des pauvres)(24).

L'hôpital médiéval assurait surtout une fonction religieuse. L'hôtel de Dieu (ou maison de Dieu) est abandonné au profit des hôpitaux généraux au cours du XVII^e siècle à l'époque de Louis XIV(25). L'hôtel de Dieu est devenu un exemple à Paris au cours du XV^e siècle, mais il fut abandonné et il s'est dégradé au fil du temps, suite aux abus en matière de gestion des dons.

(22) CARRICABURU Daniel, MENORET Marie. *Sociologie de la santé, institutions professions malades*. Paris : Armand, 2004. pp.13-18 ;

(23)Ibid.

(24)Ibid.

(25)Ibid.

En Angleterre, et au cours du XVI^{ème} siècle les pauvres étaient traités hors des hôpitaux, alors qu'en Suède les hôpitaux ne commencèrent à être construits qu'à partir de 1700 et les médecins étaient mal honorés(26).

Un édit rédigé par Henri IV en 1604, et le règlement de Colbert en 1673(27) ont contribué à la création des grands bureaux des pauvres au XVI^{ème} siècle,

2.2.2 –Les Musulmans :

A- Le Bîmâristân :

Le mot *Bîmâristân* était utilisé pour indiquer un hôpital au sens moderne du terme, un établissement où les malades étaient accueillis et pris en charge par un personnel qualifié. Ainsi, les médecins musulmans ont été les premiers à établir une distinction entre un hôpital et les différents types d'accueil comme les temples de guérison, temples de sommeil, Hospices, Asiles, Lazaret et Léproseries qui, dans l'Antiquité répondaient davantage à une préoccupation d'isoler les malades et les malades mentaux de la société plutôt qu'à celle de leur offrir l'espoir d'une véritable guérison. Les Bîmâristâns médiévaux sont donc considérés comme les premiers hôpitaux au sens moderne du terme. Le plus ancien Bîmâristân dont on ait gardé la trace est celui de l'Académie de Gundishapur créé au III^e siècle par Shapur Ier, empereur Sassanides dans l'actuel Khuzestan, une province de l'Iran. Après la Conquête musulmane de la Perse en 638, le Bîmâristân a survécu au changement de dirigeants et a évolué au cours des siècles vers la création d'un hôpital public(28)

(26) DURIEZ Marc, DIANE LEQUET Salma. *Système de santé en Europe, Collection que sais-je ?* Paris : Vendôme, 1998.pp.15-18.

(27)Ibid.

(28)www.bimaristen.org _ Un article de Wikipédia, l'encyclopédie traduction au français - Sharif Kaf Al-Ghazal, *The Origin of Bimaristans (Hospitals) In IslamicMedicalHistory*. Oct. 15, 2006.

B- Organisation :

Les Bîmâristâns étaient organisés en deux sections, une pour les hommes et une pour les femmes. Chacune d'elles sections disposait de plusieurs salles, destinées aux différentes maladies et dirigées par un ou plusieurs médecins. Voici quelques exemples des salles spécialisées dont on disposait, une salle pour les patients atteints de maladies courantes, une pour les blessés, victimes de fractures et plâtrés, une pour les femmes accouchées et une pour les maladies contagieuses. L'administration de l'hôpital était fondée sur l'emploi de professionnels de santé qui prenaient en charge les patients et assuraient l'hygiène(médecins et un médecin chef, Al Saor). Les employés travaillaient par équipes de jour et de nuit, pour s'assurer qu'ils bénéficient tous d'un repos suffisant. Une aile supplémentaire, appelé Al Sharabkhana, également connue sous le nom de pharmacie, a été ajoutée pour permettre aux médecins de distribuer facilement des médicaments. Les Bîmâristâns avaient principalement deux objectifs: le bien-être des patients et la formation des nouveaux médecins. Un extrait du livre d'Ibn Al-Ukhwah, Al-Hisbah révèle comment le système du Bîmâristân organisait la prise en charge des patients(29).Une autre caractéristique unique des hôpitaux de l'époque médiévale musulmane était le rôle du personnel féminin qui avait rarement été employé dans les temples de guérison durant l'Antiquité ou le Moyen Âge, ailleurs dans le monde. Les hôpitaux musulmans médiévaux employaient couramment du personnel infirmier de sexe féminin. Les hôpitaux musulmans ont également été les premiers à employer des femmes médecins, les plus célèbres étant deux femmes médecins de la famille d'Avenzoar qui ont servi Abu YusufYa'qub al-Mansur sous la dynastie des Almohades au XII^e siècle(30).

(29)www.bimaristen.org _ Un article de Wikipédia, l'encyclopédie traduction au français - Sharif Kaf Al-Ghazal, *The Origin of Bimaristans (Hospitals) In IslamicMedicalHistory*.Oct. 15, 2006.

(30) Ibid.

2.3– La période contemporaine :

Avec la renaissance et l'apparition de l'Etat, une politique hospitalière municipale s'instaure progressivement, puis Les hôpitaux passent sous la tutelle des bourgeois, et ainsi la bascule de l'hôpital religieux vers l'hôpital laïc s'installe avec l'émancipation de l'Etat.

Donc on assiste à une évolution dans la conception de la prise en charge des malades, et on passe d'un hôpital qui traite le malade à un hôpital qui guérit le malade, et d'autre part d'une fonction religieuse vers une fonction sociale, et par conséquent, l'hôpital succède à l'Eglise. Le projet de Barère en 1794 portant sur les lignes directrices d'un système global de couverture des risques sociaux. En XVIII^{ème} siècle, 33 villes de la France étaient dotées d'un hôpital. La monarchie de juillet 1830 a mis en place un système de couverture et de prise en charge des militaires, des fonctionnaires et des mineurs(31).

En 1851, la Loi d'établissement public donne un pouvoir à la médecine et le contrôle des hôpitaux est passé sous l'entière autorité des professionnels. Cette autorité qui était sous la main mise du clergé devient par la suite un lieu de recherche, d'enseignement et de soins, et on assiste à une laïcisation de l'hôpital, et c'est ainsi que l'hôpital s'est développé en France à partir de 1862(32).

En France (sous la III^{ème} république), et en 1893 on assiste à la promulgation d'une loi qui oblige la prise en charge des pauvres qui ont le droit d'être soignés et le personnel médical était rémunéré par l'administration, et une loi portant sur les accidents de travail a été promulguée le 08 / 04 / 1898(33).

(31) PALIER Bruno. *La réforme des systèmes de santé Que sais-je ?* Paris : PUF, 2004. pp.7-14

(32) DURIEZ Marc, DIANE LEQUET Salma. *Système de santé en France, Collection que sais-je ?* Paris : Vendôme, 1996. pp.15-18.

(33) PALIER Bruno. *La réforme des systèmes de santé Que sais-je ?* Paris : PUF, 2004. pp.7-14.

Cette politique sociale était destinée pour les soins des pauvres et la médecine dominait le secteur de la santé.

Section 3 - Evolution des systèmes de la santé après la 2^{ème} Guerre mondiale.

3.1 – Le système national de santé :

C'est un système fondé sur la gratuité, et une couverture médicale universelle ;l'Etat contrôle l'entière régulation du système de santé et le budget est économisé, afin de garantir une égalité de soins pour la population. Ce système existe surtout au nord et au sud de l'Europe, son financement est assuré grâce aux cotisations et les contributions des assurances maladies(34). L'organisation peut être centralisée, le cas de la grande Bretagne ou décentralisée comme l'Europe du nord.

L'impôt est calculé selon le revenu et non pas le profil du risque, les dépenses sont contrôlées a priori, le budget est arrêté chaque année.La médecine de ville est assurée par les généralistes. Les dépenses sont réduites, donc c'est un bon résultat du point de vue économique, mais d'un autre côté la liste d'attente est longue ce qui provoque une insatisfaction de la part du consommateur des soins et par conséquent une iniquité(35). On reproche à ce système de ne pas favoriser progrès médical. Ce système est moins couteux par rapport au système d'assurance maladie mais l'efficacité est réduite. Parmi les différentes reformes lancées a cette époque, nous avons les reformes Beveridge (C M U : la couverture médicale universelle)(36).

(34) PALIER Bruno. *La reforme des systèmes de santé Que sais-je ?* Paris :PUF,2004.pp29-31

(35) DURIEZ Marc, DIANE LEQUET Salma. *Système de santé en Europe, Collection que sais-je ?* Paris : Vendôme, 1998.pp15-26.

(36) OUFRIHA Fatima Zohra. *Un système de santé à la croisé des chemins.* Alger : CREAD ; 2006.pp.103-114.

3.2 – Le système privé libéral :

C'est un système libéral régulé par le marché et qui obéit à l'offre et la demande selon les règles économiques, il est structuré comme suit :

- Le système public résiduel : assure les urgences, la couverture sanitaire des pauvres et les sujets âgés.
- Les systèmes privés : les assurances privées qui sont financées par les employeurs.

Dans ce système la population est sous couverture médicale, et reçoit l'offre de soins par trois mécanismes (37)

- * Medicaid : une assistance médicale des pauvres.
- * Medicare : une assurance de maladie destinée à des personnes âgées.
- * Assurance maladie privée qui avoisine les 70 % de la population (le cas des Etats unis d'Amérique).

3.3 – Le système assurance maladie :

Ce système est basé sur le choix de son médecin ; il est structuré en deux parties, l'une privée et l'autre publique. Il est financé par les cotisations et les contributions des assurances maladies. L'organisation est caractérisée par la centralisation comme en France et la régionalisation en Allemagne et en Autriche(38).L'impôt est calculé selon le type de risque et module le montant en fonction de l'âge, le sexe, l'état de santé, ce qui provoque une inégalité de soins.

(37) PALIER Bruno. *La réforme des systèmes de santé Que sais-je ?* Paris : PUF, 2004.pp 29-31.

(38)DURIEZ Marc, DIANE LEQUET Salma. *Système de santé en Europe, Collection que sais-je ?* Paris : Vendôme, 1998.pp.15-26.

Le contrôle des dépenses est a posteriori, c'est un guichet ouvert, car les dépenses sont très consistantes, ce système bismarckien est lié au travail et il est financé par les cotisations (1883 première assurance maladie et le code impérial adopté en 1911)(39). La médecine de ville est assurée à 60 % par les spécialistes et 40 % par les généralistes. Le mécanisme qui contrôle ce système est d'allure marchande, les négociations entre offreurs de soins et par les représentants des consommateurs de soins sont au fondement du fonctionnement de ce système.

Section 4 - Evolution du système de la santé en Algérie.

La pratique médicale en Algérie est très ancienne et plusieurs écrits témoignent de cette activité bien avant la colonisation française. Cependant la médecine moderne telle que nous la connaissons actuellement a débuté avec l'armée française .qui a installé les premiers hôpitaux dès 1833(40).

4.1 – La période Ottomane : 1516-1830

La première structure hospitalière turque fut construite en 1550 par Hassan le fils de Khair-Eddine Barberousse. Le nom d'asile était souvent donné à ces maisons de soins(41). Le système de santé était destiné à trois catégories, les notables ottomans, les Européens (diplomates et ressortissants) et en dernier les soldats ottomans et quelques familles notables algériennes. Au cours de cette période qui s'étendit de 1516 (arrivée des frères Barberousse) jusqu'à 1830, trois systèmes de prise en charge des malades sont mis en place. (42)

(39) PALIER Bruno. *La réforme des systèmes de santé Que sais-je ?* Paris : PUF, 2004. pp.7-14.

(40) ABID Larbi. *La pratique médicale en Algérie, de la période coloniale à nos jours.* Alger : ANEP. 2008. p.7.

(41) M.KHIATI Mustapha, *Histoire de la médecine en Algérie,* Alger, Ed : ANEP, 2000. p105.

(42) M.KHIATI Mustapha, *Histoire de la médecine en Algérie,* Alger, Ed : ANEP, 2000. p.83.

Et chaque système était destiné à une catégorie(43):Tableau 1

Système de santé Turc		
Système de santé destiné aux Turcs	Système de santé destiné aux Européens	Système de santé destiné à la population
Aspect militaire pour les soldats turcs « Janissaires » venues en mission en Algérie	Réservé aux captifs	Héritier du système arabo-musulman et Traditionnel

*** Système de santé destiné aux Turcs:**

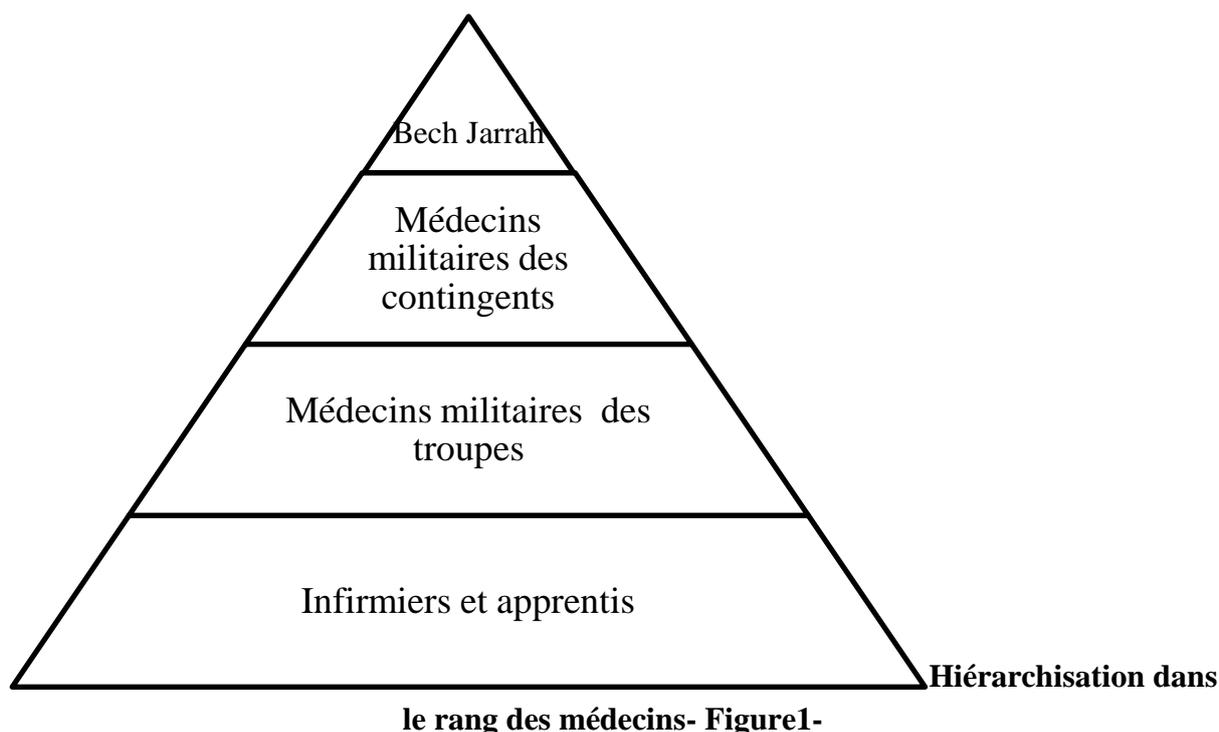
« Les turcs étant en nombre relativement modeste en Algérie, leurs besoins en matière de santé étaient relativement réduits. Un Bech-Djerrah ou médecin-chef ou Amin des médecins assurait les fonctions de haut responsable de la santé. Ses bureaux jouxtaient la Djénina, siège du gouverneur (actuellement CHU Bab El Oued). Les services de ce médecin-chef, répondaient aux différents besoins de santé exprimés aussi bien par les dignitaires turcs que par les janissaires. Il était en outre responsable »(44):

- de la pharmacie centrale située près de la Djénina et qui approvisionnait toutes les structures de santé en médicaments, plantes médicinales et prothèses.
- des médecins militaires turcs qui venaient d'Egypte et de Turquie, pour assurer la couverture sanitaire du contingent des janissaires.(45)

(43) KHIATI Mustapha, *Histoire de la médecine en Algérie*, Alger, Ed : ANEP, 2000.p.80.

(44)ABID Larbi. *La pratique médicale en Algérie, de la période coloniale à nos jours*. Alger : ANEP.2008. p.6.

(45)Ibid.



« Si les médecins turcs exerçaient pour une durée déterminée en Algérie, certains d'entre eux ont exercé à titre privé, une fois leur service militaire terminé. Il faut signaler que les Turcs ont joué un rôle important sur le plan de l'hygiène publique à Alger et dans les grandes villes. En effet, se sont eux, aidés des hydrauliciens andalous, qui ont réalisés les quatre aqueducs et 120 fontaines publiques qui alimentaient la population algéroise. Les hammams (bains maures) d'Alger (plus de soixante), de Tlemcen et de Constantine étaient réputés. La propreté de la ville était confiée à un organisme dirigé par un Caïd El Zbel qui s'occupait du ramassage des ordures ménagères et de l'entretien des canalisations des eaux usées »(46).

Plusieurs structures étaient installées à Alger, destinées aux malades (l'asile de Sid Ouali Dada (, malades mentaux, les Turcs impotents et les janissaires invalides et aux indigents(l'asile de Boutouil) (47) :

(46)ABID Larbi. *La pratique médicale en Algérie, de la période coloniale à nos jours*. Alger : ANEP.2008. p.6.

(47)Ibid. p.7.

* **Système de santé destiné aux Européens:**

En 1665, il existait cinq hôpitaux dans les bagnes d'Alger qui comprenaient un prêtre, un médecin et un chirurgien ainsi que des infirmiers, des cuisiniers et des domestiques choisis parmi les captifs(48).

En fait le nombre d'hôpitaux variait selon les périodes (le nombre s'élevait pendant les épidémies). Ces hôpitaux recevaient principalement les captifs et accessoirement les marins chrétiens de passage à Alger(49).

- En 1575, un père capucin fonda "l'hôpital d'Espagne", le plus important d'Alger.
- En 1612, un autre prêtre, Bernard de Monroy fonda "l'hôpital de la Sainte Trinité" dans la taverne du bague du Pacha au niveau de la rue BabAzzoun.
- En 1646 une mission religieuse fonda un hôpital à Alger qui resta ouvert jusqu'en 1827.

Parmi les médecins captifs célèbres, on peut citer(50) :

- Melchior Guilandin, professeur de médecine de l'université de Padoue qui a été captif à Alger de 1557 à 1561.
- Robert Hiérome, maître-chirurgien, natif de Provence, ayant séjourné à Alger de 1689 à 1697.
- Pascal Gamissot médecin italien qui était au service de Salah Bey de Constantine en 1713.

(48) KHIATI Mustapha, *Histoire de la médecine en Algérie*, Alger - Ed : ANEP 2000.p.85.

(49) KHIATI Mustapha, *Histoire de la médecine en Algérie*, Alger - Ed : ANEP 2000.pp.92,93.

(50) Ibid.

* **Système de santé destiné à la population:**

« La médecine populaire était synonyme de médecine naturelle basée sur l'utilisation des plantes médicinales recueillies localement. Les médecins appelés hakims ou sages exerçaient le jour du marché. Les consultations étaient pratiquées en dehors ou sous la tente. Certaines accoucheuses (kabla) étaient réputées et avaient le monopole des accouchements. Certaines tribus étaient également connues pour leurs connaissances en médecine en particulier dans l'art de guérir les coups, les blessures et les fractures. Plusieurs hôpitaux existaient en Algérie au cours de cette époque, en particulier à Alger, Tlemcen, Oran et Bejaia »(51).

Parmi les médecins célèbres de cette époque, on peut citer :(52)

- El Djazouli, médecin de Tlemcen qui vivait en 1068 de l'hégire
- Nour Eddine Ibn Nasr Eddine El Makky, qui a rédigé un traité de médecine intitulé "Tohfet El Iman".
- Ahmed Ibn Kassem El Bouni (1653-1726), originaire d'Annaba.
- Abderezak Ibn Hamadouche el Djazaïri, né en 1107 de l'hégire, il officiait dans un magasin à proximité de la grande mosquée d'Alger.
- Ahmed ben Belkacem, chirurgien qui vécut du temps d'Ahmed Bey de Constantine. Il excellait en neurochirurgie et traitait les fractures de la boîte crânienne(53). Les turcs avaient souvent recours à lui.

(51) KHIATI Mustapha, *Histoire de la médecine en Algérie*, Alger, Ed : ANEP, 2000.pp.115, 116.

(52) Ibid.

(53) Ibid.

4.2 – La période coloniale : 1830-1962

A la prise d'Alger en 1830, le chef de l'expédition de la santé était le médecin chef Roux, assisté du médecin principal Stenophole(54). Le 01 Septembre 1830, 144 officiers chirurgiens de l'Armée d'Afrique arrivent en Algérie, ils n'en restent que 53 en 1831. On dénombre 418 médecins militaires en 1847 et 267 en 1853(55).

La période coloniale peut être schématiquement divisée en deux périodes :

1- Le XIX ème siècle où la médecine a été utilisée comme moyen de propagande, de pénétration et d'information. L'auteur nous montre comment la conquête militaire va bientôt être accompagnée par une politique d'ouverture d'écoles et d'hôpitaux(56). L'environnement traditionnel algérien à cette époque était caractérisé par la non séparation entre le religieux, l'enseignant et le médecin. Le refus de l'école et de la médecine européenne était un moyen de défense et l'hostilité à l'information était conçue comme moyen de protection(57).

2- La deuxième période concerne le XX ème siècle et va jusqu'au recouvrement de l'indépendance, marquée par la marginalisation de la population locale et l'accès de quelques Musulmans aux études médicales.

(54) ABID Larbi. *La pratique médicale en Algérie, de la période coloniale à nos jours*. Alger : ANEP.2008. p.p.17-31.

(55) YVONNE Turin, *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale- écoles, médecines, religion, 1830-1880* ; Paris, Ed : François Maspero, 1971.pp.78.

(56) BENGHABRIT-REMAOUN Nouria, « Ecole, langue et identité », In : *L'Algérie 50 ans après. Etat des savoirs en sciences sociales et humains 1954-2004*. Symposium Septembre 2004, Oran : CRASC, 2008, (et In : *Insaniyat*, N° 6, 1998).p605.

(57) YVONNE Turin, *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale- écoles, médecines, religion, 1830-1880* ; Paris, Ed : François Maspero, 1971.pp.101.

Dès le début de la colonisation, les Français ont développé un système hospitalier militaire suivant la présence de leurs troupes et/ou colons. (Tableau2).

Année	Hôpital	Lieu
1830	Dey	Alger
1832	Oran	Oran
1835	Douera	Mostaganem
1837	Guelma	Guelma
1843	22 Hôpitaux	15 dans l'Algérois, 05 dans l'Oranie, 01 dans le Constantinois
1854	Mustapha Pacha	Alger

-Tableau2-

Ces hôpitaux s'adressaient d'abord aux européens ; les Algériens autochtones devaient bénéficier d'infirmes indigènes implantées près des regroupements de tribus. Très peu disposaient d'un médecin permanent. En 1845, 18 médecins sont affectés dans les principales villes d'Algérie. Ils étaient secondés par 14 praticiens ruraux. Ces médecins ne suffisaient même pas à la population européenne. Devant cette pénurie, un appel des autorités coloniales fut adressé aux missions caritatives. (Tableau 3).

Sous l'impulsion de Bugeaud en 1844 une série des hôpitaux sont créés auprès des malades européens que la population arabe. Le 30 Juin 1847 les services desanté étaient créés auprès des bureaux arabes. En 1847 un médecin est affecté dans chaque département (Oranais, Algérois, Constantinois)(58). Devant cette situation sanitaire, la population autochtone continuait donc à faire appel à la médecine populaire traditionnelle telle qu'elle se pratiquait avant

(58) YVONNE Turin, *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale- écoles, médecines, religion, 1830-1880* ; Paris, Ed : François Maspero, 1971.p81.

l'occupation française. Les hôpitaux militaires et civils étaient destinés aux Européens, mais aussi ils étaient ouverts aux arabes(59).

Les infrastructures disponibles à l'époque étaient l'hôpital Agha et Bab Azouz, mais les autorités militaires ont confisqué la mosquée et le magasin Salpêtre à partir de 1831, puis la prolifération du système de santé se menait en parallèle avec l'extension des troupes militaires à l'intérieure du pays par la création des ambulances qui n'étaient autres que des brigades médicales mobiles et qui accompagnaient l'armée durant toute la première période, dite période des militaires (1830 – 1848)(60). Dr Pouzin a créé des ambulances à Mitidja le 01 Mai 1835, cette ambulance consultait en moyenne 20 à 25 personnes par jour(61).

Sœurs	Lieu
Doctrine Chrétienne	Constantine
Trinitaires	Oran
Saint Joseph	Alger

-Tableau 3-

La hiérarchisation du système de santé était formé des ambulances, puis l'hôpital de cercle, supervisé par un hôpital de province et enfin un hôpital central qui contrôlé toute la région. Donc ce système se développé en suivant la progression de l'occupation à l'intérieure du pays.

(59) YVONNE Turin, *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale- écoles, médecines, religion, 1830-1880* ; Paris, Ed : François Maspero, 1971.p84.

(60) ABID Larbi. *La pratique médicale en Algérie, de la période coloniale à nos jours*. Alger : ANEP.2008.p.p.17-31.

(61) YVONNE Turin, *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale- écoles, médecines, religion, 1830-1880* ; Paris, Ed : François Maspero, 1971.pp.85.

En 1833, on comptait 11 centres de santé, et en 1843, un rapport des officiers de l'Armée d'Afrique du nord dresse une liste de 27 centres hospitaliers en Algérie, dont 15 en Algérois, 05 en Oranais et 07 en Constantinois, pour atteindre le nombre de 33 en 1848(62), et 50 centres en 1850 dans les zones urbaines, mais le premier hôpital militaire urbain n'a vu le jour qu'en 1875(63).

La carte hospitalière de 1853 indique que l'Oranais était doté de 17 centres hospitaliers, soit 12 centres de plus en 10 ans(64). A Oran ville les registres mentionnent que 437 Européens et 155 Arabes ont bénéficié de consultations en 1836, alors qu'en 1837 le nombre des arabes consultés à enregistrer une chute pour atteindre le chiffre de 30 contre 773 Européens(65).

Etat des médecins exerçant à Oran(66)	1851	1853	1854	Tableau 4
Médecins français	11	13	13	
Médecins étrangers	04	03	03	
Officiers de santé français	02	03	03	
Officiers de santé étrangers	-	02	01	

Le cholera a entraîné en 1845 le décès 340 personnes dans la subdivision d'Oran, et selon le Dr Duponchelle on a enregistré 2585 décès pour 3499 malades et 1094 décès pour 1548 malades respectivement en 1850 et 1851(67).

(62) YVONNE Turin, *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale- écoles, médecines, religion, 1830-1880* ; Paris, Ed : François Maspero, 1971. pp.77.

(63) ABID Larbi. *La pratique médicale en Algérie, de la période coloniale à nos jours*. Alger : ANEP.2008. p.p.17-31.

(64) YVONNE Turin, *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale- écoles, médecines, religion, 1830-1880* ; Paris, Ed : François Maspero, 1971. pp.78.

(65) Ibid. pp.80.

(66) Ibid. pp.331.

(67) Ibid. pp.316.

Année	1849	1850	1851	1852	1853	1854	1855	1856
Nombre	1617	25	243	-	2248	-	-	07
Vaccination des musulmans à Oran (Rapport Agnely, 1853, AN, F80, 671)								
Nombre de vaccinations officiellement enregistrées(68)								

-Tableau 5-

Le docteur Duponchelle avait un local had hoc au niveau du village neigre (ville nouvelle ou Medina El Jadida) (69).

En 1920, l'Algérie était dotée de 21 structures hospitalières avec une capacité de 6640 lits, et en 1925 était lancé le projet d'hôpitaux auxiliaires avec une capacité de 50 lits. Après la deuxième guerre mondiale, le nombre de lits passe à 24000(70). En 1951 six camions dispensaires couvraient le territoire dans le but de faire rapproché les soins au plus près de la population, une sorte de médecine de proximité. Deux ans avant l'indépendance, la couverture sanitaire à travers le territoire était assurée par 14 établissements hospitaliers, 19 centres de santé et plusieurs dispensaires et un nombre très important de privés. A l'indépendance, le secteur public comptait 38000 lits et le secteur privé 10000(71).

Il faut préciser que durant la guerre de libération nationale (1954-1962), les services de santé de l'armée de libération nationale ALN étaient organisés d'une façon de telle à répondre aux besoins de la population en matière de santé, et de maintenir avec elle des liens solides(72).

(68) YVONNE Turin, *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale- écoles, médecines, religion, 1830-1880* ; Paris, Ed : François Maspero, 1971. pp347.

(69) Ibid. p321.

(70) ABID Larbi. *La pratique médicale en Algérie, de la période coloniale à nos jours*. Alger : ANEP.2008. pp.17-31.

(71) Ibid.

(72) TEGUIA Mohamed, *L'Algérie en guerre*, Alger : OPU, 2009. pp.153-154.

Ces services étaient supervisés par le chef politico-militaire (CPM : poste de commandement créé suite au Congrès de la Soummam en 1956), mais sous la responsabilité du commissaire politique(73).

Le bureau de l'UGEMA fondée en 1955 (en remplacement de l'AEMAN 1919 présidée en 1945 par le Dr Messaoud Bendib) regroupait en son sein trois étudiants en médecine (Djillali Benthani, Abdellah Mansouri et Alioua Madani). Plusieurs médecins occupaient des postes de responsabilités (Dr Lamine Khène médecin chef de la wilaya II, Dr Abdelkader Boukhroufa Wilaya III, Dr Youcef Khatib médecin chef de la wilaya IV, Dr Lazreg et Dr Haddem à la frontière marocaine, Dr Mentouri et Dr Toumi à la frontière tunisienne, Dr Jean Pierre Laribère assassiné par OAS en 1961, Dr Belhocine, Dr Bouderba et Dr Benzerdjab et bien d'autres tombés dans le champ d'honneur)(74).

La création de l'école de médecine, dont la première installée par l'armée (Baudens) en 1831, cessa son activité en 1836 sur ordre du maréchal Valée(75). Le système d'enseignement supérieur est lancé à partir de 1859 par la création de l'école supérieure de médecine et de pharmacie. Le cas de l'Algérie et du Monde arabe. Les universités existantes actuellement dans les pays arabes et notamment en Algérie sont le résultat d'une greffe opérée à partir du modèle occidental. (76). Sous la direction le doyen Curtillet(chirurgien lyonnais), son développement fut rapide, et en 1958 deux nouvelles facultés de médecine sont

(73) TEGUIA Mohamed, *L'Algérie en guerre*, Alger : OPU, 2009. pp.153-154.

(74) ABID Larbi. *La pratique médicale en Algérie, de la période coloniale à nos jours*. Alger : ANEP. 2008. pp.186-188.

(75) Ibid. p81.

(76) REMAOUN Hassan, « L'université comme produit de l'histoire et enjeux institutionnelles : le cas de l'Algérie et du monde arabe(en langue arabe) », *In : Insaniyat*, N°6, 1998, « في سنتيعود نظام التعليم العالي في العهد الكولونيالي حيث انشأت بالجزائر مدرسة عالية في الطب و الصيدلية 1859 »

créées à Oran et à Constantine(77).On note que le docteur Bertrand a créé la société médicale d'Alger et une rubrique « *Mobacher* » en langue arabe et en français et qui s'intéressait surtout aux problèmes de santé de la population indigènes(78).

L'école de médecine était ouverte aux arabes dès 1857, et en 1858 le Dr Bertrand est nommé directeur de l'école, et comme il avait l'idée de créer un corps spécifique de médecins pour indigènes, il a procédé à l'inscription de 05 jeunes arabes en 1865 afin de poursuivre des études médicales pour une durée limitée à 03 années au lieu de 05 années réglementaires afin d'accélérer la formation(79).Parmi les premiers médecins contemporains de l'Algérie durant l'époque coloniale, on trouve le Dr Mohamed Ben LarbySeghier né en 1850 à Cherchelle ; et ayant soutenu sa thèse de doctorat de médecine le 16 Juillet 1884 à Paris, le thème de sa thèse était « La médecine arabe en Algérie ». Mais il est mentionné aussi qu'avant lui un des pionniers de la médecine algérienne à cette époque, le Docteur Mohamed Nakkache né en 1857 avait soutenu sa thèse en 1880(80).

En 1939, on comptait 200 diplômés universitaires d'origine autochtone dont 41 médecins, 22 pharmaciens et 9 dentistes.En 1954, à la veille du déclenchement de la Révolution, le nombre de diplômés était de 165 médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes(81).

(77) ABID Larbi. *La pratique médicale en Algérie, de la période coloniale à nos jours*. Alger : ANEP.2008. p.p.17-31.

(78)YVONNE Turin, *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale- écoles, médecines, religion, 1830-1880* ; Paris, Ed : François Maspero, 1971.pp104.

(79) Ibid. pp.336

(80) BOUAMRANE Fadela, « Le Docteur Mohamed Ben LarbySeghier un des pionniers de la médecine algérienne contemporaine », In : *Tarrikh Ettib*, N° 3, 2005, pp. 8-14.

(81) OUFRIHA Fatima Zohra. *Système de santé et population en Algérie*. Alger : ANEP ; 2002.pp.24-26.

4.3– Après l'indépendance :

A la veille de l'indépendance, l'Algérie a hérité de structures sanitaires coloniales insuffisantes car destinées en majorité aux colons et militaires, et la majorité de la population algérienne ne bénéficiaient pas de ses prestations ; cela ayant posé un énorme problème au pouvoir politique qui créait les AMG (assurance maladie gratuite) puis les CMS (centre médical social), comme auxiliaires afin de renforcer le système de santé paupérisé(82). Cependant le corps des professionnels était constitué en majorité de Français ; on comptait à l'époque 1674 étrangers en 1963, alors que le nombre des Algériens était très limité, le tout totalisant 387 diplômés (285 médecins, 15 chirurgiens dentistes, 70 pharmaciens pour une population estimée à 10 Millions d'habitants(83). Cette première période des années soixante était caractérisée par une réanimation du secteur en essayant d'améliorer les conditions de prise en charge de la population. La seconde imprégnée par la gratuité des soins. Cette période a été marquée par le triomphalisme de la socialisation de la santé, la Charte nationale de 1976 le prévoyait, et en 1980 le comité central du FLN créa le service national de la santé. A partir de 1974, la médecine gratuite était considérée comme un leadership du système de la santé, alors que tout le secteur privé n'était pas reconnu, et l'accroissement de l'offre de soins s'implantant davantage afin d'enraciner l'esprit de l'Etat volontariste et que tout le monde adhère à la politique de santé d'un État autoritaire. Cette première période des années soixante était caractérisée par une réanimation du secteur en essayant d'améliorer les conditions de prise en charge de la population. La seconde imprégnée par la gratuité des soins. Cette période a été marquée par le triomphalisme de la socialisation de la santé, la Charte nationale de 1976 le

(82) SALHI Mahmoud. *Population et besoins sociaux essentiels en Algérie à l'horizon 2038*. Thèse Doctorat en démographie. Oran .2005.pp.250-251.

(83) Ibid.

prévoyait, et en 1980 le comité central du FLN créa le service national de la santé. A partir de 1974, la médecine gratuite était considérée comme un leadership du système de la santé, alors que tout le secteur privé n'était pas reconnu, et l'accroissement de l'offre de soins s'implantait davantage afin d'enraciner l'esprit de l'Etat volontariste et amener toute la population à adhérer à une politique de santé bien définie.

Cependant le virage dans l'investissement qui était basé sur l'industrie dans les années soixante-dix à basculé vers le social à partir de 1980, ce qui explique la baisse de la fraction financière allouée à l'industrie en faveur de l'intersectoriel et la planification centrale. La politique de santé était caractérisée par le monopole total (application des programmes nationaux et la généralisation de la vaccination gratuite) (84).

La crise pétrolière de 1986 conduisait à un effondrement total du système de santé basé sur la rente et la centralisation, qui devenait étouffant et conduisait à un éclatement du système de santé. Les professionnels passent au chômage et la situation socio-sanitaire chute. La bascule du médecin militant des années 70, période où le secteur privé n'était pas légitimé par le pouvoir volontariste vers le médecin technicien des années 80 se concrétise davantage. Une restructuration est imposée de l'extérieur suite à une économie paralysée. (85).

Le plan d'ajustement structurel PAS1994, a engendré plusieurs problèmes, à savoir le taux de chômage non négligeable suite à un déficit de postes budgétaires, une difficulté d'installation, car il n'y avait plus de clients, une apparition d'une concurrence à caractère de valorisation (médecins spécialistes).

(84) OUFRIHA Fatima Zohra. *Système de santé et population en Algérie*. Alger : ANEP ; 2002, pp.54-56.

(85) MEBTOUL Mohamed. *Les médecins et les patients en Algérie*. pp. 97-121 ;

L'émergence des cliniques privées avec un passage du monopole de médicament du secteur public au secteur privé, tous cela sous la pression des organismes internationaux (FMI & Banque Mondiale).

Une dichotomie est constatée dans le secteur de la santé avec une croissance à double vitesse et en même temps bipolaire. Les réformes dans le secteur de la santé commencèrent à partir de la fin des années 90, en suivant une politique de densification des infrastructures sanitaires et des équipements par application des programmes quinquennaux (1999-2004, 2005 -2009, 2010 -2014).

La dimension sociopolitique de l'Etat autant qu'acteur principal, exerce un pouvoir administratif central et vertical, et joue un rôle de régulateur dans le champ de la santé grâce à un dispositif qui fonctionne d'une façon rigide et uniforme(86).

(86)MEBTOUL Mohamed. Les acteurs sociaux face à la santé publique : Médecins, État et Usagers. Chapitre V, pp. 108-110.

Deuxième chapitre

Organisation et le fonctionnement du secteur de la santé au niveau de la wilaya d'Oran.

Dualité public / privé

L'actuel système de santé apparait comme le résultat de différentes politiques menées par l'Etat ces dernières années, à vocation modernisatrice afin de s'articuler autour d'un projet de société dans le cadre du développement durable. Le système de santé au niveau de la wilaya d'Oran s'organise autour de deux pôles constitués d'une part par une médecine dispensée par le secteur public (majoritaire en terme de nombre de lits), et d'autre part par un secteur privé plus au moins sophistiqué, et qui obéit aux lois de marché. Cette situation nous ramène à constater une dégradation des services publics en matière d'offre et de qualité des soins et en même temps une expansion du secteur privé qui se développe et qui est peu maîtrisé par l'Etat.

Le secteur public demeure prépondérant dans le système de santé, cependant le secteur privé n'en est pas moins incontournable. Cette bipolarité dans le système de santé à été le fruit et le résultat des reformes instaurées par l'Etat suite à la crise économique des années 90 et les pressions des organisations financières pour la libéralisation des secteurs économiques (le plan d'ajustement structurelle imposé au pays au cours de cette période et qui a été même imposé à d'autres pays qui se trouvaient en difficultés financières).

L'Etat et la profession médicale entretiennent une forte interdépendance fonctionnelle et organique. L'extension des deux secteurs public et privé que sa soit par la densification pour la première ou l'expansion pour la deuxième qui n'est guère dichotomique sur le plan infrastructure mais au contraire elle ne s'est pas développée sur le plan de la régulation de l'offre et de la qualité de soins.

Des changements affectent le système de santé à l'heure actuelle par la constatation d'une forte mutation interne observée dans chacun des deux secteurs public et privé. La restructuration progressive du secteur public selon

une dynamique bipolaire ou l'Etat par le biais du ministère de la santé de la population et la réforme hospitalière, d'une part les soins de santé primaire basé sur la prévention et la proximité et d'une autre part la médecine de pointe représentée par les structures lourdes. Donc l'Etat ne se désengage pas du système de santé et se maintient en tant qu'acteur principal et organisateur du système de santé mais aussi a promouvoir la rationalité de gestion surtout économique.

Cependant le secteur privé est en voie d'évolution et d'expansion mais d'une façon anarchique que cela soit sur le plan de planification, d'infrastructures ou de prestations suite à une législation pas assez claire sur la création, l'organisation et le fonctionnement de ces établissements hospitaliers privés.

Ces contraintes retrouvées au sein du secteur public lui même, aussi bien a l'intérieur de secteur privé ou l'intérêt économique prime sur tout autre vision , ou aucune coordination n'est constaté entre les différents acteurs impliqués directement dans la politique de santé , tout ceci conduit à une segmentation de la profession médicale .

Section1 – L'organisation du secteur de la santé (Schéma structurel)

Le système de santé en Algérie repose sur un ensemble de structures médicales, techniques et administratives. L'offre de soins est répartie entre trois secteurs (un secteur public dominant, un secteur privé en expansion rapide, et un secteur parapublic de plus en plus réduit), les structures de santé de l'armée dépendent du ministère de la défense, et sont réservées aux ayant droits de l'armée, elles sont exclues de cette présentation. Afin d'amélioration de l'accès aux soins de qualité ; une réorganisation du système de soins est planifiée en mettant en place un parcours de soins coordonné qui se décline en **trois niveaux de recours**. Les soins de premier recours se recentrent autour du médecin

généraliste, qui assure l'orientation du patient dans le système de soins. Les soins de second recours sont dispensés par les médecins spécialistes et les hôpitaux locaux tandis que les soins de troisième recours, hyperspécialisés, concernent les centres hospitalo- universitaires (CHU).

1.1 – Le secteur public :

1.1.1-Niveau 1 de soins : Les salles de soins et les polycliniques :

La stratégie des soins de santé de premier niveau permet à l'Etat d'assurer à moindre coût un accès minimum aux soins en mettant l'accent sur la prévention et l'utilisation des méthodes médicales simples. Ces structures sanitaires dispensent une médecine simple et de proximité, et contribuent à la prévention en suivant de près les conditions de vie de la population et en leur prodiguant des conseils et à mettre à leur disposition les moyens nécessaires, cette mission est supervisée par une instance au sein de la polyclinique, et assurée par le service de médecine de prévention «SEMEP ». Le concept de soins de la santé primaires a été adopté en 1978 lors de la conférence d'Alma Ata par l'OMS. Il préconise la mise en place de structures sanitaires de prévention et de proximité pour la population dans les pays en voie de développement(87).

Les polycliniques assurent aussi une mission d'accueil ; d'orientation et d'éventuellement de référence au niveau supérieur de la pyramide des soins. Ils sont chargés de recueillir des données épidémiologiques locales afin d'évaluer le bilan des actions sanitaires au niveau du territoire géo-sanitaire. Le type de soins offerts dans ces structures doit répondre à une logique de proximité et d'accessibilité. Le système de santé en Algérie est basé sur un système national de santé, d'où l'adoption des soins de premiers niveaux qui permettraient à l'Etat d'offrir des prestations sanitaires au plus près et à moindre coût et par

(87)La Déclaration d'Alma-Ata a été établie à l'issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, (Alma-Ata, du 6 au 12 septembre 1978).

conséquent, elle contribue à la satisfaction de la demande sociale accrue. L'Etat a instauré un paiement de l'acte médical pour toute prestation de consultation générale ou spécialisée.

Donc cette stratégie de soins de premier niveau est élaborée afin d'appliquer les programmes nationaux de prévention et les directives de la centrale, cela explique la verticalité, et la centralisation des décisions.

Les soins de santé de base doivent être supportés par un ensemble de réseaux de structures légères, pour l'essentiel disponibles, dont l'activité et le fonctionnement doivent être revus dans le sens d'une définition scientifique de leur champ d'action et de programme de travail découlant de la programmation sanitaire nationale et des problèmes locaux identifiés. Cela exige le renforcement de ces structures en moyens humains, matériels et financiers.

A- Les structures ou établissements du secteur public :leur création date des années 80(Décret 81- 242 du 5 septembre 81et leDécret 97- 466 du 2 Décembre 97) constituaient la base de la pyramide des soins. Lessecteurs sanitaires auxquels étaient rattachéestoutes les unités de base, autrefois gérées par les communesjusqu'a la fin 2007 desservaient en moyenne un bassin de population de100.000 à 300.000 habitants et était composé, d'un hôpital général, d'un service d'épidémiologie et de médecine préventiveorganisées en sous secteurs sous le contrôle d'un coordinateur. Le nombre de sous secteurs était variable d'un secteur sanitaireà l'autre. L'organisation et le fonctionnement des secteurs sanitairesont été modifiés par le décret exécutif 07-140 du 19 mai 2007. L'application de cette nouvelle organisation depuis janvier 2008, transforme toutes les structures extra-hospitalières des ex-secteurs sanitairesen établissements public de santé de proximité (EPSP) organisésen polycliniques et salles de soins et sont ainsi séparés des hôpitaux et constituent à aux seuls la base des soins primaires.

La polyclinique a pour mission de prendre en charge d'une manière complète, intégrée, et hiérarchisée les problèmes de santé de la population par l'exécution en ce qui concerne des programmes nationaux et régionaux de la santé; l'identification des besoins de la population; l'évaluation des actions de santé; l'élaboration et l'exécution d'un programme d'action spécifiques en privilégiant les tâches de prévention et les soins de santé de base.

Les polycliniques couvrent une aire géographique correspondant le plus souvent à une zone géo sanitaire. La polyclinique centralise la gestion et les moyens (humains et matériels). Elles constituent la base du système de santé assurant à la fois des activités curatives et préventives.

B- Le SEMEP : (Service médicale d'épidémiologie et de prévention)

Il a été créé un Service d'Épidémiologie et de Médecine Préventive au sein de chaque Secteur Sanitaire par arrêté n°115 du 4 novembre 1985. Il a pour tâches notamment: la collecte, le traitement et la diffusion de l'ensemble des informations sanitaires hospitalières et extra-hospitalières; la surveillance et la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles les plus prévalentes, ainsi que le contrôle des normes d'hygiène du milieu. Toutes ces activités devant se faire en collaboration avec les Bureau d'Hygiène Communale.

Pour le renforcement du dispositif de surveillance épidémiologique et du développement de l'unité de la veille sanitaire, 82 % des personnes questionnées pensent qu'elle devra passer par la révision des lois qui gèrent les SEMEP (service d'épidémiologie et de médecine préventive)qui est le pilier de la prévention au niveau de la base des soins et ceci par le redéfinition des missions et rôles de ces SEMEP dans le but d'améliorer leurs compétences et leur efficacité.

En application de nouvelles recommandations de l’OMS, pour atteindre les objectifs du millénaire de développement OMD à l’horizon 2015, et notamment le 4^{ème} et le 5^{ème} objectif portant sur la santé materno-infantile .Six programmes sont en cours d’exécution(88).

§ Le programme élargie de vaccination PEV :

Sept vaccins sont en cours (calendrier national de vaccination), Quelles sont les tendances ? Quelles sont les perspectives ? Quelles sont les actions engagées ?L’adhésion de la population est efficace aux différents programmes nationaux, car tous les programmes sont basés sur la participation de la population et les acteurs de la santé, mais plusieurs Contraintes sont enregistrées, à savoir :

- L’institut pasteur d’Algérie IPA : il centralise toute les opérations, et par conséquent chaque EPSP commande à lui seul ses besoins de lots de vaccins, cependant la quantité est parfois insuffisante ou inexistante.
- Le coût élevé de transport, des agents mobilisés, un temps perdu.....
- Il existe un grand problème d’évaluation de la part de l’EPSP : d’où la nécessité d’informatiser les unités de vaccination comme un outil de travail (02 EPSPcelui de Bouammama et de Front de mer, sont en cours d’informatisation comme opération pilote au niveau de la wilaya d’Oran).

(88)Les objectifs du Millénaire pour le développement fixés par les Nations Unies sont au nombre de huit et l’ensemble des 191 États Membres des Nations Unies ont convenu de s’efforcer de les atteindre d’ici 2015. La Déclaration du Millénaire des Nations Unies, signée en septembre 2000, engage les dirigeants du monde entier à combattre la pauvreté, la faim, la maladie, l’analphabétisme, la dégradation de l’environnement et la discrimination à l’encontre des femmes. Les OMD découlent de cette Déclaration et chacun des objectifs s’accompagne de cibles et d’indicateurs spécifiques. Les huit objectifs du Millénaire pour le développement sont les suivants: **1**-éradiquer l’extrême pauvreté et la faim; **2**-assurer l’éducation primaire pour tous; **3**-promouvoir l’égalité des sexes et l’autonomisation des femmes; **4**-réduire la mortalité de l’enfant de moins de cinq ans; **5**-améliorer la santé maternelle; **6**-combattre le VIH/sida, le paludisme et d’autres maladies; **7**-assurer un environnement durable; **8**-mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

Deux problèmes majeurs handicapent le bon déroulement de l'opération de vaccination à savoir, la captation des naissances et le mouvement de la population.

La problématique c'est l'évaluation de la couverture vaccinale. Est-ce qu'il existe une couverture totale ? Quel est le taux réel d'abondance globale du vaccin ?(89).

La wilaya d'Oran dispose de 130 unités de vaccination qui sont réparties sur le territoire (SEMEP service de médecine préventive). Il faudrait décentraliser la gestion de l'IPA, et la régionalisation s'impose comme solution urgente, la formation du personnel responsable des PMI qui est chargé de la vaccination devient une priorité absolue.

Parmi les solutions à envisager selon les questionnés, c'est qu'une décentralisation de l'IPA est souhaitable par création d'antennes régionales afin de faciliter l'acheminement des vaccins et éviter toute contrainte d'ordre administrative. La contribution des pouvoirs locaux et la bonne gestion des stocks s'avèrent importants.

§ La nutrition : Un programme pilote (détection des femmes anémiques au cours de la grossesse, par dosage de l'hémoglobine chez la femme enceinte). Ce projet pilote est assuré par deux postes sentinelles implantés au niveau de la polyclinique d'El -Barki (EPSP Es-Seddikia) et celle de Mers El Kebir (EPSP Ain El Türk), mais cela est insuffisant(90).

(89)JORADP N° 75. Arrêté du 15 juillet 2007 fixant le calendrier de vaccination obligatoire contre certaines maladies transmissibles.

(90)www.sante.dz/Dossiers/direction-prevention/CHRTE.HTM

§ **La lutte contre les insuffisances respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques :** la mortalité infantile est parfois élevée d'où la nécessité de programmer des cycles de formation au profil des professionnels de la santé sur les IRA et la généralisation des campagnes de sensibilisation pour la lutte contre les maladies diarrhéiques durant toute l'année (on constate une absence de campagne durant la période s'étalant du mois d'octobre au mois de juin)

§ **Le programme de périnatalité :** ce programme est destiné à lutter contre la morbidité et la mortalité materno-infantile, par le suivi rigoureux de la grossesse, la planification familiale, la sensibilisation par l'information, l'éducation et la communication « IEC », la contraception gratuite (Oraux-Injectable et DIU). Le but de cette opération est la détection précoce des pathologies à grand risque. Cette politique consiste dans la création des centres de références de grossesse à risque dans les EPSP. (Maternité de référence à partir de 2006)

§ **La mortalité infantile :** la politique consiste dans la création des unités de néonatalogies (moins de 50 mètres des maternités), on enregistre un taux élevé de décès de la naissance à l'âge de 01 an (0-6j le plus élevé).

§ **Les maternités :** la rénovation des blocs d'accouchement, des équipements, ainsi que le renforcement des maternités rurales en matière de couveuses mobiles (l'exemple de la polyclinique de Gdeyel)

Cette opération est régulée par 08 PMI (les grossesses à risque sont détectées et orientées vers le centre de référence où se trouvent les médecins et les sages femmes qui sont formés dans ce domaine), Exemple : EPSP Hai Goualem. Donc, un centre de référence et des maternités de références, avec un circuit bien déterminé vont contribuer à la réussite de ce projet, et par conséquent cette stratégie conduira à la réduction de la mortalité materno-infantile MMI.

L'enquête de terrain a révélée que 83 % pensent que la coordination en matière de prévention entre les différents secteurs n'est pas performante et- que le système d'information, de communication et d'éducation qui est entrain d'être mis en place sera en mesure de changer d'une part le comportement des différents secteurs et d'autre part de la population en matière de prévention de soins et cela conduira automatiquement à la réduction nette d'un comportement à risque de la population.

Cependant 96 % sont quasiment d'accord sur le fait que la prévention est une priorité de l'Etat et relève des charges et des missions des établissements de soins primaires et d'autres secteurs .Ceci imposera davantage l'intégration la communauté dans l'élaboration et l'application de cette politique de prévention.

C - L'Unité de Dépistage et de Suivi (UDS) :

Créées par instruction interministérielle n°2 du 27 avril 1995 dans le cadre de la mise en œuvre du Plan portant réorganisation de la santé scolaire (circulaire interministérielle n°1 du 6 avril 1994). Chaque UDS doit couvrir une circonscription pédagogique comprenant un lycée - un ou deux CEM et les écoles rattachées.

La wilaya d'Oran est dotée de 40 UDS qui couvrent 587 établissements (trois cycles de formation), soit 238 715 élèves, avec une densité en matière de professionnels de santé d'hygiène scolaires constitué au nombre de 65 médecins, 70 chirurgiens dentistes, 90 infirmières. En 2007 cette structure avait assuré la couverture de 55 578 élèves(91).

(91) Rapport de l'assemblée populaire de la wilaya d'Oran 2011 sur le secteur de la santé - Session ordinaire mois 2012 -

1.1.2- Niveau 2 de soins: Les établissements hospitaliers -EH – et les établissements hospitaliers publics –EHP-

Les trois établissements hospitaliers qui représentent une catégorie intermédiaire entre les deux niveaux (1& 2), ont pour mission d'offrir des services diagnostiques et d'assurer toute la gamme de soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique, ainsi que les soins de suite et de longue durée. Implantés à distance des CHU ils assurent les soins médicaux courants des populations résidentes dans les zones géographiques de proximité.

1.1.3- Niveau 3 de soins: EHS -CHU et EHU .

A- Les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) :(92)

Créés suite au Décret 97–465 du 2 décembre 97, ils sont au nombre de 09, implantés en majorité au niveau de chef lieu de la wilaya. Ils couvrent environ, une dizaine de spécialités : oncologie, cardiologie, chirurgie cardiaque, psychiatrie, rééducation, traumatologie, neurochirurgie et maladies infectieuses.

B- Les centres hospitalo-universitaires (CHU et EHU) :(93)

Le CHU est depuis sa création en 1986, puis régi par le Décret 97 – 467 du 2 décembre 1997 est sous la double tutelle du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH), et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique (MESRS). Son personnel médical de rang magistral censé assurer des activités de soin, de formation et de recherche.L'EHU crée en 2003 suite au Décret Présidentiel N°03 /270 du 13 AOUT 2003 portant création, organisation et fonctionnement de l'établissement hospitalier et universitaire d'Oran.

(92)BAGHRICHE Mourad. » Aperçu sur l'organisation du système de santé en Algérie, état des lieux 2009 ». In : *Publication du conseil de la nation*, Alger : 2010.p.19-30.

(93) Ibid.

Plus de 80 % des questionnées pensent que la décentralisation est essentielle pour l'efficacité de tout système de santé, et que la centralisation est considérée comme un handicap majeur pour l'amélioration du système, ce qui rend très urgent et nécessaire la mise en œuvre d'une politique de santé basée sur la décentralisation et surtout la, déconcentration des décisions au niveau régional et local. La majorité, plus de 95 % ont répondu que la hiérarchisation des soins n'est pas du tout respectée et par conséquent l'anarchie dans la prise en charge des malades est de règle. Alors que 73 % pensent qu'il est temps de réviser la carte sanitaire, d'adopter une stratégie de régionalisation et d'accélérer la modernisation du système d'information sanitaire afin de pouvoir assoir un schéma national d'aménagement de territoire géosanitaire.

Au cours de notre recherche, on a eu la chance d'avoir un rapport de la commission nationale consultative pour la promotion et la protection des droits de l'homme - CNCPPDH –(94) sur les hôpitaux et qui a relevé les principales observations suivantes :

- En ce qui concerne l'accueil des malades et leur orientation, on note que tant que la hiérarchisation des soins tend vers le sommet, la qualité des prestations se détériore et devient médiocre.
- La prise en charge des malades pendant la nuit est absente et par ailleurs au cours de la journée elle suppose une longue attente du patient.
- Les services d'urgences sont dépourvus de moyens, des équipements vétustes, un déficit dans les moyens de transfert des malades et quand ils existent, leur état est catastrophique, la sécurité est parfois absente.

Les deux centres hospitaliers régionaux dispensent les soins les plus spécialisés au niveau régional. Ainsi, ils assurent une double fonction de soins

(94) Rapport annuel 2009 de la commission nationale consultative de la promotion et de la protection des droits de l'homme, Alger : ANEP, 2010.

courants vis-à-vis de la population de proximité et une fonction de soins de recours vis-à-vis des autres établissements de la région. En tant que Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires (CHU et EHU) ils sont chargés de la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche

Les principales missions des CHU et EHU :

Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU et EHU) ont la particularité d'assurer une triple mission de soins, de formation (enseignement) et de recherche. L'association de ces trois compétences doit permettre d'assurer une continuité entre les besoins de la médecine hospitalière et la recherche biomédicale, elle-même source importante de formations initiale et continue des médecins, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité des soins.

§ Les soins :

La continuité des soins et leur égal accès aux soins pour tous sont partie intégrante des droits fondamentaux de l'utilisateur. La loi -85 / 05 -portant sur la santé publique fait obligation au service public hospitalier d'être en mesure d'assurer et de concourir à la prise en charge de l'urgence et la permanence des soins aux patients. Le CHU doit ainsi se conformer aux grands principes de l'accès aux soins, ce qui implique l'accueil du patient de jour comme de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer son admission dans un autre établissement assurant le service public hospitalier, en refusant toute forme de discrimination, cette loi est en cours de révision.

§ L'enseignement et la formation :

Les CHU concourent à l'enseignement universitaire et post universitaire et à la formation des praticiens hospitaliers, et assurent par ailleurs la formation

initiale des médecins, pour une durée variant entre 7 ans (médecine générale) et 11 ou même 14 ans (différentes spécialités).

§ La recherche :

Le service public hospitalier a pour mission d'intégrer la recherche médicale, afin de participer à l'amélioration de la qualité des soins. Ce dernier dispose de laboratoires dans ces établissements et peut aussi agréer des équipes de recherche hospitalière.

1.2 – Le secteur privé :

La croissance et l'émergence du secteur privé s'est nourrie des insuffisances et de difficultés du secteur public et aussi suite à la perte de confiance de la part de la population en général et surtout du patient plus précisément. La construction d'établissements de soins (cliniques privés ou EHP établissement hospitalier privé- nomination officielle Décret 07/321), de cabinets de groupes ou individuel, de laboratoires d'analyses ou de centres de radiographies qui proposent des soins et des examens plus fiables que le secteur public et qui sont destinés à une large couche de la population Oranaise suite à un déficit majeur dans l'offre des prestations sanitaires surtout en matière d'examens biologiques , de radiographiques et d'autres consultations spécialisés et actes chirurgicaux , car le système national de santé a provoqué une situation de la liste d'attente qui dure des mois que ce soit pour les consultations spécialisés ou les interventions chirurgicales en plus de maladies chroniques comme les insuffisances rénaux et les cancéreux ou l'on constate une prise en charge insuffisante suite à un déficit en infrastructures et spécialistes dans le domaine de l'oncologie.

En plus le secteur public voit ses compétences professionnelles drainées par le secteur privé et servir comme agents de recrutement de clients auprès de ces établissements privés.

Dans cette situation les frais de prise en charge de la santé du patient relèvent de lui même, et ces frais ne sont pas remboursables ou ne le sont qu'à titre symbolique. Ceci rend le secteur privé redondant plutôt que d'être complémentaire du secteur public. Les établissements hospitaliers privés, poursuivent un but lucratif à travers généralement les cliniques privées et s'investissent plus dans la technicité. Les usagers ont recours au secteur privé, et ce comportement marque un retour de confiance des années 60, car le système de santé devint de mauvaise qualité et d'attente longue.

L'ouverture du champ sanitaire au secteur privé à partir des années 90 à entrainer cette différence et cette rupture totale entre les deux secteurs et aussi la perte de confiance de la population dans le système de santé publique. On constate au cours de cette enquête que 51.4 % des interviewés évaluent la relation entre le secteur public et le secteur privé de complémentarité de part et d'autre, alors que 45% avancent qu'il existe une césure totale entre les deux secteurs, voir même pour d'autres questionnés 22.8% qu'un rapport conflictuel s'est installé entre eux suite à des intérêts des deux cotés.

Cependant, 57 % ont répondu que le secteur privé ne s'est pas impliqué dans l'élaboration de la politique de prévention tandis que 72 % insistent sur la nécessité de son implication et pensent que l'adhésion du secteur privé est une priorité à l'exécution de cette politique.

Alors que 77 % sont convaincus de l'existence d'un siphonage de compétences professionnelles médicales et paramédicales du secteur public vers le secteur privé, suite aux privilèges proposés par ce dernier et par conséquent le

monopole du secteur de la santé risque de basculer vers le privé surtout en matière de médicaments et d'industrie pharmaceutique.

1.2.1- Les cabinets privés :

Ces cabinets privés sont repartis sur tout le territoire de la wilaya et contribuent à la médecine de ville, mais la majorité sont implantés au chef lieu de la wilaya et peuvent être classés comme lieux de soins de premier niveau, car ils n'ont pas les moyens de prise en charge des urgences, mais plutôt le dépistage, le suivi et l'orientation des malades. Ces cabinets privés sont regroupés en associations à caractère spécifique (selon les différentes spécialités surtout, Exp : association des cardiologues, des pédiatres, ect...). A noter que dans la plupart des cas la coordination entre médecins généralistes et médecins spécialistes est insuffisante, voir parfois absente ou inexistante, et cela affecte directement le système de santé et aboutit à une anarchie totale dans la prise en charge du prestataire de soins, qui devient inefficace avec une hausse de la facture des soins.

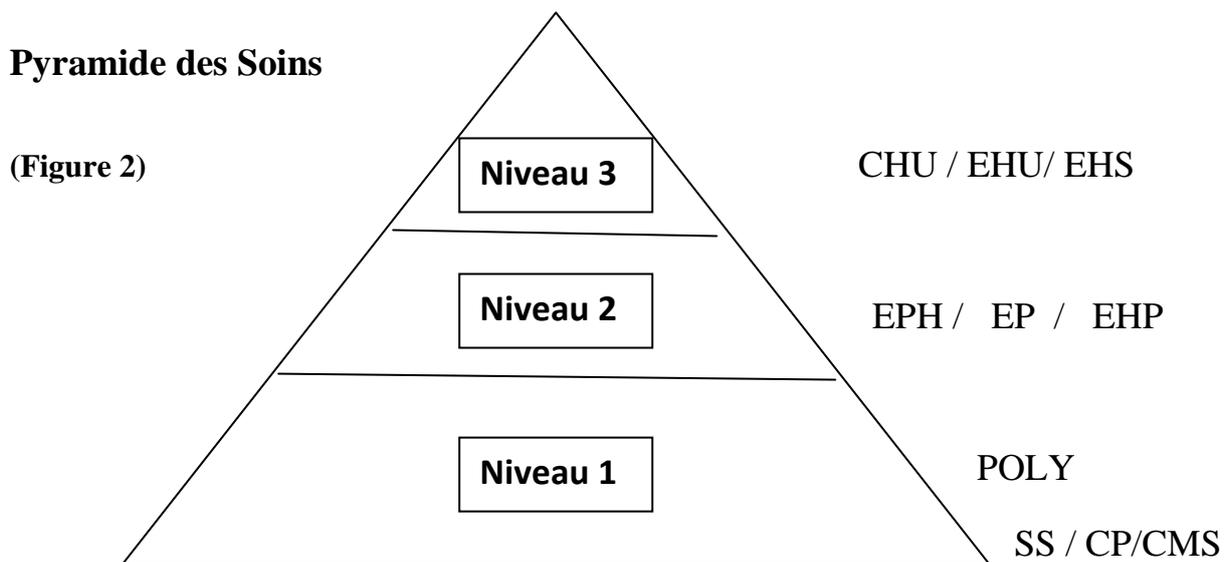
1.2.2 – Les établissements hospitaliers privés à but lucratif ou cliniques privées : EHP

Les cliniques privées sont des sociétés commerciales, et les praticiens y exercent comme profession libérale (Décret exécutif n07-321 du 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés). Les cliniques privées passent contrat avec des médecins, associés ou non, pour pouvoir fonctionner. Ces médecins ont un statut d'exercice libéral et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent. Pour le patient, le remboursement des soins s'effectue de deux façons, selon que l'établissement est conventionné ou pas.

1.3 – Le secteur parapublic :

Ce secteur a connu une régression rapide à partir des années 1980, due à la compression des effectifs dans les entreprises publiques, dictée par des mesures de réajustement structurel. On y dénombre aujourd'hui quelques dizaine de centres médico-sociaux(CMS), créés et financés par des entreprises ou des institutions publiques et réservés à leur personnel. Leur impact sur la santé publique est négligeable.

Le renforcement des liens entre hôpital comme hyperstructure de dernier recours et de soins lourds avec les structures sanitaires de bases n'est pas clairement défini, cette articulation doit être clarifiée dans le but de fluidifier le parcours de soins et notamment désengorger les services d'urgence.



Niveau 3 : CHU : Centre Hospitalo Universitaire / EHU : Etablissement Hospitalo Universitaire/EHS : Etablissement Hospitalier spécialisé

Niveau 2 : EPH : Etablissement Public Hospitalier /EH : Etablissement Public EHP: Etablissement Hospitalier Privé

Niveau 1 : POLY : Polyclinique / SS : de Soins / C : Cabinet Privé / CMS : Centre médico-social

Afin d'éviter le recours systématique aux urgences, la loi prévoit l'organisation d'une permanence des soins de ville assurée par les médecins généralistes en concertation avec les établissements de santé. Un renforcement des liens entre hôpital et la médecine de ville, cette articulation est clarifiée dans le but de fluidifier le parcours de soins et notamment désengorger les services d'urgence.

Celle-ci est définie par la loi comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication » qui permet « d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients ».

Section 2 – Le fonctionnement et la régulation.

2.1 – La gestion et le financement des structures :

La gestion des services de santé est caractérisée par une centralisation excessive et rigide. L'absence d'une autonomie dans la gestion, l'administration et l'organisation des services de santé ont aggravé les surcoûts dans les budgets. Le forfait hospitalier et l'absence de comptabilité ont transformé les responsables de santé en dépensiers. Il n'y a pas de maîtrise des dépenses et encore moins une évaluation de l'impact de celles-ci sur le fonctionnement des services. Le fonctionnement des réseaux de santé s'opère dans une logique d'une chaîne de soins et s'organise schématiquement, selon une logique temporelle et séquentielle. Il est à noter l'absence d'implication dans le fonctionnement et l'évaluation des services de santé, de la sécurité sociale, ainsi que celle des collectivités locales et celle des usagers. Le système d'information et d'évaluation se caractérise par un recueil de données impressionnantes par leur

quantité, collectées de manière mécaniste, sans analyse et sans en préciser l'usage. Une synthèse aléatoire de l'information sans effort analytique.

Les données recueillies portent le plus souvent sur les moyens et les activités, mais peu sur l'état de santé et les résultats attendus. Cette situation appelle à des réformes qui devront se conformer aux exigences de rationalité, d'efficacité et de transparence. Toutes les structures du secteur public reçoivent du MSPRH une dotation sous forme d'un budget de fonctionnement avec une faible augmentation d'une année à l'autre. La dotation est répartie en 10 titres de dépenses. Les dépenses de rémunération du personnel (**titre III**) (95) absorbent plus de la moitié du budget. Les dépenses du personnel et de médicaments et de consommables englobent en moyenne, plus de 70% du budget (**titre III+IV**) (96).

2.2 – Enjeu entre organisation et régulation (Les besoins de la santé) :

Les pouvoirs publics adoptent une politique de santé suite aux besoins en matière de santé de la population, mais la question d'identification et la quantification de ces besoins de santé et les moyens pour sa mise en œuvre est très difficile à faire. On aborde surtout la régulation de la démographie médicale « Numerus Clausus » (97). Une telle politique de santé rationnelle et cohérente est fonction des besoins de santé de la population.

* Est-il possible de définir et quantifier les besoins de santé publique ?

* Quels sont les besoins de la santé publique en rapport avec les besoins en professionnels ?

(95) BAGHRICHE Mourad. » Aperçu sur l'organisation du système de santé en Algérie, état des lieux 2009 ». In : *Publication du conseil de la nation*, Alger : 2010. p.19-30.

(96) Ibid.

(97) *Numerus clausus* signifie en latin « nombre fermé ». Ce terme désigne le nombre fixe d'étudiants admis dans certains cursus chaque année, principalement dans les professions de santé (médecin, pharmacien, dentiste), qui sont réglementées.

L'identification est facile, mais la quantification ne relève pas du seul domaine technique et scientifique, mais s'élargit à d'autres domaines (politique, économique, social et culturel). Cependant les quantifications des besoins de santé publique et qui sont objectivées par les professionnels sont critiquées et parfois contestées par les administrateurs et les décideurs au niveau central.

Un autre facteur intervient, c'est le nombre de médecins et les actes médicaux qui ne sont pas les mêmes dans les différentes structures sanitaires (hôpitaux, polycliniques et salles de soins). On ne peut guère apprécier l'état démographique du corps médical sans se prononcer sur l'efficacité et l'efficience des soins de la santé, qui permettent de toucher au cœur du système de santé.

Les besoins de santé ne sont pas facilement connaissables et mesurables, l'accès aux soins est difficile selon 72 % des questionnés, alors que 21 % estiment qu'il est facile. L'offre de soins est basée et quantifiée selon le nombre de consultations, d'hospitalisation, de lits, d'infrastructures, médecins et infirmiers, ce qui suppose que les besoins de santé publique sont suffisants et la population est satisfaisante et se porte bien.

Donc la satisfaction en matière de besoins de santé publique apparaît à la portée du politique à moyen et à long terme, cependant les professionnels pensent autrement.

La durée des rendez vous qui est très longue, ce qui influencera directement sur la détection et le diagnostic précoce des pathologies et par conséquent sa prise en charge anticipée.

L'évaluation en matière de besoins de santé publique devra passer par une consultation large avec les professionnels ce qui conduira à une concertation entre les différents acteurs, soit pour réduire, maintenir ou augmenter la formation dans telle ou telle spécialité.

L'esprit statistique qui est basé sur trois facteurs, le technique, le professionnel et l'institutionnel, est considéré comme un savoir scientifique qui pourra donner des solutions aux problèmes de la santé publique.

C'est un ensemble de données aux yeux des pouvoirs et des administrateurs afin de résoudre les problèmes de besoins de santé publique, alors qu'aux yeux des acteurs de la santé c'est une fiction qui est décrite comme une opération faible pour exprimer les besoins en matière de santé de la population. C'est une fiction ordinaire et notoire des institutions qui se comporte comme un rituel et qui motive le politique.

Parmi les méthodes de quantifications de besoins de santé publique (98) nous avons :

a – La comparaison entre les zones sanitaires, des densités médicales et faire ressortir une densité médicale de référence (spécifique parfois, ex : pédiatrie).

b – les besoins de santé sont quantifiés en fonction des soins consommés (demande de soins).

c – les besoins de santé publique en fonction de la proximité des soins primaires et des urgences.

L'équité et l'égalité d'accès aux soins, détectent les zones déficitaires ou qui seront déficitaires et par conséquent alarmer les décideurs qui prendront des mesures préventives afin de contrecarrer les problèmes à venir, mais la bureaucratie qui règne au niveau de l'administration et qui fait obstacle à une bonne gestion engendre le mauvais fonctionnement du système de santé. Le facteur humain est influent sur l'organisation et la prise en charge des patients, alors que la carte sanitaire ne répond plus aux besoins et aux exigences de la

(98) Magali Coldefy, Véronique Lucas-Gabrielli. Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification - Institut de recherche et documentation en économie de la santé IRDES - Document de travail –Paris. Mai 2008

population et par conséquent elle doit être revue et adaptée à nouveau par rapport aux demandes réelles de la population.

En ce qui concerne la coordination entre les structures sanitaires la majorité des questionnés sont convaincus qu'elle est inefficace et parfois inexistante que ce soit sur le plan horizontal ou vertical puisque les décisions et les ordres sont centralisés.

L'organisation des urgences médicales et chirurgicales se caractérise par une désorganisation, un déficit en moyens humains et équipements, une architecture inadaptée et un afflux important des malades sur ces structures du deuxième et troisième niveau, selon l'avis de plus de trois quart des questionnés.

Section 3 – La territorialisation et le géo-sanitaire.

3.1 –Le territoire géo-sanitaire, un déterminant de la santé urbaine :

À l'aube du 3^{ème} millénaire, les problèmes de la santé ne cessent d'affecter les systèmes de santé mis en place, et par conséquent, les réformes en matière des politiques de santé essaient de résoudre ces dysfonctionnements afin d'assurer une équité de l'offre des soins et garantir une efficacité et une efficacité de la qualité des prestations.

L'urbanisation en pleine extension et l'accroissement des populations dans les villes imposent une prise en charge meilleure afin d'assurer une couverture sanitaire adéquate et suffisante et une accessibilité facile à la population.

La dualité santé/urbanisation semble devenir un champ préféré pour la recherche des scientifiques qui s'intéressent à la problématique de la santé urbaine. Ces micro-recherches qui sont très fécondes et ont un grand succès dans les résultats obtenus grâce à la micro-lecture et le retour au local qui est plus vrai et plus proche de la réalité.

Nous allons appréhender cette problématique santé/urbanisation par une étude de terrain au niveau local « La ville d'Oran-Algérie » qui se caractérise par une densité urbaine importante et une forte mobilité de population.

Le territoire géo-sanitaire de cette ville demeure un facteur déterminant dans cette dualité santé/Urbain. La répartition des infrastructures et la desserte des professionnels de la santé à travers le territoire de la ville jouent un rôle principal dans la distribution des soins à tous les niveaux de la hiérarchie sanitaire, que ce soit à l'échelle verticale ou horizontale et qui nécessite une gestion maîtrisée et une coordination parfaite fondée sur un système d'information sanitaire, s'appuyant lui-même sur des sources de données efficaces et fiables. L'étude abordera cette relation qui existe entre la population et le découpage sanitaire, en analysant le fonctionnement de ces structures sanitaires et leur organisation.

La contribution des instances administratives et des collectivités locales dans la conception d'une politique de santé urbaine s'avère nécessaire afin que le territoire géo-sanitaire soit adapté aux besoins réels de la population et non l'inverse. Ce territoire géo-sanitaire se caractérise essentiellement par des critères, qui sont la proximité, la sécurité, l'accessibilité et l'ergonomie.

La décentralisation, la déconcentration et la territorialisation sont des facteurs qui interviennent dans le changement local des politiques de santé urbaine et ceci permettra d'agir dans la proximité car nous sommes confrontés à l'immédiateté et l'urgence, ce qui fait des élus locaux des médiateurs sociaux entre la population et les décideurs. Qu'est-ce qu'un territoire de santé ? Différentes approches sont utilisées pour délimiter les territoires de proximité(99) :

(99) Magali Coldefy, Véronique Lucas-Gabrielli. Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification - Institut de recherche et documentation en économie de la santé IRDES - Document de travail -Paris. Mai 2008

- L'« approche sanitaire » ; les territoires de proximité sont dessinés à partir de l'analyse des recours aux soins.
- L'« approche populationnelle » ; les territoires de proximité sont dessinés à partir de l'analyse de la population.
- L'« approche politique » ; les territoires de proximité sont dessinés à partir de l'analyse politique.

3.1.1 – Les critères d'un territoire de santé :

-La compétence globale couvrant à la fois l'offre de soins hospitalière, ambulatoire, médico-sociale, et de prévention.

-La recherche d'une homogénéité des besoins de la population : la cohérence avec la répartition et les habitudes de vie de la population, du point de vue socio-économique et de l'offre de soins existante (prise en compte des flux de patients et, au delà, des espaces de vie quotidiens) doit être assurée

-La prise en compte des distances d'accès : la distance acceptable par rapport à l'offre de services (temps d'accès, niveau d'information...)

3.1.2 – La liste des indicateurs :

L'offre de soins est basée sur la densité de médecins généralistes publics et libéraux, la densité d'infirmiers publics et libéraux, la densité de chirurgiens-dentistes publics et libéraux, les pharmaciens , et les délais d'accès aux structures sanitaires

Donc un territoire de santé est un territoire de proximité, et il faudrait adapter les territoires aux besoins de la population et non l'inverse, afin de résoudre les enjeux de la santé par une démocratie locale.

3.1.3 - La densité des effectifs et des infrastructures sanitaires :

La wilaya peut cacher les disparités qui peuvent exister entre zones géosanitaires. Les soins de bases de proximité ne posent pas beaucoup de problèmes, la population pouvant accéder aux soins plus rapidement, même si la qualité demeure encore insuffisante.

Donc l'accès aux soins existe en théorie mais la qualité est insuffisante en réalité. Ceci entraîne une fuite des malades du système public vers le système privé car une iniquité des soins est constatée.

Les malades s'orientent d'avantage vers les structures lourdes, puisqu'ils ont perdu confiance dans le système de santé de niveau de base, d'où l'engorgement des centres hospitalo-universitaires c'est-à-dire de troisième niveau, qui eux même sont dépassées et déficientes en matière d'équipements et de personnels ce qui engendrera en plus un dysfonctionnement et une désorganisation.

3.2- Le géosanitaire :

3.2.1 – Les ressources humaines :

A – Niveau 01 de soins :

On analysant la situation de la densité des ressources humaines au niveau 01 de la hiérarchisation des soins, on remarque qu'il existe une légère équité entre le secteur public et le secteur privé en matière de médecins généralistes (579 /354), cependant on note une prédominance en matière de spécialités du secteur privé avec une forte concentration au chef lieu de la wilaya (349 contre 25).

La même constatation est enregistré pour ce qui concerne la densification des chirurgiens dentistes avec un équilibre entre les généralistes (362 dans le secteur public et 254 dans le secteur privé), et une hégémonie du secteur privé

en matière de spécialités (44 privé / 05 public) , avec une concentration des spécialistes privés dans la ville (41 à Oran ville).(Tableau6)

ZGS \ Offres	Médecins spécialistes	Médecins généralistes	Chirurgiens dentistes spécialistes	Chirurgiens dentistes généralistes	Pharmaciens	Laboratoire d'analyses
Zone géosanitaire 1	313	199	41	177	355	26
Zone géosanitaire 2	18	61	02	31	74	01
Zone géosanitaire 3	11	49	-	21	74	01
Zone géosanitaire 4	05	18	01	10	30	-
Zone géosanitaire 5	00	09	-	03	12	-
Zone géosanitaire 6	02	12	-	08	13	-
Total	349	354	44	254	558	28

Tableau6 : Répartition du corps de la santé –Niveau 1 de la pyramide des soins--Secteur privé-

(Source DSP Oran 2010)

Le monopole des officines pharmaceutiques privées est constaté (558 contre 31), on note aussi la présence de laboratoires d'analyses au nombre de 28, dont 26 sont installés dans la ville. De ce constat, on peut dire que le niveau 01 de la pyramide des soins est fortement prédominé par le secteur privé en matière de ressources humaines.

ZGS \ Offres	Médecins spécialistes	Médecins généraliste	Chirurgiens dentistes Spécialistes	Chirurgiens dentistes spécialistes	Pharmaciens
Zone géosanitaire 1	-	303	-	219	16
Zone géosanitaire 2	01	86	05	43	04
Zone géosanitaire 3	24	62	-	31	04
Zone géosanitaire 4	-	64	-	29	02
Zone géosanitaire 5	-	30	-	14	02
Zone géosanitaire 6	-	34	-	16	03
Total	25	579	05	362	31

Tableau 7: Répartition du corps de la santé –Niveau 1 de la pyramide des soins-Secteur public-
(Source DSP Oran 2010)

- Zone géosanitaire 1 : Oran - Zone géosanitaire 2 : Ain El-Türk- Zone géosanitaire 3 : Es-senia - Zone géosanitaire 4 : Arzew- Zone géosanitaire 5 : Oued Tlelat - Zone géosanitaire 6 : Boutlelis

B – Niveau 02 de soins :

Concernant le niveau 02 de la hiérarchisation des soins, on constate la présence des ressources humaines seulement au niveau des zones géosanitaires 2 et 4 suite à l'implantation de ces structures dans ces deux zones. (Tableau 5)

Les établissements hospitaliers privés qui sont classés au niveau 02 de la pyramide des soins, et qui sont au nombre de 30, avec une forte concentration au niveau de la ville d'Oran (22 EHP) et la réalisation de 19 autres EHP qui est en cours. Nous n'avons pas le nombre d'effectifs réels en activité permanente dans ces EHP, car beaucoup d'entre eux travaillent dans le secteur public surtout les médecins spécialistes.

ZGS \ Offres	Médecins spécialistes	Médecins généralistes	Chirurgiens dentistes spécialistes	Chirurgiens dentistes généralistes	Pharmaciens
Zone géosanitaire 2	45	25	05	01	01
Zone géosanitaire 4	74	35	08	04	03

Tableau 8 : Répartition du corps de la santé –Niveau 2 de la pyramide des soins-

(Source DSP Oran 2010)

C – Niveau 03 de soins :

Il est pour l'instant sous la mainmise du secteur public, au nombre de 14 dont deux ultrasophistiqués le CHU et le EHU, ce dernier étant candidat au statut d'établissement entreprise suivant les règles et les normes internationales du marché. C'est une première expérience en Algérie, donc une opération pilote, dont on attend les résultats. (Tableau 6)

ZGS \ Offres	Médecins spécialistes	Médecins généralistes	Chirurgiens dentistes spécialistes	Chirurgiens dentistes Généralistes	Pharmaciens spécialistes	Pharmaciens généralistes
Zone géosanitaire 1	2377	51	156	10	20	29

Tableau 9: Répartition du corps de la santé –Niveau 3 de la pyramide des soins-Service public

(Source DSP Oran 2010)

3.2.2 – Les infrastructures :

Concernant les infrastructures, le secteur de la santé au niveau de la wilaya compte 14 structures hospitalières, dont deux de niveau 3 (01 EHU et 01 CHU) et 09 EHS, trois de niveau 2 dont deux dans la zone géosanitaire 02 et un dans la zone géosanitaire 03. Le parc hospitalier compte 4551 lits, soit 3.23Lits pour 1000 habitants (la moyenne nationale est 1.94 lits pour 1000 habitants).

Cependant cette ossature sanitaire est vétuste et ne répond plus aux exigences de l'ingénierie sanitaire moderne spécialement l'architecture des structures de la santé.

Les structures sanitaires de niveau 1 sont au nombre de 46 polycliniques d'ici la fin 2011, donc 01 polyclinique pour 34782 habitants (la moyenne nationale est de 01 polyclinique pour 25000 habitants dans la zone urbaine et de 01 polyclinique pour 4000 habitants dans la zone rurale.) , or ces structures ne pourront répondre aux exigences et besoins de la population de la wilaya qui est en pleine croissance . Et suite à cette contrainte majeure la direction de la santé et de la population a programmé la réalisation de plusieurs polycliniques à travers le territoire de la wilaya pour atteindre un nombre de 52 polycliniques à l'horizon de 2014 par la concrétisation du programme quinquennal 2009 – 2014.

(Tableau7).

Zones géo-sanitaires	Nombre de Polycliniques	Nombre de Polycliniques H 24	Population couverte
Zone géosanitaire 1	23	08	832 627
Zone géosanitaire 2	09	04	302 291
Zone géosanitaire 3	05	01	228 343
Zone géosanitaire 4	03	03	81 066
Zone géosanitaire 5	03	01	48 390
Zone géosanitaire 6	03	03	54 464
Total	46	29	1 548 950

Tableau10:

Répartition des structures de la santé – Niveau 1 de la pyramide des soins-polycliniques

(Source DSP Oran 2010)

Par ailleurs le nombre des salles de soins est de 106 soit une salle de soins pour 14620

Zones géosanitaires	Nombre de salles de soins	Population couverte
Zone géosanitaire 1	27	832 627
Zone géosanitaire 2	23	302 291
Zone géosanitaire 3	14	228 343
Zone géosanitaire 4	11	81 066
Zone géosanitaire 5	10	48 390
Zone géosanitaire 6	14	54 464
Total	106	1 548 950

Habitants.(Tableau 8)

Tableau 11 :

Répartition des structures de la santé –Niveau 1 de la

pyramide des soins-- salles de soins –(Source DSP Oran 2010)

Nombre de lits	4551
Moyenne de nombre de lits	2.94 Lits/1000 Ha
01 Polyclinique	34700 Ha
01 Salle de soins	15200 Ha

Tableau 12 : Taux de couverture moyen

(Source DSP Oran 2010)

3.2.3- Etude analytique : La population d’Oran est estimée à 1 549 850 Suite aux résultats du recensement général de la population et de l’habitat RGPH 2008. Le secteur de la santé compte 2870 médecins spécialistes dont 349 qui activent dans de le secteur privé soit 12.3 % et 825 soit 28.7 % dans le secteur public et les médecins résidents qui avoisinent 1696 soit 59 %, 1044 médecins généralistes dont 354 dans le secteur privé soit 33.9 %.

En ce qui concerne les chirurgiens dentistes spécialistes dans le secteur public on compte 174, alors que 48 activent dans le secteur privé soit 27.5 % et 73 chirurgiens dentistes résidents cependant on dénombre 626 chirurgiens dentistes généralistes dans le secteur public par rapport à 254 chirurgiens dentistes privé soit 40.5 %.

Le nombre de pharmaciens repartit à travers le territoire de la wilaya est de 589 dont 31 pharmaciens du secteur public soit 5.2 % et 558 du secteur privé soit 94.8 %.

Pour ce concerne le personnel paramédical, le secteur public compte 5072 paramédicaux, dont 393 sages femmes dans le secteur public et 23 affiliées au secteur privé, 2940 infirmiers diplômés d'Etat, le reste repartit entre psychologues 84, optométristes 48, et autres auxiliaires du personnel paramédical.

En rapportant cette population aux ressources humaines , la répartition est comme suit : 01 médecin généraliste pour 1379 habitants (la moyenne nationale est de 01 médecin généraliste pour 1457 habitants), 01 médecin spécialiste pour 1880 habitants (la moyenne nationale est de 01 médecin spécialiste pour 2052 habitants), ce qui donne 01 médecin pour 394 habitants (la moyenne nationale est de 01 médecin pour 757 habitants), un chirurgien dentiste pour 2001 habitants (la moyenne nationale est de 01 chirurgien dentiste pour 3241 habitants) , un pharmacien pour 2458 habitants (la moyenne nationale est de 01 pharmacien pour 4492 habitants), un paramédical pour 317 habitants (la moyenne nationale est de 01 paramédical pour 370 habitants).

Même si, cette répartition est équilibrée, et proche de la moyenne nationale, elle ne doit pas cacher les disparités et le dysfonctionnement dans le secteur de la sante en matière de ressources humaines entre le chef lieu de la wilaya – la zone géo-sanitaires 01 – et les autres zones géo-sanitaires.

Niveau de soins	Sages Femmes	Personnel Paramédical
Niveau 1	161	2791
Niveau 2	53	486
Niveau 3	179	1153
Total	393	4430

Tableau 13 : Sages femmes et Corps Paramédicales du secteur public par niveau (Source DSP Oran 2010)

Zone géosanitaire	Sages Femmes	Personnel Paramédical
Zone géosanitaire 1	232	3302
Zone géosanitaire 2	52	461
Zone géosanitaire 3	29	143
Zone géosanitaire 4	40	384
Zone géosanitaire 5	16	64
Zone géosanitaire 6	17	76
Total	349	4430

Tableau14 : Sages femmes et Corps Paramédicales du secteur public par zone

(Source DSP Oran 2010)

Wilaya Oran	Sages Femmes	Personnel Paramédical
Total Wilaya	23	270

Tableau 15 : Sages femmes et Corps Paramédicales du secteur privé (Source DSP Oran 2010)

Les ressources humaines sont inégalement réparties, spécialement les praticiens spécialistes qui sont concentrés dans la ville.

§ Les spécialités médicales dans le secteur privé :

On constate une prédominance de trois spécialités, la gynécologie(52), la cardiologie(31) et l'ophtalmologie (29), sur 349 spécialistes privés de soins de niveau 1 réparties en 26 différentes spécialités, ces trois spécialités représentent un taux de 31 %. On note également une concentration qui avoisine 87 % au niveau de la ville d'Oran, car sur les 349 spécialistes, 306 activent au niveau de l'agglomération chef lieu de la wilaya. (Tableau 13).

En ce qui concerne les médecins généralistes, on constate que sur les 354 du secteur privé qui exercent au niveau de la wilaya, 162 sont concentrés à Oran ville soit un taux de 45 %.

Spécialité	Nombre wilaya	Nombre ville Oran	Pourcentage par rapport à la wilaya	%
Gynécologie-Obstétrique	52	44	84.61 %	31 %
Cardiologie	31	27	87 %	
Ophtalmologie	29	26	89.6 %	
Total des spécialistes	349	303	86.8%	100 %

Tableau 16 : Spécialités dominantes dans le secteur privé (Source DSP Oran 2010)

§ Les spécialités de chirurgie dentaire dans le secteur privé :

Sur les 298 chirurgiens dentistes en activités à travers la wilaya, 48 sont des spécialistes soit un taux de 16 %, avec une concentration totale au niveau de la ville d'Oran qui avoisine 68 %. Cette concentration est répartie comme suit ; 44 spécialistes soit un taux de 91 % et, 159 chirurgiens dentistes généralistes soit un taux de 63 %.

§ Les cliniques privées :

La wilaya d'Oran dispose de 30 EHP Etablissement Hospitalier Privé (appelé anciennement cliniques privés) en activité et dont 22 sont implantés au chef lieu de la wilaya soit 73 %, on constate qu'il y a une concentration à Oran ville, même parfois un regroupement de ces cliniques dans un même lieu, et que trois spécialités prédominent (Gynécologie, chirurgie générale et la traumatologie) et on observe aussi une orientation vers les spécialités de néphrologie et de cancérologie qui marquent la population et que la gestion et la prise en charge des patients atteints de ces maladies non transmissibles, qui en hausse permanente et alarmant, et qui est un problème de la santé publique mal maîtrisé jusqu'à maintenant par l'Etat, de même on soulève une extension des centres de procréations médicalement assistés.

La création des EHP est en croissance, et les prévisions sont de 19 EHP pour la wilaya d'Oran dont, 12 cliniques privées pour Oran ville. Cependant les laboratoires d'analyses sont au nombre de 28, dont 26 sont implantés au niveau de la ville d'Oran. La wilaya dispose aussi de 42 établissements de distribution de produits pharmaceutiques.

3.2.4 - Les indicateurs sociaux :

A- La situation sanitaire : (source DSP Oran 2010)

La situation sanitaire enregistre que la transition épidémiologique est marquée par la persistance de quelques maladies transmissibles, surtout la tuberculose où la wilaya est classée au premier rang national avec une incidence de 98 pour 100 000 Habitants. S'ajoutent à ceci l'émergence des maladies non transmissibles (le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète et autres pathologies), nonobstant des conséquences socioéconomiques qui ont entraîné des affections graves sur le plan, psychologiques car on constate une croissance alarmante du taux de maladies psychiatriques et surtout le nombre de cas de suicides et es deux sexes et à, différents âges, ceci demeure une urgence de prise en charge au niveau de la base en première ligne.

B - La situation démographique : (source DSP Oran 2010)

Les indicateurs démographiques font état d'un taux brut de natalité estimé à 21.32 naissances pour 1000 Habitants (le taux national est de 22.2 naissances pour 1000 Habitants). Le taux de mortalité est de 4.41 pour 1000 Habitants, la mortalité infantile est de 28.62 pour 1000 naissances (le taux national est de 24.07 pour 1000 naissances), le taux de mortalité maternelle est de 47.5 pour 100 000 naissances (le taux national est de 88.9 pour 100 000 naissances).

Le système de santé souffre de nombreux dysfonctionnements dus au manque de moyens nécessaires pour faire face à une demande accrue en soins pour

satisfaire les besoins de la population ; mais aussi à un déficit en équipements, surtout liée à une organisation incohérente et inadaptée à l'offre de soins car la répartition des ressources humains et des infrastructures est inégale , en plus le problème de financement est un facteur qui aggrave cette situation .

C - Indice synthétique de la santé de la wilaya :(Source ONS Oran 2010)

La mortalité générale recule grâce aux progrès de la médecine et de l'amélioration de la situation économique et sociale. On observe tout de même un ralentissement de la baisse de la mortalité générale ces dernières années. L'espérance de vie à la naissance est en constante augmentation passant de 45 ans en 1966 à 56 ans en 1977 pour atteindre 76 ans en 2008.

L'indice synthétique de fécondité passe de 8 enfants par femme en 1977 à 6 en 1980 et à 2,5 en 2008.

A ce stade des changements démographiques (baisse de la mortalité suivie d'une baisse accélérée de la fécondité) on peut dire que la wilaya d'Oran considérer comme la ville la plus claire en Algérie qui vienne d'entamer la dernière phase de transition démographique. La wilaya poursuit progressivement sa transition démographique vers la stabilisation en 2020 atteignant une fécondité plus proche du seuil de remplacement des générations (2,5 enfants par femme).

Indices	2000	2010
Taux de brut natalité – TN – pour 1000 Ha	18.92	21.32
Taux de mortalité générale – TMG - pour 1000 Ha	5.23	4.41
Taux de mortalité infantile –TMI - pour 1000 Ha	36.31	28.62
Taux de mortalité maternelle – TMM - pour 100000 Ha	55	47,5
Indice synthétique de fécondation – ISF -	3,2	2.5

Tableau 17 : Indice synthétique de la santé de la wilaya :(Source ONS Oran 2011)

Les indicateurs démographiques	Taux de la wilaya	Taux national
Taux brut de natalité	21,32	22,2
Taux de mortalité générale	4,41	4,61
Taux mortalité infantile	28,62	24,07
Taux de mortalité maternelle* pour 100 milles	47,5	88,9
Indice synthétique de fécondation – ISF -	2,3	2,5

Tableau 18:Indice synthétique de la santé de la wilaya d’Oran par rapport au national en 2011(Source ONS Oran)

Année	2005	2009
Logement TOL	6.1	5.1
Scolarisation	90 %	96 %
Réseau eau potable	86 %	91 %
Réseau eau usé	80 %	86 %
Eau potable/Individu	100 L/J	128 L/J

Tableau 19:Indice synthétique de la santé de la wilaya :(Source ONS Oran 2010)

D – Indice de la population :(Source ONS Oran)

La wilaya d’Oran est organisée en 26 Communes et 09 Dairates, réparties sur une superficie de 2114 Km². Entre 1966 et 2008.

La wilaya d’Oran se caractérisait, au lendemain de l’indépendance, par un taux d’accroissement démographique élevé (3.05%). Après une politique d’encouragement des naissances, l’Algérie change de position au début des années 80 et considère que la forte croissance démographique est un facteur de sous-développement. Pour la première fois, le plan quinquennal (1980-1984) traite de la question démographique affichant volontairement la nécessité de maîtriser la croissance démographique pour un meilleur équilibre entre population et développement.

La situation démographique se caractérise aujourd'hui par des changements importants dans la wilaya d'Oran. Le processus de la forte croissance démographique est achevé. La natalité baisse et l'accroissement de la population se ralentit (2,5 % en 2008). La population de la wilaya d'Oran a connu une croissance constante passant de 451 258 habitants en 1966 à 691 500 d'habitants en 1977 à 932 473 en 1987 et 1 213 839 en 1998 pour atteindre 1 548 935 en 2008. Le taux d'accroissement naturel qui était plus de 3% au lendemain de l'indépendance n'est plus que 1.9 % actuellement.

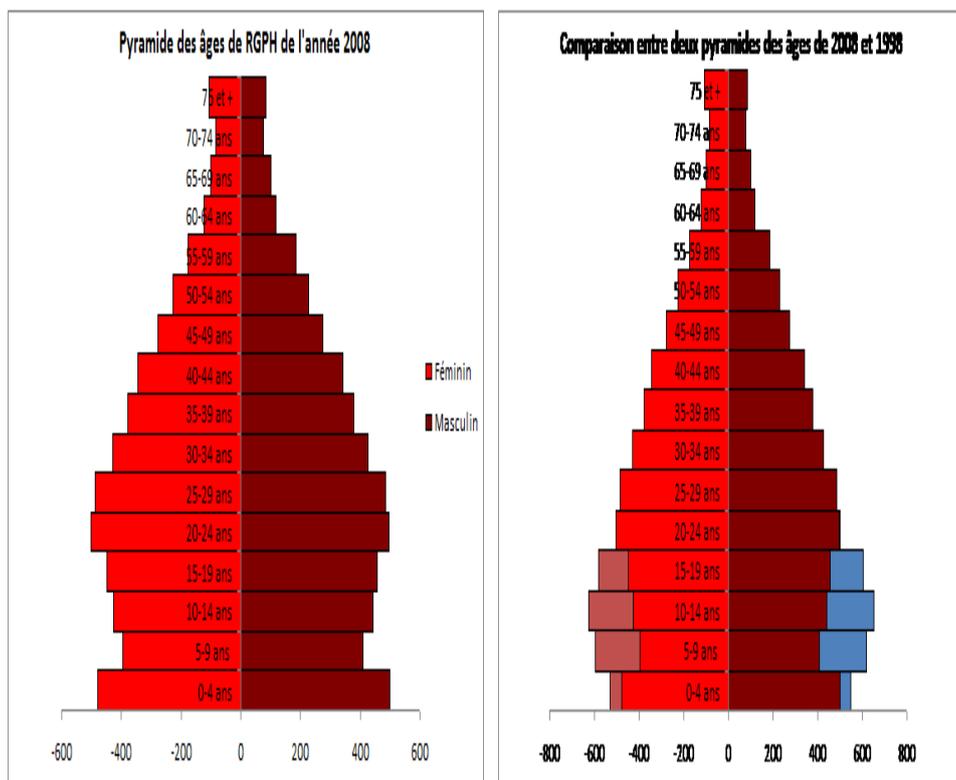
L'évolution de la structure par âge montre que le groupe d'âge (0-19 ans) qui représentait 50% de la population en 1987 n'est plus que de 35 % en 2008. Le groupe d'âge (0-4 ans) est passé de 19% en 1987 à 10% en 2008. La tranche d'âge (20-60 ans) estimée à 40 % en 1987 est passée à 56 % en 2008 avec l'arrivée des générations de plus en plus nombreuses à l'âge adulte.

L'évolution démographique met en évidence également la tendance à l'augmentation continue de l'importance relative du groupe des sujets âgés (4.7% en 1987, 5.5% en 1998, 6.39% en 2008) en même temps que diminue l'importance relative du groupe des jeunes. Le problème démo-économique se posera donc, à l'avenir, en termes nouveaux avec la baisse de la natalité et la modification de la structure par âge de la population.

Si la baisse de la natalité permet d'alléger quelque peu le poids des jeunes notamment sur l'éducation, elle gonfle l'effectif des adultes et se répercute sur le vieillissement de la population. Les charges pèseront de plus en plus lourdes sur le système de santé qui souffre de nombreux dysfonctionnements dus au manque de moyens nécessaires pour faire face à une demande accrue en soins pour satisfaire les besoins de la population, mais aussi à un déficit en équipements et surtout liée à une organisation incohérente et inadaptée avec l'offre de soins.

Une interprétation de l'ouvrage de Jacqueline Des Forts (100) dans la revue ARB « les violences démographiques : à partir des années soixante, commencent l'ère de la contraception médicale avec la pilule et le stérilet suite à des politiques démographiques coercitives de certains pays qui vont avoir des effets presque contraires sur la limitation des naissances, alors que les pays qui se sont contentés d'informer et surtout de scolariser les filles, comme l'a fait l'Algérie, ont eu des résultats bien plus significatifs. La grande question qui se pose à la fin de cette partie concerne le vieillissement des populations et les dangers de voir (mourir certains pays !). L'auteur pose les grands problèmes d'abord d'éthique et de bioéthique » (101).

Figure 3: pyramide des âges de la wilaya d'Oran (Figure : 2) Source ONS



(100) Jacqueline Des Forts, médecin en Algérie depuis 1963. son ouvrage intitulé « *Violence et corps des femmes du Tiers-Monde: le droit de vivre pour celles qui donnent la vie* » L'harmattan 2002 (Rééditée par ANEP, Alger 2003).

(101) Badra Moutassem-Mimouni Tiers-monde : « Ces pondeuses qu'on ne saurait voir », In : *Africa Review of Books / Revue Africaine des Livres*, Vol2 N°2- Septembre 2006. p. 16.

Le tableau suivant représente l'effectif de la population oranaise aux différents recensements depuis 1966(102).

RGPH	Population RGPH 1977	Population RGPH 1987	Population RGPH 1998	Population RGPH 2008
Zones géosanitaires				
Zone géosanitaire 1	510 700	630 916	707 142	832 627
Zone géosanitaire 2	75 500	105 725	230 193	302 291
Zone géosanitaire 3	36 700	60 718	137 291	228 343
Zone géosanitaire 4	28 900	43 003	59 483	81 066
Zone géosanitaire 5	20 800	22 745	40 793	48 390
Zone géosanitaire 6	149 100	22 468	42 668	54 464
Total	691 700	932 473	1 213 839	1 548 950
Taux accroissement annuel(103)	3.03	3.05	2.45	1.9
Taux de variation(104)	153	135	131	139
Indice de croissance(105)	153	134	130	127

Tableau 20 : Répartition de la population résidente totale selon la densité et les différents RGPH(106)

(102) A noter que la répartition de la population par zone géosanitaire en 1966, n'est pas disponible malgré nos recherches intensives, mais notre recherche a aboutie que la population Oranaise était estimée à 451 258 habitants (source ONS).

(103)Taux moyen d'accroissement annuel mesure le rythme moyen d'évolution annuelle d'une population entre

$$\text{deux dates. TCAM} = \left(\sqrt[n]{\frac{\text{valeurN}}{\text{valeurN}-1}} - 1 \right) * 100$$

(104)Taux de variation d'une population, mesure l'évolution globale d'une population entre deux dates. Le taux de variation peut être négatif si l'effectif de la population diminue, positif si le taux de la population augmente

$$\text{ou nul si l'effectif de la population est constant Taux de variation : } \frac{\text{valeurN} - \text{valeurN}-1}{\text{valeurN}-1} * 100$$

(105)L'indice de croissance permet de mesurer l'évolution d'une population une année de référence ramenée à une base de 100. Une population supérieure à 100 implique que la population s'est accrue sur la période étudiée tandis qu'une valeur inférieure à 100 indique que la population a diminué sur la période considérée. **(Population à une date donnée / Population à une date de référence) x100**

***La différence entre le Taux de variation et Taux de croissance annuel moyen :** Lorsqu'on observe une évolution sur une période de plus ou moins longue, il est bien sur possible de calculer un **Taux de variation sur l'ensemble de la période. Mais si l'on doit comparer plusieurs périodes de durées différentes, la comparaison est bien sur faussée, il est alors nécessaire de calculer des Taux des croissances annuels moyens.**

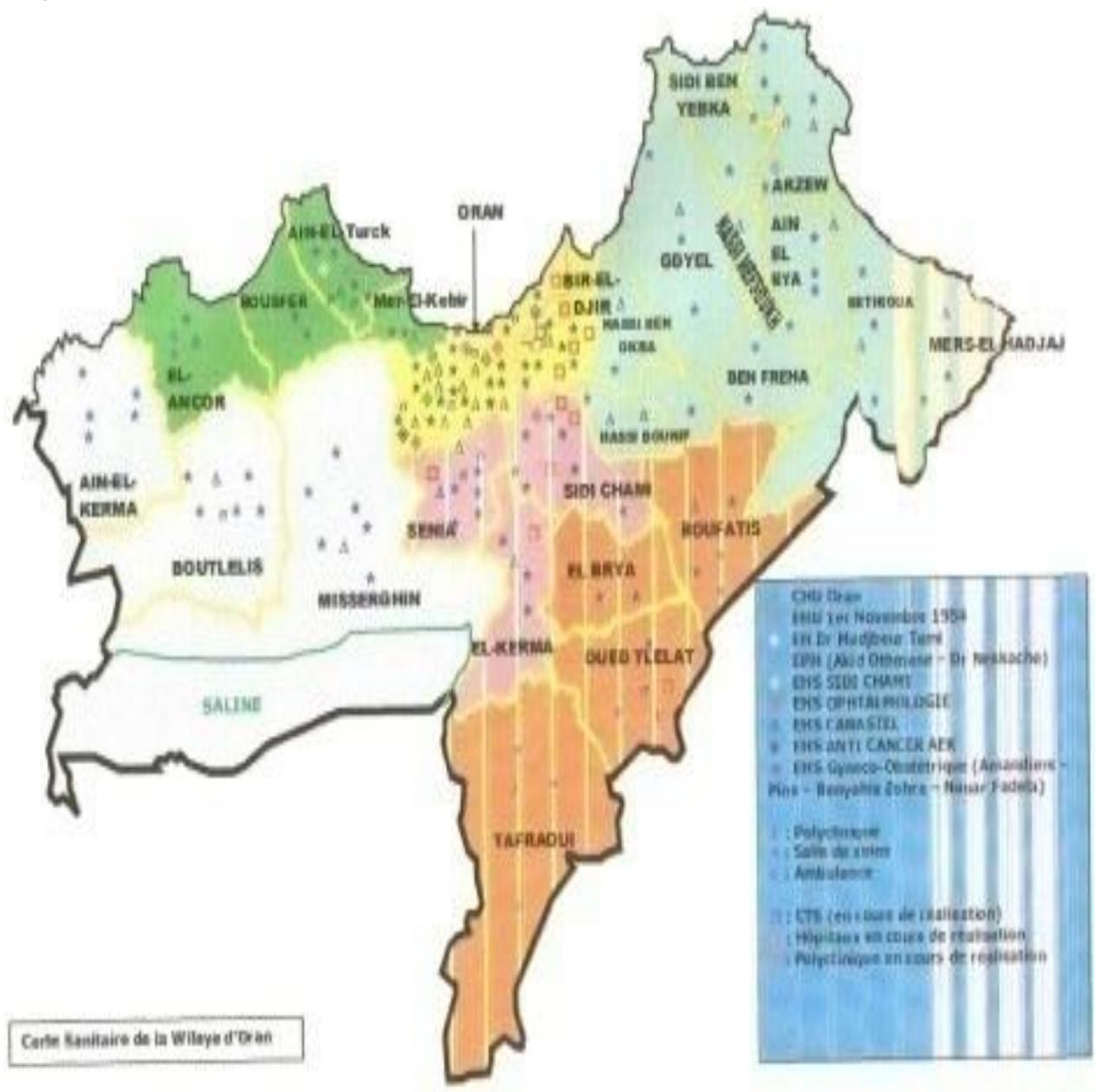
(106) Statistique collection ONS. Evolution des populations et des limites communales 1977- 1987. Alger : OPU, N° 22, 1991.

Il est à noter que la répartition des ressources humaines et des infrastructures est inégale, en plus le problème de financement est un facteur qui aggrave cette situation c'est pourquoi il faut savoir quelles sont les principales conséquences sociales de système de sante des tendances d'évolution démographique observées pour un meilleur équilibre entre population, développement et santé.

3.3 – Le mapping :

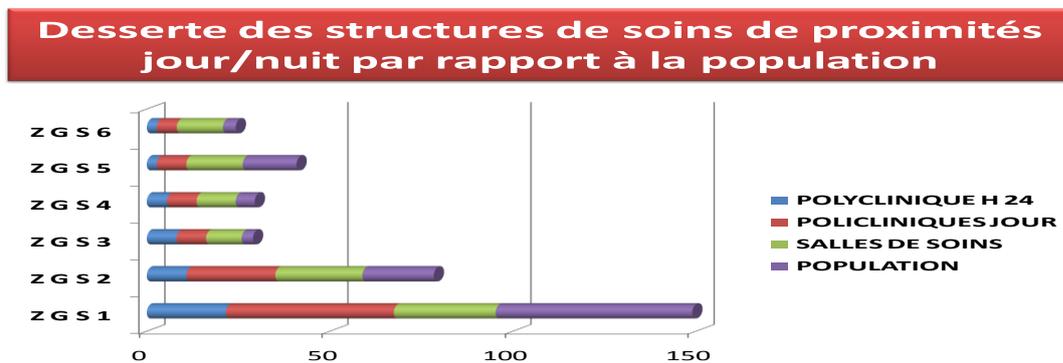
3.3.1- Le territoire de la wilaya est composé de six zones géo-sanitaires.

(Figure 4) Densité : 732.7Ha/Km²en2008.



Chaque zone géosanitaire couvre une population déterminée. La zone géosanitaire1 couvre 53.7 % de la population, cependant les zones2 et 5assurent une offre de soins pour 19.5 % et 14.7 % de la population, alors que les trois autres zones couvrent respectivement 5.2 % ,3.5 % et 3.1 % des habitants de la wilaya d’Oran (population 1548 950).

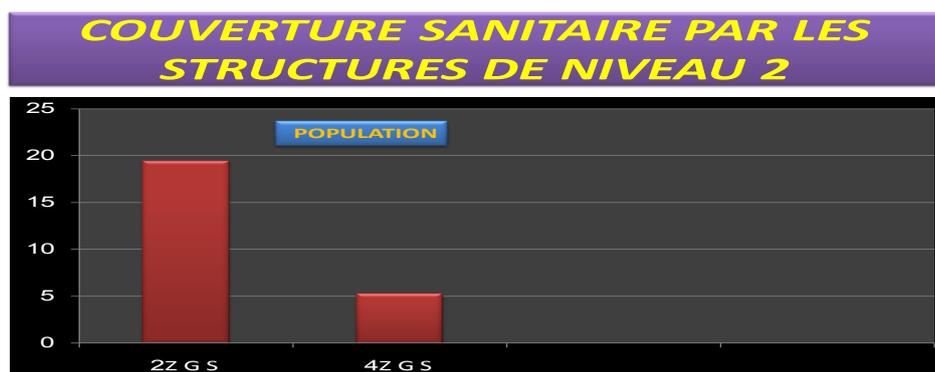
3.3.2 – Le schéma directeur de la santé au niveau de la wilaya d’Oran.(Figure 5)



Les prestations de santé de proximité sont assurées par les Etablissements publics de santé de proximité. La wilaya compte 09 EPSP qui fonctionnent avec 36 polycliniques et 106 salles de soins. Le réseau comporte également des permanences organisées dans 29 polycliniques(fin 2011).La desserte pour la zone géo-sanitaire 1 est de 27 salles de soins

3.3.3 – La couverture sanitaire dans les structures de niveau 2 :(Figure 6)

Elle est assurée par un EH et un EPH couvrant la zone géo-sanitaire Ain Türk et un autre pour la zone d’Arzew. Donc 25% de la population bénéficient des offres de soins du deuxième niveau dans la hiérarchisation de la pyramide des soins.



Critères de classification-Tableau 21-			
EPH		EPSP	
Variances	Cotation pts	Variances	Cotation pts
Nombre de population	2 – 7	Nombre de population	1 – 8
Nombre APC	2 – 4	Nombre APC	1 – 5
Nombre de lits	4 - 13	Nombre de polyclinique avec maternité	5 – 10
Nombre de services	2 – 4	Nombre de polyclinique sans maternité	3 – 7
Aspect universitaire	4	salles de soins	4 – 8
Siege de la wilaya	10		

Niveau de classification-Tableau 22-			
EPH		EPSP	
Niveau	Cotation	Niveau	Cotation
A	30	A	26
B	20-30	B	20-26
C	20	C	20
		D	16

Niveau de classification-Tableau 23-			
EPH		EPSP	
Arzew (El - Mouhgoune)	B	Arzew	A
Ain El Türck (Colonel Ottomane)	C	Goualem Es-Senia	C
		Front de mer Bouamama Es-Seddikia Ain El Türck Boutlelis OuedTlelat	D

Classification des EPH et EPSP de la Wilaya d'Oran « Géosanitaire », (Arrêté interministériel du 15 janvier 2012 fixant les critères de classification des

établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité ainsi que leur classement).

3.3.4 – Les soins spécialisés des structures sanitaires de niveau 1 :(Figure 7)

Ils sont assurés par neuf établissements spécialisés dans différentes spécialités (gynéco-obstétrique, oncologie, pédiatrie et psychiatrie), avec en amont les spécialités de pointe qui sont prise en charge par les deux structures lourdes à savoir le CHU et le EHU, ce dernier est considéré comme un pôle d'excellence.



Cependant les urgences médico-chirurgicales posent un grand problème, sur le plan humains, équipements et structures, en plus des problèmes de gestion de ces différentes ressources.

Au premier niveau de la hiérarchisation de la chaîne des soins, aucune structure n'est en mesure de prendre en charge les urgences vitales ou même des urgences absolues ou relatives. De même les structures sanitaires classées deuxième niveau dans la pyramide des soins sont contraintes de faire évacuer des urgences vers les structures lourdes par manque de moyens et de spécialistes. Toutes ces contraintes vont entraîner un engorgement étonnant des structures d'accueil des urgences médico-chirurgicales des structures sanitaires de troisième niveau dans la chaîne des soins.

S'ajoute à ces problèmes de gestion, le déficit important en matière de personnels affectés au niveau des urgences, aussi bien le manque énorme

enregistré dans les équipements , comme le scanner , et l'IRM , voir même l'échographie et parfois les examens complémentaires simples et de routine. Additionnellement à tout ceci, l'architecture inadaptable aux normes internationales pour la prise en charge des patients dans de très bonnes conditions. Ces structures ne répondent pas aux normes exigées pour la réception des urgences (nombres de lits et de blocs opératoires insuffisants).

Il est nécessaire de multiplier les structures d'accueils des urgences à travers le territoire de la wilaya, qui seront implantés suivant des normes épidémiologiques (le cas des accidents de la route), démographique (selon la population) et les affections graves selon des statistiques et études fiables, crédibles et actualisées. Ces structures doivent bénéficier de personnels qualifiés, d'équipements adéquats et de moyens logistiques permanents, et qui fonctionnent comme des antennes satellitaires autour des pôles des urgences. Ceci demande une ouverture de plus de postes de spécialités dans les domaines des urgences (traumatologie, chirurgie, réanimation ...), c'est dire la levée du numerus clausus, une véritable volonté politique pour mettre en œuvre une stratégie de prise en charge des urgences qui posent un problème majeur.

Section 4 - La crise de confiance dans le secteur de la santé et la santé communautaire :

4.1 -La crise de confiance :

Une insatisfaction et une désaffection se sont installées chez les patients et le citoyen, aussi bien les professionnels de la santé à l'égard de ce système de santé.

4.1.1 –Le prestataire de soins entre confiance et méfiance :

Le malade est en pleine crise de confiance dans ce système de santé qui se manifeste par des effets pervers et à tous les niveaux ceci se traduit par une

deshumanisation au niveau des structures, une saturation des centres hospitalo-universitaires et aggravation du coût des soins surtout l'accueil aux services des urgences, l'absence de l'efficacité et d'efficience au niveau hiérarchique des soins du premier niveau (soins de proximité et de bases) qui sont dépourvus de plateaux techniques, de moyens pour faire face à des situations d'urgences d'un personnels qualifiés pour affronter de telles situations. La surconsommation des soins est devenue quasi constante de la part des malades suite à une prise en charge défaillante au niveau des structures de soins à l'échelle vertical ou horizontale. La pression socioéconomique est très coûteuse qui pèse sur le malade et son entourage, ce qui pousse le malade à attendre jusqu'à un stade final afin qu'il puisse bénéficier des prestations gratuites et qui entraînera par conséquent une facture excessive et des dépenses lourdes pour sa prise en charge.

4.1.2 – le professionnel et le système de santé :

Le professionnel, quant à lui a perdu confiance dans ce système de santé, ce qui s'est traduit essentiellement par une chute importante de la production de soins et une inflation du coût de gestion. Une émergence très nette de l'indiscipline et de désorganisation au sein des structures sanitaires est constatée. L'abandon du secteur public au profit du secteur privé est en croissance permanente.

4.2 – Le cadre socio sanitaire :

4.2.1– L'accessibilité :

La politique de santé est dominée par la préoccupation d'accessibilité au système socio sanitaire et de faire promouvoir et protéger la santé du citoyen.

Cette réalité constatée dans la santé est expliquée par l'amélioration de l'état de santé notamment dans la lutte contre les maladies transmissibles grâce aux

programmes nationaux de lutte contre ces fléaux ce qui s'est traduit par labaisse nette de ces pathologies et le relèvement l'espérance de vie. Ceci est un acquis qu'il faut protéger et il ne saurait être question de revenir dessus. Or cette accessibilité s'accompagne toujours d'insatisfaction de la part du patient et de son entourage(107).

Cette amélioration est obligatoirement associée à une surconsommation des soins et augmentation des couts de gestion .d'ou la nécessité de mettre en place des mécanismes régulateurs pour améliorer d'avantage l'accessibilité aux différents soins et en même temps garantir la gestion rationnelle des budgets de fonctionnement et d'équipement.Presque 90 % des enquêtés sont persuadé que la trajectoire du malade n'est pas respectée a travers la hiérarchisation des soins et que le nomadisme médical est la résultante de la défaillance du système de santé et du comportement de la société ayant développé un esprit d'hospitalo-centrisme suite a une perte de confiance dans le système de soins primaires surtout en matière d'urgences ou le patient se dirige directement vers les structures lourdes car 45 % estiment que la rentabilité des établissements publics de soins de proximités en matière d'offre de soins est moyennes voir même quelque fois insuffisante.

4.2.2– La participation :

La notion de la participation des usagers est restrictives et se limite aux contributions financières ; elle n'atteint jamais le niveau de la prise de décisions et le débat sur les questions pertinentes des problèmes de la santé publique et comment résoudre ces problèmes et réfléchir à des perspectives locales ou régionales spécifiques de chaque territoire ou zone géo-sanitaire.

Ces solutions et ces débats ouverts au grand public et sans restriction doivent être menés par la société civile et surtout les associations des malades.

(107)Rapport général sur le système de santé, MSP 1990.

L'information et la formation du public dans ce domaine contribuera à faire progresser et encourager la participation positive de la population dans l'élaboration d'une politique de santé au sein des communautés(108).

Parmi les préoccupations des professionnels, l'implication d'autres acteurs dans l'élaboration de la politique de santé à savoir les sociologues, les politologues, les anthropologues et d'autres spécialités.

4.2.3 – La cohérence :

Une incohérence existe dans ce système de santé, suite au cloisonnement entre prévention et soins curatives, entre soins de bases et soins de haute technicité entre un système public et un autre privé imprégné par un système parapublic et l'absence totale d'une coordination entre ces différentes structures voire même à l'intérieure du secteur public et à tous ses niveaux hiérarchiques, encore pire que cela entre hôpitaux du même niveau et parfois à l'intérieur du même hôpital(109). Cet absentéisme de coordination et de cohérence dans le système de santé à entrainer une mauvaise prise en charge du malade et une surélévation des couts.

4.2.4 -La santé communautaire et La deshumanisation :

Son travail consiste à faire un ;

A– Diagnostic initial :Etablir un contact avec la population et faire des entretiens pour identifier les besoins collectifs en matière de santé, et aussi bien avec les professionnels de la santé afin de faire ressortir les affections les plus fréquentes(110).

(108) Rapport général sur le système de santé, MSP 1990.

(109) Ibid.

(110)BOUKABACHE Fatma. « La santé communautaire en Algérie», In : *La lettre de l'ADS* N° 4, Alger, 2007.pp.19-20.

B– Plan curatif :Palier au manque de médicaments, et améliorer leur usage en motivant les prescripteurs pour changer de comportement et ne pas se limiter simplement a la forme de prescription qui ne sera pas suivie par le patient et sans aucun effet bénéfique sur les ménages(111).

C– Plan préventif : Encourager er enseigner l'éducation sanitaire au profit de la population à risque, en organisant des cycles de formations, et en contactant les responsables d'autres secteurs (eau, environnement, habitat...)(112).Une aide est apportée à la population pour l'organiser en groupes afin de procéder à un changement profond du comportement vis-à-vis des problèmes de santé. Ceci conduira à identifier les priorités en matière de santé publique et aidera à réfléchir en commun afin de résoudre les problèmes de santé.

D– Stratégie :Afin de mener cette politique médico-sociale, l'outil est confié à la direction des affaires sociales par sa filière qui est l'agence de développement social (ADS) (113), ayant pour vocation l'analyse et de répondre aux problèmes repérés dans la société, surtout les quartiers les plus défavorisés, les plus pauvres et essayer de renforcer la présence de l'Etat dans la communauté.

Cependant le succès de cette politique médico-sociale nécessite un financement continue ; adéquat et sans interruption, afin de contourner les lourdeurs administratives source de bureaucratie.Cette politique doit être concrétisée en parallèle et en synergie avec la politique et le système de santé national.L'enjeu c'est le déploiement des acteurs compétents, c'est à dire les cellules de proximité dans la mise en œuvre de cette approche communautaire.

(111)BOUKABACHE Fatma. « La santé communautaire en Algérie», In : *La lettre de l'ADS* N° 4, Alger, 2007.pp.19-20.

(112) Ibid.

(113) Ibid.

Le désengagement de l'Etat sur les secteurs dont il avait le monopole et l'émergence de nouveaux acteurs sur la scène économique exige une recomposition de la politique publique afin de résoudre les problèmes de la population(114).

Les professionnels de la santé sont calqués sur le modèle Européen, et par conséquent c'est un modèle purement médical dans son approche « INTUITU PERSONEA »(115) fortement prépondérante.

La formation médicale ne prépare pas le médecin à développer une approche participative et collective des problèmes de la santé qui permettrait de comprendre les déterminants culturels, sociaux et économiques, qui font le lit des inégalités en matière de santé.

Les ADS ont été créés en 1996, c'est une sorte d'assistantat basée sur l'approche « Faire à faire ». Son programme vise à améliorer les conditions de vie des démunis à travers le développement communautaire et l'action sociale de proximité, cette dernière est assurée grâce à des cellules sociales constituées d'équipes multidisciplinaires (Médecin, psychologue, sociologue...) (116). La santé communautaire devient emblématique des enjeux socio-politiques qui attend la wilaya. L'enquête de terrain a révélé que pour 50 % des questionnés pensent que le comportement de la société est lié directement aux problèmes de la santé publique et que pour 88% l'adhésion de la population aux programmes de prévention est incohérente.

(114) DERRAZ Omar, « Le développement local en Algérie : Référentielles des enquêtes, métiers et compétences des acteurs du développement local », *InInsaniyat*, N° 16, 2002.pp.59.

(115) MICHLETTI Pierre. « La santé communautaire, comme stratégie de cohésion sociale ». In *La lettre de l'ADS*, N° 4, Alger, 2007.pp.23-24.

(116) DERRAZ Omar, « Le développement local en Algérie : Référentielles des enquêtes, métiers et compétences des acteurs du développement local », *InInsaniyat*, N° 16, 2002.pp.63.

Par ailleurs 94 % ont répondues que toute déviance biologique conduit à une déviance sociale suite aux problèmes engendrés soit directement par la maladie

ou les influences des maladies et la qualité de la prise en charge des malades par les tiers selon le niveau socio-économique.

Suite aux interviews, nous avons été informé que l'accès aux soins est loin d'être satisfait, pourquoi ? par manque d'informations, Exp : la traçabilité du malade (parcours non défini), Qui consulte ? Qui fait la radio, qui fait les analyses ? Ou et comment ? Un grand problème d'informations globales pour l'orientation du malade et par conséquent une mauvaise prise en charge.

La même chose est constatée quand il existe un déficit ou une rupture de stock en médicaments. Alors si on analyse la situation des UMC- urgences médico-chirurgicales, on a 80 % de chance pour mourir (Accueil, Traitement, Organisation, Electricité, Eau.....)

Donc le management d'un hôpital est très difficile. L'Hôpital considéré comme une structure et en même temps un pôle hyper équipé, ultra moderne et multifonctionnel (gestion par la formule de contractualisation), est l'objet principal d'un enjeu triptyque (Hôpital-Médecin-Malade), **donc l'hôpital devient la référence et ce n'est pas le médecin, mais ce qui est arrivé c'est le contraire.**

Suite à une étude sur la pauvreté réalisée en 1995 qui indique l'existence de 6 millions d'individus qui sont concernés par la pauvreté (23 % de la population). Cette étude a touché aussi le quartier « Les planteurs » à Oran. Les experts ont élaboré une stratégie nationale et un plan d'action sur une période de 6 ans (2000-2005) (117).

(117) SOUIAH Sid-Ahmed, « Formation, vie urbaine et aménagement », Villes d'Algérie. Oran : CRASC, 2010, pp.99-101.

On enregistre un sous équipement dans les localités, tels que le quartier Nedjma, Ain El Beida, et Sidi el Bachir. La localité Nedjma est dépourvu de toutes commodités de vie, et que sa population n'est pas satisfaite des conditions de vie(118).

Les habitants concernés ne sont pas satisfaits des équipements culturels, sportifs, culturels ou même sanitaires(53.2% de la population périurbaine de la ville d'Oran se déclarent insatisfaite des équipements sanitaires contre 46.8%). Ce niveau de satisfaction est moyen quand il s'agit des équipements administratifs et assez bon pour les équipements scolaires. Les besoins en matière de soins au niveau de ces sites nouvellement urbanisés sont insuffisante (enquête de terrain 2000 et 2001) (119).

Cette stratégie est basée sur la construction d'une ville comme projet urbain qui devra répondre aux exigences et besoins de la population et les futures générations. La cohérence entre les différents secteurs doit s'intégrée dans la sphère d'un projet global afin de corriger les déséquilibres qui existent. La concertation et les négociations contribueront à cette démarche(120).

(118) BENDJLID Ali, « Différenciations socio-spatiales dans les nouveaux espaces urbanisés d'Oran, Oran une ville d'Algérie », In Insaniyat, N° 23-34, 2004, pp.31.

(119) Ibid. pp.29.

(120) SOUIAH Sid-Ahmed, « Formation, vie urbaine et aménagement », Villes d'Algérie. Oran : CRASC, 2010, pp.99-101.

Troisième Chapitre

**Les réformes et les perspectives dans
le secteur de la santé à Oran.**

LA PRODUCTION DE LA SANTE PUBLIQUE LOCALE

Elle résulte de la traduction du social dans le langage sanitaire et de l'instruction de cette nouvelle réalité dans l'espace public. Entre la Question sociale et la question de santé, est ce que c'est une médicalisation ou au contraire une politisation?

Deux couples sont à prendre en ligne de compte, d'un coté le social et le médical et d'un autre côté les deux sphères publique et privée, et c'est à travers leur appréhension que s'élabore la politique de santé publique locale(121).

Au niveau local, deux changements sont important, la décentralisation et la territorialisation. Une aire géographique est dotée d'une forme et d'une substance spécifique, ainsi que d'une position à l'intérieur du model territorial dominant. Il existe un croisement du sanitaire avec le social, dans la spatialisation du champ, et l'importance de cette dimension spatiale est à prendre en considération pour la promotion et la construction d'une politique de santé publique locale(122).

Le domaine de la santé est réservé à l'Etat, et par conséquent la décentralisation est peu valorisée, le changement devant surtout s'opérer à travers la déconcentration régionale et locale. Les problèmes de la santé relèvent de la compétence des élus locaux qui sont des médiateurs sociaux entre la population et les décideurs de la politique de santé.

La territorialisation c'est agir dans la proximité et être confrontée à l'immédiateté et l'urgence afin de résoudre les problèmes de santé de la population. La décentralisation et la territorialisation sont- décidées par la centrale suivant une trajectoire verticale et uniforme.

(121) LOUCLE Patricia. « La mise des politiques de santé au niveau local » In : *Séries sociales et santé*, 2009. Vol 27. N° 1. pp 3,30.

(122) Ibid.

Une tension permanente dans le champ de la santé publique existe entre légitimité politique « élus et exécutifs » et légitimité professionnelle « savoir académique et technicité » (123). Les élus sont fort par leurs responsabilités démocratiques suite à un pouvoir délégué par la population, les administrateurs sont au contraire épaulés par leur représentativité étatique, cependant les professionnels sont renvoyés à leur technicité. De même il existe une tension entre la base et la centrale, entre les logiques propres du secteur sanitaire et ceux du secteur social et encore une rivalité est constatée entre l'autonomie propre du champ médical et l'intervention de l'administration.

Section 1 - Le rôle des acteurs principaux dans le secteur de la santé.

1.1 – Le pouvoir de l'administration.

L'administration centrale du MSPRH, sous l'autorité directe du Ministre et de son cabinet, est le centre quasi absolu où se décident les stratégies de santé et les arbitrages budgétaires. Celle-ci s'est progressivement renforcée durant les 15 dernières années par des structures de soutien à vocation nationale. Les décisions prises sont adressées pour exécution aux hôpitaux et aux praticiens par l'intermédiaire des 48 directions de la santé et de la population de wilaya (DSPW), lesquelles, malgré leur rôle de tutelles intermédiaires sont peu impliquées dans l'élaboration des programmes de santé, et se contentent souvent de transmettre dans un style administratif les directives et les circulaires de l'administration centrale (124).

1.1.1 – Au niveau central : Le Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

Dans le domaine de la santé, l'intervention de l'Etat tutélaire ou providence grâce à ses pouvoirs publics est traduite par sa volonté d'assurer

(123) FASSIN Didier. *Les figures de la santé urbaine*. Paris : La Découverte, 1998.

(124) BAGHRICHE Mourad. « Aperçu sur l'organisation du système de santé en Algérie, état des lieux 2009 ». In : *Publication du conseil de la nation*, Alger : 2010, p.19-30.

la santé pour tous, quelque soit le statut socioéconomique de l'individu. Donc l'Etat supervise et finance directement les soins et il assure une totale gratuité dans certains cas à travers la subvention des campagnes de prévention (vaccinations), ou bien le recours parfois à une obligation de consommation de soins (certaines maladies); c'est une vraie socialisation de l'information sanitaire au profit de la population. Dans le cadre de la politique générale du Gouvernement et de son programme d'action, le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière propose les éléments de la politique nationale en matière de santé, de population et de réforme hospitalière et assure le suivi et le contrôle de sa mise en œuvre. Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière a le pouvoir d'initier les études prospectives et les réflexions de nature à déterminer les choix du Gouvernement en matière de santé et d'œuvrer à la consolidation du système national de santé. **(Décret exécutif n°11-379 du 21 novembre 2011 fixant les attributions du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière).**

Cette conception fonde la politique de la santé construite par l'Etat, qui implique une gratuité pour tous ou une partie des soins

Dans son organigramme modifié en 1996, le MSPRH est doté 05 Directions, et chacune d'elles est organisée en sous directions. Mais le dernier décret a restructurer l'organisation de l'administration centrale en trois directions générales et dix directions centrales, ce qui donne plus de déconcentration dans la prise des décisions, mais cela consolide beaucoup la centralisation du pouvoir et limite les prérogatives et l'initiative de manœuvres au niveau local **(Décret exécutif n°11-380 du 21 novembre 2011 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière publié dans le JORADP N°63 du 3 novembre 2011).**

La direction générale de la prévention et de la promotion de la santé est chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique nationale de promotion, d'amélioration et de préservation de la santé de la population, en collaboration

avec les structures concernées ; d'assurer dans le cadre de la veille et de l'alerte sanitaires, la surveillance épidémiologique de la population, la préparation aux menaces liées aux maladies émergentes et réémergentes et le contrôle sanitaire aux frontières ; d'impulser et d'assurer la mise en œuvre et la supervision des politiques, plans stratégiques et programmes de lutte dans les domaines des maladies transmissibles prévalentes , émergentes et réémergentes, des maladies non transmissibles, de la santé environnementale et de la santé en milieux spécifiques ,notamment en matière de prévention ; de participer au contrôle de l'application de la législation et de la réglementation en matière d'hygiène des eaux, des aliments et des déchets hospitaliers ; d'impulser et d'organiser l'éducation sanitaire et la sensibilisation dans les domaines de ses attributions, notamment par le développement d'actions visant la réduction des facteurs de risques, la promotion de modes de vie sains et de comportements favorables à la santé ; d'évaluer les actions entreprises et d'en établir les bilans.

La direction générale des services de santé et de la réforme hospitalière, est chargée d'élaborer, de proposer et de mettre en œuvre un plan général d'organisation sanitaire intégrant l'ensemble des structures de santé, y compris le secteur privé ; d'élaborer et de proposer les programmes spécifiques de soins pour une couverture sanitaire équilibrée et complète de la population à travers toutes les étapes de la vie ; d'élaborer les plans spécifiques pour la mise en œuvre de toutes les actions visant à promouvoir la gestion en matière de soins des personnes âgées, de santé de proximité, d'urgences médico-chirurgicales et le développement des soins de haut niveau ; d'élaborer des schémas de normalisation des méthodes d'organisation, de gestion et d'affectation des moyens des structures de santé et des profils des postes des personnels de santé qui exercent au niveau des structures de soins ; de contribuer à l'élaboration et à la mise à jour de la carte sanitaire nationale et de prendre en charge le suivi du programme d'implantation des structures publiques et privées de santé ; de veiller au contrôle de l'exercice des professions de santé et des structures

publiques et privées de santé ; de mettre en œuvre des schémas et dispositifs d'organisation des secours et des urgences en cas de catastrophe ; de mettre en place des critères pour l'accréditation des structures de soins et l'habilitation des services de santé ; d'évaluer les actions entreprises et d'en établir les bilans.

La direction générale de la pharmacie et des équipements de santé est chargée de développer la politique du secteur en matière de produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux et équipements de santé, de suivre et de contrôler sa mise en œuvre ; de développer la politique d'enregistrement et d'homologation des produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux et équipements de santé et d'en évaluer la mise en œuvre ; de définir les besoins en produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux et équipements de santé et d'élaborer les mesures appropriées destinées à assurer leur régulation et leur disponibilité ; de contribuer à la promotion et au suivi des investissements en matière de produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux et équipements de santé ; d'évaluer les coûts et budgets relatifs aux produits pharmaceutiques, aux dispositifs médicaux et équipements de santé ; d'étudier et de proposer toutes mesures destinées à assurer l'organisation de la pharmacie, notamment la pharmacie hospitalière ; d'élaborer et de suivre, avec les structures et départements ministériels concernés, la politique de détermination des prix des produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux et équipements de santé ; d'assurer un équilibre en matière de couverture en officines de pharmacie ; d'initier et d'impulser les études visant à apprécier la satisfaction des besoins de la population en matière de produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux et équipements de santé ; de développer un système d'information statistique visant à connaître l'évolution de la demande et de l'offre en matière de produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux et équipements de santé ; de contrôler et de formaliser les dossiers d'autorisation des essais cliniques et de bioéquivalence et de prendre toutes mesures visant leur promotion ; de procéder à l'évaluation des actions

entreprises en matière de produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux et équipements de santé et d'en établir les bilans.

L'organisation en bureaux de l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière est fixée par arrêté conjoint du ministre des finances, du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière et de l'autorité chargée de la fonction publique, dans la limite de deux (2) à quatre (4) bureaux par sous-direction.

Si on se confie au calcul, on comptera 03 directions générales, 15 directions qui sont structurées en 39 sous direction, et si on se réfère à l'article qui stipule que chaque sous direction sera organisée de 2 à 4 bureaux, donc le total est de 78 à 156 bureaux, et enfin le nombre final est de 213 fonctions qui exerceront un pouvoir de décision directe sur les structures locales à la plus basse échelle.

1.1.2 – Au niveau régional :

A- Le Conseil Régional de la Santé : CRS

Créé par arrêté interministériel n°22 en date du 11 avril 1995, le Conseil Régional de la Santé se veut être un organe consultatif ayant pour mission de développer la coordination et la concertation intersectorielles et d'assurer de manière rationnelle et efficiente, la protection, la promotion et la réhabilitation de la santé des populations relevant de sa compétence sanitaire.

Actuellement, le pays est découpé en cinq (5) régions sanitaires chacune d'entre elle regroupent un certain nombre de wilayas, il s'agit des régions: Centre - Est - Ouest - Sud Est et Sud Ouest avec pour Chef Lieu, respectivement, Alger - Constantine - Oran - Ouargla et Béchar. Dans le cadre de sa mission générale, le Conseil Régional de la Santé est chargé, notamment, en relation avec les organismes et structures concernés, de veiller à la collecte, au traitement et à la diffusion de l'information sanitaire, d'orienter l'action sanitaire en fonction de la situation épidémiologique, des ressources disponibles et des priorités arrêtées,

MSPRH

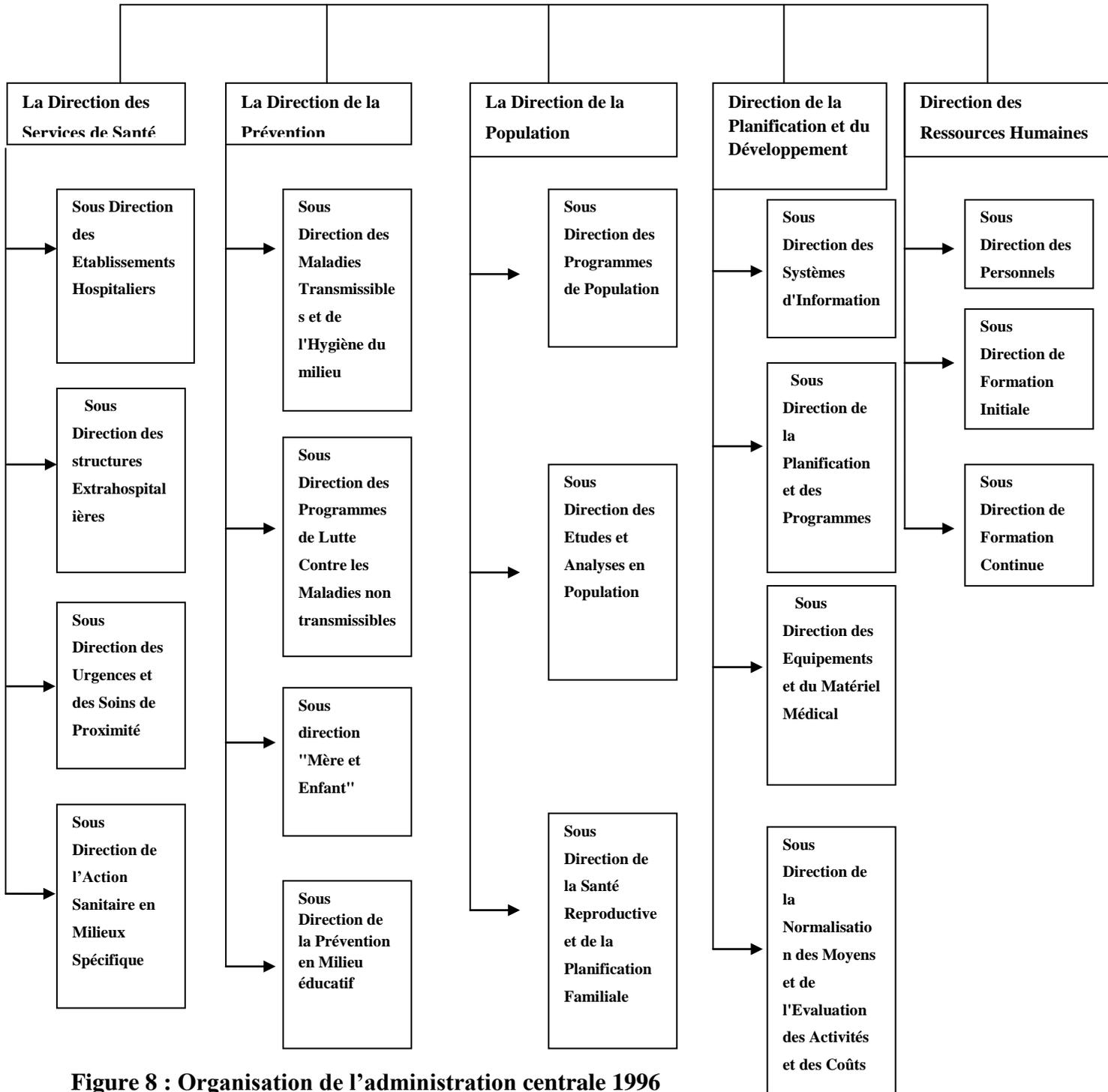
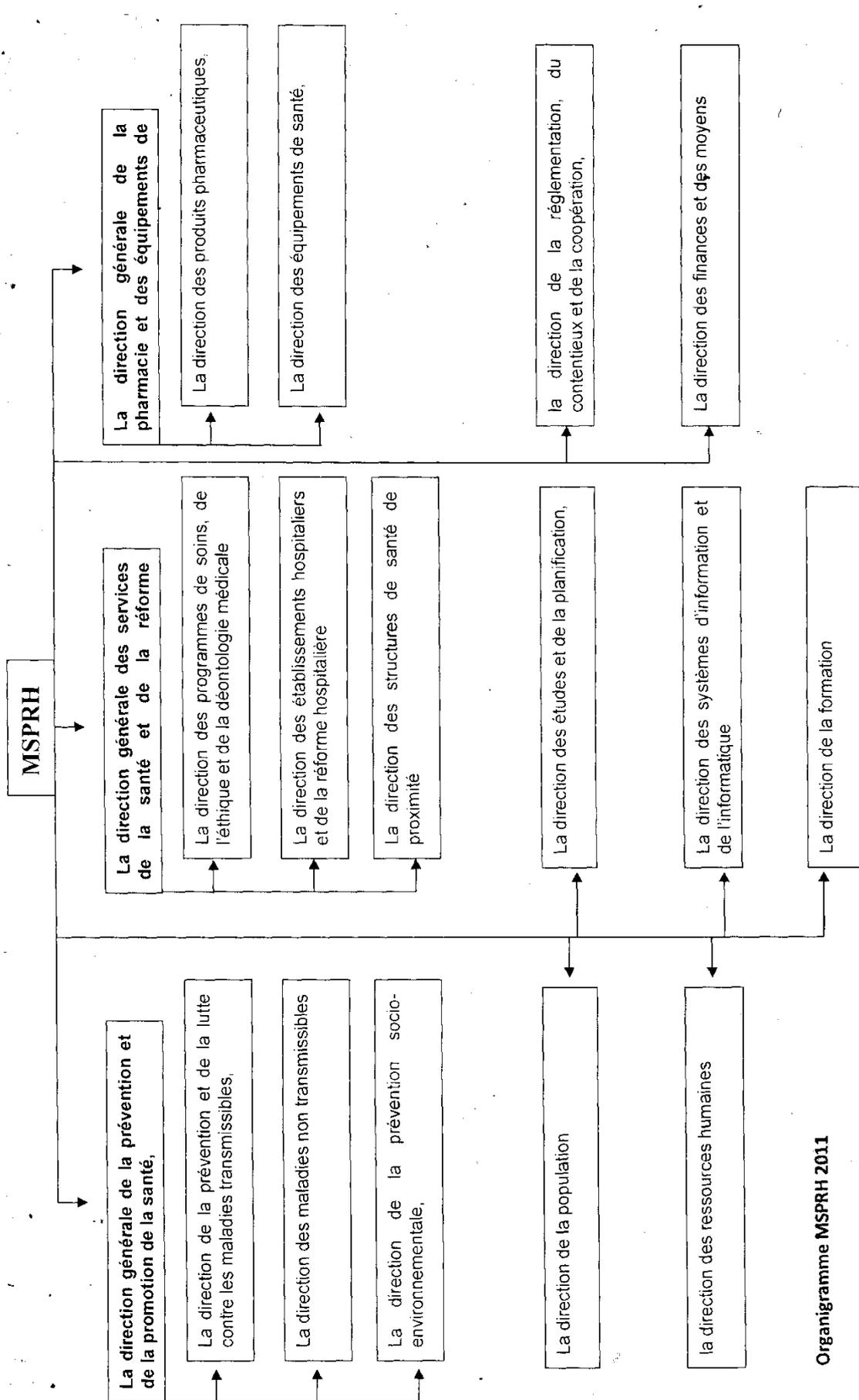


Figure 8 : Organisation de l'administration centrale 1996



Organigramme MPRH 2011

de proposer des programmes régionaux de santé et de procéder à leur suivi et leur évaluation périodique, d'encourager les initiatives locales avec l'ensemble des partenaires y compris les mouvements associatifs.

B - L'Observatoire Régional de la Santé (ORS):

Les ORS sont des annexes de l'INSP (arrêté n°43 du 22 juin 1995). Ils sont au nombre de cinq (un par région sanitaire, avec pour siège la wilaya chef lieu de la région sanitaire). Leurs missions découlent de celles de l'INSP, mais adaptées à la situation de la région. Ils constituent la structure pivot de la région sanitaire en matière d'information sanitaire, de protection et de promotion de la santé, de lutte contre la maladie, de formation et de recherche en santé publique.

Le but de L'ORS est de mettre en place un dispositif de surveillance et d'analyse des maladies, et des besoins en santé à l'échelle régionale pour ce faire, il y a lieu de concrétiser des objectifs qui sont d'une part, le développement et la consolidation d'un réseau de recueil et d'analyse de l'information à l'échelle régionale, ainsi que l'établissement et l'évaluation des indicateurs de santé, et d'autre part de contribuer à la recherche et la formation en santé publique.

Ces principales activités visent à la réalisation de monographies régionales par l'établissement d'un canevas pour chaque région (déterminants sociaux, caractéristiques de la population, normes médico-techniques, indices démographiques, et autres données sur l'état de santé de la population), puis l'élaboration d'indicateurs Elaboration et validation d'indicateurs de l'état de santé de la population à l'échelle régionale ; avec la formation de personnes chargées de la production de ces données.

Donc, l'installation des ORS est avant tout une démarche qui repose sur une vision prospective pragmatique de la stratégie sanitaire. Elle se veut une approche globale et cohérente s'appuyant sur un processus d'implication des

professionnels en tant qu'acteurs de santé publique. Elle vise à situer la demande et les besoins prioritaires à satisfaire, et réorienter l'offre pour un équilibre au niveau de la région (Pour 52 % des interviewés il faudrait renforcer les capacités de l'ORS observatoire régional de la santé).

1.1 3- Au niveau local : au niveau local, cette mission est attribuée à la direction de la santé et de la population d'Oran et qui est chargée de(125) :

- Veiller à l'application de la législation et de la réglementation dans tous les domaines liés aux activités de santé et de population.
- Animer, coordonner et d'évaluer l'exécution des programmes nationaux et locaux de santé, particulièrement en matière de prévention générale, de protection maternelle et infantile, de protection sanitaire en milieux spécifiques, de maîtrise de la croissance démographique, de planification familiale et de promotion de la santé reproductive.
- Veiller au respect de la hiérarchisation des soins, en développant notamment toutes actions visant la promotion des soins de base.
- Développer toutes actions de prévention et de lutte contre la toxicomanie particulièrement en direction des jeunes.
- Veiller à la répartition équilibrée des ressources humaines, matérielles et financières, sans préjudice des attributions dûment conférées aux directeurs régionaux de la santé et aux chefs d'établissements de santé.
- Initier et développer toutes actions de communication sociale notamment d'éducation sanitaire, en relation avec les associations socioprofessionnelles et les autres partenaires concernés.

(125) www.dsp-oran.gov.dz.

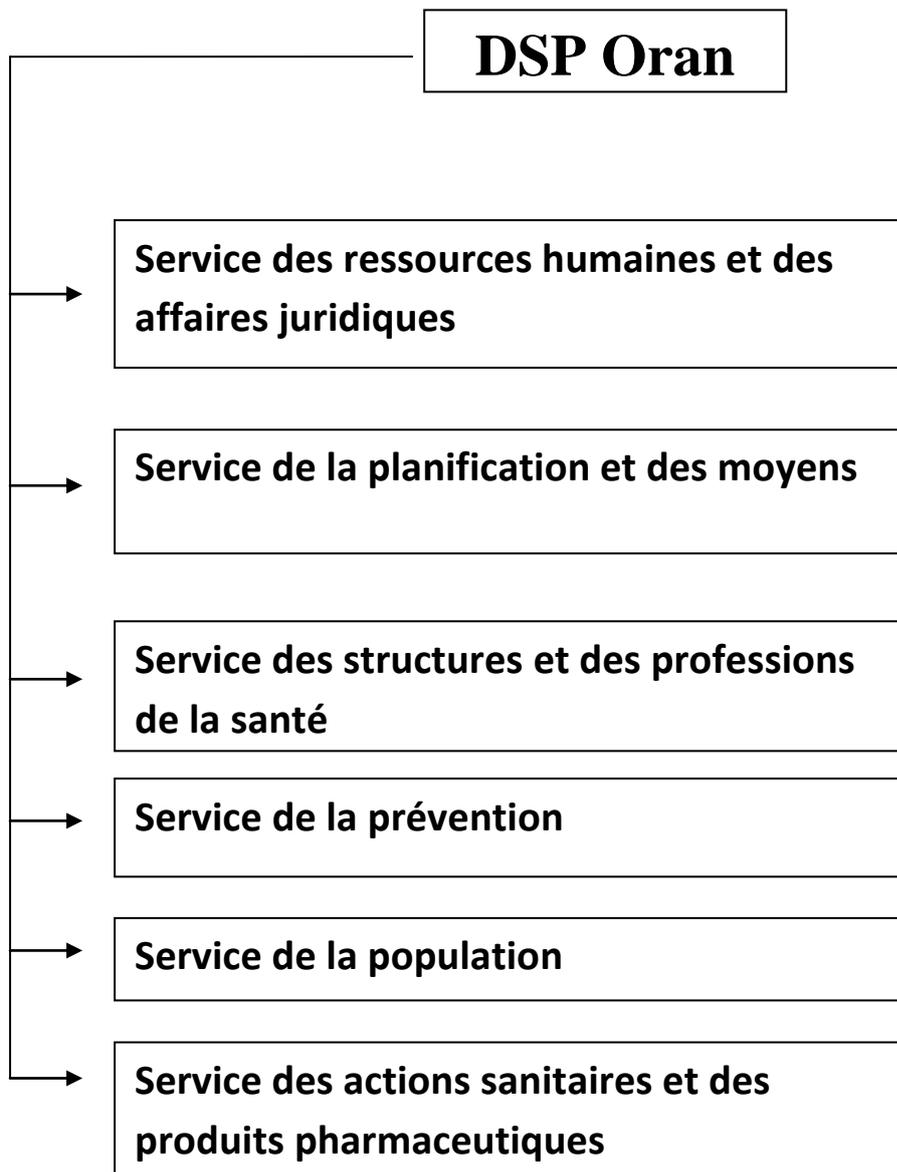


Figure 10 : Organigramme de la Direction de la santé et de la population Oran

- Veiller à la mise en place du dispositif en matière de collecte, d'exploitation, d'analyse et de transmission d'informations sanitaires, épidémiologiques et démographiques, et animer, de coordonner et d'évaluer le fonctionnement des structures de santé.

- Veiller à la mise en œuvre des mesures relatives à l'entretien et à la maintenance des infrastructures et des équipements de santé et assurer l'encadrement des structures et établissements publics et privés de santé.

- Etablir des plans d'urgence, en relation avec les autorités concernées et de participer à l'organisation et à la coordination des secours en cas de catastrophe

quelle que soit sa nature et étudier et suivre, dans le cadre des règlements et procédures établis, les programmes d'investissements.

- Suivre et évaluer l'exécution des programmes arrêtés en matière de formation et de perfectionnement des personnels de santé et superviser et veiller au bon déroulement des concours et examens professionnels

1.2 -Les élus :

1.2.1 – Les élus locaux :

Le droit à la santé est l'un des principaux fondements en droit international. L'émergence de relations internationales en matière de santé a débuté en 1938 par la mise en place des Bureaux Sanitaires en Europe et en Amérique(126).

En 1923, il y a eu la création de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations (OHSN)(127) et par la suite, l'ouverture de bureaux sanitaires à l'échelle de la planète, la réalisation d'enquêtes épidémiologiques et le développement de la recherche sur les maladies infectieuses, les maladies endémiques et les cancers. Puis intervient la création d'un système d'informations sanitaires, l'adoption de standardisation biologique et la révision et l'administration des conventions internationales sur la navigation maritime en 1926 et aérienne en 1933.L'adhésion à l'OHSN a eu pour effets l'aide technique aux pays membre pour la mise en place de services de santé dans les pays, le développement de politiques de santé publique, les interventions directes des experts (prévention des épidémies, approvisionnement sanitaire et médical, consultations techniques,fournitures et supervision de personnels ...).

(126)Formation des présidents des assemblées populaires communales-Hygiène et salubrité publique – Oran - 2008

(127)Ibid.

La conférence internationale de la santé de New-York en 1946, a vu l'inclusion du droit à la santé dans la Charte des Nations Unies au titre de droit fondamental nécessaire à la stabilité mondiale.

L'examen du statut des collectivités locales montre que l'Etat exerce une emprise socio-économique et que le pouvoir local n'existe pas en soi. On constate une intégration absolue des pouvoirs locaux dans l'Etat suite à une double emprise qu'exerce ce dernier sur les collectivités locales (128)

- 1- L'absence de séparation (confusion) entre les deux niveaux (central et local).
- 2- Une subordination de l'infrastructure administrative locale à celle de la centrale.

De ce fait l'Etat considère le local comme une infrastructure administrative et non pas une infrastructure politique à plein pouvoir. Le rôle des collectivités locales n'est pas administrativement libre, mais considéré comme participatif à distance et sous contrôle étatique(129).

La nécessité de réexaminer et de recomposer les rapports entre les différents acteurs (élus et représentants de l'Etat), au niveau local ou central. Donc l'implication de ces acteurs locaux évitera l'assistanat et l'attentisme pour éviter les problèmes du passé. Il faut penser globalement mais agir localement car le local ne peut avoir une signification que dans son apport global(130).

(128) ZOUAIMIA Rachida, « L'introuvable pouvoir local- Réalités, acteurs et représentations du local en Algérie- », In *Insaniyat*, N° 16, 2002.p33.

(129) Ibid. p 34.

(130) DERRAZ Omar, « Le développement local en Algérie : Référentielles des enquêtes, métiers et compétences des acteurs du développement local », In *Insaniyat*, N° 16, 2002.p.12.

A – L'Assemblée Populaire Communale –APC-

Le P/APC est le représentant de l'Etat dans la commune. Il est aussi officier d'état-civil et officier de police judiciaire. Ces principales missions dans le domaine de l'Hygiène et de la salubrité publiques consistent en premier lieu a recenser les principaux problèmes d'hygiène et d'insalubrité de sa commune (MTH, l'Hygiène alimentaire, la Salubrité de l'habitat, la Désinfection, la dératisation, la lutte contre le bruit, la maîtrise de la population animale dans la ville et la gestion des déchets, etc...)(131).

En second lieu, il doit connaître et maîtriser le contexte réglementaire des procédures en matière d'hygiène et d'insalubrité publique (qui lui permettra de mieux poser le diagnostic des problèmes d'hygiène et d'insalubrité et reconnaître la démarche logique et pragmatique à adopter pour utiliser les bons outils juridiques afin de les résoudre).L'environnement est devenu aujourd'hui une préoccupation citoyenne et une priorité de toutes les institutions de l'Etat et des collectivités locales.Cette mission est déléguée au bureau d'hygiène communale -BHC- lequel est placé sous l'autorité du président de l'Assemblée Populaire Communale (APC), qui est chargé de préparer les instruments, actes et dossiers techniques requis par l'action des organes de la commune et du contrôle permanent de l'hygiène et de la salubrité publique au niveau de la commune. Il souffre de l'inadéquation entre ses missions et les moyens mis à sa disposition, du manque de coordination et de collaboration avec les autres secteurs (72 % insistent sur le rôle important des collectivités locales).

(131)Loi 11/ 10 du 22 Juin 2011 relative à la commune.Art. 31. L'assemblée populaire communale forme, en son sein, des commissions permanentes pour les questions relevant de son domaine de compétence, notamment celles relatives à : la santé, l'hygiène et la protection de l'environnement-Art.94. Dans le respect des droits et libertés des citoyens, le président de l'assemblée populaire communale est chargé, notamment de : **1-** Prévenir et prendre les dispositions nécessaires pour lutter contre les maladies endémiques ou contagieuses ; **2-** Empêcher la divagation des animaux malfaisants et nuisibles ; **3-** Veiller à la salubrité des denrées comestibles exposées à la vente ; **4-** Veiller au respect des prescriptions d'hygiène du milieu et de protection de l'environnement.

B – L'Assemblée Populaire de Wilaya –APW-

Au cours des réunions de la commission des affaires sociales et culturelles et en matière de santé, les membres de cette commission ont décidé d'établir une fiche technique du secteur, faire un état des lieux et diagnostiquer les insuffisances(132). En outre elle délègue deux de ses membres pour faire des visites de terrain afin de pouvoir palper mieux les vrais problèmes de la santé ; ainsi un membre est désigné comme représentant de l'assemblée populaire de la wilaya dans les conseils des établissements de la santé(133). Tous les rapports sont analysés, étudiés et débattus soit avec l'administration représentée par le directeur de la santé et de la population, soit en session plénière en présence de tous les membres de l'assemblée populaire de la wilaya et l'exécutif de la wilaya (134).

D'autres réunions sont programmées avec les associations afin de mieux coordonner les efforts entre les différents acteurs de la société civile, par la création d'un comité consultatif, avec un sous comité chargé de la santé.

La commission des affaires sociales et culturelles de l'APW Oran a établi un rapport sur le secteur de la santé, et elle a constatée que les structures des urgences médico-chirurgicales sont déficitaires en matière de moyens humains et matériels, les conditions de travail sont médiocres, et que l'infrastructure

(132) APW Oran, « Réunion de la commission des affaires sociales », In : *Idahaate Oran* : NC Event, 2008, N°01.pp.22-23.

(133) APW Oran, « Réunion de la commission des affaires sociales », In : *IdahaateOran* : NC Event, 2008, N°02.pp.8-9.

(134) Loi n°12-07 au 21 février 2012 relative à la wilaya. Art. 33 :L'Assemblée populaire de wilaya forme, en son sein, des commissions permanentes, pour les questions relevant de son domaine de compétence, notamment celles relatives à : la santé, l'hygiène et la protection del'environnement, et Art. 77. L'Assemblée populaire de wilaya exerce des compétences dans le cadre des attributions dévolues à la wilaya par les lois et règlements et délibère en matière de : santé publique, protection de l'enfance et des personnes ayant des besoins spécifiques, la protection de l'environnement ;

n'est pas conforme aux normes internationales (135). En outre la centralisation des décisions au niveau de la direction de l'hôpital entraîne une perte en matière de temps très importante.

1.2.2 – Les élus centraux :

La wilaya d'Oran compte 02senateurs au conseil de la nation et 15 députés à l'assemblée populaire nationale, leur rôle est bien défini selon les lois en vigueur. Ils interviennent sur les questions de la santé sur le plan national en proposant, votant des lois , ou sur un plan local en contribuant à l'amélioration suivant les projets de la wilaya et essayer de résoudre les différents problèmes de santé au niveau local.

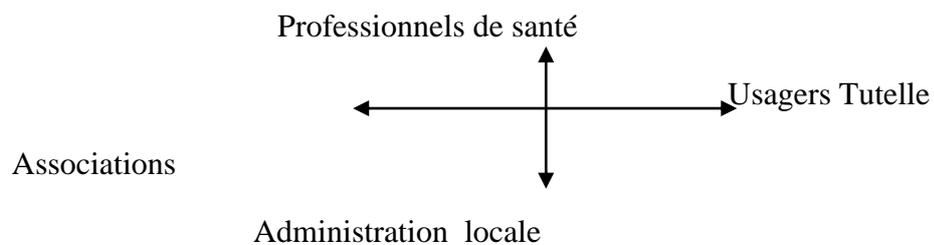


Figure 11 : Interactions entre les différents acteurs locaux de la santé au niveau de la wilaya d'Oran.

1.3– La société civile.

1.3.1 --La diversité des associations de patients :

Le mouvement associatif qui s'en charge de l'offre de services de soins n'est pas beaucoup impliqué dans l'élaboration de la politique de santé , mais on observe des tendances de la part des associations locales à mettre en place des activités dans cette branche, qui se rapportent à des soutiens individuels suite à des difficultés de financement pour des personnes incapable de payer leur

(135) APW Oran, « Réunion de la commission des affaires sociales », In : *Idahaate Oran* : NC Event, 2008, N°01.p.22-23.

facture de soins ou manque d'informations grâce à une trajectoire bien définie du patient depuis son accueil à l'association jusqu' à sa prise en charge dans une structure sanitaire. Leur programme est établi suite à des enquêtes sociales, une détermination d'un seuil éligible et un suivi rigoureux. Ils constituent aussi bien un fond de recours aux pauvres en matière d'approvisionnement de médicaments.

1.3.2 -Les associations de patients et la représentation des usagers dans le système de santé :

Les associations de patients ou de personnes handicapées ont connu un essor considérable depuis quelques années. Le Collectif associatif qui active dans le domaine de la santé intervient dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires de personnes malades et handicapées, et de familles. Il a pour objectif de devenir aujourd'hui un interlocuteur crédible représentant et défendant les intérêts communs à tous les usagers du système de santé au-delà de tout particularisme. En général centrée sur une maladie ou un groupe de maladies ou de handicaps, les associations de patients visent à apporter une aide morale, pratique, financière, sociale ou juridique aux personnes atteintes et à leur entourage, par des actions individuelles ou collectives. Les associations de patients apportent :

- **Une aide individualisée**, en réduisant l'isolement d'une personne éprouvée, en l'écouter, en lui parlant, en lui apportant des informations pratiques
- **De l'information**, par différents moyens (dépliants, fascicules, site Internet) sur les caractéristiques d'une maladie, ses traitements, les dispositifs pratiques (hygiène, appareils, recettes et conseils divers), sur les moyens disponibles (lieux de traitement, appareillages, droits divers...), ou encore sur les dispositifs sociaux (aides, lieux d'accueil...);

- **Une plate-forme** de relais des revendications auprès des médecins, des pouvoirs publics pour obtenir des droits et des aides techniques ou financières.
- **Une organisation** capable de collecter des fonds pour aider les malades nécessiteux
- **Une contribution** à l'enseignement et à la formation des patients et parfois des médecins et autres soignants.
- **Des actions** étroites et concrètes menées avec les établissements de santé, notamment une aide à la prise en charge des patients pour faciliter leur vie sociale et professionnelle et un accompagnement pour les patients en soins palliatifs.

Un cadre d'expression et de participations des usagers du système de santé devrait se traduire par l'instauration de la **démocratie sanitaire**. Ainsi, cela va contribuer à reconnaître un rôle aux associations de patients en intégrant leur participation au fonctionnement du système de santé. Ainsi, les associations sont agréées par le ministère de la Santé et ont vu parfois leurs prérogatives élargies. L'analyse de la participation des associations dans la politique à Oran, suite à une étude quantitative touchant 265 associations, montre que 77% de l'encadrement de ces associations est du secteur public, surtout ceux à caractère social et sanitaire. La constatation faite que la majorité d'associations sont dirigées par les jeunes (21- 40 ans). Le niveau universitaire des membres des bureaux représente 40%, mais un déficit managérial est constaté. La composante du genre est de 81% masculin et 19% féminin. Cependant des problèmes au sein de ces associations (conflits internes, mésententes et déséquilibres de répartition de charges entre les membres) influents négativement sur le rendement de ces dernières. On constate un éclatement au sein des associations à caractère sportives, sociales et sanitaires qui fonctionnent dans une opacité totale et un esprit autoritaire. Les associations revendicatrices représentent un taux de 60% au niveau de la wilaya d'Oran. Parmi les contraintes et difficultés enregistrées, on note premièrement l'insensibilité des collectivités locales aux attentes et

préoccupations des associations, et deuxièmement l'implication des entreprises publiques et privés dans le mouvement associatif qui n'est pas encourageante. (Loi 90/31 du 04 Décembre 1990 relative aux conditions de la création des associations, Art 11, Chap. 2, JORADP N° 1438)(136). Le programme d'appui aux associations algériennes portant sur « L'identification des problèmes, besoins et attentes » à Oran, Alger et Constantine a dévoilé plusieurs contraintes liées à (137) :

- 1-Le contexte politique et sécuritaire non favorable.
- 2-La faiblesse structurelle, managériale et organisationnelle.
- 3-Le cadre réglementaire tutélaire.
- 4-La rareté ou parfois l'inexistence de ressources financières.

Cette opération couvrait 32 wilayas et 77projets dont 36 à caractère socio-sanitaire.

1.4 – l'intersectorialité :

Depuis longtemps, l'accent a été mis sur la mission de coopération entre les différents secteurs pour prévenir un certain nombre de maladies et de fléaux sociaux. Cette approche qui s'observe du reste dans un grand nombre de pays, s'est peu à peu cristallisée dans notre pays autour de deux concepts antagonistes

qui recouvrent en partie la notion d'intersectorialité, le concept de "coalition", et le concept "fauteur payeur". (138)

(136)DERRAZ Omar, Le mouvement associatif en Algérie, Actes de journées scientifiques de présentations des résultats de recherche de projets PNR » population et société », Oran, Février 2005, Ed : ANRU-CRASC, 2006.pp. 55-64 ;

(137) DERRAZ Omar, « Le mouvement associatif en Algérie : état des lieux, état des savoirs ».pp.290-291.

(138) www.cnas.dz.

Le concept de coalition s'appuie sur le fait que différentes entités peuvent trouver un certain nombre de bénéfices en poursuivant un ou plusieurs objectifs communs. Le concept "fauteur payeur", lui s'est développé dans un grand nombre de pays, autour des problèmes de pollution et de protection de l'environnement.

Ces dernières années, ces deux concepts ont progressivement émergé dans le domaine de la prévention, dans le domaine de la santé scolaire et universitaire, dans le domaine des zoonoses, dans le domaine de la nutrition. Un certain nombre de programmes d'action ont été élaborés par des groupes intersectoriels qui ont défini des objectifs et un échéancier commun, et ont cherché à mettre en commun un certain nombre de moyens.

Dans un cadre relativement différent, on a vu apparaître le concept 'fauteur payeur'. Ce concept est apparu à l'occasion des épidémies de maladies à transmission hydrique, où les collectivités locales ont été mises au banc des accusés et ont parfois été estées en justice. Il est également en train d'émerger en matière de zoonoses, où la tendance de demander réparation aux propriétaires ou aux structures responsables de la circulation d'animaux vecteurs de la maladie, est en train de se faire jour. Il en va de même pour les accidents de la circulation, ou encore, pour un certain nombre de nuisances liées à l'environnement.

Il est fondamental d'associer, le concept d'intersectorialité a celui de la budgétisation. C'est en effet uniquement par le biais d'évaluations financières que l'on peut envisager de déplacer un type d'intervention a priori purement sanitaire vers un autre secteur de la société.

Il faut du reste souligner que cette approche intersectorielle reste entravée par le manque d'évaluation des coûts dans un très grand nombre de secteurs.

En pratique l'intersectorialité s'est traduite par différentes manifestations :

- * La création de comités intersectoriels activant à différents niveaux nationaux ou de wilaya (comité des MST, comité des zoonoses, comité de santé scolaire, comité MST/SIDA, comité de nutrition...).
- * Les programmes d'actions intersectorielles
- * L'intégration de représentants de différents secteurs d'activité au sein des Conseils Régionaux de la Santé.

Section 2 - La politique de réformes lancées :

2.1-Les réformes dans le secteur des hôpitaux et des assurances.

2.1.1 – Le secteur des hôpitaux :

A - Nature et objectif de l'hôpital :

L'hôpital est sinistré, la paralysie le guette, est tous le monde, professionnels et gestionnaires sont mecontents. La qualité technique n'est pas suffisante à elle seul, il faut humaniser l'accueil, penser à l'amélioration des services d'urgences et à la considération des patients. Sur un autre plan, la fuite de professionnels ; surtout en matière de chirurgie, du secteur public vers le secteur privé est en cours et elle est permanente. La crise dans le corps des paramédicaux est constatée, dimension politique de la crise de l'hôpital, car l'allocation d'un budget global appliqué avec rigueur entraîne un immobilisme dans la gestion des structures hospitalières et la rendrait encore plus aigue. Une nouvelle vision de l'hôpital public s'impose afin de réaffirmer ses nouvelles missions fondamentales, à savoir la continuité des soins et l'accueil des urgences. L'hôpital doit garantir une prise en charge globale du malade et s'ouvrir d'avantage sur le milieu extérieur c'est-à-dire son environnement socio-économique et socioculturel et ne pas s'isoler dans un espace fermé.

La réforme en cours s'inscrit dans le prolongement d'un courant qui touche tous les aspects sociaux. Cependant à ce jour rien ne semble, mettre vraiment les réformes sur les bons rails, mais il vient à l'esprit que cette réforme contribue d'avantage à accentuer la crise et la rendre plus aigue. La réforme du système de santé en Algérie est l'une des priorités de l'Etat, dont le but est de moderniser et d'optimiser la gestion des soins hospitaliers.

Le ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière compte ainsi lever toute hypothèque sur l'énorme effort financier consenti par l'Etat en lançant d'ores et déjà les pistes d'exploration d'un nouveau mode de gouvernance. Un mode qui allie sous d'autres cieux où il a été efficacement éprouvé, la rationalité et l'efficacité invariablement tributaires d'une compétence pointue et d'une connaissance approfondie, outre du volet juridique, de la gestion hospitalière et de l'organisation sanitaire. Dans cette perspective, il faudrait faire appel au savoir-faire de spécialistes en management hospitalier, pour la gestion moderne au sein de certains établissements de santé en Algérie. Une gestion qui doit trouver sa pleine signification dans l'assistance éclairée quand il s'agira de recruter un partenaire spécialisé en management hospitalier pour moderniser la gestion des hôpitaux en Algérie.

Il est plus facile de monter un projet que de garder intacte sa viabilité. C'est toute la problématique du système de santé en Algérie, dont le talon d'Achille reste désespérément la gestion hospitalière.

A titre d'exemple, un CHU où la prétention d'un citoyen à un acte chirurgical doit au bas mot s'inscrire au-delà d'une attente de deux mois, n'accuse finalement qu'un taux de 40% d'occupation.

Principalement à cause d'une gestion anarchique des médicaments ou encore d'une maintenance défaillante d'équipements et de matériels parfois de dernière génération, ou simplement d'une gestion des ressources humaines à l'emporte-pièce et une programmation des actes médicaux approximative et tributaire

del'humeur du moment des praticiens.

Une légèreté qui aura fait que l'Algérie a peut-être raté l'occasion d'un véritable amarrage à la bonne gouvernance sans grands frais. Et on pense précisément à l'EHU d'Oran qui a bénéficié de toutes les attentions des décideurs, pour constituer le projet-pilote de la réforme hospitalière. Une réforme qui devait s'articuler sur une triple mission: de soins, d'enseignement et de recherche.

La transformation de son statut juridique a fait l'objet d'un décret gouvernemental qui devait adapter sa gestion à un mode de fonctionnement et des modalités de gestion en phase avec les nouvelles règles de la gestion hospitalière occidentale.

L'hôpital est-il une entreprise, comme toute autre structure qui doit être géré avec rigueur et esprit économique avec une organisation qui répond aux normes du marché ?ou au contraire doit-il jouer un rôle social pour résoudre les différents problèmes et maux de la société sans tenir compte de l'impact financier sur l'Etat.

Comment, pouvant nous maximiser la qualité, la quantité des soins ou bien les deux ? Comment sont régulés les rapports de forces au sein de l'hôpital entre les acteurs de la santé, à savoir le personnel administratif et le personnel médical ? La réforme hospitalière en Algérie s'avère constituer un accouchement difficile. Un hôpital possède sa propre organisation, ses caractères spécifiques, qui peuvent être résumés à deux principales fonctions, et qui sont l'offre et la demande de soins. La réforme du financement de l'hôpital est basée sur :

1 – une politique de récupération de coût.

2 – une politique de contractualisation.

3 – les quotes parts des financeurs publiques.

Les principales méthodes utilisées sont (139)

- Le groupe de maladies homogènes GMH qui est généralisé en Algérie. (non pas la quantité mais le produit).
- Le régime standard de séjour RSS pour les malades ayant le même parcours.
- La section homogène SH qui est plutôt administrative. (principal comme la cardiologie et auxiliaire : laboratoire, bloc opératoire, radiologie,.....)
- le coût par activité qui est à l'état embryonnaire.(la distribution des ressources selon l'analyse des activités et non pas les structures)

2.1.2 – Le secteur des assurances :

Pour un rappel historique et avant 1983 plusieurs structures sanitaires étaient rattachées au système d'assurance, à savoir 159 cliniques médico-chirurgicales (dont 06 cliniques spécialisées, 01 centre des handicapés et 01 centre des maladies respiratoires) et 212 centres médico-sociaux(140).

Après les reformes de 1983, cinq institutions d'assurance constituaient la base du système, la CNAS, la CASNOS, la CNAC, la CNR et la CACOBATH.

Ils formaient ensemble les principaux financeurs de la santé après l'Etat en conformément aux directives, recommandations et orientations de l'OIT (organisation internationale du travail).

L'alimentation des comptes des assurances était répartie de la manière suivante, 24 % la part de l'employeur, 7 % la contribution de l'assuré prélevé de son salaire et 0.5 % cotisation des œuvres sociales (soit en tout 31.5 %). Ce financement est passé à 34.5 % avec une majoration de l'ordre de 01 % pour

(139)OUFRIHA Fatima Zohra,*Transition et système de santé en Algérie*, Alger : CREAD, 2009.

(140)LAMRI Larbi,*Le système de sécurité social en Algérie, une approche économique*. Alger : OPU, 2004.p30.

l'employeur et de 02 % pour l'assuré ; ainsi le salarié prélevé prenait en charge en quelque sorte le financement de la santé. La ventilation globale de ce budget est de, 16.75 % pour la CNAS, 16 %, pour la CNR, et 4 % pour la CNAC(141).

En 1987, on adoptait une nomenclature générale des prestations des actes professionnels NGAP. Un ticket modérateur TMest à la charge du malade évaluer à 20 % de l'acte médicale auprès des privés ou de l'achat de médicaments chez les officines pharmaceutiques(142).

Les forfaits des hôpitaux consommaient le 1/3 des ressources de la CNAS, et les soins à l'étranger consommaient aussi 1/3 (4639 malades étaient transférés à l'étranger en 1994 et payant coûtaient la même quote part que tous les hôpitaux d'Algérie réunis) (143).

Les multiples transitions économiques, épidémiologiques, et démographiques, ont contribué à l'aggravation et la défaillance du système de financement de la santé, suite à l'émergence des maladies non transmissibles (HTA, Diabète, Cancer), le vieillissement de la population, la charge de la morbidité et les taux en croissance des handicaps.

Les économistes disent, que pour faire augmenter les dépenses de la santé, il faudrait une croissance économique forte. L'Etat veut prévoir un système de financement diversifié. Cette réforme est basée sur la modernisation et l'amélioration de la qualité des soins et des services de l'assurance sociale, grâce à des textes juridiques (mécanismes de recouvrement de cotisation) est par les lois de finances à la recherche d'autres ressources financières.

(141) LAMRI Larbi. *Le système de sécurité social en Algérie, une approche économique*. Alger : OPU, 2004.p55.

(142) Ibid.p81.

(143) Ibid.p140.

A partir de 2006 une nouvelle politique de remboursement est instaurée grâce à une politique nationale du médicament par la promotion de la production nationale locale et le recours aux produits génériques, dans le but de minimiser les dépenses excessives dans le domaine de remboursement de médicaments (en première place les dépenses des assurances maladies).

Le système des assurances sociales est fondé sur deux principaux axes, à savoir le fond national des retraités qui est alimenté par le prélèvement de 2 % de la fiscalité pétrolière afin de sécuriser le système de retraite pour les futures générations, et il aussi sur le fond national de sécurité sociale alimenté par la taxe sur le tabac, les bateaux de complaisances et 5 % du bénéfice net du revenu sur les produits pharmaceutiques importés (144).

Actuellement le système de soins est basé sur le droit de tiers payant qui sera généralisé à l'horizon de 2013 (2.3 millions de bénéficiaires) (145). La contractualisation de la sécurité sociale avec les établissements publics et privés est en cours de réalisation. L'action sanitaire par la création des centres régionaux d'imageries médicales, surtout la prise en charge des maladies lourdes en diminuant le coût et éviter les fuites. Et enfin un programme spécial destiné aux EHS afin d'éviter le transfert des malades et les soins à l'étranger très coûteux. La cotisation est calculée sur la base de 34.5 % pour les salariés, 15 % pour les non salariés et de 0.5 % pour les chômeurs qui sont à la charge de l'État. La caisse de retraite bénéficiera d'une majoration annuelle de 5%, la suppression de l'IRG pour les salaires inférieurs à 20,000 DA et amoindrir pour ceux compris entre 20,000 et 40,000 DA (146).

(144) CHAMSEDDINE Zoubir, « Le système de sécurité sociale réformes et défis », In : El Djazair N° 34 ; 2011, p.p.34-41.

(145) Ibid.

(146) Ibid.

Le système national de sécurité sociale est en pleine mutation grâce à de nouveaux mécanismes, cela est concrétisé par :

A– La modernisation :

Le lancement de la carte électronique CHIFA avec la modernisation des réseaux des infrastructures de la sécurité sociale. La Réalisation d'un centre de calcul fondé sur les NTIC, la valorisation des ressources humaines par la formation, et le perfectionnement (17000 agents formés à l'échelle nationale), aussi bien le parc informatique est renouvelé (150000 microordinateurs pour le territoire nationale) (147).

Le principe des reformes est basé sur l'intergénérationnel (la solidarité) et l'interprofessionnel (la répartition) .cette reforme vise l'équilibre et la viabilité financière, les prélèvements précoces en cas d'inéquation entre prestations et cotisations.

B – La généralisation de la carte CHIFA :

Le système de sécurité sociale s'oriente vers la suppression du papier, et la contractualisation entre la sécurité sociale et les fournisseurs de soins que ce soit dans le public ou privé par des conventions élaborées sur la base d'un cahier de charge suite à des négociations entre acheteurs de soins et offreurs de soins.Cinq millions de cartes de CHIFA vont couvrir 17 millions d'assurés et l'opération sera généralisée à la fin de 2012.

Au niveau de la wilaya d'Oran, les procédures de la généralisation de la carte chifa au profit de tous les assurés, est en cours de réalisation afin de

(147) CHAMSEDDINE Zoubir,« Le système de sécurité sociale reformes et défis », In : El Djazair N° 34 ; 2011, p.p.34-41.

Au niveau de la wilaya d'Oran, les procédures de la généralisation de la carte chifa au profit de tous les assurés, est en cours de réalisation afin de permettre à l'assuré et aux ayants droits d'en bénéficier de ces droits. On compte à travers la wilaya 410 475 assurés, dont 305 663 sont en activités et 104812 des retraités ; l'opération de généralisation de la carte chifa a atteint les 83 %(148).

En ce qui concerne la contractualisation avec les offreurs de soins, les services de la sécurité sociale ont signés des conventions avec pour l'instant 79 médecins généralistes et 11 médecins spécialistes grâce à des négociations entretenues avec les fournisseurs des soins, aussi bien des privilèges dont ils ont bénéficié afin de les encourager à adhérer à cette démarche(149).

Cette opération est en voie de développement, elle n'a pas encore touché tous les professionnels de la santé, mais elle donne l'impression d'être une bonne solution à moyen terme pour résoudre les problèmes de la santé aux yeux des prestataires de soins surtout les démunis et les pauvres et ceux qui présentent des maladies chroniques. Cette constatation est faite suite aux entretiens avec des malades et même de la part des représentants de la sécurité sociale qui espèrent que cette opération aboutisse à de très bon résultats et réussisse dans l'avenir prochain afin de mieux contrôler la trajectoire thérapeutique du patient , et de mieux rationaliser les dépenses de la santé publique.

Cette politique menée par la sécurité sociale prend en considération la répartition géographique dans le cadre d'une stratégie de la prise en charge des assurés. Les services de la sécurité sociale prévoient aussi bien dans le cadre de cette politique la création d'un système appelé « médecin de famille »(150) qui

(148)Journal El Djoumhouria – 28 Juillet 2011- p03.

(149)Ibid.

(150) www.cnas.dz.

sechargera dorénavant des dossiers de plusieurs familles, et par conséquent du suivi permanent et actualisé de l'état de santé de la population lequel répertorié à travers tous le réseau informatique, ce qui permettra à chaque assuré d'être pris en charge à n'importe quel moment et à travers tout le territoire national. Grâce à sa carte chifa ce dernier pourra bénéficier de tous les atouts de prestations de soins, d'achat de médicaments ou autres actes médicaux(radiologie, examens biologiques, interventions chirurgicales...).

A noter que la carte chifa à un cout qui est de l'ordre de 400 DA (3 à 4 Euro) , donc toute perte de cette carte de la part de l'assuré, l'obligerait à verser 400 DA à la sécurité sociale afin d'avoir une nouvelle carte ; il faut savoir que la première carte est à la charge de la sécurité sociale.

Cette politique de santé , qui bascule du système de santé nationale basé sur la budgétisation de l'Etat et qui s'alimente des impôts vers un système d'assurance maladie qui s'autofinance des cotisation , est en cours de réalisation par la promulgation de lois et la concrétisation sur le terrain par la création de la carte chifa et des centres d'imageries et des établissements hospitaliers de chirurgie traumatologique et de rééducation fonctionnelle affiliée à la CNAS - Caisse Nationale des Assurances Sociales - .

La wilaya d'Oran a bénéficié de cet avantage pour la prise en charge des assurés et par conséquent la rationalisation des dépenses de la santé et la réduction de la facture de remboursement de la sécurité sociale.

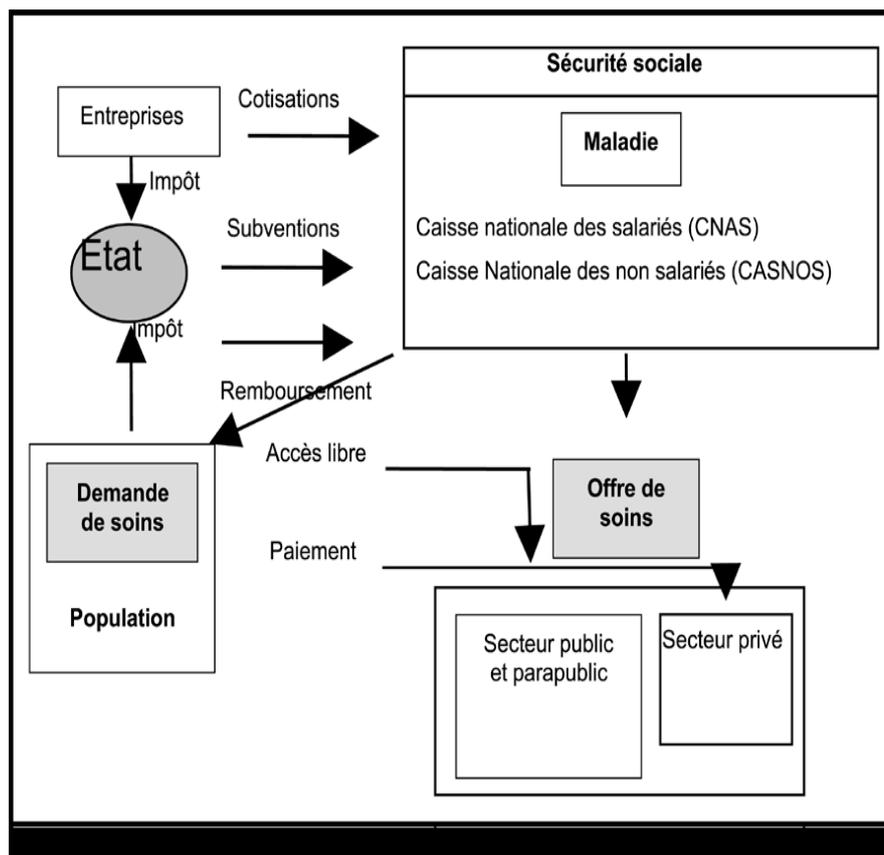


Figure 12 : Système de santé (Etat, Sécurité sociale, Fournisseurs de soins, Usagers)(151)

2.2 -Les rencontres et assises pour promulguer une nouvelle loi sanitaire organisé la wilaya d’Oran. (152)

Une analyse globale de la situation, montre que la politique de santé n’est pas coordonnée, que le système de santé est désarticulé, qu’une expression générale d’insatisfaction existe chez les usagers et que la nécessité d’évaluer objectivement les résultats et les insuffisances s’avère inéluctables.

(151) BAGHRICHE Mourad. « Aperçu sur l’organisation du système de santé en Algérie, état des lieux 2009 ». In : *Publication du conseil de la nation*, Alger : 2010.p.19-30.

(152) Conférence nationale sur le thème « Politique de santé et réforme hospitalière » tenue à l’EHU « 1ere Novembre » d’Oran le 17 et 18 Février 2011.cette rencontre entre dans le cadre de la politique nationale de la santé, qui est tenu suite à une première conférence nationale qui a eu lieu du 05 au 07 Février 2011 à Alger.

Parmi les recommandations issues de ces rencontres :

- la politique de santé doit être nationale et sa mise en œuvre nationale, régionale et locale.
- la politique de santé doit évoluer en tenant compte de la demande de santé.
- les priorités doivent être dégagées selon les besoins de santé exprimés.
- la politique de santé consacre le droit à la santé comme droit humain et droit social.

Cette politique doit prendre en charge la protection générale du citoyen, les états morbides, les catégories vulnérables et les personnes en difficulté. En outre elle oriente et intervient dans la protection et la promotion de la santé dans le cadre de l'intersectorialité.

Cette politique de santé doit viser l'équité dans l'accès aux soins, appropriés de qualité avec le maximum de sécurité et au moindre coût. L'information en santé du citoyen et le consentement éclairé du patient devront être garantis(153).

La politique de santé s'applique notamment à travers un système de santé intégré public et privé, un système de santé planifié, un système de formation continue adapté aux profils et aux besoins, un système de recherche en santé et un système de financement principalement assuré par l'Etat

(153)Il est à noter que la loi actuelle 85/05 du 16 Février 1985 modifiée et complétée par la loi n° 08-13 du 20 juillet 2008 relative à la protection et à la promotion et à la protection de la santé est dépassée et n'aspire guère aux préoccupations des usagers des soins, puisqu'elle date du temps de l'ère du parti unique et avant l'ouverture et la libéralisation du secteur de la santé. Des assises sur la santé ont été organisées en 1999 dans le but de s'adapter aux nouvelles dispositions et qui ont abouties à la rédaction d'un avant projet de loi sanitaire « version provisoire soumise à concertation - Février 2003 », mais elle n'a pas vu le jour suite aux contradictions et rivalités qui existaient entre les différents partenaires activant dans le champ de la santé et, aussi suite aux conflits d'intérêts entre ceux qui contrôlent le secteur de la santé, professionnels ou autres.

Le système de santé doit être organisé autour d'un système de protection, de prévention et de promotion de la santé articulé sur des plans et programmes nationaux; régionaux et locaux. Ce système de soins hiérarchisé, flexible sera adapté selon les territoires avec intégration de l'ensemble des services de santé desservant un bassin de population et assurant la continuité du soin à travers trois niveaux de soins et des réseaux intégrés généraux et spécialisés. L'évaluation et l'accréditation demeurent une nécessité absolue, une structure de coordination, de planification, et de contrôle à chacun des niveaux de la pyramide des soins de santé est indispensable. La carte sanitaire devra être révisée. Un système de recherche en santé dans tous les domaines concernés y compris les domaines d'économie de santé et de sociologie de santé, qui doit contribuer à l'élaboration de la politique de santé. Elle exige au préalable une formation aux méthodologies de recherche ainsi que la création d'un environnement favorable au développement des initiatives (normalisation des services et des activités, le dossier médical, exploitation des données disponibles.....).L'Etat assurera principalement le financement et prendra en charge la protection générale de la santé.

Résumé des réponses des entretiens avec les interviewés(154)

Afin de répondre aux besoins en matière de sante de la population, une révision de la carte sanitaire devient une priorité, afin qu'elle soit plus représentative et assurera en même temps une couverture médicale totale en garantissant l'accès et la qualité des soins pour tous les citoyens avec mise en place d'un système de répartition des ressources humaines adapté aux besoins de la population. Cette conception d'une planification est acceptable cependant

(154) Synthèse de plus de 30 entretiens avec des chefs de services « Professeur en médecine », anciens ministres, et responsables occupant des fonctions supérieures, responsables d'institutions médicales et paramédicales.

l'application sur le terrain est défailante, et on constate en effet une insuffisance remarquable. Le système de santé est basé sur l'infrastructure et non pas sur le facteur humain. Un schéma d'organisation doit être élaboré, car des pressions pèsent sur les urgences médico-chirurgicales des centres hospitalo-universitaires suites aux nombreux dysfonctionnements, et par conséquent il faudrait penser à créer une cellule propre au système d'organisation des urgences. La centralisation reste l'obstacle majeur à l'amélioration du système de santé.

Une inégalité criante entre structures sanitaires et zones géographiques est enregistrée, puisque l'organisation du système est pyramidale et la base coupée du sommet. Cela a entraîné une bureaucratie qui règne sur le système de santé, ce qui affecte l'équité et l'égalité dans l'accès aux soins. La décentralisation, la rationalisation des dépenses et la bonne gestion aideront à l'amélioration du système de santé au niveau local. Les professionnels de la santé tous corps confondus et les usagers doivent participer à l'élaboration d'une politique de la santé.

L'importance des moyens de communications grâce aux nouvelles technologies d'informations et de communications NTIC et plus précisément le système d'information sanitaire SIS qui demeure une priorité absolue afin d'identifier les besoins exprimés de la population, et pouvoir quantifier les moyens (informatisation et statistiques fiables), car l'information et la communication sont insuffisantes et parfois inexistantes. En matière de recherche, il faudrait avoir de l'initiative, allouer des moyens de financements suffisants, penser à la création des pôles d'excellence en investissant dans le facteur humain (Elitisme).

Les professionnels de la santé tous corps confondus et les usagers de la santé doivent participer à l'élaboration d'une politique de la santé. Les différentes composantes qui doivent intervenir dans l'élaboration de cette politique de santé en dehors des professionnels de la santé et des usagers comme acteurs

associés et qui doivent être motivés et actifs, sont les économistes, les sociologues, les anthropologues et les politologues, en plus des associations des malades et autres composantes intéressées de la société civile.

2.3 - La politique de financement et de la formation :

2.3.1- Le financement de la Santé en Algérie :

Notre système de santé se caractérise par un financement mixte : « une part des subventions des établissements de santé par le budget de l'État : 114 milliard de dinars pour 2006 en dépenses de fonctionnement auxquels s'ajoutent 76 milliards de dinars pour les équipements (sans connaître le taux réel de réalisation), et une part de subvention de la sécurité sociale à travers le forfait hospitalier qui était de 35 milliards de dinars en 2006. A ces subventions directes s'ajoute d'autre financement de la sécurité sociale, soit plus de 85 milliards de dinars, toujours pour 2006 (62 milliards de dinars en remboursements de médicaments et prestations, 2,5 milliards de dinars en congés de maternité, 4,6 milliards de dinars en invalidité et congés divers, 3,7 milliards de dinars en capital décès, 2,1 milliards de dinars en tse. Au total, nous pouvons retenir le total de 300 milliards de dinars pour les dépenses publiques. A ce montant, il faut ajouter la part des ménages (différentiel en remboursement de soins, prestations dans le secteur privé etc.) qui est estimée à 30% des dépenses par l'Office National des Statistiques ONS ».(155).

« Donc un montant de 430 milliards de dinars (13460 dinars par habitant, (soit 187 \$). Ce qui est corrigé par la parité du pouvoir d'achat (PPA) donne 250\$/an/habitant (156). 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

(155) BOUGHERBAL Rachid. « La transition épidémiologique en Algérie ». In : *Publication du conseil de la nation*, Alger : 2010.p.9.

(156) Ibid.

1142,2 en 1988 à 824,1 en 1995 soit une chute de 28%.(61 % sont conscient que la principale source de financement du système de la santé est l'Etat et que la part des assurances et des usagers n'est pas aussi importante ce qui explique que le système de santé est basé sur un système national de santé et non pas un système d'assurance maladie et que 84 % aient répondu que les dépenses de la santé ne sont pas maîtrisées) » (157).L'Etat et en poursuivant la politique de libéralisation doit renforcer son rôle comme arbitre, contrôleur et régulateur, et ne peut pas se désengager en matière d'investissement d'infrastructures socio-économique, car il est le seul détenteur des moyens financiers. Ces derniers sont repartis comme suit, le budget d'Etat représente 65%, et la recette fiscale pétrolière 35%(158).

2.3.2 - La politique de formation :

Historiquement et suite au décret du 03Aout 1857, la société de médecine d'Alger a été créée, son directeur était le médecin colonel Bertrand, puis suivait la création de l'école supérieure de médecine et de pharmacie (loi du 20 Décembre 1859), mais cette école restait toujours rattaché à la faculté de médecine de Montpellier qui délivrer les diplômes. En 1919 , on comptait 5 médecins diplômés (Mohamed Nakkach 1880, et Mohamed SeghierBenlarbey 1884).En ce qui concerne le nombre d'étudiants algériens à l'époque, on dénombre après la première guerre mondiale 1919-1920(15 étudiants pour 344 Européens) , et en 1948 (92 étudiants pour 584 Européens) ,et que entre 1959 et 1961 on comptait 365 étudiants algériens en médecine inscrits en France contre 100 à la faculté de médecine d'Alger. . A noter qu'en 1959 la faculté de médecine d'Alger disposait de 35 chaires(159).

(157)BOUGHERBAL Rachid.« La transition épidémiologique en Algérie ».In : *Publication du conseil de la nation*, Alger : 2010.p.9.

(158)BOUCHETATA Ahmed, L'importance de la formation aux nouvelles approches et à l'utilisation d'outils méthodologiques, colloque, Oran Mai 2003, Ed : CRASC, 2004.p .179.

(159) ABID Larbi. *La pratique médicale en Algérie, de la période coloniale à nos jours*. Alger : ANEP.2008.170-183.

Un projet d'une école préparatoire de médecine et de pharmacie au niveau du centre hospitalier d'Oran qui sera transformé en un centre d'application en suivant la même formule qu'existe à Marseille(hôpital de l'étang de Berr rattaché à l'école de médecine de Marseille).Le Pr VENTEJOUL(160) comme intermédiaire entre le centre hospitalier d'Oran et Le président du conseil de l'ordre des médecins de France, dans le but de concrétiser ce projet en rattachant ce centre à l'université d'Alger. Ce centre hospitalier d'Oran aura la compétence de recevoir les étudiants en leurs permettant une formation (théorique et pratique) performante en même temps l'extension aux formations en matière de spécialités en médecine et en chirurgie générale(161).

Cette formule été aussi approuvée par le Recteur de l'université d'Alger qui a pris contact avec le Ministre de l'éducation nationale. Un enseignement en sciences médicales et pharmaceutiques devrait commencer en Octobre 1961(162).

La faculté de médecine d'Oran a été créée en 1968, et le département de chirurgie dentaire en 1975. Le premier doyen était le professeur Lazreg. Puis les réformes de 1971 qui ont touché le secteur de l'enseignement supérieure ont conduit à une réduction de la durée des études médicales de 07 années à 06 ; cette réforme suivait la vision politique de l'époque pour une algérianisation, une démocratisation, et une accélération de la formation en sciences médicales, sorte de rupture avec le passé colonial.

(160)Pr VENTEJOUL : Président du comité de l'enseignement de la médecine au Ministère de l'éducation nationale de France.

(161)Allocution de Mr CONIOT « PV de la 9eme séance, vendredi le 18 Novembre 1960, exposé sur l'enseignement », *Conseil régional, Département d'Oran, Rapport de Préfet, PV et délibération, session ordinaire Octobre 1960, Oran,1961.*

(162) Ibid.

Ainsi la faculté de médecine est transformée en institut national d'enseignement supérieur en sciences médicales INESSM, dissout à nouveau en 1990 et rattaché à l'université(163). Après l'indépendance, la faculté de médecine formé en moyenne 46 médecins par an durant les années soixante, 350 en 1976, 1200 à 2000 en 1986, et 3500 à 4500 de nos jours(164).

La formation est cependant à revoir car la post graduation est devenue une vocation pour les mieux classés parmi les lauréats, le but est lucratif et l'aspiration pour un poste de travail stable, ensuite le spécialiste s'installe en privé ou se déplace à l'étranger, et aucune relève n'est assurée. La formation en CES de médecine d'urgence et en obstétrique, nécessite d'être ouverte en urgence à travers toutes les facultés de médecine.

Au cours de notre entretien avec le responsable chargé de la scolarité à la faculté de sciences médicales d'Oran, il nous a informé que le diplôme de médecin généraliste date de 1971. Cependant l'évolution des programmes reste statique, avec inclusion de certaines nouveautés en médecine ; on constate une nette différence entre le système algérien et le système français. La formation est répartie en deux étapes (préclinique et clinique), Exp : le module d'endocrinologie qui dure 03 semaines devrait l'être en 04 semaines.

De la 3^{ème} année à la 7^{ème} année, la formation est validée par des stages (théorie, TD et stage validant). Plusieurs insuffisances sont constatées à savoir des services qui assurent les stages mais ne les valident pas (infectieux / cardiologie /hématologie /gastrologie / psychiatrie /médecine sociale

/Ophtalmologie). D'autres services n'assurent pas de stages en externat (gynécologie /urologie /endocrinologie / urgences médico-chirurgicales).

(163) ABID Larbi. *La pratique médicale en Algérie, de la période coloniale à nos jours*. Alger : ANEP.2008.p.p.201-203.

(164) Ibid.

Un déficit dans l'encadrement est appréciable surtout avec 300 étudiants en 6^{ème} année, enfin avec 04 stages en 7^{ème} année (internat) obligatoire et rotatoire d'une durée de 03 mois chacun demeure insuffisant pour la formation. On enregistre la sortie à Oran de près de 600 médecins par an (section mois Septembre / Janvier / Mars / Juin).

La formation du personnels pour l'exécution des différents Programmes nationaux de santé est insuffisante selon 94 % des questionnés.

Nous avons ciblé une population de professionnels, afin de mener eu mieux notre enquête de terrain, l'échantillon était représenté par 30résidents, et les questions portaient sur leurs revendications et leurs préoccupations. Cette catégorie représentée par les deux Sexes masculin 46 % et féminin 54 % ; tous étudiants en médecine (99 % était leur choix) ; 40 % pensent que la sélection aux études médicales est arbitraire contre 60 % ; 7 % ont exprimé que le système de formation est efficace alors que 93 % ont critiqué ce système, et80% ont estimé la durée de stage insuffisante ; cependant 20 % sont satisfaits de cette durée, 90 % confirment que l'aptitude pour une spécialité est fondamentale. 80 % estiment que les programmes d'enseignements, les modalités d'examens et le statut de résident affectent les études en sciences médicales spécialisées ; 82 % croient et pensent que le service civil à échoué, 84 % estiment que la politique et le système de santé doivent faire l'objet d'une réforme profonde en matière de ressources humaines et leurs répartitions.

2.4 -Le recours aux NTIC :

2.4.1 –Le système d'information sanitaire :

La gestion efficace des connaissances est actuellement considérée comme un facteur déterminant de la performance et de la compétitivité des organisations. Les nouveaux modes de gestion des connaissances, notamment ceux qui font appel aux technologies de l'information et de la communication (TIC), peuvent

améliorer l'efficacité en permettant de mieux gérer le temps, d'offrir des services de meilleure qualité, de favoriser l'innovation et de réduire les coûts. Les inégalités grandissantes en matière d'accès aux connaissances et à l'information, mais aussi de transformation des connaissances en politiques et en mesures concrètes (décalage entre les connaissances et l'action), de même que la fracture numérique(ou la cyber diversité) entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci, sont autant d'obstacles sérieux à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé, ainsi que d'autres objectifs de développement sanitaire fixés au niveau international(165).

Le Sommet mondial sur la Société de l'Information (SMSI), tenu à Genève en 2003 et à Tunis en 2005, a adopté un plan d'action qui souligne l'importance de la gestion des connaissances et de l'utilisation efficace des technologies de l'information et de la communication(TIC) pour le développement international, et notamment pour l'action sanitaire. L'Union africaine et le Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique ont également désigné la fracture numérique et la cybersantécomme des questions ultra-prioritaires, du point de vue du développement du continent africain. L'OMS a défini la gestion des connaissances comme «un ensemble de principes, d'instruments et de pratiques qui permettent aux individus de créer des connaissances, et de mettre en commun, traduire et appliquer ce qu'ils savent pour créer de la valeur et gagner en efficacité»(166).

La Stratégie de gestion des connaissances et les Orientations de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005–2009laissent entendre implicitement que la gestion des connaissances pour la santé constitue une priorité essentielle. En outre, la résolutionWHA58.28 de la Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé a invité instamment les Etats membres à promouvoir activement et à

(165) www.who.org.

(166) Ibid.

soutenir des initiatives dans le domaine de la cybersanté, tout en priant également le directeur général de le faire(167).

Une bonne gouvernance n'est possible que si l'on dispose d'informations de qualité sur les problèmes de santé, sur le contexte dans lequel le système de santé fonctionne et sur l'efficacité de ce dernier. Il faut notamment disposer, en temps voulu, d'informations (168).

a - sur les progrès accomplis dans la résolution des problèmes de santé et l'atteinte des objectifs sociaux (en particulier l'équité), que l'on obtiendra notamment, mais pas seulement, par le biais d'enquêtes auprès des ménages, de l'état civil et de la surveillance épidémiologique.

b - sur le financement de la santé, que l'on obtiendra notamment par le biais des comptes nationaux de la santé et d'une analyse des dépenses catastrophiques et des obstacles financiers et autres à l'accès des pauvres et des personnes vulnérables aux services de santé.

c - sur les besoins en ressources humaines pour la santé et leur évolution ; sur la consommation de produits pharmaceutiques et l'accès à ces produits ; sur l'intérêt et le coût des technologies ; sur la répartition et la pertinence des infrastructures.

d - sur l'accès aux soins et la qualité des services fournis.

e -Un plan national de suivi et d'évaluation comportant des indicateurs de base ainsi que des dispositions concernant le recueil, la gestion, l'analyse, la communication et l'utilisation des données.

f- Un système rendant les informations accessibles à toutes les parties prenantes, y compris les communautés, la société civile, les professionnels de la santé et les décideurs en matière de politique de santé.

(167)www.who.org.

(168) Ibid.

Sur la question de l'efficacité du système d'information sanitaire, 50 % croient qu'il est insuffisant et que le cloisonnement et l'asymétrie des informations entraînent une mauvaise régulation du flux des malades et aussi bien une défaillance dans la gestion des crédits. Le renforcement et le développement des systèmes de gestion de l'information sanitaire pour la prévention et la lutte contre les maladies dans l'espace public de santé n'est possible que grâce à une base de données intégrée.

Un groupe de chercheur multidisciplinaire travaille ensemble dans le but de mettre en œuvre un projet de données et d'informations sur le concept santé – environnement appelé SIENS (Système d'Information ENvironnement Santé). Ce groupe de recherche est née au sein du CRASC (Centre Nationale de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle) et y active actuellement(169).

Ce système d'information et de collecte de 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 générations(170).

2.4.2 – L'information, l'éducation et la communication :

La formation des formateurs et la multiplication des campagnes de sensibilisations (semaine de formation) à la radio, et le Projet TV PMI (vaccination-accouchement- accidents domestiques- premiers gestes de secours.....) vont contribuées à la réussite des programmes IEC ?

(169) SAIDI Ahmad et allo, « SIENS : Un outil d'information et de prise de décision en matière de santé environnementale », *In : Les cahiers du CRASC*. N° 19, 2009. , pp.10-11.

(170) Ibid.

Plus de 68 % estiment que la médicalisation excessive de la prévention demeure néfaste et que cette dernière sera plutôt efficace si on travaillait surtout en amont sur l'éducation sanitaire et l'information afin de minimiser les problèmes de la santé publique liés à la prévention et en améliorant les conditions de vie de la population afin de réduire les comportements à risque par compulsion chez la population. Car on note une défaillance dans le système de coordination, en matière de prévention entre les différents secteurs selon 83 % des questionnés.

Exemple : une Angine évolue vers un RAA (Rhumatisme articulaire aigu) pour aboutir à un RM (Rétrécissement mitral). Donc le programme doit cibler le RAA ? Ceci fait intervenir l'intersectorialité, la budgétisation du programme suffisante et non interrompue, ainsi que l'amélioration des compétences des UDS. Mais des contraintes sont enregistrées à savoir :

1 – L'adhésion à la politique de santé, car le personnel médical est l'acteur principal (formation continue et actualisée insuffisante)

2 – Le budget : doit bénéficier d'une formation sur la gestion des programmes (grand intérêt)

2 – La multiplication des cellules d'IEC pour la sensibilisation.

La vie de l'être humain est basée sur la capacité à s'éduquer et de se questionner. La santé c'est la capacité de vivre et trouver le sens de vivre. Il faudrait faire de la santé un projet au lieu de faire de la maladie un cauchemar. L'homme se construit et donne un sens à sa vie, et se renouvelle d'une façon permanente(171).

La bascule du concept de « la médicalisation de la santé » vers le concept de

(171) STEVENIN Phillipe, « La santé par l'éducation », In : *Série de l'éducation et santé*, 2006. Vol 39. N° 1. pp75, 95.

« L'éducation de la santé » dont l'objectif est de promouvoir et de changer le sens de la santé, car le médical est inondé dans le social.

Une école de formation « santé-social » qui assure la transformation permanente, sur la base de savoir et la méthodologie de questionnement fera du professionnel de la santé et du social un artisan de la santé(172).

Les bases conceptuelles de santé sont la libération des initiatives et la promotion des adhérents comme leaders d'opinion populaire, car l'éducation pour la santé est un espace du pôle socio-éducatif(173).

Section 3 - Quel avenir pour la santé ?

Les nouvelles orientations des politiques de santé des Etats imposent des reformes à ces derniers, suite aux recommandations des conférences d'Alma Ata en 1978, celle de Harari sur l'organisation du système de santé en 1987(décentralisation du système de santé) et aussi la conférence Bamako sur le financement des soins de santé (recouvrement des coûts).

Cependant dès le début des années 90, de nouvelles mutations surgissent sur la scène internationale, l'effondrement du bloc soviétique l'émergence d'une puissance mondiale appelant à un nouvel ordre mondial, en exportant les notions de la démocratie, le libéralisme, les droits de l'homme. La soumission à ces pressions est conditionnée par l'aide que procurent ces puissances occidentales via les instances internationales comme l'OMC, OMS ou les ONG. D'autres orientations émanant aussi des institutions internationales financières comme la Banque mondiale et le Fond monétaire international et qui

sont comme la

(172) STEVENIN Phillipe, « La santé par l'éducation », In : *Série de l'éducation et santé*, 2006. Vol 39. N° 1. pp75, 95.

(173) BREKSI Kamel, Préparer l'avenir de nos enfants : avec eux, c'est possible !, Les acteurs du développement local durable en Algérie : comparaison méditerranéenne, colloque, Oran Mai 2003, Ed : CRASC, 2004.pp.227-230.

Banque mondiale et le Fond monétaire international et qui sont considéré comme des acteurs principaux dans l'élaboration des politiques des Etats en développement et surtout des politiques de santé, et imposent des désengagement de l'Etat dans la gestion des affaires de santé, une bonne gouvernance, une décentralisation suivie d'une déconcentration et une privatisation du secteur selon les normes du marché en application des règles internationales de l'OMC.

Suite aux plans d'ajustement structurel imposés par les instances financières internationales, l'Etat est devenu incapable d'assurer le financement de toute la pyramide sanitaire, de leur coté la population a été menée à changer son comportement vis-à-vis de ce système de santé en s'orientant plus vers les structures lourdes ou la prise en charge est meilleure, les équipements suffisants et sophistiqués, et des professionnels compétents.

Ceci à produit le concept d'hospitalo-centrisme chez la population , la méfiance et la crise de confiance dans les structures périphériques des soins de bases qui sont habilitées à prendre en charge la taches des soins primaires et surtout la prévention comme politique de santé en amont .

De plus l'hôpital est devenu un lieu ou on peut bénéficier de soins , d'examens biologiques et radiologiques, de médicaments et d'hospitalisation , les interconnaissances et les relations personnelles jouent un rôle très important dans cette configuration , cette situation conforte le patient et son entourage en toute sécurité.

Cette hiérarchisation du système de santé et la libéralisation de l'offre de soins ont engendré une anarchie dans la gestion et la régulation des soins à tous les

niveaux.L'expansion rapide des structures privées quantitativement et qualitativement orientent vers une recomposition des rapports entre les pouvoirs publics, le secteur public et le secteur privé. On observe une montée de ces rapports marchands de soins, non pas adaptés aux normes, mais au contraire au clientélisme et aux relations personnelles(174).

(174) MEBTOUL Mohamed, « L'introuvable, césure public privé », In : *Autre part*. N° .29, 2004.pp.

Conclusion :

Dans ce mémoire nous avons essayé d'exposer et de mener une réflexion sur la politique de la santé en Algérie et surtout son impact sur la wilaya d'Oran. Cette réflexion est une contribution basée sur une enquête qualitative et une expérience dans le champ de la santé.

La santé est un facteur de cohésion de la société favorisant la paix sociale. L'application d'une politique de santé doit faire l'objet d'un véritable débat, entre les différents acteurs de santé, que ce soit les professionnels ou les décideurs. Les deux secteurs public et privé doivent être coordonnés, collaborés et travaillés mutuellement dans un esprit d'entente et de confiance et non pas dans un esprit de méfiance, de discordes et de rivalités, et doivent aussi s'intégrer dans la sphère d'une vraie politique d'Etat qui aspire à mettre en œuvre une stratégie nationale pour la prise en charge de manière efficace et efficiente des problèmes de santé du citoyen. L'esprit de rente, de conservatisme et de pouvoir n'ajoutera que l'immobilisme et la défaillance au système de santé.

La politique de densification des structures sanitaires et l'importation des équipements lourds seraient-elles la solution aux problèmes de la santé? Pourquoi les sommes colossales investies dans le secteur de la santé n'arrivent pas à améliorer la situation ?

La conversion du concept « santé-droit » du citoyen en concept « santé-devoir » de l'État est une priorité absolue pour la mise en place d'une politique de santé qui garantisse l'équité, l'efficacité et l'efficience.

La santé représente un des enjeux du XXI^{ème} siècle et c'est un des principes fondamentaux de la population. Donc il faudrait mettre davantage l'accent sur la politique préventive, afin de freiner la hausse des dépenses de la santé, celle-ci qui dépend aussi des comportements et des habitudes personnelles.

Les stratégies mises en œuvre restent largement contingentes des besoins révélés au jour le jour et des capacités d'adaptation à court terme des structures de soins concrétisées par des microdécisions quotidiennes.

L'analyse des modes de fonctionnement de la hiérarchisation de soins est plutôt conservatrice, et par conséquent on constate que le système de santé devient un champ d'affrontements corporatiste, ou le pouvoir est redistribué en une seule catégorie d'acteurs (les professionnels de santé), ce qui entraîne l'apparition d'un nouveau dispositif de contrôle appelé « pouvoir biopolitique ».

Le fonctionnement du système de santé suppose d'importantes dépenses et des mécanismes de financements viables car la santé n'a pas de prix mais elle a un coût. Cependant la performance d'une politique de santé ne se résume pas seulement aux dépenses, mais au contraire elle se prolonge au bon niveau de santé garanti à la population, à la distribution la moins inéquitable possible des soins au profit de la population, et un système qui recouvre la dignité de la personne, la rapidité et la coordination des différents soins et à tous les niveaux de l'ossature de la chaîne de soins afin que la trajectoire du patient soit respectée. Le débat dominant concerne principalement l'efficacité des dépenses, la maîtrise des coûts et l'équité. La santé pose un problème budgétaire redoutable, mais les réformes lancées peuvent permettre une bonne gestion équitable et efficace de l'accroissement des dépenses. Le contrôle budgétaire stricte et les mesures améliorant la performance du système de santé permet l'accès à des soins de qualité tous en maîtrisant les dépenses publiques. La gestion et la coordination des services de santé réduira les coûts en éliminant les prestations de soins excessives, cela pourra être réalisé grâce à une orientation préalable dans un système où le médecin référent (médecin conventionné avec les services d'assurances maladies) gère la santé du patient et coordonne l'orientation vers le spécialiste ou l'hôpital.

Les ressources humaines sont au cœur du système et la politique de santé, une gamme inappropriée de compétences et des lacunes sont constatées en matière de professionnels spécialistes, et de paramédicales dans la couverture géographique des prestations de soins. La corrélation est fortement positive entre densités médicales, compétences de praticiens et la qualité de couverture sanitaire.

L'émergence d'un régulateur aux compétences multiples devint une nécessité absolue afin de garantir la qualité de prestations et veiller à ce que les profits réalisés par les agents en concurrence publics ou privés résultent d'une rationalisation du processus productif et non des phénomènes de sélection des patients. Une véritable introduction d'une concurrence entre les différents agents organisée et contrôlée doit accompagner toute réforme du système de santé. L'Etat comme régulateur se positionne entre, d'une part, la gestion centralisée d'un système national de santé soucieux de l'équité mais gagner par l'inefficacité, et d'autre part une libéralisation excessive qui sous couvert d'efficacité réduirait le rôle de l'Etat et engendrerait une inégalité croissante dans l'accès aux soins.

Les acteurs locaux qui interviennent dans le champ de la santé n'exercent pas un pouvoir décisionnel, ceci explique l'absence d'une politique de santé locale qui se limite à des consultations et exécution des programmes nationaux, mais au contraire un exécutoire émanant d'une autorité centrale qui monopolise ce pouvoir. Le secteur de la santé est en face d'un problème de santé majeur, qui se caractérise par l'émergence des maladies non transmissibles, la santé mentale et le vieillissement de la population, cela qui demanderait beaucoup d'efforts afin de contraindre les conséquences sociales, s'ajoute à cela la réémergence des maladies transmissibles qui viennent interpeller les pouvoirs publics afin de les contrecarrer et les prendre en charge.

On doit réfléchir à de nouvelles méthodes et des mécanismes de gestion pour la mise en place d'une vraie politique de santé et la mise en œuvre d'une stratégie grâce à la promulgation d'une loi de santé non pas liée aux intérêts des différentes parties, mais qui réponde aux préoccupations et les aspirations du citoyen.

On constate que l'évolution démographique de la wilaya d'Oran montre d'importants changements qui se sont opérés au niveau de la structure par âge avec notamment une réduction du groupe des jeunes, un gonflement de celui des adultes et une augmentation constante de la population âgée annonçant l'inévitable vieillissement de la population.

D'importantes répercussions économiques et sociales sont attendues notamment pour la population active avec l'arrivée des générations de plus en plus nombreuses sur le marché du travail. L'augmentation de la proportion des sujets âgés pose déjà le problème des pensions avec un système de retraite qui éprouve des difficultés financières énormes. La charge de cette évolution démographique a besoin de l'amélioration des progrès dans le système de santé. On constate donc que la population suit un accroissement géométrique, cependant les infrastructures suivent un accroissement arithmétique, ce qui explique que la réalisation de nouveaux projets et les prévisions en moyen humains (professionnels médicaux tous corps confondus) et des équipements ne sont pas proportionnels par rapport à l'évolution de la population. Malgré une grande insatisfaction résiduelle, les Oranais restent attachés à un système de soins basé sur l'égalité d'accès aux soins et la solidarité nationale.

La mise en place d'un réseau de soins de bases dans le but de renforcer les soins de proximités et la prévention, est entièrement désarticuler de la pyramide des soins, puisque aucune coordination n'existe tout au long de la chaîne de soins ou même pour le suivi de la trajectoire du malade.

Le système de santé publique en Algérie connaît un dysfonctionnement important, et doit être revue en profondeur afin de garantir l'efficacité, l'efficience et la promotion de la santé. Ces réformes profondes et successives dans le secteur de la santé cherchent à transformer l'organisation des soins en Algérie.

Le secteur sanitaire est actuellement soumis à un double mouvement de normalisation et de rationalisation : d'une part l'activité des soins est de plus en plus encadrée par des « normes »; et d'autre part une politique de réduction des dépenses, qui visent à optimiser l'organisation des soins, afin d'en améliorer la qualité et d'en réduire les coûts. Cette politique publique s'inscrit toutefois dans un univers caractérisé par une pluralité d'acteurs (administrations, professionnels de santé, syndicat, etc.....

BIBLIOGRAPHIES

I - Ouvrages :

– Ouvrages portant sur la question de la santé :

- 1 - AOUIJ MRA Amel, DOUCHEZ Marie Helene, FEUILLET Brigitte. *Santé, argent et éthique, une indispensable conciliation, étude française et tunisienne*. Paris : Harmattan, 2005.
- 2 - BONNICI Bernard. *L'hôpital, obligations de soins, contraintes budgétaires*. Paris : La documentation française, 2007.
- 3 - BOUSSOUF Rabah. *Géographie et santé en Algérie*. Alger : OPU, 1992
- 4- CARRICABURU Daniel, MENORET Marie. *Sociologie de la santé, institutions professions malades*. Paris : Armand, 2004.
- 5 - CHAYATA Karim. *Les critères de répartition des moyens financiers par établissement de soins*.
- 6 - DURIEZ Marc, DIANE LEQUET Salma. *Système de santé en Europe, Collection que sais-je ?* Paris : Vendôme, 1998.
- 7 - DURIEZ Marc, DIANE LEQUET Salma. *Système de santé en France, Collection que sais-je ?* Paris : Vendôme, 1996.11 - FASSIN Didier. *L'espace politique de la santé, essai de généalogie*. Paris : 1999.
- 8- FASSIN Didier. *Les figures urbaines de la santé publique*. Paris : La Découverte, 1998.
- 9- FASSIN Didier. *Les enjeux politiques de la santé*. Paris: Kharthala, 2000
- 10- GILBERT Claude, HENRY Emmanuel. *Comment se construisent les problèmes de la santé publique*. Paris : La Découverte, 2009.
- 11 -GRIMALDI André. *L'Hôpital malade de la rentabilité*. Paris : Fayard, 2009
- 12 - HALPERN Catherine. *La santé un enjeu de la société*. Auxerre : Sciences humaines, 2010.
- 13 - HONORE Bernard. *L'hôpital et son projet d'entreprise, vers l'œuvre de santé*. Toulouse : Harmattan. 1990.
- 14 - HOURS Bernard. *Systèmes et politiques de santé, de la santé publique à l'anthropologie*. Paris : Kharthala, 2001.
- 15- KAYA SID ALI Kamel. *Politique pharmaceutique et synthèse de santé en Algérie*. Alger : OPU, 1994.

- 16 - LAMRI Larbi. *Le système de sécurité social en Algérie, une approche économique*. Alger : OPU, 2004.
- 17 - MEBTOUL Mohamed .*Une anthropologie de la santé, les professionnels de la santé en Algérie*. Paris : Harmattan, 1994-
- 18 - MEBTOUL Mohamed. *Le contexte de la santé à Oran*
- 19 - MEBTOUL Mohamed. *Médecins et patients en Algérie*. Oran : Dar El Gharb, 2005
- 20 - MOUGEOT Michel. *Régulation du système de santé*. Paris : Documentation Française, 1999.
- 21 - OUFRIHA Fatima Zohra. *Un système de santé à la croisée des chemins*. Alger : CREAD ; 2006
- 22 - OUFRIHA Fatima Zohra. *Système de santé et population en Algérie*. Alger : ANEP ; 2002.
- 23 - PALIER Bruno. *La réforme des systèmes de santé Que sais-je ?* Paris : PUF, 2004.
- 24 - VIDAL Laurent. *Les objets de la santé*. Paris: IRD, Armand Colin, 2004.
- 25 - SFEZ Lucien. *L'utopie de la santé parfaite*. Paris : PUF, 2001.

– Ouvrages portant sur l'histoire :

- 1 - YVONNE Turin, *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale- écoles, médecines, religion, 1830-1880* ; Paris, Ed : François Maspero, 1971.
- 2- KHIATI Mustapha. *Histoire de la médecine en Algérie* – Alger : ANEP 2000.
- 3 - ABID Larbi. *La pratique médicale en Algérie, de la période coloniale à nos jours*. Alger : ANEP.2008.
- 4- TEGUIA Mohamed, *L'Algérie en guerre*, Alger : OPU, 2009.

– Ouvrages portant sur la géographie, démographie et population :

- 1 – SOUIAH Sid-Ahmed, TOUTAIN Stephanie. *L'analyse démographique et spatiale, outils et méthodes en géographie*. Nantes : Du Temps, 2005.
- 2 – Statistique collection ONS. *Evolution des populations et des limites communales 1977-1987*. Alger : OPU, N° 22, 1991

– Ouvrages portant sur la méthodologie :

1 – STRAUSS. A, CORBIN. J, « l'analyse des données selon la Groundedtheory. Procédures de codage et critères d'évaluation » *In Cefai Daniel, L'enquête de terrain*, Paris : La Découverte, 2002.

2 – GRAWITZ Madeleine, *Méthodes des sciences sociales*, 10 ème édition, Paris : Dalloz, 1996.

3- BECKER H.S, « Inférence et preuve en observation participante. Sur la fiabilité des données et la validité des hypothèses », *In Cefai Daniel, L'enquête de terrain*, Paris : La Découverte, 2002.

II - Editions du CRASC :

1 - L'Algérie 50 ans après. Etat des savoirs en sciences sociales et humains 1954-2004. Symposium Septembre 2004, Oran : CRASC, 2008.

2 - Villes d'Algérie. Oran: CRASC, 2010.

3 - Les acteurs du développement local durable en Algérie : comparaison méditerranéenne, colloque, Oran Mai 2003. Oran : CRASC, 2004.

4- Les cahiers du CRASC. « SENS (Société, Environnement, Santé »). Oran : CRASC, N° 19, 2009.

5 – A R B, AfricaReview of Books /Revue Africaine des Livres, Vol2 N°2- Septembre 2006.

III–Thèses et mémoires :

1- SALHI Mahmoud. Population et besoins sociaux essentiels en Algérie à l'horizon 2038. Thèse Doctorat en démographie. Oran, 2005.

2- BENABDELOUHED Ahmed. Analyse des besoins en matière de santé de la population de la commune d'Oran. Mémoire fin d'étude Licence. Oran, 2000.

IV – Revues scientifiques :

A – Scientifiques :

1 – Insaniyat. N° : 5, 6, 8, 16, 24, 25, 38.

2- Séries sociales et santé. 2009. Vol 27.N° 1.

3 - Série de l'éducation et santé. .Vol 25. N° 1.

- 4 - Le mouvement social. 2009. N° 229.
- 5 - Revue Française pédagogique. N° 114
- 6 - Le Débat historique. N° 79.
- 7 - Autre part. 2004. N° 29.
- 8 - Philosophie de la France et de l'étranger.2009.N°1.
- 9 – TarrikEttib, 2005, N°3.
- 10- Revue Psychosomatique.2009, N°36.

B – Autres :

- 1–Publication du conseil de la nation- CN, Algérie.
- 2 - El Djazair. N° 34 ; 2011.
- 3 - Idahaate, NC Event, 2008.N° 1 & 2.
- 4- Revue du parlement –APN-, Algérie.
- 5 – La lettre d’ADS, 2007,N° 4.

V - Rapports:

- 1- Réunions restreintes de son excellence Monsieur le Président de la République avec le Ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière 2008 – 2009 – 2010.
- 2 - Rapport assemblée populaire de la wilaya d’Oran 2011 sur le secteur de la santé - Session ordinaire mois 2012 -
- 3 - Rapport annuel 2009de la commission nationale consultative de la promotion et de la protection des droits de l’homme, Alger : ANEP, 2010.
- 4- Résultats du RGPH 2008 à Oran.
- 5- Allocution de Mr CONIOT « PV de la 9eme séance, vendredi le 18 Novembre 1960, exposé sur l’enseignement », *Conseil régional, Département d’Oran, Rapport de Préfet, PV et délibération, session ordinaire Octobre 1960, Oran, 1961.*

VI - JORADP :

1 - Loi 85/05 du 16 Février 1985 modifié par la loi n° 08-13 du 20 juillet 2008 modifiant et complétant la loi N° 85-05 relative à la protection et à la promotion et à la protection de la santé

2 - Loi n°12-07 du 21 février 2012 relative à la wilaya.

3 - Loi n° 11/ 10 du 22 Juin 2011 relative à la commune

4 - Décret exécutif n°11-379 du 21 novembre 2011 fixant les attributions du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

5 - Décret exécutif n°11-380 du 21 novembre 2011 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière publié dans le JORADP N°63 du 3 novembre 2011.

VII– Sites électroniques :

1- www.dsp-oran.gov.dz.

2- www.msprh.gov.dz.

3- www.cnas.dz.

4 – www.who.org.

VIII–Journaux quotidiens :

1 – El-watan – N° 6297 du 07 Juillet 2011.

2 - Le quotidien d'Oran- N° 5249 et 6488.

3 - El Djoumhouria – 28 Juillet 2011-

IX–Déclarations et conférences :

1 - La déclaration d'Alma-Ata a été établie à l'issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, (Alma-Ata, du 6 au 12 septembre 1978).

2 - Conférence nationale sur le thème « Politique de santé et réforme hospitalière » tenue à l'EHU « 1ere Novembre » d'Oran le 17 et 18 Février 2011.cette rencontre entre dans le cadre de la politique nationale de la santé, qui est venu suite à une première conférence nationale qui a eu lieu du 05 au 07 Février 2011 à Alger.

3 - Assises sur la santé organisées en 1999.

4 - Avant projet de la loi sanitaire, version provisoire soumise à concertation Février 2003.

Références

1 – Liste des tableaux :

Tableau 1 :Système de santé Turc.....	30
Tableau 2 : Système hospitalier militaire suivant les troupes et/ou colons.....	35
Tableau 3 : Missions caritatives.....	36
Tableau 4 : État des médecins exerçant à Oran..... ;.....	37
Tableau 5 : Vaccination des musulmans à Oran 1844-1856... ;.....	38
Tableau 6 : Répartition du corps de la santé –Niveau 1- Secteur privé-.....	69
Tableau 7 : Répartition du corps de la santé –Niveau 1-Secteur public-.....	69
Tableau 8 : Répartition du corps de la santé –Niveau 2-.....	70
Tableau 9 : Répartition du corps de la santé –Niveau 3-Service public.....	70
Tableau 10 : Répartition des structures de la santé –Niveau 1- salles de soins -.....	71
Tableau 11 : Répartition des structures de la santé –Niveau 1- Polycliniques-.....	72
Tableau 12 : Taux de couverture moyen lits /habitants.....	72
Tableau 13 : Sages femmes et Corps Paramédicales du secteur public par niveau	73
Tableau 14 : Sages femmes et Corps Paramédicales du secteur public par zone.....	74
Tableau 15 : Sages femmes et Corps Paramédicales du secteur privé.....	74
Tableau 16 : Spécialités dominantes dans le secteur privé.....	75
Tableau 17 : indice synthétique de la wilaya 1.....	77
Tableau 18 : Indice synthétique de la wilaya par rapport au national	78
Tableau 19 : Indice synthétique de la wilaya 2.....	78
Tableau 20 :Répartition de la population résidente selon les différents RGPH.....	81
Tableau 21 :Critères de classification des EPH et EPSP.....	84
Tableau 22 :Classification des EPH et EPSP.....	84
Tableau 23 :Classification des EPH et EPSP à Oran.....	84

2 – Liste des figures :

Figure 1 : Hiérarchisation dans le rang des médecins.....	31
Figure 2 : Pyramide des Soins.....	60
Figure 3 : Pyramide des âges et sexes.....	80
Figure 4 : Le territoire de la wilaya est composé de six zones géo-sanitaires.....	82
Figure 5 : Desserte de structures de soins de proximité jour et nuit par rapport à la population.....	83
Figure 6 : Couverture sanitaire par les structures de niveau 2.....	83
Figure 7 : Couverture sanitaire par les structures de niveau 3.....	85
Figure 8 : Organisation de l'administration centrale 1996.....	101
Figure 9 : Organisation de l'administration centrale 2011.....	102
Figure 10 : Organigramme de la Direction de la santé et de la population Oran.....	105
Figure 11 : Interactions entre les différents acteurs locaux de la santé au niveau de la wilaya d'Oran.....	110
Figure 12 : Système de santé (Etat, Sécurité sociale, Fournisseurs de soins, Usagers).....	124

Abréviations :

AAM : Accroissement annuel moyen

ADS : Agence de développement social

AEMAN : Association des Etudiants musulmans de l'Afrique du Nord

AMG : Assurance maladie gratuite

APC : Assemblée Populaire Communale

APW : Assemblée Populaire de Wilaya

CACOBATH : Caisse nationale des Congés payés et du chômage intempéries des secteurs du bâtiment, travaux publics et de l'Hydraulique

CASNOS : Caisse nationale de sécurité sociale des non salariés

CEM : Centre d'enseignement moyen

CES : Certificat d'études spécialisées

CHU : Centre hospitalo- universitaire

CMS : centre médical social

C M U : Couverture médicale universelle

CNAC : Caisse nationale d'assurance de chômage

CNAS : Caisse nationale d'assurance Sociales des travailleurs salariés

CNCPPDH : Commission nationale consultative pour la promotion et la protection des droits de l'homme

CREAD : centre de recherche en économie appliquée de développement.

CNR : Caisse nationale de retraite

CRS : Conseil Régional de la Santé

DIU : Dispositif intra utérin

DNS : Dépense Nationale de Santé

DSPW : Direction de la santé et de la population de wilaya

EH : Établissement hospitaliers

EHP : Établissement hospitaliers publics

EHS : Établissement hospitalier spécialisé

EHU : Établissement hospitalo-universitaire

EPSP : Etablissement public de soins de proximité

FLN : Front de libération national

FMI : Fond monétaire international

GMH : Groupe de maladies homogènes

HTA : Hypertension artérielle

IEC : Information, éducation et communication

INSP : Institut national de santé publique

IPA : Institut pasteur d'Algérie

ISF : Indice synthétique de fécondation

ISM : Institut de sciences médicales

IRA : Insuffisance respiratoire aigue

IRM : Imagerie par résonance magnétique

JORADP : journal officiel de la république algérienne démocratique et populaire

MESRS : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

MMI : Mortalité materno-infantille

MSPRH : Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

MST : Maladies sexuellement transmissible

MTH : Maladies a transmission hydrique

NGAP : Nomenclature générale des prestations des actes professionnels

NTIC : Nouvelles technologies d'informations et de communications

OAS : Organisation Armée Secrète

OGM : Organe génétiquement modifié

OHSN : Organisation d'Hygiène de la Société des Nations

OIT : Organisation internationale du travail

OMC : Organisation mondiale du commerce
OMD : Objectifs du millénaire de développement
OMS : Organisation mondiale de santé
ONG : Organisation non gouvernementale
ONS : Office National des Statistiques
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PIB : Produit intérieur brut
PAPC : Président de l'Assemblée Populaire Communale
PAS : Plan d'ajustement structurel
PEV : Programme élargie de vaccination
PMI: Protection materno-infantile
RAA : Rhumatisme articulaire aigue
RM : Rétrécissement mitral
RSS : Régime standard de séjour
SEMEP : Service médicale d'épidémiologie et de prévention
SH : Section homogène
SIDA : Syndrome immunitaire déficient aigue
SMSI : Sommet mondial sur la Société de l'Information
SSP : Soins de santé primaires
TD: Travaux dirigés
TM : Ticket modérateur
TMI : Taux de mortalité infantile
TMM : Taux de mortalité maternelle
TOL : Taux d'occupation de logement
TV: Télévision
UDS : Unité de Dépistage et de Suivi
UGEMA : Union Générale des Etudiants Musulmans Algériens
WHA: World health assembly
ZGS: Zone géosantitaire

ANNEXES

Premiers résultats de l'étude empirique

1- Un questionnaire destiné aux professionnels de la santé (40 questions).

A – Nombre distribué 100.

B – Nombre récupéré 70.

2- Un questionnaire destiné aux étudiants en graduation et post graduation (13 questions).

A – Nombre distribué 40.

B – Nombre récupéré 30.

Exploitation des données(Professionnels de la santé)

- Nombres de questions : 2800.
- Nombres de réponses : 2434
- Nombres de non réponses : 366
- Sexe : Masculin 27
Féminin 43
- Appréciations : 15

Le questionnaire couvre 05 axes

1 Organisation:

12 Questions(1,2,5,6,7,17,23,27,32,33,36,37).

2 – Fonctionnement :

13 Questions(4,8,9,13,14,15,16,18,24,30,31,38,39,).

3 – Secteur public /privé :

05 Questions (3, 21, 22, 25,26).

4 – Prévention :

05 Questions (19, 20, 29, 34,35).

5 – Sociologie :

03 Questions (10, 11,28).

6 – Formation :

02 Questions(12,40).

Exploitation des données(Résidents)

- Nombres de questions : 360
- Nombres de réponses : 311
- Nombres de non réponses : 49
- Sexe : Masculin 14
Féminin 16
- Appréciations : 04

Le questionnaire couvre surtout la formation en graduation et post graduation.

QUESTIONNAIRE (aux professionnels de la santé)

– Sexe

M

27

F

43

01 – La centralisation est-elle considérée comme un handicap pour l'amélioration du système de santé?

Oui

58

Non

12

Autres.....

02 - Croyez-vous que la bureaucratie joue un rôle important dans la régulation du système de santé?

Oui

56

Non

14

Autres.....

03 – Comment évaluer vous la relation entre le secteur public et le secteur privé?

- Césure

32

- Rapport de force

16

- Complémentarité

36

04 – Parmi les facteurs suivants, quel-est le plus influent sur le système de santé?

- Humains

57

- Equipements

31

- Infrastructures

19

- Autres.....

05 – La carte sanitaire actuelle répond elle aux besoins en matière de santé de la population Oranaise?

Oui

23

Non

47

06 – Si non, une révision de celle-ci est-elle une nécessité absolue?

Oui

65

Non

05

07 – Etes vous pour une décentralisation (régionale ou local)du système de la santé?

Oui

67

Non

03

08 – Le critère de référence d'un Hôpital "pole d'excellence", c'est :

- L'hôpital

23

- Le professionnel

30

- Les deux

51

09 – A travers l'échelle de la hiérarchisation des soins. La trajectoire du malade est-elle respectée?

Oui

04

Non

65

10 – Le nomadisme médicale est la résultante de :

50

- Défaillance du système de santé

34

- Déficit dans le système de santé

- Comportement de la société.

51

Autres.....

11 – L'adhésion de la population aux programmes nationaux de prévention est-elle?

- Cohérente

08

- Incohérente

62

- Autres.....

12 – La formation du personnel pour l'exécution des différents programmes nationaux de santé est-elle ? :

- Efficace 02
- Insuffisante 66
- Autres.....

13 – La hiérarchisation des soins est-elle respectée?

- Oui 03
- Non 64

14 – Le système d'information sanitaire est-il?

- Bon 01
- Moyen 35
- Insuffisant 34
- Autres

15 – La rentabilité des EPSP est-elle en matière d'offre de soins ?

- Optimale 01
- Moyenne 36
- Insuffisante 32
- Autres.....

16 – Quelles sont les principales sources de financement de la santé?

- Etat 43
- Assurances 15
- Usagers 10
- Autres.....

17 – Parmi ces différents acteurs suivants, lesquelles sont éligibles à intervenir dans l'élaboration d'une politique de santé?

- Professionnels de la santé 56
- Sociologues 39
- Politologues 39
- Anthropologues 19
- Associations 35
- Profanes 19
- Autres..... psychologues (12).....

18 - Les dépenses de la santé sont-ils maîtrisés?

Oui 11

Non 59

19 – Pensez vous que l'intégration de la prévention dans les soins de proximités est une priorité?

Oui 67

Non 02

20 – Pensez vous que l'intégration de la prévention dans les communautés est une priorité?

Oui 65

Non 03

21 – Est-ce que le secteur privé est impliqué dans l'élaboration de la politique de la prévention?

Oui 22

Non 40

22 – Si non, son implication dans l'élaboration de la politique de la prévention et son adhésion pour l'exécuter est-elle une priorité?

Oui 51

Non 13

23 – La coordination entre les différentes structures sanitaires au plan horizontal et vertical est-elle?

- Efficace 11
- Inefficace 55

24 – Les U M C sont submergés, suite à :

- Désorganisation 54
- Déficit en facteurs humains 54
- Manque d'équipements 56
- Architecture inadaptée 32
- Dysfonctionnement de la hiérarchisation de soins 32
- Afflux importants de malades 35
- Autres.....

25 – Croyez vous qu'un siphonage des compétences professionnels médicales et paramédicales du secteur public vers le secteur privé existe?

- Oui 53
- Non 12

26 – Dans le cas positif, pensez vous que le monopole est passé vers le secteur privé?

- Oui 34
- Non 32

27 – Est-ce que la régulation centralisée occulte les interprétatifs des autres acteurs?

- Oui 57
- Non 06

28 – La déviance biologique conduit-elle à une déviance sociale?

Oui

Non

29 – Une médicalisation excessive de la prévention n'est-elle pas néfaste pour cette dernière?

Oui

Non

30 - La coordination en matière de prévention dans le domaine de l'intersectorialité

Performante

Non performante

31 – Un système d'information, d'éducation et de communication développé est-il en mesure de changer les comportements de la population en matière de prévention et de soins?

Oui

Non

32 - Le budget prévention du MSPRH représente 15% du budget de fonctionnement.

- Suffisant

- Insuffisant

33 - L'adéquation du budget avec les objectifs de la politique de protection générale de la santé est une nécessité absolue

Oui

Non

34 – Le renforcement du dispositif de surveillance épidémiologique et du développement de la veille sanitaire devra passer par:

- Révision de l'arrêté de création des SEMEP (missions et rôle) 59
- Renforcement du rôle et des capacités de l'Observatoire Régional de la Santé 37
- Révision du Statut du Bureau Hygiène Communal 51
- Autres.....

35 - Le mécanisme de coordination de l'intersectorialité se caractérise par un :

- Fonctionnement 12
- Dysfonctionnement 57

36 - EST-ce que des disparités dans la couverture sanitaires entre les différents territoires géosanitaire, existent?

- Oui 60
- Non 09

37- Dans le cas positif, quelles sont parmi les facteurs suivants impliqués dans cette disparité et cette inégalité?

- Ressources humaines 56
- Infrastructures 38
- Equipements 55
- Autres.....

38 - l'accès aux soins :

- Facile 20
- Difficile 47
- Autres.....

39 - Un schéma national d'aménagement du territoire géosanitaire doit prendre en considération

- Mise en œuvre de la carte sanitaire dynamique 28
- Régionalisation comme niveau stratégique 27
- Modernisation du système d'information sanitaire. 49

40 – La valorisation et le déploiement des ressources humaines pose un:

Problème de formation	55
Problème de statut (la carrière pour les médecins)	56
Problème de l'insuffisance de salaire	54
Problème de compétence	46
Problème d'affectation	43
Problème de chômage	37
Problème de service civil	28

41 - Autres appréciations : 15.

QUESTIONNAIRE (destiner aux étudiants en graduation et post graduation)

1 – Sexe

M

14

F

16

2 – Etes vous un étudiant en sciences médicales?

Médecine

30

Chirurgie dentaire

00

Pharmacie

00

3 – Est ce que c'était votre choix ?

Oui

29

Non

01

4 – Pensez vous que la sélection pour l'accès aux études médicales est arbitraire?

Oui

12

Non

18

5 – Si oui, pourquoi ?

- les meilleurs clavés au bac.
- nécessité de compétence.
- Accès relativement facile ; sans filibaker
- sans évaluation efficace

6 – Le système de formation en cycle clinique est-il efficace?

Oui

02

Non

28

7 – La durée du stage d'internat est-elle suffisante ?

Oui

06

Non

24

8 – Si non, quelle est la durée la plus performante ?

3 semestres

1

4 semestres

23

Autres.....

1

9 – l'accès au résidanat, est –il?

Un concours

Un examen

Les deux

10 – Croyez vous que l'aptitude à une spécialité est un élément fondamentale?

Oui

Non

11 – Quelles sont parmi les facteurs suivants qui affectent les études spécialisées en sciences médicales ?

- La durée des études

- Les programmes d'enseignements

- Les modalités des examens.

- Les systèmes des évaluations

- Le statut du résident

- La rémunération

- Autres.....

12- Croyez vous que le système du service civil a échouer?

Oui

Non

13 – Est-ce que une couverture totale du territoire national en matière de médecins spécialistes doit faire l'Object d'une réforme profonde de la politique et du système de santé?

Oui

Non

14 - Autres appréciations :

04

Guide d'entretien

- 1 – Comment analyser vous la situation de la politique de santé en Algérie?
- 2 – Quelles sont les caractéristiques qui marquent notre système de santé?
- 3 – A votre avis quels sont les acteurs impliqués dans la politique de santé?
- 4 – Quelles sont les actions prioritaires en matière de politique de santé?
- 6 - Comment déterminer les besoins en matière de santé de la population?
- 7 – A votre avis, pourquoi la hiérarchisation des soins ne fonctionne pas?
- 8 – Comment pouvant nous renforcer le déploiement des ressources humaines?
- 9 – Quelles sont les sources et modes de financement de la politique de santé?
- 10 – La carte sanitaire au niveau de wilaya d'Oran se caractérise par une offre de soins très dense, cependant la qualité de soins est insuffisante?
- 11– Croyez vous que la gestion des ressources humaines est rationnelle?
- 12– Les UMC sont dépassées et saturées, comment résoudre ce problème?
- 13– La rupture entre le secteur public et le secteur privé est constaté, pourquoi ?et comment voyez vous la complémentarité entre les deux secteurs?
- 14– Etes – vous pour une autonomie de gestion des hôpitaux et des EPSP ?
- 15– Quelle organisation qui sera mise en œuvre et qui permettra d'améliorer l'efficacité et l'équité de soins au niveau de la wilaya d'Oran?
- 16 – Le CHU est-il une entreprise ? Comment gérer les rivalités à l'intérieur?
- 17– La réforme hospitalière en Algérie, un accouchement difficile.
Comment résoudre le financement?
- 18 – Quand est-il de la recherche scientifique?
- 19- Que pensez vous des reformes lancées depuis quelques années?

20- Un grand débat sur la politique de santé et la réforme hospitalière pose un problème de divergence totale entre les différents acteurs de la santé, comment expliquer vous cela?

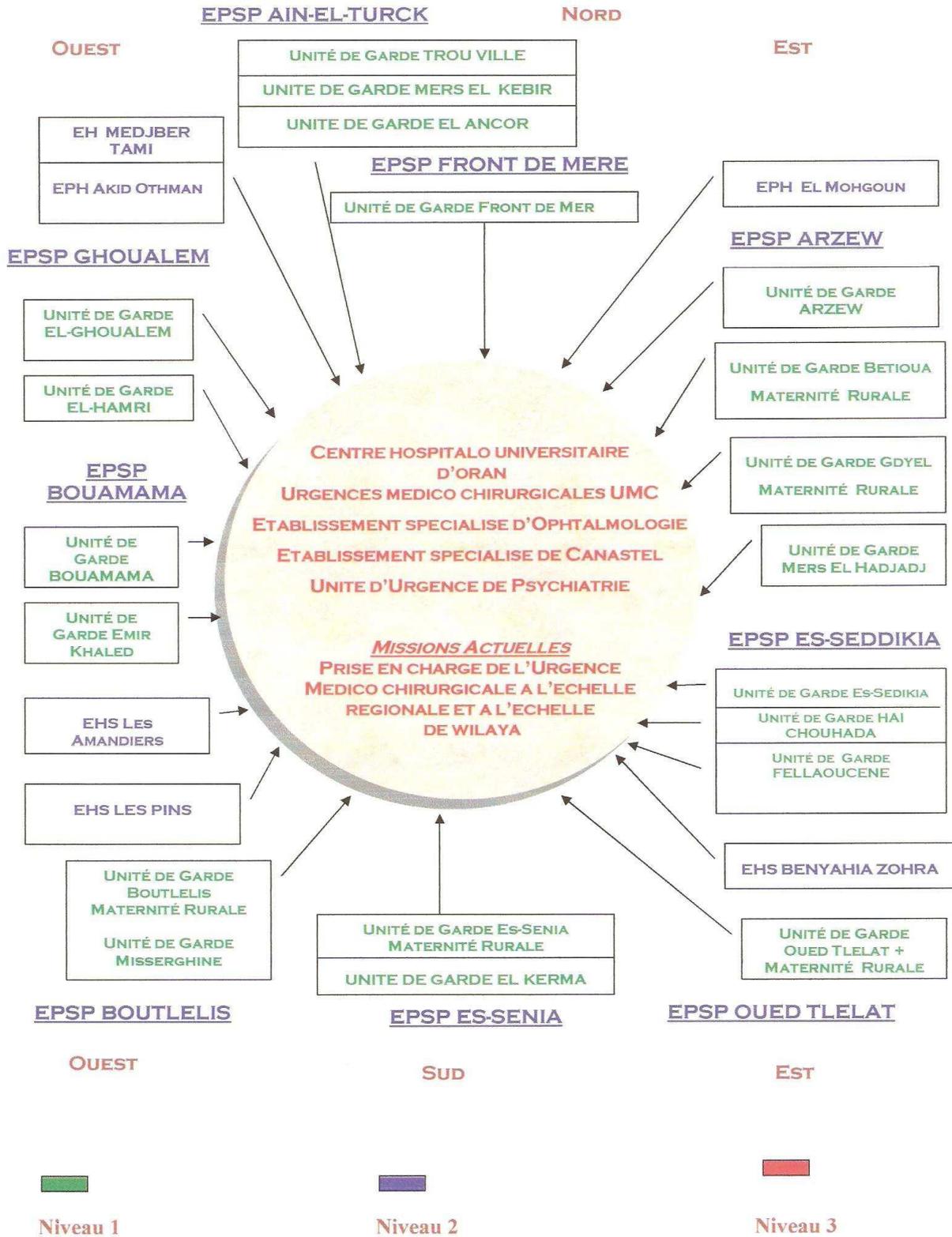
21-La politique de santé publique s'oriente actuellement vers une politique basée sur la prévention, les soins de proximité et la haute technicité, sera-t-elle en mesure d'apporter une efficacité et une efficacité en matière d'accès aux soins, de qualité de soins, d'équité et de maîtrise des coûts de dépenses de la santé?

22 – Le marché du médicament est régulé et contrôlé par le secteur privé, l'état veut promouvoir, protéger et encourager la production locale, en envisageant une couverture à 70 % à l'horizon 2014, est-il possible?

23- Les assurances maladies sont sous le monopole du secteur public. Pensez-vous que l'ouverture du marché des assurances au secteur privé créera une concurrence pour l'achat du produit de soins auprès des prestataires ?

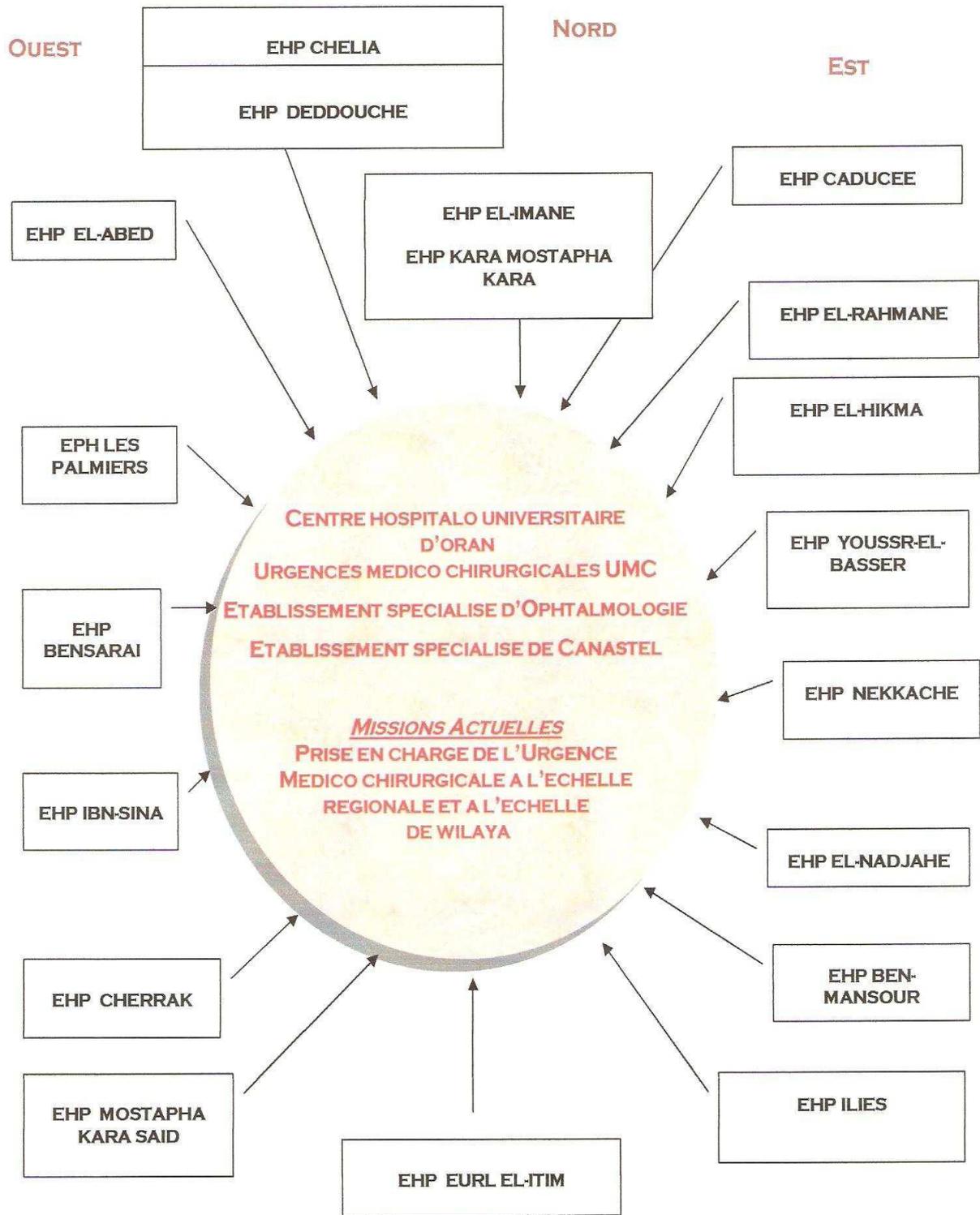
24 – Est-ce qu'une régionalisation de l'administration est souhaitable pour une meilleure gestion des structures sanitaires et une rationalisation de dépenses de santé publique ?

IV. CARTOGRAPHIE DE L'URGENCE MEDICO-CHIRURGICALE PUBLIQUE :



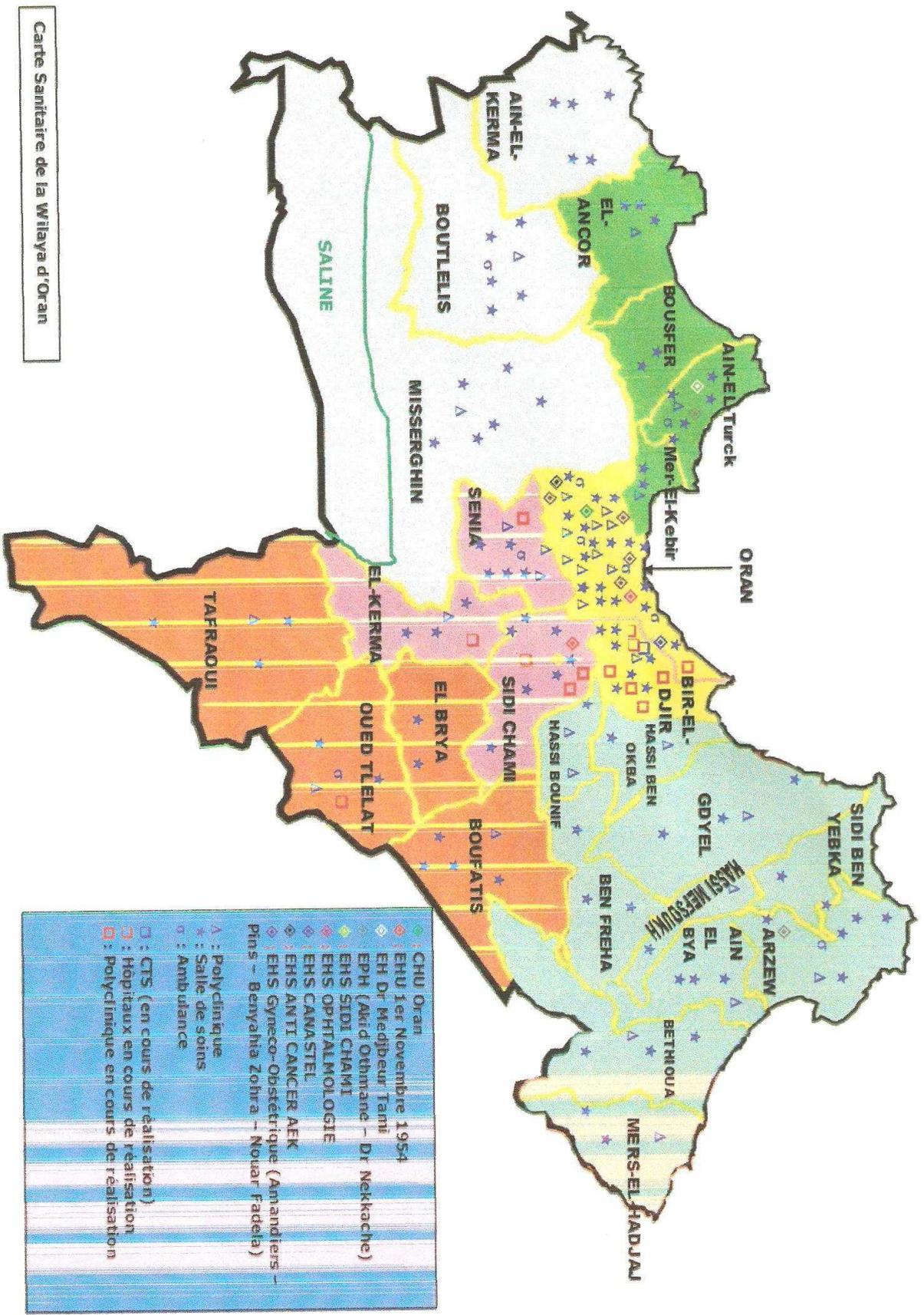
Source DSP Oran 2010

V . CARTOGRAPHIE DE L'URGENCE MEDICO-CHIRURGICALE PRIVEE :



Source DSP Oran 2010

Carte Sanitaire de la Wilaya d'Oran



Résumé

La question de la politique de santé qui constitue l'élément moteur du développement durable, reste parmi les sujets d'actualités en matière de recherche dans le dysfonctionnement du système de santé publique et son impact déterminant sur le bien être du citoyen. **Le système de santé en Algérie** a connu trois étapes depuis l'indépendance, une première caractérisé par une stratégie de redynamisation du secteur de la santé(1962-1974), puis une deuxième consacrée à la médecine gratuite (1974-1988), jusqu'au début des réformes à partir de 1989 avec lesquels commence la troisième étape.

La question de la santé est aujourd'hui parmi les préoccupations les plus difficiles à définir. La cartographie de l'urgence médico-chirurgicale publique et privée, le schéma directeur de la santé au niveau de la Wilaya d'Oran. Le territoire géo-sanitaire de la wilaya d'Oran demeure un facteur déterminant dans cette dualité santé/Urbain.

La santé est un facteur de cohésion de la société favorisant la paix sociale. La conversion du concept « santé-droit » du citoyen en concept « santé-devoir » de l'État est une priorité absolue pour la mise en place d'une politique de santé qui garantie l'équité, l'efficacité et l'efficience.

L'analyse des modes de fonctionnement de la hiérarchisation de soins est plutôt conservatrice, et par conséquent on constate que le système de santé devient un champ d'affrontements corporatiste, ou le pouvoir est redistribué en une seule catégorie d'acteurs ce qui entraine l'apparition d'un nouveau dispositif de contrôle appelé « pouvoir biopolitique ».

Mots clés :

Politique; Santé; Système; Soins; Géosanitaire; Biopouvoir; Régulation; Biopolitique; Malade; Citoyen.