

ORGANISATION SANITAIRE EN ALGERIE

1. Introduction

Au lendemain de l'indépendance, afin de pallier le départ massif des praticiens français, les praticiens algériens, fort peu nombreux à l'époque, relevèrent le défi de faire fonctionner les hôpitaux et assurer l'enseignement médical ;

- Bâtir l'université et la médecine algérienne.
- Développer un système national de santé basé sur la médecine gratuite.
- Promouvoir l'accessibilité des soins à l'ensemble de la population.

Ce système a engendré des résultats notables, notamment l'amélioration des indicateurs principaux de santé.

Le système national de la santé se définit comme l'ensemble des activités et des ressources humaines, matérielles et financières, destinées à assurer la protection, la promotion, l'amélioration, l'évaluation, la surveillance ainsi que le maintien ou le rétablissement de la santé de la population ». Loi sanitaire 85.05: Art 4

Depuis l'indépendance l'Algérie a consenti des efforts importants sur le plan :

- De l'infrastructure sanitaire ;
- De l'équipement ;
- De la formation.

2. Historique

Le système de santé algérien est passé par plusieurs étapes depuis la période Coloniale jusqu'à ce jour :

- **Avant 1830** : il n'y avait pas de concept de sante publique ni de sécurité. Un système traditionnel relative aux notions de maladie, de santé, de douleur, de vie, de mort.
- **1850** : l'administration française organise la médecine coloniale, les circonscriptions médicales. Son objectif c'est de fournir des soins de qualité aux militaires et aux colons, et assurer un niveau sanitaire utile à préserver la santé des algériens de service : employés des chemins de fer, postes, mines etc....
- **1950** : extension du régime de sécurité sociale à l'Algérie.

- **1958** : des réformes portant sur le développement de l'infrastructure sanitaire et la formation des personnels de santé (populations européennes). La population autochtone dénuée bénéficiait de l'assistance médicale gratuite (AMG).
- **La période de l'indépendance 1962** : l'Algérie s'est retrouvée à l'indépendance avec des infrastructures, des équipements de soins en nombre relativement important même si leur répartition géographique était très déséquilibrée.

On comptait en 1962 dans le secteur public :

- 3 hôpitaux régionaux (Alger, Constantine et Oran)
- 1 hôpital dans la plupart des villes du nord,
- Des dispensaires et centres (AMG) dans presque toutes les agglomérations.
- En janvier 1962, il y avait environ 2500 médecins et en juillet 1962, ils n'étaient plus que 600, dont 300 algériens.
- **La période 1963-1972** : caractérisée en matière de politique sanitaire par les difficultés de réanimer les structures sanitaires coloniales et de la multiplication des mesures contradictoires de gestion des structures et des personnels de soins.
- **La période 1973-1982** : une explosion démographique (17 millions d'habitants en 1977) avec un retard pris dans le développement d'autres secteurs sociaux : habitat, urbanisme... et l'émergence de maladies transmissibles : zoonoses, MTH.

Cette période était *marquée* par 3 faits majeurs :

- 1 ▪ Instauration de la gratuité des soins (janvier 1974) :
 - 2 ▪ Réforme de système d'enseignement médical
 - 3 ▪ Création d'un secteur sanitaire : pierre angulaire de l'organisation du SNS
- **La période 1983-1992** : réalisation d'un grand nombre d'infrastructures sanitaires :
 - Création de 13 CHU chargés d'une triple mission de soins, de formation et de recherche.
 - L'importance des promotions annuelles issues de la formation médicale et paramédicale.
 - L'amorce de la transition épidémiologique, avec une remarquable diminution de L'incidence de certaines maladies transmissibles.
 - **La période 1993-2002** : caractérisée par le suivi du processus de privatisation du système ayant commencé durant la période précédente et la redéfinition de la politique du médicament en matière d'importation, d'enregistrement, de contrôle et de distribution des produits pharmaceutiques.

- **La période 2002 à nos jours :** politique de réforme hospitalière qui a pour objectifs :
 - Planifier et organiser l'offre de soins dans les Etablissements Hospitalier (EH)
 - Humaniser et sécuriser les prestations de soins dans les EH
 - Moderniser les établissements et requalifier les services de soins

Cette période est marquée par la double transition démographique (mortalité infantile : 21,9/1000 en 2015 ; espérance de vie :77 ans en 2013) et épidémiologique (maladies non transmissibles).

3. Dispositifs organisationnels en Algérie

3.1. A l'échelon national :

3.1.1. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH)

3.1.2. Structures d'appui :

- L'Institut National de Santé Publique (INSP)
- L'Institut PASTEUR d'Algérie (IPA)
- La Pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH)
- L'Agence Nationale du Sang
- L'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP)
- Le Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques (LNCPP)
- L'Agence Nationale de Documentation de la Santé

3.1.3. Organes consultatifs :

- Comités Médicaux Nationaux
- Comité ou Groupe Ad hoc (comité ou groupe technique constitué et active de façon épisodique).

3.2. A l'échelon intermédiaire :

3.2.1. Conseil régional de la santé : Le pays est découpé en cinq (5) régions sanitaires : **Centre, Est, Ouest, Sud-Est et Sud-Ouest** avec pour Chef-Lieu, respectivement, Alger -Constantine - Oran - Ouargla et Béchar.

3.2.2. L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) : Les ORS sont des annexes de l'INSP. Ils sont au nombre de 5 avec pour siège la wilaya chef-lieu de la région sanitaire.

3.2.3. La Direction de la Santé : au niveau de chaque wilaya

3.3. A l'échelon régional : CHU, EHU, EHS et Les structures et établissements privés.

4. Forces et faiblesses du système de santé algérien

4.1. Forces

- Universalité et gratuité des soins grâce à une solidarité nationale (cotisations) ainsi qu'une bonne continuité des soins).
- Couverture géographique homogène en terme d'infrastructures : structure de santé de proximité (salle de soins, polyclinique, cabinet médical privé...)
- Réseau d'infrastructures hospitalières (CHU, EHS, hôpitaux généraux) ayant un nombre de lits suffisant pour répondre à la demande de la population.
- Potentiel en personnel médical en nombre suffisant quoique mal réparti.
- Programmes de prévention des maladies transmissibles et de maîtrise de la croissance démographique : amélioration des indicateurs.

4.2. Faiblesses

- Surconsommation des prestations et médicaments (gaspillage)
- Patients moins responsabilisés sur la gestion et le contrôle du système
- Problèmes de gestion et financement insuffisant
- Départ des spécialistes publics, vers un secteur privé en pleine expansion et un potentiel en personnel paramédical en nombre insuffisant et mal réparti.
- Les EPSP et les EPH peu impliqués dans l'élaboration des programmes de santé, en raison d'une trop grande centralisation des organes de décision
- La forme prime sur le fond : un grand écart existe entre la législation et la réalité.
- L'aspect quantitatif prime sur l'aspect qualitatif.