**« Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement »**

**Mme Khoukha MEKALT,** maître assistante à l’Université A-MIRA, Bejaia**.**

Pr Brahim **BRAHAMIA**, professeur à l’université MENTOURI, Constanntine.

Email : [khoukha\_a@yahoo.fr](mailto:khoukha_a@yahoo.fr)

Email : brahamia@gmail.com

**Résumé :**

Le système de santé Algérien subi depuis 30 ans les conséquences d’une transition sanitaire accélérée, ayant modifié le schéma morbide de la population. On assiste aujourd’hui à une double morbidité caractérisée par la persistance des maladies transmissibles et l’émergence des maladies chroniques qui touchent près de 60% de la population. Une situation favorisée par une transition démographique caractérisée par le vieillissement de l’urbanisation accrue. Cette situation aura pour conséquence une transition socio-économique marquée par la baisse de la population active et l’amélioration de l’IDH. L’ensemble de ces facteurs pèsent lourdement sur les dépenses de santé et sur le besoin accru de prise en charge des malades, notamment des maladies chroniques nécessitant une longue et couteuse prise en charge.

**Mots clés :**

Algérie, transition sanitaire, offre de soins, dépenses de santé, sécurité sociale.

**Abstract**

In the last 30 years, the algerian health care system has sees the consequence of an accelerated medical transition, which has modified the morbid diagram of the population.

One witnesses today a double morbidity characterized by the persistance of the communicable diseases and the emergence of chronic diseases which touch nearly 60% of the population.

The situation is supported by a demographic transition characterized by ageing from increased urbanisation. This situation will have as a conséquence a socio-economic transition marked by the fall from the working population and the improvement of the IDH. These factors weigh heavily on health expenditure and the needed increased to assume responsibility of the patients, in particular of chronic diseases which require long and expensive medical costs which need to be covered.

**Key words :**

Algeria, medical transition, offer of care, health expenditure, social security.

L’Algérie subi depuis 30 ans les conséquences d’une transition sanitaire accélérée, avec la combinaison des 3 transitions : une transition épidémiologique avec un recul spectaculaire des maladies endémiques et une montée des maladies chroniques ; une transition démographique avec l’augmentation de l’espérance de vie et le vieillissement de la population; et une transition socio-économique avec un changement dans le mode de vie et une progression de la sédentarité.

Les maladies transmissibles ont régressé sensiblement, certaines ont même été éradiquées en l’occurrence les maladies à transmission hydriques (à l’exception des toxico-infections alimentaires), les maladies bénéficiant d’un programme élargi de vaccination (sauf la tuberculose) et les maladies à transmission vectorielle, d’autres persistent encore à l’égard des zoonoses et des maladies sexuellement transmissibles, qui ne cessent de faire des ravages dans le pays.

La société algérienne a subi plusieurs mutations, d’abord l’allongement de l’espérance de vie à la naissance passée de 42 ans en 1950 à près de 75 ans en 2014, la dégradation de l’hygiène alimentaire et de vie notamment en ce qui concerne la consommation d’alcool et du tabac où, l’on estime que près du tiers de la population consomme du tabac selon les données officielles en 2011 et 0,7 litres d’alcool sont consommés par habitant en 2013 selon l’OMS, faisant de l’algérien le premier consommateur d’alcool au Maghreb. S’agissant de l’urbanisation, elle est passée de 30% de la population en 1960 à plus de 75% en 2014 selon la banque mondiale avec toutes ses conséquences sur le stress et la pratique du sport. En plus de ces facteurs, la baisse de la fécondité passé de près de 7 enfants par femme en 1950 à moins de 2 enfants en 2014 ont conduit au développement des maladies chroniques qui touchent près de 60% des algériens, maladies nécessitant une prise en charge longue et couteuse.

De ce fait, le système de santé algérien se trouve contraint de faire face à des coûts de prise en charge importants, mais surtout doit adapter son offre de soins à la nouvelle demande en termes de personnel et de structures sanitaires.

La transition socio-économique se manifeste notamment par une augmentation de l’Indice de développement Humain (IDH) passé de 0,5 en 1980 à plus de 0,7 en 2014, ce qui a eu pour conséquence l’augmentation des dépenses de santé.

La problématique du financement du système de santé est largement posée, notamment avec les prévisions à la baisse de la population active et la hausse de la population âgée de plus de 60 ans pour représenter près du quart de la population totale d’ici 2030 selon les nations unies.

Le système de santé algérien et surtout le système de sécurité sociale doivent résoudre plusieurs contraintes principalement l’augmentation des dépenses de santé et la répartition géographique de l’offre de soins afin d’assurer un meilleur accès aux soins.

1. **La transition épidémiologique :**

Marquée par l’éradication des maladies transmissibles ou presque, et l’émergence des maladies chroniques qui touchent près de 60% de la population selon le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH).

**A.1. Les maladies transmissibles**

On distingue 5 catégories de maladies :

* Les maladies à transmission hydrique (MTH),
* Les maladies bénéficiant de programme élargi de vaccination (MPEV),
* Les maladies à transmission vectorielle,
* Les zoonoses,
* Les maladies sexuellement transmissibles.
* **Les maladies à transmission hydrique (MTH) :**

Jusqu’à 1990, les maladies à transmission hydrique occupaient la première place parmi les maladies à déclaration obligatoire en Algérie, elles étaient à l’origine de 25% des causes des décès des enfants âgés de 1 à 14 ans[[1]](#footnote-2).

**Graphique 01 : évolution des maladies à transmission hydriques en Algérie.**



*Source : graphique réalisé par nos soins à partir de : INSP, relevés épidémiologiques annuels 1980-2011, Algérie.*

Aujourd’hui, les MTH semblent être maitrisées, grâce à l’amélioration des conditions de l’habitat en conséquence aux nombreux programmes nationaux de construction de logement ayant réduit le taux d’occupation par logement passant de 7,1 personnes par logements en 1998 à 4,8 personnes par logements en 2012. De plus, 85% de la population boit de l’eau potable[[2]](#footnote-3) et 95% de la population à accès à des installations d’assainissement améliorées[[3]](#footnote-4).

* **Les maladies bénéficiant de programme élargi de vaccination (MPEV),**

La vaccination des maladies suivantes : la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la méningite ; est rendue obligatoire et gratuite depuis 1968 avec le décret 69-88, du 19/06/1969. Quant à la rougeole, elle a était intégrée au programme de vaccination national obligatoire en 1985, ce qui explique justement la baisse consécutive de l’épidémie de rougeole en 1985 par rapport à 1984.

**Graphique n°02 : évolution des maladies bénéficiant d’un programme élargi de vaccination.**



*Source : graphique réalisé par nos soins à partir de : INSP, relevés épidémiologiques annuels 1980-2011, Algérie.*

L’incidence des MPEV est très faibles grâce au programme élargi de vaccination (PEV) mis en place par le Ministère de la Sante et de la Population et de la réforme hospitalière, qui stipule selon l’Organisation Mondiale de la Sante (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour 1’Enfance (UNICEF) que tous les enfants soient vaccinés contre la tuberculose (BCG), contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche par trois prises de vaccins (DTC3), contre la poliomyélite par trois prises de vaccins oral (VPO3) et contre la rougeole (VAR) avant l’âge d’un an.

* **Les maladies à transmission vectorielle :**

En Algérie, la maladie la plus répondue et ayant fait l’objet d’un programme national est le paludisme, ayant fait des ravages.

**Graphique n°03 : évolution du paludisme en Algérie.**



*Source : graphique réalisé par nos soins à partir de : INSP, relevés épidémiologiques annuels 1980-2011, Algérie.*

L’incidence du paludisme est très faible, les quelques cas encore recensés, sont à plus de 90% des cas importés des pays africains frontalière. Aujourd’hui, la maîtrise et l’éradication du paludisme dépend du degré de vigilance et de surveillance des zones à risque, notamment les régions frontalières où le risque d’importation d’épidémie est très élevé. Ce phénomène se renforce encore avec l’exode des populations des pays frontaliers à cause de l’insécurité politique qui règne.

* **Les zoonoses :**

Les zoonoses en Algérie enregistrent encore des taux alarmants. D’autant plus qu’il s’agit de maladies qui laissent des séquelles graves sur l’homme. Les principales persistant encore sont :

* La rage,
* La brucellose,
* La leishmaniose.

**Graphique n°04 : évolution des zoonoses en Algérie.**

*Source : graphique réalisé par nos soins à partir de : INSP, relevés épidémiologiques annuels 1980-2011, Algérie.*

Les zoonoses continuent à enregistrer des taux alarmants. La rage humaine continue de faire des décès en Algérie du fait de l’ignorance des victimes du risque mortel auquel elles s’exposent. 20% seulement des victimes consultent immédiatement, 8% consultent dans les 24heures qui suivent l’accident, 60% des victimes ne consultent qu’après l’apparition des signes cliniques ce qui donne un taux d’échec de 40% malgré la prise en charge immédiate. L’éradication de la rage humaine nécessite l’intervention de plusieurs secteurs. Toutefois, l’intervention au niveau de la source du problème demeure primordiale, les efforts doivent être renforcés envers le réservoir principal de la rage à savoir la population canine (chien et chat) en effectuant une étude statistique de la taille de la population existante et abattre les animaux errants et surtout rendre obligatoire la vaccination des chiens et chats domestiques. Sans oublier la sensibilisation intensive de la population sur l’obligation de la consultation en cas de contact avec un animal suspecté d’être enragé.

Quant à la brucellose, elles ne cessent d’accroitre notamment dans le milieu rural, avec une nette prédominance masculine dans les régions pastorales. Selon une enquête réalisée par le les médecins TABET DERRAZ et BESTAOUI[[4]](#footnote-5) en 2012, la majorité des victimes sont de profession éleveur.

Pour ce qui concerne la leishmaniose, depuis mars 2006 ; un plan d’action national de lutte contre la leishmaniose à été mis en place par le ministère de la santé, caractérisé par des compagnes de lutte anti-vectorielle et une sensibilisation intensive avec les différents moyens de communication (radio, affichage dans les centre de soins et télévision), ce qui à permet de ramené l’incidence de 79 cas/100 000 habitants en 2005 à 53 cas/100 000 habitants en 2006, mais sa reste encore très élevé, sachant que cette maladie laisse des cicatrices inesthétiques et indélébiles après guérison.

* **Les maladies sexuellement transmissibles.**

En Algérie, la seule maladie sexuellement transmissible faisant l’objet de déclaration obligatoire est le sida, ce qui justifier l’absence de données statistiques pour les autres types d’infections sexuellement transmissibles. Le dépistage et la déclaration du sida est rendue obligatoire avec l’arrêté ministériel du 24 mai 1998.

**Graphique n°05 : évolution du SIDA en Algérie.**

*Source : graphique réalisé par nos soins à partir de : INSP, relevés épidémiologiques annuels 1980-2011, Algérie.*

Le système de surveillance des IST et de l’infection à VIH se base sur la notification des cas d’infections dans le cadre du programme de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, la séro-surveillance sentinelle et l’évaluation de la file active des patients suivis dans les 7 centres de référence de prise en charge des infections à VIH (CDR) du pays.

Cependant, ce système reste défaillant, du fait que beaucoup de sujet ne déclare pas leur maladie puisqu’elle reste une maladie tabou dans la société algérienne, ce qui fait que la réalité de la prévalence de cette maladie peut être plus grave.

En 2009, un manuel opérationnel du suivi et d’évaluation du plan national stratégique de lutte contre les IST/ VIH/sida a été élaboré, toutefois l’évaluation des effets reste précoce.

Pour conclure, les maladies transmissibles sont nombreuses et coûteuses, l’Algérie à réussi grâce aux nombreux programmes de lutte, de vaccination et d’éradication à maitriser plusieurs d’entre elles ; cependant plusieurs autres persistent encore ce qui interpelle les différents acteurs de la santé publique à revoir les insuffisances constatées des programmes nationaux et de renforcer les efforts plurisectoriels. Mais surtout, la persistance de ses maladies rend très complexe la prise en charge médicale des malades, notamment avec l’émergence des maladies chroniques.

**A.2. Les maladies non transmissibles.**

D’après les études menées depuis 1990 par l'Institut national de santé publique (INSP) 60% de la population serait touchée par les maladies chroniques, les maladies cardiovasculaires, le diabète non insulinodépendant, les maladies respiratoires chroniques et les cancers sont les plus fréquents et entraînaient des dépenses de santé de plus en plus élevées. Les maladies de l'appareil circulatoire tendent à se situer en première ligne du profil de morbidité des Algériens.

Selon une enquête de l’INSP en 2007, l’hypertension artérielle vient largement en tête des pathologies chroniques les plus fréquentes avec un taux de 24.58%. Suivi du diabète (12.33%), puis l’asthme (9%) et les rhumatismes (8.15%). Les autres pathologies cardiovasculaires, les maladies mentales et les handicaps sensoriels sont retrouvés dans des proportions non négligeables (6,80%, 5,44% et 4,60% respectivement). Viennent ensuite les autres pathologies du système nerveux, les troubles du métabolisme et les rhinites allergiques[[5]](#footnote-6). Comme le montre la figure suivante :

**Graphique n°06: la prévalence des maladies chroniques en % de la population totale en Algérie.**



*Source : INSP : enquête nationale santé, transition épidémiologique et système de santé, Alger novembre 2007. P.60.*

Pour ce qui est du cancer, les formes les plus fréquentes chez l'homme sont celles du poumon et de la vessie, et chez les femmes ; c’est le cancer du col de l'utérus et du sein. Le taux de prévalence du cancer dans notre pays est passé de 80 cas pour 100 000 personnes dans les années 1990 à 120 cas en 2008. Il devrait atteindre 300 cas pour 100 000 personnes d’ici 2018 et enregistrer un taux comparable à ceux que l’on retrouve dans les pays développés. Un autre chiffre révélateur de l’expansion de cette pathologie est mis en avant par le ministère de la santé. En effet, en 2008, le cancer représentait 21% des causes de mortalité en Algérie et un tiers des décès causés par des maladies non-transmissibles dans la tranche d’âge 30-70 ans.

La prévalence des maladies chroniques augmente avec l'âge. Ainsi, il est constaté que dans le cas de l'hypertension artérielle, 20% des cas représentent la tranche d'âge des 60 à 69 ans et dans 26% des cas chez les sujets âgés de 70 ans et plus.

De la même façon, le diabète est observé dans 10,6% dans le groupe de personnes âgées de 60 à 69 ans. Les maladies articulaires sont observées chez 13% des personnes de plus de 70 ans. Le diabète, les maladies cardiovasculaires, celles des articulations et l'asthme sont plus répandus chez la femme, alors que les maladies mentales sont plus fréquentes chez l'homme.

Le taux de prévalence de l’hypertension artérielle est passé en 2008 à 33% chez les femmes et à 34% chez les hommes selon l’OMS, celui de la prévalence de l’élévation de la glycémie à jeun chez les adultes de 25 ans et plus est de 9,3% chez les femmes et de 9% chez les hommes[[6]](#footnote-7).

1. **La transition démographique.**

Le phénomène de transition démographique que connaisse l’Algérie depuis peut de temps et un phénomène mondial, que plusieurs pays dans le monde connaissent depuis longtemps en l’occurrence les pays d’Asie et d’Europe.

La situation s’explique par l’inversement de la pyramide d’âge avec un taux de natalité faible et un taux de mortalité aussi faible, la population algérienne tend à vieillir.

en 2014, l’indice synthétique de fécondité est passé de plus de 7 en 1970 à 2.78, le taux de croissance démographique s’est stabilisé autour de 20‰, l’espérance de vie à la naissance s’approche de 75 ans, l’indice de vieillissement avoisine les 10% avec des prévisions d’atteindre 30% d’ici 2050. L’ensemble de ses indicateurs sont le résultat de plusieurs facteurs :

* la baisse du pouvoir d’achat,
* L’urbanisation accrue renforcée par l’exode rural encouragé par l’industrialisation et les grands chantiers publics dans les villes (infrastructures, …),
* La prise de conscience des risques des grossesses répétées, grâce à la scolarisation des filles,
* Le développement du marché de travail des femmes,
* Le changement des comportements des parents, qui cherche à investir plus sur la qualité de vie de leurs enfants.

1. **La transition socio-économique.**

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

* **La sédentarité :** elle se manifeste par l’urbanisation accélérée de la population algérienne, passant de 1/3 de la population est urbain au lendemain de l’indépendance à plus des ¾ de la population en 2014 (75,39% en 2014) [[7]](#footnote-8).
* **Le changement des habitudes alimentaires :** la sédentarité et la baisse du pouvoir d’achat des algériens à modifié manifestement leurs habitudes alimentaires. La consommation des fruits et des légumes a sensiblement baissé en faveur des sandwichs, des pizzas, des sucreries et des surgelés. Ce qui engendre le problème de l’obésité, en Algérie un enfant sur trois est obèse et risque de le rester toute sa vie en 2010, et 60% des personnes âgées entre 35 ans et 70 ans ont un surpoids, dont 22% sont obèses selon le ministère de la santé. Le problème de malnutrition et du surpoids est souvent associé au diabète, aux cardiopathies, et au cancer.

Concernant le tabagisme, sa consommation est en nette augmentation bien que l’Algérie a ratifié par le décret présidentiel n°06-120 du 12 mars 2006, la convention de l’OMS pour la lutte anti tabac adoptée à GENEVE le 21 mai 2003. 90% des cas de cancer du poumon en Algérie sont causés par le tabac. La consommation annuelle du tabac est estimée à 25 000 tonnes avec un accroissement annuel de 5% en moyenne. La prévalence du tabagisme totale en 2011 est de 29% avec une prévalence tabagique par sexe de 49% pour le sexe masculin et 7% pour le sexe féminin. 25% des fumeurs sont âgés de moins de 21 ans et 25 % entre 21 et 27ans[[8]](#footnote-9). Quant à la prévalence du tabagisme chez les adolescents de 13 à 15 ans, elle est de l’ordre de 26% chez le sexe masculin et 6% chez le sexe féminin pour la période 2005-2010, selon les données de l’OMS. Bien que le tabac reste le produit économique le plus lourdement taxé après les hydrocarbures, sa consommation ne cesse d’accroitre. Par ailleurs, on estime que malgré ses recettes fiscales qui représentent 21% de la fiscalité totale, chaque 1 dinar collecté par le trésor public, l’état algérien dépense 3 dinars dans le traitement des pathologies qui en résulte.

Pour ce qui est de la consommation de l’alcool, l’Algérie viennent en tête de liste ; Classée selon le rapport de l’OMS de 2013, le deuxième plus grand pays consommateur au Maghreb avec une consommation de 0,7 litre par habitant juste après la Tunisie (1.1 litre par habitant). La consommation totale est de 270.000 hectolitres dont 63% en bière, 35% en vin et 2% en autres diverses boissons[[9]](#footnote-10).

* ***Le déséquilibre du système de retraite :*** Selon les statistiques, la moitié de la population algérienne n’est pas concernée par le système de sécurité sociale. L’équilibre actifs/inactifs risque de se dégrader, notamment si l’on sait qu’en 1998 on comptait 8 travailleurs qui cotisent pour un retraité, aujourd’hui (2014) on ne compte que 2 travailleurs qui cotisent pour un retraité. Ceci est le résultat du vieillissement de la population, l’augmentation du nombre des retraités (451 000 en 1986, 1 032 000 en 1998, 2 500 000 en 2014) tandis que la population active occupée ne progresse pas avec le même rythme (2 647 952 en 1977, 4 341 102 en 1987, 4 958 520 en 1991, 7 568 000 en 2001, 9 599 000 en 2011)[[10]](#footnote-11). Depuis 1985, le taux de prélèvement par salarié pour couvrir les dépenses d’assurance vieillesse a plus que doublé ; 7% en 1985 à 16 % en 2000 et 17,25% à partir de 2006.
* ***Le chamboulement du marché de l’emploi :*** selon les prévisions, la population active va dépasser la moitié de la population totale d’ici 2020. En effet, la demande d’emploi additionnelle sera très importante entre 500 et 800 000 par an, avec un taux d’activité des femmes variant de 10% en début de période à 50% en fin de période. Cette demande additionnelle s’ajoute naturellement au stock de demandeurs d’emplois déjà existant ce qui va augmenter encore le taux de chômage.
* ***Le taux de scolarisation élevé :*** Le taux de scolarisation en Algérie est parmi les taux les plus élevé, avoisinant les 98% en 2013. Quant au taux d’analphabétisme, il a reculé de 85% au lendemain de l’indépendance en 1962, 22% en 2008 et 18% en 2013. Le taux de passage du primaire au moyen s’élevé à 80%. Quant au taux de passage du cycle moyen au cycle secondaire, il est de l’ordre de 40% en 2013[[11]](#footnote-12).
* ***Frais d’installation plus élevés pour les nouveaux couples :*** Sur le plan social, le nombre de famille par ménage à connu compte à lui une baisse. Les recensements montrent une tendance générale à la réduction du nombre de familles par ménage (1,02 en 2011 contre 1,15 en 1998 contre ; 1,25 en 1987  et 1,31 famille par ménage en 1966) et du nombre de familles par logement. Ce phénomène est appelé la nucléarisation des ménages.

Les frais d’établissement engendrés pour les couples relèvent de moins en moins du groupe familial serait l’un des facteurs explicatif du relèvement de l’âge moyen au mariage. Selon l’ONS, l’âge moyen au mariage en Algérie est de 30 ans pour les femmes et plus de 35 ans pour les hommes. Ce constat aura comme conséquence l’orientation de l’épargne vers l’achat de biens de consommation durable notamment immobiliers.

* ***L’amélioration du niveau de vie des algériens :***l’IDH algérien est passé de moins de 0,5 en 1980 à plus de 0,7 en 2014 grâce à l’amélioration de l’espérance de vie à la naissance, au taux de scolarisation et d’alphabétisation et l’augmentation du PIB par habitant (estimé à près de 7500 $par habitant en 2014)[[12]](#footnote-13)

La société algérienne a connue plusieurs mutations d’ordre épidémiologique, social et économique, l’ayant plongée dans un processus de transition sanitaire accéléré, d’une part les maladies transmissibles qui persistent encore à l’égard des zoonoses et des maladies sexuellement transmissibles, qui ne cessent de faire des ravages dans le pays.

D’autre part, le développement des maladies chroniques, maladies dégénératives de longues durées et surtout mortelles suite à l’allongement de l’espérance de vie à la naissance, la dégradation de l’hygiène alimentaire et de vie, l’urbanisation, l’alphabétisation accrue et la baisse de la fécondité.

De ce fait, le système de santé algérien se trouve contraint de faire face à des coûts de prise en charge importants, mais surtout doit adapter son offre de soins à la nouvelle demande en termes de personnel et de structures sanitaires.

1. **L’offre de soins en Algérie.**

Le système national de santé est l’ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Il est organisé de manière à pouvoir prendre en charge les besoins de la population en matière de santé de façon globale, cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire. Il est conçu dans l’objectif d’améliorer la santé des populations, l’équité et la capacité de répondre aux attentes légitimes des populations.

Depuis 1995, cinq régions sanitaires sont adoptées. Il s’agit des régions : Centre, Est, Ouest, Sud-est et Sud-ouest. Le tableau suivant présente la composition de chaque région sanitaire.

**Tableau n° 1 : répartition des wilayas sur les régions sanitaires.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Régions sanitaires | Centre (chef lieu  « Alger ») | Ouest (chef lieu « Oran ») | Est (chef lieu «Constantine ») | Sud-ouest (chef lieu « Béchar ») | Sud-est (chef lieu « Ouargla ») |
| Wilaya d’appartenance | Alger, Blida, Boumerdes, Tipaza, Tizi Ouazou, Bejaia, Bouira, Médéa, Djelfa, Bordj Bouariridj, Aïn Defla. | Oran, Relizane, Chlef, Mascara, Aïn Témouchent, Sidi Bel Abbès, Tlemcen, Saïda, Mostaganem, Tissemsilt, Tiaret. | Constantine, Annaba, Guelma, Skikda, El Taref, Tebessa, Khenchela, Mila, Souk Ahras, Oum El Bouaghi, Sétif, Jijel, Batna, M’sila. | Béchar, Tindouf, Adrar, Naâma, El Bayadh. | Ouargla, Ghardaïa, Illizi, Tamanrasset, El Oued, Biskra, Laghouat. |

Source : Brahamia B., économie de santé, évolution et tendance des systèmes de santé. Edition Bahaeddine, Constantine 2010. P.363.

Depuis l’an 2000, le système de santé algérien a subi plusieurs réformes visant à améliorer l’offre publique de soins de santé à travers l’adoption de la réforme sur la nouvelle carte sanitaire. La réforme comporte deux volets principaux :

* Le premier volet est la contractualisation des prescriptions médicales à travers la notion du médecin traitant. Ce qui oblige les patients à se soigner chez un seul médecin traitant librement choisi.
* Le second volet de la réforme et le plus important consiste en la décentralisation du système de soins. De ce fait, l’hôpital public qui été jusque là le centre du système de soins et le responsable de toutes les actions et programmes préventifs et curatifs, sera libéré de toutes ces tâches, et sera consacré désormais à l’offre de soins hautement spécialisés.

La réforme est stipulée dans le décret exécutif n°07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP) ayant porté la création de 192 EPH, 271 EPSP, 1495 polycliniques et 5117 salles de soins[[13]](#footnote-14).

S’agissant des établissements publics de santé de proximité, ils sont dotés de l’autonomie financière et administrative quant à la prise de décision sur la distribution des soins de santé de base et sur les actions préventives. L’EPSP est composé d’un ensemble de polycliniques et de salles de soins couvrant un bassin de population bien déterminé.

La polyclinique qui est désormais le centre de l’EPSP sera gérée par un conseil d’administration propre à une direction distincte de celle de l’hôpital. Et elle sera dotée de laboratoires d’analyse médicale et de service de radiologie afin de mieux servir les habitants[[14]](#footnote-15).

Ainsi, en 2013 le secteur public de soins de santé comptait :

* 14 Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) avec 13 254 lits d’hospitalisation,
* 5 Etablissements Hospitaliers (EH) avec 850 lits d’hospitalisation,
* 69 Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) avec 10952 lits d’hospitalisation,
* 195 Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) avec 38 156,
* 271 Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP),
* 1627 Poly Cliniques avec 3387 de lits d’urgence,
* 417 maternités avec 3022 lits,
* Et 5484 salles de soins.

Le secteur privé pour sa part participe dans l’offre de soins par :

* 398 cliniques privées avec 5230 lits,
* 19 114 cabinets médicaux.

Si l’on se refaire aux données globales, le pays est doté en infrastructures médicales suffisantes pour couvrir l’ensemble des besoins de la population. D’ailleurs, l’examen des statistiques des investissements publics montrent qu’elles sont restées presque inchangées sauf pour les établissements hospitaliers (EH) et les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) depuis 1996, comme le montre les données du tableau suivant :

**Tableau n°02 : l’évolution des infrastructures de santé publiques (1996-2013)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **infrastructures publiques** | **1996** | **2013** |
| **CHU** | 13 | 14 |
| **NBRE lits** | 15845 | 13254 |
| **EH** | 0 | 5 |
| **NBRE lits** | 0 | 850 |
| **EHS** | 21 | 69 |
| **Nombre lits** | 5913 | 10952 |
| **EPH** | 176 | 195 |
| **Nombre lits** | 29955 | 38156 |
| **EPSP** | | |
| **EPSP** | 271 | 271 |
| **Nombre poly** | 455 | 1627 |
| **Nombre salles de soins** | 3748 | 5484 |

*Source : tableau réalisé par nos soins à partir des données du MSPRH.*

Le nombre de lits d’hospitalisation a subi une augmentation continue qui vise à améliorer l’indice global de 1,88 lit par habitant, cependant ses lits demeurent toujours sous utilisés, avec un taux d’occupation avoisinant les 70% en 2013.

La baisse des journées d’hospitalisation peut être justifiée par le développement des technologies de soins qui tendent à raccourcir le nombre de journées d’hospitalisation au profit de la médecine ambulatoire[[15]](#footnote-16).

La problématique de l’offre de soins en algérien n’est pas le nombre d’infrastructures, c’est surtout la répartition géographique et la qualité des soins de santé offertes. L’examen des données explorées par régions sanitaires révèle cette insuffisance.

**Tableau n°03 : la répartition des structures de soins par régions sanitaires.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Infrastructures** | **Régions centre** | **Régions ouest** | **Régions est** | **Régions sud est** | **Régions sud ouest** |
| **CHU** | 7 | 3 | 4 | 0 | 0 |
| **NBRE lits** | 5386 | 3756 | 4112 | 0 | 0 |
| **EH** |  | 2 | 3 | 0 | 0 |
| **NBRE lits** |  | 410 | 439 | 0 | 0 |
| **EHS** | 20 | 21 | 20 | 1 | 7 |
| **NBRE lits** | 4248 | 3018 | 2772 | 150 | 764 |
| **EPH** | 55 | 35 | 66 | 25 | 14 |
| **NBRE lits** | 11234 | 7833 | 10841 | 5911 | 2337 |
| **EPSP** |  |  |  |  |  |
| **nombre EPSP** | 66 | 56 | 76 | 50 | 23 |
| **NBRE polyclinique** | 365 | 258 | 350 | 115 | 43 |
| **lits urgence polyclinique** | 1038 | 662 | 880 | 445 | 289 |
| **nombre maternité** | 105 | 110 | 110 | 46 | 38 |
| **lits maternité** | 800 | 885 | 842 | 278 | 191 |
| **nombre salles de soins** | 1483 | 1422 | 1751 | 538 | 351 |
| **Cabinets médicaux privés** | 8470 | 3904 | 5522 | 978 | 240 |
| **Cliniques privées** | 181 | 78 | 117 | 20 | 2 |

*Source : tableau et calculs réalisés par nos soins à partir des données du MSPRH.*

Tout le sud du pays est privé de soins de santé hautement spécialisés vue l’absence de CHU et d’EH, ce qui oblige les patients à se déplacer vers les wilayas du nord pour recevoir les soins médicaux qualifié de pointes, alors que les populations du nord sont mieux couvertes.

L’examen des taux de couvertures sanitaires par régions montre une répartition non équitable des structures de soins, comme le montre le tableau suivant.

**Tableau n°04 : les taux de couverture en infrastructures par région sanitaires en 2013.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Infrastructures** | **Régions centre** | **Régions ouest** | **Régions est** | **Régions sud est** | **Régions sud ouest** |
| **Nombre de CHU** | 7 | 3 | 4 | 0 | 0 |
| **Habitants pour un CHU** | 1776541,3 | 2955604 | 2515654,5 | 0 | 0 |
| **Nombre lits CHU** | 5386 | 3756 | 4112 | 0 | 0 |
| **Habitants pour un lit CHU** | 2308,9 | 2360,7 | 2447,1 | 0 | 0 |
| **Nombre EH** | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 |
| **Habitants pour un EH** | 0 | 4433406 | 3354206 | 0 | 0 |
| **Nombre de lits EH** | 0 | 410 | 439 | 0 | 0 |
| **Habitants pour un lits EH** | 0 | 21626,4 | 22921,7 | 0 | 0 |
| **Nombre EHS** | 20 | 21 | 20 | 1 | 7 |
| **Habitants pour 1 EHS** | 621789,5 | 422229,1 | 503130,9 | 3427314 | 190306,4 |
| **Nombre lits EHS** | 4248 | 3018 | 2772 | 150 | 764 |
| **Habitants pour 1 lit EHS** | 2927,4 | 2937,9 | 3630,1 | 22848,8 | 1743,6 |
| **Nombre EPH** | 55 | 35 | 66 | 25 | 14 |
| **Habitant pour un EPH** | 226105,3 | 253337,5 | 152463,9 | 137092,5 | 95153,2 |
| **Nombre lits EPH** | 11234 | 7833 | 10841 | 5911 | 2337 |
| **Habitants pour 1 lits EPH** | 1106,9 | 1131,9 | 928,2 | 579,8 | 570 |
| **Nombre EPSP** | 66 | 56 | 76 | 50 | 23 |
| **Nombre polyclinique** | 365 | 258 | 350 | 115 | 43 |
| **Habitants pour 1 polyclinique** | 34070.6 | 34367.5 | 28750.3 | 29802.7 | 30980.1 |
| **Nombre lits urgence polyclinique** | 1038 | 662 | 880 | 445 | 289 |
| **Habitants pour 1 lit urgence polyclinique** | 11980,5 | 13393,9 | 11434,8 | 7701,8 | 4609.5 |
| **Nombre maternité** | 105 | 110 | 110 | 46 | 38 |
| **Habitants pour 1 maternité** | 118436,1 | 80607,4 | 91478,3 | 74506,8 | 35056,4 |
| **Nombre lits maternité** | 800 | 885 | 842 | 278 | 191 |
| **Habitants pour lits 1 maternité** | 15544,7 | 10018,9 | 11950,8 | 12328,5 | 6974,6 |
| **Nombre salles de soins** | 1483 | 1422 | 1751 | 538 | 351 |
| **Habitants pour 1 une salle de soins** | 8385,6 | 6235,4 | 5746,8 | 6370,5 | 3795,3 |
| **Nombre Cabinets médicaux privés** | 8470 | 3904 | 5522 | 978 | 240 |
| **Habitants pour a cabinets privés** | 1468,2 | 2271,2 | 1822,3 | 3504,4 | 5550,6 |
| **Nombre Cliniques privées** | 181 | 78 | 117 | 20 | 2 |
| **Habitants pour 1 clinique privée** | 68706 | 113677,1 | 86005,3 | 171365,7 | 666072,5 |

*Source : tableau et calculs réalisés par nos soins à partir des données du MSPRH.*

Plus de 80% de la population algérienne vive sur le littoral, ce qui fait que malgré le nombre élevé de structures au nord, les taux de couvertures restent encore élevé.

Pour ce qui est des CHU et EH, les taux de couverture sont très élevés, dépassant les 2 millions d’habitants par structure, avec une absence totale au sud, cette insuffisance se répercute sur les délais d’attente d’une intervention chirurgicale (2 mois et plus), ce qui favorise le recours aux cliniques privées, par les couches de population aisées financièrement.

Concernant les EHS, la région sud EST est très faiblement couverte avec un seul EHS pour plus de 3 millions d’habitants. S’agissant des EPH, l’insuffisance est plutôt constatée au nord centre et ouest. La couverture sanitaire de proximité par les EPSP est plutôt homogène sur tout le territoire national. La médecine privée pour sa part est plutôt développée dans le nord du pays, dont plus de 90% de l’offre est concentrée.

Par ailleurs, les structures chargées de la prise en charge de maladies graves ou nécessitant une prise en charge spéciales, à l’égard du cancer, de l’Alzheimer, le diabète ou le SIDA, est très pauvre si l’on sache qu’il n ya qu’un seul centre d’Alzheimer à l’échelle nationale à BLIDA. Les centres anti cancer sont au nombre de 14 avec une capacité de 1820 lits dont plus de 70% sont situés au nord. La seule maison pour diabétique se trouve à Mostaganem et le seul institut de cardiologie se trouve à Alger. Les centres hémodialyse sont au nombre de 15, quant aux centres de traitement du SIDA, ils sont au nombre de 8. Bien que le pays connaisse depuis plus de 10 ans l’émergence de ces maladies, l’investissement dans les infrastructures compétentes pour leur prise en charge reste très faible.

En plus du déséquilibre en termes de structures, l’encadrement médical aussi enregistre un problème de répartition sur le territoire national.

**Tableau n°05 : le personnel médical en Algérie 2013.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | spécialistes | | | Généralistes | | | chirurgiens dentistes | | | pharmaciens | | | Total |
| M | F | T | M | F | T | M | F | T | M | F | T |
| EH/EPH | 2546 | 2982 | 5528 | 2160 | 3558 | 5718 | 69 | 179 | 248 | 102 | 228 | 330 | 11824 |
| CHU/EHU | 647 | 1326 | 1973 | 301 | 789 | 1090 | 21 | 76 | 97 | 17 | 112 | 129 | 3289 |
| EHS | 431 | 852 | 1283 | 186 | 588 | 774 | 14 | 35 | 49 | 20 | 81 | 101 | 2207 |
| EPSP | 320 | 1058 | 1378 | 5758 | 9360 | 15118 | 1779 | 4517 | 6296 | 128 | 266 | 394 | 23186 |
| privé | 2955 | 5909 | 8864 | 3046 | 3412 | 6458 | 1839 | 3602 | 5441 | 3286 | 5891 | 9177 | 29940 |

*Source : tableau réalisé par nos soins à partir des données du MSPRH, Alger 2014.*

L’examen des statistiques dans leur globalité montre que la couverture sanitaire en Algérie avoisine celle des pays développés, avec en 2013:

* 1 médecin spécialiste pour 2000 habitants,
* 1 médecin généraliste pour 1980 habitants,
* 1 chirurgien dentiste pour 3100 habitants,
* 1 pharmacien pour 3750 habitants.

Avec une prédominance féminine (plus de 63% en 2013), le personnel médical en Algérie se concentre dans les grandes agglomérations du nord avec environ 90%, puis il diminue plus en avance dans le Sahara. Notamment pour ce qui concerne les médecins spécialistes.

Les statistiques du ministère de la santé, montre que 35% des structures publics de soins exerçant au sud ne compte aucun médecin spécialiste. Ce manque se justifié par la fuite des médecins des conditions climatiques difficile du sud d’une part, et la cherche la rentabilité qu’offre le secteur libérale au nord. Cette tendance accrue à la privatisation de la médecine spécialisée est le reflet de l’essor du marché privé de soins de santé, qui offrent des services de santé de qualité, au détriment du secteur public, notamment pour certains actes médicaux conventionnés avec la sécurité sociale qui connaissent un essor important à l’égard de l’hémodialyse rénale, la chirurgie générale, gynéco obstétrique[[16]](#footnote-17), l’ophtalmologie etc.

Un autre phénomène peut justifier la mauvaise répartition du personnel médicale est la faible mobilité du personnel médical notamment féminin, qui refuse pour des raisons culturelles de se déplacer vers d’autres wilayas pour travaillé. Ce qui fait, qu’au nord du pays il y a plusieurs médecins en chômage, alors qu’au sud le besoins est flagrant dans toutes les spécialités.

Et même du côté formation des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes, elle est assurée en exclusivité par onze facultés de médecine, toutes situées dans les wilayas du nord du pays.

De plus, plusieurs spécialités en médecine affichent un déficit important vu l’augmentation de l’incidence élevé des maladies chronique à l’égard des spécialistes en diabète-endocrinologie, cardiologues, hématologues, etc. comme le montre le tableau suivant :

**Tableau n° 06: l’encadrement médical de certaines spécialités en 2013.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Région centre | Région est | Région ouest | Région sud est | Région sud ouest |
| Cardiologue | 275 | 95 | 108 | 28 | 11 |
| 1 cardiologue pour | 45 343 H | 105 922H | 82 100 H | 122 404 | 121 104 |
| Diabeto-endocrinologue | 357 | 126 | 82 | 6 | 6 |
| 1 diabeto-endocrinologue pour | 34 834H | 79 862H | 108 132H | 571 219H | 222 024H |
| Hématologues | 210 | 58 | 122 | 15 | 14 |
| 1 hématologue pour | 59 218H | 173 493H | 72 679H | 228 488H | 95 153H |
| Cancérologue | 110 | 35 | 48 | 0 | 0 |
| 1 cancérologue pour | 113 053H | 287 503H | 184 725H | - | - |

*Source : ratios calculés par nos soins à partir des données du MSPRH.*

L’encadrement médical est très mal réparti sur le territoire national, pour le diabète par exemple, deuxième maladie chronique en Algérie avec plus de 12% de la population touchée, on compte dans la région sanitaire centre 1 diabétologue pour 34 800 habitant contre plus de 570 000Habitants au sud est. Il en est de même pour l’ensemble des maladies chronique qui croissent sans que l’encadrement médical suive le même rythme. Les maladies cardiaques occupent la première place de maladies chroniques alors que le taux d’encadrement oscille entre 1 cardiologue pour plus de 45 000 habitants au nord centre et plus de 122 000 habitants au sud. Sans oublié que la majorité de ces médecins exercent à titre privé et dans les grandes agglomérations ce qui amplifié l’inégalité quant à l’accès aux soins entre les centres urbains et les régions rurales[[17]](#footnote-18).

1. **Le financement de la santé en Algérie.**

Depuis l’année 2000, le pays connait la reprise de la croissance économique grâce à la remonter des cours des hydrocarbures dans les marché internationaux et l’amélioration des recettes de l’Etat. Cette situation s’est répercutée positivement sur les ressources allouées au secteur de la santé, comme le monte l’évolution des dotations budgétaires du ministère de la santé présenté dans le tableau suivant :

**Tableau n°07 : évolution du budget de la santé (2002-2013) en KDA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Années | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
| Budget de la santé en dinars courant | 58940528,4 | 66516678 | 76524542,4 | 74953143,6 | 84378331,2 | 112263559,2 |

*Source : tableau réalisé par nos soins à partir de : ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : statistiques sanitaires, 2002-2011, Alger.*

**Tableau n°07 : évolution du budget de la santé (2002-2013) en KDA (suite)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Années | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Budget de la santé en dinars courant | 155041501,2 | 213987394,8 | 234014205,6 | 273431449,2 | 28 541 263,4 | 29 556 247,2 |

*Source : tableau réalisé par nos soins à partir de : ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : statistiques sanitaires, 2002-2011, Alger.*

Comme le montre les données du ministère, les ressources consacrées au secteur de la santé se sont multipliées par plus de 5 fois au cours de cette dernière décennie grâce à l’amélioration de la situation financière du pays.

La part des dépenses de santé par rapport au PIB a aussi enregistré une hausse comme le montre les donnée de la banque mondiale :

**Tableau n°08 : évolution du financement du système de santé algérien.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| Crois. PIB | **3.8** | **3.0** | **5.6** | **7.2** | **4.3** | **5.9** | **1.7** | **3.4** | **2.0** | **1.7** | **3.6** | **2.1** |
| Dép. santé/hab. $ US | **63** | **68** | **64** | **75** | **89** | **96.1** | **109.8** | **141** | **186** | **180.5** | **198.2** | **224.8** |
| Accr. Dép santé/hab. (%) | **-** | **7.9** | **-5.9** | **17.2** | **18.7** | **8.0** | **14.26** | **28.3** | **31.8** | **- 2.8** | **9.8** | **13.4** |
| Dép . santé en % PIB | **3.5** | **3.8** | **3.5** | **3.5** | **3.4** | **3.1** | **3.1** | **3.5** | **5.4** | **4.6** | **4.3** | **4.4** |
| Dépenses publiques de santé (% DTS) | **73.3** | **77.4** | **75.3** | **77.4** | **72.5** | **74.8** | **81.1** |  | **86** | **79.3** | **79.9** | **82** |
| Structure des dépenses (%) |
| Trésor | **37.8** | **44.1** | **39.6** | **42.5** | **39.3** | **43.2** | **54.4** |  | **55.1** | **48.2** | **49.9** | **50.4** |
| Sécurité sociale | **35.5** | **33.3** | **35.7** | **34.9** | **33.2** | **31.6** | **26.7** |  | **31.0** | **31.1** | **30.0** | **31.6** |
| Ménages | **26.7** | **22.6** | **24.7** | **22.6** | **27.5** | **25.2** | **18.9** |  | **13.9** | **20.7** | **20.1** | **18.0** |

*Source : Diverses sources Banque Mondiale et OMS.*

Le financement des dépenses de santé est assuré principalement par la sécurité sociale et le trésor public à travers les prélèvements obligatoires et les cotisations de l’assurance maladie, couvrent près de 80% ; suivi par les ménages avec un degré de participation relativement faible près de 20%, ensuite viennent les entreprises économiques, le secteur privé, les mutuelles et les coopérations internationales avec une proportion marginale.

Par ailleurs, la part des dépenses de santé supportée par les ménages ne cessent d’augmenter d’année en année depuis l’abandon de la gratuité de la médecine. Cette hausse est causé par[[18]](#footnote-19) :

* Le recours à la médecine libérale appliquant des tarifs plus élevés que les tarifs des structures publiques.
* Le déremboursement de certains médicaments,
* Les pratiques d’automédication,
* Les écarts importants entre les tarifs des actes médicaux réels sur le marché et ceux appliqués par la caisse d’assurance maladie (CNAS et CASNOS) pour le remboursement qui dates de 1987 et ne reflètent plus les coûts réellement déboursés par les ménages.

Ces ressources sont affectées principalement aux secteurs sanitaires et aux établissements hospitaliers spécialisés avec plus de 70% du budget, suivis par les CHU avec près de 20% du budget ; quant au reste du budget de la santé, il est réparti entre les directions de santé publiques, des écoles de formation paramédicale et des dépenses de l’administration centrale à Alger[[19]](#footnote-20).

La transition sanitaire que connait le pays depuis près de 30 ans maintenant, s’accentue de plus en plus avec près de 60% de la population touchée par les maladies chroniques et plusieurs maladies endémiques en prolifération encore. La demande de soins à complètement changé par rapport au passé, où l’on enregistré une prédominance des maladies transmissibles. Aujourd’hui certaines de ces maladies transmissibles ont été éradiquées mais beaucoup d’autres persistent encore, laissant le système de santé perplexe entre la prise en charge des maladies transmissibles et les maladies non transmissibles.

L’amélioration des ressources de l’Etat à contribuer a la reprise de l’investissement public dans le domaine de la santé, mais pas en infrastructures, puisque leur nombre est jugé suffisent, ce qui fait de l’Algérie le seul pays d’Afrique disposant du réseau le plus dense en structures sanitaires. L’investissement public est accès sur la capacité d’hospitalisation en augmentant le nombre de lits. Or, l’examen du taux d’occupation affiché par le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière qui avoisine toujours 70% en moyenne pour tout types de structures (CHU, EHS ,..), montre que l’investissement en lits d’hospitalisation ni pas justifié, alors qu’il faut rentabiliser les lits déjà existants !

Il y a lieu de créer ou de spécialiser certaines structures -sous utilisées- pour la prise en charge des besoins spéciaux des malades chroniques à l’égard des malades de l’Alzheimer et du diabète.

S’agissant de l’encadrement médical, la densité des médecins est satisfaisante se rapprochant même de celle des pays développés, le problème de l’offre de soins est plutôt la répartition des médecins sur le territoire nationale.

La répartition des médecins crée une inégalité d’accès aux soins entre les populations du nord et celles du sud, et entre les populations urbaines et les populations rurales. De plus il faut revoir la formation médicale, en augmentant les effectifs dans les spécialités affichant un besoin avec le changement du profil morbide de la population.

Pour conclure, le problème du système de santé en Algérie, ni pas un manque d’infrastructures sanitaire, ni de praticiens de santé, mais plutôt un problème d’’adéquation entre l’offre de soins et les besoins de soins de la population à l’ère de la transition sanitaire.

1. **Références bibliographiques.**

Association ENNOUR (aide aux malades atteints du cancer et lutte contre le tabac) : tabagisme en Algérie. In, [www.ennour.org](http://www.ennour.org)

Banque mondiale, Algérie, urbanisation. In, <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=DZA&codeStat=NY.GDP.PCAP.PP.KD&codeStat2=x>

Brahamia B., économie de santé, évolution et tendance des systèmes de santé. Edition Bahaeddine, Constantine 2010

Fellah L., étude exploratrice du système de prévention algérien : déterminisme et problématique, thèse de doctorat en sciences économiques, université d’Alger, 1998.

INSP : enquête nationale santé, transition épidémiologique et système de santé, Alger novembre 2007.

*INSP : enquête nationale santé, transition épidémiologique et système de santé, Alger novembre 2007. P.60.*

*INSP, relevés épidémiologiques annuels 1980-2011, Algérie.*

Larbi A., nouvelle carte sanitaire : les secteurs sanitaires se transforment en EPH et EPSP ; 12/07/2007. In, www.santemaghreb.com

*Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : statistiques sanitaires, 2002-2011, Alger.*

OMS : statistiques sanitaires mondiales 2013, édition OMS, suisse 2013.

OMS : statistiques sanitaires mondiales, suisse 2013. In,

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82056/1/9789242564587\_fre.pdf

ONS : enquête emploi auprès des ménages 2011, collections statistiques n°173, série S (statistiques sociales), Alger 2011.

TABET DERRAZ N F. et BESTAOUI S : épidémiologie et clinique de la brucellose humaine sur trois décennies en zone endémique, 13ième journées nationales d’infectiologie, 13 – 15 /06/2012, SIDI BELABBES, Algérie.

Unesco, donnes mondiale de l’éducation, 9ième édition, 2012-2013. In, http://unesdoc.unesco.org

Zehnati A : l’émergence et l’expansion des cliniques privées en Algérie. In, www.ebanque-**pdf**.com/fr\_systeme-de-**sante**-**algerien**.html

Zehnati A : les inégalités de répartition des praticiens privés de santé sur le territoire en Algérie. Consulté le 20/03/2015. In, www.erudite.univ-paris-est.pdf

1. Fellah L., étude exploratrice du système de prévention algérien : déterminisme et problématique, thèse de doctorat en sciences économiques, université d’Alger, 1998. P.38. [↑](#footnote-ref-2)
2. OMS : statistiques sanitaires mondiales 2013, édition OMS, suisse 2013. P.110. [↑](#footnote-ref-3)
3. Idem. [↑](#footnote-ref-4)
4. TABET DERRAZ N F. et BESTAOUI S : épidémiologie et clinique de la brucellose humaine sur trois décennies en zone endémique, 13ième journées nationales d’infectiologie, 13 – 15 /06/2012, SIDI BELABBES, Algérie. P.01. [↑](#footnote-ref-5)
5. INSP : enquête nationale santé, transition épidémiologique et système de santé, Alger novembre 2007. P.59. [↑](#footnote-ref-6)
6. OMS : statistiques sanitaires mondiales, suisse 2013. P. 111. In, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82056/1/9789242564587\_fre.pdf [↑](#footnote-ref-7)
7. Banque mondiale, Algérie, urbanisation. In, <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=DZA&codeStat=NY.GDP.PCAP.PP.KD&codeStat2=x> [↑](#footnote-ref-8)
8. Association ENNOUR (aide aux malades atteints du cancer et lutte contre le tabac) : tabagisme en Algérie. In, www.ennour.org [↑](#footnote-ref-9)
9. OMS : statistiques sanitaires mondiales, Op. Cit. P. 111. [↑](#footnote-ref-10)
10. ONS : enquête emploi auprès des ménages 2011, collections statistiques n°173, série S (statistiques sociales), Alger 2011. P. 6. [↑](#footnote-ref-11)
11. Unesco, donnes mondiale de l’éducation, 9ième édition, 2012-2013. P.23. In, http://unesdoc.unesco.org [↑](#footnote-ref-12)
12. La banque mondiale, Algérie ; le PIB par habitant. In, http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=DZA&codeStat=NY.GDP.PCAP.PP.KD&codeStat2=x [↑](#footnote-ref-13)
13. Brahamia B., économie de santé, évolution et tendance des systèmes de santé. Edition Bahaeddine, Constantine 2010 P.401. [↑](#footnote-ref-14)
14. Larbi A., nouvelle carte sanitaire : les secteurs sanitaires se transforment en EPH et EPSP ; 12/07/2007. In, www.santemaghreb.com [↑](#footnote-ref-15)
15. Brahamia B., économie de santé, évolution et tendance des systèmes de santé, Op. Cit. P.380. [↑](#footnote-ref-16)
16. Zehnati A : l’émergence et l’expansion des cliniques privées en Algérie. In, www.ebanque-**pdf**.com/fr\_systeme-de-**sante**-**algerien**.html [↑](#footnote-ref-17)
17. Zehnati A : les inégalités de répartition des praticiens privés de santé sur le territoire en Algérie. Consulté le 20/03/2015. In, www.erudite.univ-paris-est.pdf [↑](#footnote-ref-18)
18. Brahamia B., économie de santé, évolution et tendance des systèmes de santé, Op. Cit. P.395. [↑](#footnote-ref-19)
19. Idem. [↑](#footnote-ref-20)