

**Le système de santé Algérien face à la crise sanitaire  
du Covid-19 à Oran****The Algerian health system faced with the health crisis  
of Covid19 in Oran****ABDERRAHMANE Djoher**Université Mohamed BEN AHMED, Oran, (Algérie), [djoher.abderrahmane@gmail.com](mailto:djoher.abderrahmane@gmail.com)**Reçu:** 06/01/2023**Approuvé:** 15/05/2023**Publié:** 20/05/2023**Résumé:**

L'apparition du Corona virus Covid-19 a mis la majorité des systèmes de santé à travers le monde dans des situations critiques de crise sanitaire. Le système de santé Algérien ne fait pas l'exception, la situation étant inédite, les défis à relever sont importants, l'épreuve est dure même pour les pays les plus développés tels que la Chine, la France, l'Italie, l'Espagne et les Etats Unis d'Amérique. Il faut bien l'avouer, personne n'avait prévu une crise sanitaire d'une telle ampleur. Cette pandémie a bouleversée tous les paramètres de la vie sociale, économique et politique, avec tous les maux quelle a provoqué. Face à cette crise, l'action envisagée doit être en permanence renouvelée pour ne pas laisser un vide face à une situation alarmante. A la suite de cette flambée épidémique, plusieurs actions sont entamées par les autorités des différents secteurs afin de bien maîtriser la situation.

**Mots clés:** Covid-19, systèmes de santé, crise, crise sanitaire, pandémie.**Jel Classification:** I18, I11, J81**Abstract:**

The emergence of the new Corona virus Covid-19 has put most health systems around the world in critical health crisis situations. The Algerian health system is no exception; the situation being unprecedented, the challenges to be met are significant. The test is tough even for the most developed countries such as China, France, Italy, Spain and the United States of America. It must be admitted, no one had foreseen a health crisis of such magnitude; this pandemic has upset all the parameters of social, economic and political life, with all the evils that have provoked. Faced with this crisis, the planned action must be constantly renewed so as not to leave a void in the face of an alarming situation. As a result of this outbreak, several actions are undertaken by the authorities of the various sectors in order to properly control the situation.

**Keywords:** Covid-19, health systems, crisis, health crisis, pandemic**JEL Classification:** I18, I11, J81

## 1. Introduction:

Aujourd'hui, la question de la santé est parmi les préoccupations les plus difficiles à définir, il s'agit à la fois d'un concept existentiel et scientifique. Elle fait l'objet de nombreuses analyses et réflexions critiques par rapport aux politiques de santé et de leurs résultats comme production scientifique qui ne cesse de se multiplier au niveau mondial. Afin d'assurer à la population un meilleur niveau de santé, chaque pays dispose d'un certain mode d'organisation; qui coordonne les activités des professionnels de santé et les différents partenaires contribuant au financement du système de soins. Cet agencement est *le système de santé*.

Le système de santé Algérien connaît ces dernières années de très grandes mutations et un vaste chantier de réformes, la mise en place de ces réformes vient pour surmonter les obstacles dans plusieurs domaines du système national : personnels, infrastructures, médicaments, matériels, logistique, suivi des progrès et surtout un système de santé capable de faire face à des crises sanitaires comme le monde et l'Algérie connaissent à cause de la propagation du Covid-19. En effet, une épreuve rude a surmonté, à la suite de la flambée épidémique, plusieurs actions ont été entamées par les autorités afin d'éviter les dégâts ou de limiter les risques, ainsi voir les capacités de notre système de santé à faire face à ce choc.

Notre problématique de recherche est : Comment le système de santé Algérien a pu faire face à la crise sanitaire du Covid-19 à ORAN-Algérie ? *Le but de notre recherche est d'établir un constat du système de santé Algérien face à la crise sanitaire et de tirer les enseignements de cette expérience difficile à partir d'un échantillon au niveau de la DSP de la wilaya d'Oran- Algérie.* En effet, le système de santé Algérien est très complexe entre les médecins, les hôpitaux, les infrastructures, les équipements, les différents traitements pour les malades,...et les décisions des responsables de la santé ou ministre. L'importance de cet article est de mettre la lumière sur tous les efforts fait par le personnel de la santé, les responsables médicaux, les gestionnaires des hôpitaux et établissements privés, Ambulanciers, et bien sur les malades de la ville d'Oran. Aussi, récolté des données et des informations sur cette crise sanitaire et tiré les leçons pour les futures situations.

## 2. Le système de santé Algérien :

Le système de santé partout dans le monde, focalisent l'attention des différents acteurs : décideurs, Hommes politiques, bailleurs de fond, prestataires de soins, usagers. L'accès aux soins de santé est revendiqué partout comme un droit, inscrit dans les textes doctrinaux des nations. Cependant, le système de soins choisi montre qu'il s'agit d'un système orienté vers les soins curatifs. Malgré le développement de l'offre des services de santé et le volume des investissements consentis, les disparités régionales persistent. Le système Algérien de santé semble aujourd'hui faire l'unanimité contre lui aussi bien de la part des usagers que de la part des professionnels de soins. Ces critiques fondées tant sur des appréciations liées à l'accueil, à la prise en charge du malade et aux dysfonctionnements des unités de soins qu'à leurs résultats objectifs.

Donc, le système des soins est relativement performant en dépit de ses nombreux dysfonctionnements. Malgré leur grande insatisfaction résiduelle, les Algériens restent attachés à un système de soins basé sur une certaine égalité d'accès aux soins et la solidarité nationale. Le système de santé Algérien connaît ces dernières années de très grande mutations et un vaste chantier de réformes, la mise en place de ces réformes vient pour surmonter des obstacles dans plusieurs domaines du système national : effectifs des personnels de santé, infrastructures, médicaments et matériels médicaux, logistique, suivi des progrès et efficacité du financement.

### **2.1 Les concepts de base de domaine de santé :**

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 sociale (la déviance médicale est une déviance sociale). Parmi une dizaine de définitions de la santé, les définitions ce différent selon le regard que l'on adopte, la plus commune est celle de la constitution de l'OMS qui définit la santé comme étant : *«Un état parfait de bien-être physique, mental et social, et non seulement une absence de maladie»*(1). Selon l'Art.25. (LPPS Loi 85-05du16-02-1985) On entend par santé publique, "l'ensemble des mesures préventives, curative, éducative et sociale ayant pour but de préserver et d'améliorer la santé de l'individu et de la collectivité"(2). C'est une notion relative, ressentie par chaque individu. Aucune mesure réelle ne peut mesurer la santé, puisqu'elle est le fait de satisfaire tous ses besoins (affectifs, nutritionnels, relationnels, sanitaires...).

En effet, en médecine, la santé est l'absence de maladie. La définition de l'OMS a 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 d'un sens de qualité meilleure un projet d'un devenir en perspective et par conséquent exprime mieux la réalité d'un acte dynamique, la santé est un état alors que la maladie est une réaction. De plus, l'organisation dans sa constitution stipule que : *« La possession du meilleur état de santé qu'un individu est capable d'atteindre, elle constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale»*(3).

La possession d'un meilleur état de santé est donc vue comme un droit pour tout homme, le bien-être est un ressenti c'est donc une évaluation subjective personnelle. Autrement dit personne d'autre que nous-mêmes, ne peut déterminer de notre état de bien-être. À partir de la définition de la santé établie par l'OMS nous pouvons dire que : Dès que nous commençons à ne pas nous sentir bien dans notre vie, nous nous éloignons de la santé et nous commençons à prendre le chemin de l'apparition des symptômes de maladies. Ces symptômes de maladies peuvent mettre des années à se révéler tant le corps est conçu pour la santé et l'auto guérison et non la maladie(4).

En effet, la santé constitue également un besoin social. Celui-ci peut s'exprimer de façon plus au moins aigue, souvent plus sous l'effet de facteurs sociaux au socioéconomiques. Éventuellement amplifiés par la pression médiatique, qu'en raison d'une évolution objective des besoins de santé. Le secteur de la santé est ainsi devenu un champ de revendication social qui cristallise les griefs de la population envers les pouvoirs publics. Cette demande sociale contribue sensiblement à orienter la politique de santé, en particulier dans le sens de privilégier les soins curatifs en raison de l'immédiateté des besoins qu'il exprime(5). Mais, cette notion varie également selon le moment, la façon dont l'individu se perçoit et s'analyse (la perspective). Elle dépend aussi des groupes d'appartenances, de la société et de la culture de l'individu. Par exemple, la notion de santé n'est pas la même dans les pays en voie de développement et dans les pays développés(6). Bien que, la santé est une valeur partagée par tous, chaque individu en fonction de ses connaissances, des expériences, de ses valeurs, de son âge, de son sexe, de son ressenti personnel et selon le contexte où il vit a sa propre présentation sociale de la santé. C'est pourquoi elle peut varier non seulement selon les individus mais également selon les groupes sociaux et les territoires; chaque individu cherche à atteindre et à conserver le meilleur état de santé possible en recherchant un état de complet bien-être ou la plus part de ses besoins seraient satisfaits.

## 2.2 Qu'est ce qu'un système de santé?

Dans tous les pays, les populations aspirent à une meilleure santé. Chaque pays dispose d'un certain mode d'organisation afin de répondre au mieux, à la demande de santé. Cette organisation coordonne l'activité des professionnels de santé avec celle des différents partenaires contribuant au financement du système de soins. Cet agencement complexe est le système de santé; donc ce dernier peut être défini comme : « *L'ensemble des moyens organisationnels, structurels, humains, financiers, destiné à réaliser les objectifs d'une politique de santé. Il constitue un sous-système du système économique général* ». (7)

D'après l'Art.4.(LPPS Loi85-05 du 16-02-1985): "*le système national de santé se définit comme l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population .Son organisation est conçue afin de prendre en charge les besoins de la population en matière de santé.de manière globale ,cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire.*"(8) Alors, il englobe l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé. La plupart des systèmes de santé nationaux sont composés d'un secteur public, d'un secteur privé, d'un secteur traditionnel et d'un secteur informel. Les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions essentielles : la prestation de services, la création de ressources, le financement et la gestion administrative.

### 2.2.1. Les objectifs du système de santé :

D'un côté, il est une organisation des services de santé, en traçant les principes à suivre et les objectifs à atteindre (prévention, soins, éducation sanitaire, etc...)(9). On pourrait considérer que, l'organisation d'un système de santé peut s'apparenter à un jeu

de construction qui comporterait de moyens qui sont au nombre de quatre ; des structures, des matériels, des hommes et une organisation, doit pouvoir identifier les besoins de santé de la population (rôle de l'épidémiologie), déduire les priorités sanitaires et mettre en place des actions nécessaires pour réaliser des objectifs prédéfinis. L'éducation pour la santé a pour objectif de mettre à portée de tous l'information nécessaire à des choix adaptés à la santé présente et future, à chacun de ces niveaux, elle occupe une place de choix(10).

D'un autre coté, le système de santé doit pouvoir identifier les besoins de la population, en déduire les priorités et mettre en œuvre une politique et des actions capables de réaliser ses objectifs. De ce fait, le système de santé est caractérisé par une grande diversité et complexité des structures, sur le plan juridique comme financier. C'est un ensemble d'institutions qui a pour objectif l'amélioration de la santé de la population. Il contribue ainsi aux soins et à la prévention. Le secteur libéral coexiste avec le secteur public ; l'État et les collectivités territoriales ont un rôle important de décision et de contrôle(11). Il contribue ainsi aux soins et à la prévention. Alors, le système de santé doit répondre aux demandes des usagers tout en étant efficaces au niveau des coûts et de l'égalité d'accès aux soins. Son organisation se trouve au cœur des débats sur la réforme de la santé(12).

### 2.2.2 Les caractéristiques d'un système de santé :

Figure N°1 : Les caractéristiques d'un système de santé



### 2.2.3 Les acteurs du système de santé :

**A- Les Usagers :** Patients, Bénéficiaire, Population.

**B- Les Professionnels de Santé :**

- **Professions nombreuses :** médecin, chirurgien dentiste, sage femme, pharmacien, masseur kinésithérapeute, infirmier, pédicure, orthophoniste, orthoptiste, ergothérapeute, psychomotricien, manipulateur, l'électroradiologie médicale, opticien lunetterie, audioprothésiste, diététicien,
- **Professionnels Médicales et Pharmaceutique :** professions paramédicales
- **Médecin Libéraux:** principes de références; liberté de prescription, respect secret médicale, liberté d'installation, paiement a l'acte, contrôle par les pairs exclusivement.

#### 2.2.4. Qu'est ce qu'une politique de santé?

Une politique de santé peut être définie comme « *Un ensemble de mesures, cohérentes entre elles, susceptible de réduire les affections pathologiques. Ces mesures étant généralement de type sanitaire, mais ne pouvant en aucun cas s'y réduire* »(13). L'objectif premier de cette dernière est d'améliorer la santé des citoyens qui dépend de tout un ensemble de facteurs, dont le système de soins, par contre ses objectifs secondaires permettent d'assurer un accès équitable aux soins médicaux, de gérer efficacement les établissements médicaux et de financer les programmes de santé publique de manière efficace et équitable(14).

D'une part la politique de santé est l'ensemble des mesures prises par les autorités politico-administratives pour permettre à la population sous sa responsabilité de jouir de leur droit à la santé. Ces mesures concernent notamment le développement des ressources humaines, le développement des systèmes de santé, le financement de santé, la définition du rôle de l'état et celui des privées dans le système de santé. Autrement dit, la politique sanitaire se définit plutôt comme les principes, les grands axes, les stratégies et surtout les moyens d'une action qui visent la satisfaction des patients en cas de maladies. Alors que l'énoncé le plus fréquent, concerne une « *politique de santé* » axée les moyens sont abondants et judicieusement utilisés, meilleur sera le résultat en termes de santé.

Dans ce cas, les contraintes sont moindres car les résultats sont rapportés en termes de gestion. Cependant, cette option présuppose que des moyens soient alloués à des structures capables de prendre en charge les problèmes prioritaires, correctement identifiés et quantifiés, ce qui n'est jamais le cas(15). Une politique de santé publique regroupe l'ensemble des choix stratégiques, des pouvoirs publics pour choisir les champs d'intervention, les objectifs généraux à atteindre et les moyens qui seront engagés. Il s'agit de maintenir ou d'améliorer l'état de santé d'une population. Dans son rôle de partenaire technique de référence en matière de santé, a su apporter au ministère de la santé l'appui technique et quelques fois financier nécessaires pour l'élaboration contribué à ce que le pays dispose de documents stratégiques pertinents notamment : un document sur la stratégie multisectorielle de lutte contre les maladies non transmissibles dans le cadre du partenariat entre l'Union Européenne et le Gouvernement algérien, au sein du Programme d'Appui au Système de Santé (PASS). L'appui a porté également sur l'élaboration du plan d'action pour la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI)(16).

### 3. Le système de santé Algérien et son évolution de 1962 à nos jours :

La santé est non seulement un droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel. Compte tenu de ce principe, l'Algérie a consacré dans sa Constitution le droit des citoyens à la protection de leur santé. Si des résultats incontournables sont enregistrés aujourd'hui, il n'en demeure pas moins que le système national de santé algérien est confronté à de multiples contraintes qui altéreront son efficacité et ses performances. L'inadaptation de son organisation, de sa gestion et de ses modalités de financement face aux mutations socio-

économiques que connaît le pays doit être combattu sans pour autant remettre en cause les principes d'équité, de solidarité qui fond le système national de santé(17).

En effet, l'histoire contemporaine de l'Algérie est profondément marquée par deux événements majeurs dont l'impact social est encore très perceptible de nos jours : la colonisation française (1830-1962) et une guerre d'indépendance particulière destructrice (1954-1962). L'Algérie a subi la colonisation française depuis 1830 jusqu'à la reconnaissance de son indépendance en 1962. Les Algériens relevaient d'un statut particulier, dit de l'indigénat et les territoires **majoritairement habités par des populations indigènes étaient exclus du droit français pour** relever d'un statut particulier de communes mixtes, placées sous la gestion d'une administration commandée par l'armée et les représentants des colons. C'est dans ce contexte que va se mettre en place une politique de santé dont l'évolution sera marquée par deux éléments majeurs : la volonté de prise en charge de santé de la population par l'Etat et la disponibilité de ressources problèmes financières.

• **La première période (1963-1973) :**

Cette période a été marquée par l'héritage de l'Algérie d'un système de soins coloniale qui favorise les populations urbaines concentrées dans l'Algérois, le Constantine et Oran(18). Au lendemain de l'Indépendance, le pays disposait de moins de 500 médecins (dont 50% d'Algériens) pour couvrir les besoins de santé d'une population, estimé à 10,5 millions d'habitants. Les indicateurs sanitaires de la période considérés, se caractérisaient par une mortalité infantile élevée, dépassant 180 pour mille, une espérance de vie qui n'atteignait pas 50 ans, et l'ampleur des maladies transmissibles qui, sévissant à l'état endémique, constituaient une importante cause de décès et de handicaps.(19)

Face à cette situation, et en raison des ressources limitées, le ministère de la santé s'est alors fixé deux objectifs essentiels : La réduction des disparités en matière de répartition du corps médical (public et privé) afin de faciliter l'accès aux soins (instauration d'une mi-temps obligatoire dans le secteur public pour les praticiens installés à titre privé, mise en place d'équipes mobiles d'action sanitaires) ; La lutte contre la mortalité et la morbidité, dues aux maladies transmissibles. Cette période a été marquée par la mise en œuvre de plusieurs programmes de santé destinés à protéger les catégories de population vulnérables, et à assurer la prévention des maladies prévalentes. C'est durant cette période qu'a été instituée la vaccination obligatoire de tous les enfants, et que s'est déroulée avec succès la campagne d'éradication du paludisme(20). Durant cette même période, la production pharmaceutique, l'importation et la distribution de gros des médicaments, étaient assurés par des sociétés nationales (pharmacie centrale Algérienne -PCA- en particulier) ; la distribution au détail était partagée entre les secteurs privé et public (agence de la PCA). Une commission nationale de la nomenclature créée en 1969, établissait la liste des médicaments nécessaires ; aucune procédure d'enregistrement n'était exigée et le contrôle des produits pharmaceutiques était assuré par la PCA.

**• La deuxième période (1974-1986) :**

En 1974 c'est aussi et surtout l'année de l'entrée en vigueur de la médecine gratuite qui traduit la volonté politique de concrétiser le droit à la santé. Cette décision, par l'audience qu'elle rencontre, par les réunions d'explications qu'elle suscite, par sa dynamique propre, va influencer non seulement sur les services de santé mais aussi sur leurs relations avec la communauté(21). C'est le contenu de la gratuité des soins qui doit être précisé en vue de déterminer le financement de la santé, non l'inverse, tout travail de définition par excellence ne serait se faire en soi. En effet, le contenu de la gratuité des soins doit être intimement lié aux objectifs arrêtés en matière de santé.

Ainsi, les effectifs du personnel médical et paramédical (moins de 5000 en 1962, plus de 75500 en 1991) ont été considérablement augmentés transformant radicalement la configuration humaine du système de soins. Les effets réels de cette évolution des effectifs médicaux doivent être appréciés en tenant compte de la répartition géographique notamment des médecins algériens : en novembre 1979 par exemple, 73 % des médecins algériens exerçaient dans les trois principales villes du pays. Sur les 800 spécialistes répertoriés à la même date, 700 exerçaient à plein temps dans les centres hospitalo-universitaires et 140 étaient sous le régime du demi temps.

Dix ans après, on retrouve pratiquement les mêmes niveaux de disparités alors même que les effectifs ont beaucoup crû. La pratique de la médecine ne semble intéresser les Algériens que si elle est exercée en milieu hospitalo-universitaire ou en cabinet privé. Si les effectifs des personnels de soins ont évolué très rapidement, il n'en est pas de même pour les infrastructures sanitaires publiques qui ont relativement stagné jusqu'à la fin des années soixante-dix. Un programme d'investissement concernant quarante hôpitaux "clés en main" a été réalisé par des firmes étrangères au cours des années quatre-vingts. Les difficultés d'assurer la maintenance des équipements sophistiqués installés jointes à celles d'y affecter un personnel médical et technique spécialisé et stable ont rendu ces structures très peu opérationnelles de nombreux hôpitaux connaissent des pénuries permanentes en moyens et fonctionnent en utilisant moins de 60 % de leurs capacités(22).

- **1983** : La loi 83-11 du 2 juillet relative aux assurances sociales avalise le forfait hôpitaux. Ce forfait instaurant la gratuité des soins existait déjà avant la signature de l'ordonnance,

- **1984** : Le programme national de lutte contre la mortalité infanto-juvénile a été élaboré et mis en place avec la collaboration de l'Unicef.

- **1986** : Le décret 86-25 du 11 février individualise les centres hospitalo-universitaires (CHU) en tant que structures autonomes. Jusque-là, les CHU n'existaient pas en tant que tels et les services universitaires étaient inclus au sein des secteurs sanitaires(23).

Cette époque a été marquée par trois faits majeurs : Décision de l'instauration de la gratuité des soins à partir de 1974 ; La réforme du système éducatif et en particulier des études médicales qui a été à l'origine d'un accroissement rapide du nombre de praticiens ; La création du secteur sanitaire auquel ont été rattachées toutes les unités de soin de base autrefois gérés par les communes ou le secteur paramédicale public.



**•La troisième période (1987-2004) :**

- **1987** : Faire appel à des emprunts à des taux réunis à court terme et de réviser à la baisse, si non d'abandonner purement et simplement, un grand nombre de programme de développement. Celui de la santé connaît un net recul des 1986-1987, mettant en grande difficulté le secteur public hospitalier (gestion des hôpitaux ou entretiens d'équipements). Il fut décidé de faire participer les usagers à raison de 20% (tiqués modérateurs) du coût des examens radiologiques, des analyses médicales et exploration fonctionnel, calculés sur la base de la nomenclature des actes de 1987(24).
- **1988** : Mise en place du tableau de bord de la santé (TBS) qui permet de recueillir à tous les niveaux du système de santé une des structures, information sur le fonctionnement.
- **1989** : Premier publication des statistiques sanitaire par la direction de la planification. Cette publication annuelle sera régulièrement publiée. Elle est malheureusement plus régulière.
- **1990** : Réalisation de l'enquête santé effectuée par l'institut national de santé publique conférence nationale sur la réforme du système de santé.
- **1992** : Conférence nationale sur les programmes locaux d'action sanitaire.
- **1994** : Décret exécutif 94-74 du 30 mars érigeant l'institut pasteur d'Algérie, institution centenaire en établissement public à caractère industriel et commercial(EPIC). Création de la pharmacie centrale des hôpitaux. Depuis 1995 en rendant les prestations de soins payantes, les malades allants s'adresser aux structures sanitaires vont inéluctablement exiger à leur tour, plus d'attention de leur structures d'accueil. Par ailleurs la sécurité sociale qui était plus importante pour les bailleurs de fonds de système de soins avant qu'elle ne soit remplacée par l'Etat comme premier financeur des dépenses de santé, en visage de changer ces modalités de financement de système de soins en mettent en avant sa volonté de financée non pas des structures sanitaires, comme cela se fait actuellement, mais des programmes d'activités que ces dernières vont devoir développé(25).
- **1996** : Création de l'institut national de pédagogie et de formation paramédicale par le décret exécutif 96-148 du 27 avril.
- **1997** : Officialise la mise en œuvre d'un processus d'expérimentation du système de gestion du dossier médico administratif du patient dans six (06) établissements hospitaliers (pilotes)(26).
- **1998** : Création du centre de pharmacovigilance et de matériau-vigilance. Une expertise, confiée début 1998 au, bureau d'études national, qui remet son rapport final en juin 1999. Cette expertise valide la démarche du comité interministériel, en ce qui concerne : Les supports d'information et d'évaluation à mettre en œuvre ; La généralisation de la mise en place du « bureau des entrées » dans l'ensemble des établissements hospitaliers ; La sensibilisation et la formation des personnels ; L'évaluation des activités des services hospitaliers ; L'identification des avantages et inconvénients de différents modes de facturation.

- **2000** : Réalisation de l'enquête à indicateurs multiples sur la mortalité infantile commandités par l'Unicef et organisée par la direction de la prévention du ministère de la santé et de la population.

- **2002, 2003, 2004** : Publication d'un document « annuel » intitulé la santé des Algériennes et des Algériens.

• **La quatrième période de 2004 à nos jours :**

Cette période a été caractérisé par une nette amélioration des ressources de secteur de la santé, grâce à une augmentation des allocations budgétaires aussi bien en terme de budget de fonctionnement que le budget d'équipements de fait de la rente pétrolière et ce en dépit des crises financières mondiales. Les indicateurs de santé publics connaissent une amélioration significative.

- **2007** : Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai portant réorganisation des structures de santé et créant des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP).

- **2008** : Amendement de la loi 85-05 le 20 juillet portant création de l'agence nationale des produits pharmaceutiques.

- **2009** : Prise de mesures incitatives encourageant la dispensation des produits génériques ainsi que des produits pharmaceutiques fabriqués localement(27).

- **2010** : Installation d'une commission mandatée en vue de l'élaboration d'une nouvelle loi sanitaire. Ce projet de loi a été remis au ministre de santé, de la population et de la réforme hospitalière par la commission en janvier 2011.

- **2011** : Le ministère de la santé lance le Plan National Cancer. Pendant cette période, les transitions épidémiologiques et démographiques se poursuivent : Progression accélérée des maladies non transmissibles (pathologies dites modernes) ; maladies neuropsychiatriques, cancers, diabète, pathologies respiratoires, digestives et cardiovasculaires en rapport avec le changement de rythme et de mode de vie du citoyen ; Vieillesse de la population, lié à l'allongement de l'espérance de vie et à la baisse accélérée de la fécondité depuis les années 90 (les taux de fécondité se sont stabilisés à moins de 2.5 enfants/femme depuis 10 ans ; Accroissement naturel reparti à la hausse au cours des dernières années, malgré la baisse de la fécondité, du fait du rebond du nombre de mariages, liée à la fin de la décennie noire. En conséquence, la population algérienne continue à croître à un rythme élevé de 2% par an(28).

- **2012** : Création de l'agence nationale de la greffe d'organe régit par la loi 85-05.

- **2013** : Création de l'audit sur les entreprises publiques de santé, audit sur les ressources humaines (MSPRH), mise en place d'un plan de redressement de secteur.

- **2014** : Création de l'agence de gestion des réalisations et des équipements de santé, la mise en place d'un comité nationale multisectoriel de prévention et de lutte contre les MNT (les maladies non transmissibles)(29).

- **2015** : Le ministre de la santé A. Boudiaf a annoncés des mesures d’urgence et a promis des mesures (structurantes) dans la nouvelle loi qui devrait être promulguée, ce sera le teste de la « révolution » promis dans le secteur de la santé.
- **2016** : Création d’une carte sanitaire nationale en mars 2016, dans le cadre de la restructuration du système de santé, en vue de mettre en place de nouveaux mécanismes susceptibles d’assurer une meilleure gestion des structures de santé et promouvoir les prestations offertes aux citoyens. Evolution notable avec des changements survenus dans la santé de la population mais des insuffisances restent comblés. Trois objectifs à atteindre : Elaborer une organisation permettant aux intervenants d’agir et interagir pour réaliser des actions clairement définis pour l’amélioration de la santé de la population ; Mettre en place un système d’information qui soit une véritable aide à la décision ; Réglementer différentes activités de santé par des textes et des guides techniques et consensus.
- **2018** : La loi n° 18-11 du 18 Chaoual 1439 correspondant au 2 juillet 2018 relative à la santé garantit et prend en charge les soins de base, soins élémentaires curatifs et préventifs comprenant notamment ceux dispensés sous forme de service ambulatoire ainsi que les soins d’urgence. Le nouveau découpage sanitaire opéré par le décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité (EPSP). A pour objectif global l’amélioration de la prise en charge de la santé des algériens et la valorisation des personnels qui travaillent dans le secteur nécessite de modifier positivement les modes actuels d’organisation de gestion et de fonctionnement de ces établissements.

### **3.1 Les principales réformes mise en œuvre pour le système de santé en Algérie :**

En Algérie, la dispense des soins de santé est de qualité très inégale et varie d'une région géographique à une autre et à l'intérieur d'une même région. Cette situation s'explique par une disparité dans la répartition des compétences et des ressources sanitaires à l'échelle du pays. Elle est à l'origine des dysfonctionnements multiples qui intéressent la gestion des besoins en soins de santé et la qualité des services offerts aux patients(30). Les réformes, quel que soit leur champ d'application, sont toujours motivées par le constat d'un dysfonctionnement systémique grave qui devient particulièrement visible en période de crise économique. Devant cet état de fait, l'Etat Algérien a pris l'initiative d'entreprendre une dynamique de réforme profonde du système de santé qui semble aller dans le but de faire face aux dysfonctionnements qui entravent son bon fonctionnement, dans le sens de la promotion active et constante de la santé collective et de l'amélioration de la gestion des infrastructures sanitaires et du personnel chargés pour une meilleure prise en charge du patient.

Dans ce cas, l'objet de ce point est la présentation des principales réformes mise en œuvre pour le système de santé algérien, leurs objectifs principaux ainsi qu'à leurs résultats obtenus, en termes d'efficacité et de performance(31). La nouvelle appellation attribuée au ministère de la santé le 17 juin 2002. Ministère de la santé, de la population

et de la réforme hospitalière (MSPRH), indique la volonté du pouvoir politique d'impliquer largement le secteur de la santé dans la dynamique des réformes qui doivent en premier lieu bénéficier à la qualité de vie de tous les citoyens, qu'il s'agisse des usagers du système de santé ou de ses prestataires. La réforme des établissements hospitalière a donc pour objectif globale l'amélioration de la prise en charge de la santé de la population et la valorisation des personnels qui travaillent dans le secteur. Pour cela, il devient nécessaire de modifier positivement les modes actuels d'organisation, de gestion et de fonctionnement des systèmes de santé.

### **3.2 Définition de la réforme hospitalière :**

Le système de santé en Algérie a connu plusieurs vagues de réformes depuis 1962 certaines concernent le découpage de la carte sanitaire d'autres l'organisation et la gestion des établissements de santé(32). Nous pouvons la définir comme un processus de normalisation dont l'objectif est la correction des dysfonctionnements constatés dans la production des soins hospitaliers afin que ces derniers soient : conformes, efficaces et satisfaisants pour les patients. La réforme en santé est un processus qui vise à ajuster le Système National de Santé(33): A l'évolution des déterminants économiques, sociaux, démographiques et Epidémiologiques ; Aux contraintes de fonctionnement des structures et de prise en charge de la santé des citoyens ; A l'évolution de la technologie et des techniques médicales.

#### **• Les grands axes de la réforme hospitalière :**

En 2002, le conseil national de la réforme hospitalière a élaboré, après une analyse du système actuel et de ses problèmes, un rapport qui énonce les contraintes et les dysfonctionnements dans le secteur public hospitalier, et indique au ministre et au gouvernement les mesures plus urgentes à prendre. Le conseil a organisé son travail autour de six dossiers: besoins de santé et demande de soins, structures hospitalières, Ressources humaines, Ressources matérielles, Financement et Inter-sectorialité.

#### **• Les besoins de santé et demande de soins :**

Cette mise en cohérence entre le système national de santé et son sous système hospitalier a permis d'éviter, d'isoler la réforme des établissements hospitaliers de leurs soubassements social, épidémiologique, financier et organisationnel. Dans ce dossier, les modalités de la coordination entre les structures de proximité et l'hôpital de secteur d'une part et celles existantes entre les hôpitaux de secteurs et les hôpitaux de référence régional ou national, d'autre part ont été largement abordés pour bien hiérarchiser l'accès aux soins.

#### **• Structure hospitalière :**

Le principe de confirmer la notion de l'autonomie des structures de soins en renforçant le contrôle de la tutelle, il vise donc à revoir le statut et l'organisation des établissements publics et privés de santé. Cet objectif consiste à introduire des instruments de planification et de régulation financière tout en mettant l'accent sur

l'amélioration de la qualité à travers le renforcement du rôle de l'évaluation des activités médicales et des services hospitaliers ; il s'agit d'améliorer l'accueil, l'information, l'hébergement, la restauration et la qualité sur tous les soins; dans une seconde perspective, la promotion de la coopération et l'intégration de la complémentarité public-privé dans le cadre de la contractualisation(34). La contractualisation à l'ordre de jour dans de nombreux pays pour suivant une réforme de leur système de santé et de protection sociale. Elle est souvent présentée comme un moyen pour redéfinir les relations entre les principaux acteurs du système de santé en vue d'atteindre une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources disponibles; elle a été considérée comme une composante de la réforme du système de soins(35).

- **Ressources humaines :**

Il traite deux aspects fondamentaux qui sont la promotion et la valorisation des personnels à travers la révision de leurs statuts, de leurs conditions et modalités d'exercice, de leurs rémunérations, de leur avancement dans la carrière, de leur formation, d'une part et le redéploiement de ces personnels d'autre part. L'objectif visé est la qualification de l'ensemble des personnels par l'adaptation des formations aux référentiels des différents métiers et des différentes professions qui restent à définir. Au-delà cet objectif implique l'intervention d'autres secteurs tels que, les secteurs de l'enseignement supérieur et de la formation professionnelle ainsi que la définition d'une stratégie et d'un échéancier précis(36).

- **Ressources matérielles :**

L'accent a été fortement mis sur l'intégration des moyens matériels à l'organisation des soins impliquant un parallélisme entre les moyens et le niveau d'activité, entre la hiérarchisation des soins et la normalisation des moyens. L'objectif est de donner pour un réseau de soins tous les moyens nécessaires : Les aspects liés à la maintenance, aux normes techniques, de sécurité et de qualité, à l'implantation des plateaux techniques et à la formation complètent. Ce dossier sur le plan de la disponibilité des moyens, eu égard au vieillissement du parc matériel, une réhabilitation voire une remise à niveau ou un renouvellement s'imposent. Il prend en charge aussi la réflexion sur les éléments qui pourraient contribuer à l'élaboration d'une politique nationale du médicament.

- **Le financement :**

Les objectifs visés dans cet axe est principalement, la recherche d'autres sources de financement et la réforme des modalités de financement des hôpitaux dont l'accent a été mis sur le financement contractualisé des activités et non des structures. La mission est donc de revoir les conditions d'octroi des allocations budgétaires et sur la facturation en ayant pour premier soucis l'accès aux soins équitables pour tous les malades, ceci ne peut se réaliser qu'avec la révision des cahiers des charges définissant les objectifs des parties contractuelles (hôpitaux, bailleurs de fonds) et l'identification précise des besoins de santé, les supports d'information (carte CHIFA) et la gestion avec l'introduction de la comptabilité analytique hospitalière et l'instauration des activités d'évaluation dans le but de rationaliser l'utilisation des ressources et finir avec les actes de gaspillage. Le

principal enjeu pour les hôpitaux est de se voir octroyer les moyens suffisants pour exercer leurs missions; les hôpitaux connaissent aujourd'hui une situation financière difficile dont témoignent les reports de charge(37).

- **L'inter –sectorialité :**

Avec le fait que les actions du MSPRH, dépendent en partie d'autres secteurs (finance, travail et sécurité sociale, protection sociale et solidarité, enseignement, formation professionnelle, collectivités locales, environnement, industrie, agriculture..). La stratégie en matière de santé doit intégrer les initiatives liées à la santé dans le cadre d'autres politiques sectorielles parce qu'il est essentiel de garantir une cohérence entre la santé et les autres politiques publiques et aussi de faire en sorte que toutes les activités sectorielles ayant une incidence sur la santé contribuent à la stratégie globale du Ministère pour garantir la coordination des activités liées à la santé(38).

Depuis l'année 2000, le système de santé Algérien a subi plusieurs réformes visant à améliorer l'offre public 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(39); ce qui oblige les patients à se soigner chez un seul médecin traitant librement choisi. Le seconde volet de la réforme et le plus importants consiste en la décentralisation du système de soins; de ce fait, l'hôpital public qui été jusqu'à la le centre du système de soins et le responsable de toutes les actions et programme préventifs et curatifs, sera libéré de toutes ces taches et sera consacré désormais à l'offres de soins hautement spécialisés.

### **3.3 Les objectifs de la réforme hospitalière :**

Parmi les reformes nécessaire introduite dans le projet de loi sur la santé, en peut citer celle ayant trait à la mise en place d'un dispositif d'évaluation et d'audit des structures et établissements de santé, à travers la création d'une agence nationale ainsi que le renforcement et l'élargissement des pouvoirs de contrôle et d'inspection. Après l'examen de chaque dossier, le conseil a cherchée de donner des réponses aux questions plus urgentes du système(40).

Le CNRH a indiqué au MSPRH comme prioritaires les objectifs suivants : Recentrage et adaptation du dispositif d'offre de soins et d'hospitalisation aux besoins de santé du citoyen en s'appuyant sur un système d'information performant ; Donner aux professionnels de santé, quels que soient leurs statuts et leurs responsabilités, les moyens de répondre efficacement aux besoins sanitaires et sociaux ; Réaffirmation des obligations contractuelles de tous les intervenants dans la santé des citoyens ; Affirmation des droits et des devoirs des usagers et de la protection des malades en particulier ; Assurer les ressources financières nécessaires au bon fonctionnement des établissements de santé ; Redéfinir le statut des hôpitaux vers une autonomie réelle en rupture avec le statut actuel ; Mettre en place une structure de concertation efficace avec l'enseignement supérieur pour revoir de manière fondamentalement novatrice la formation et le perfectionnement des personnels de santé et notamment des spécialistes.

#### 4. L'Algérie face à la Crise Sanitaire de la Covid -19 :

En réalité, comme tout les pays au monde, l'Algérie a été atteinte par la Covid-19. Le 25 février 2020, le Ministre de la Santé a annoncé l'identification du premier cas, il s'agissait d'un citoyen Italien entré dans le territoire national le 17 février 2020: par la suite plusieurs cas ont été déclarés et qui étaient essentiellement des ressortissant Algériens revenant des pays européens. Sans doute, la panique total et par peur, l'Etat s'est retrouvé devant une situation dont il devait gérer pour pouvoir centré et prévenir le risque de la propagation de l'épidémie ; en prenant des mesures exceptionnelles .Certes l'opération n'est pas du tout facile mais à la fois obligatoire pour l'intérêt de la sante de la population et même l'intérêt national.

L'Algérie était parmi les premiers pays au monde qui ont agit vite. Pour cela le Gouvernement Algérien a ordonné certaines mesures : Fermeture de toutes les frontières ; Confinement total pour la wilaya de Blida (l'épicentre de l'épidémie) ; Confinement partiel pour les autres wilaya (selon le degré de la propagation), ce confinement était progressive (changement des horaires a chaque fois) ; Fermeture de tout les établissements scolaires et universitaires, centres et instituts de formation (privé et publique) ; Fermeture des Administrations étatiques (sauf nécessité avec un service minimum) ; Fermeture des usines privés ; Fermeture des cabinets des professions libéraux (médecin , avocats, notaires) ; Fermeture des grandes surfaces (hypermarché, super marche, ) ; Fermeture des centres de loisirs( parc d'attraction, jardins publiques , les plages ) ; Fermeture des restaurants , hôtels, cafeterias, salle des fêtes ; La désinfection presque partout ; Campagne de sensibilisation a travers tous les moyens médiatiques.

D'autres part, l'Etat a strictement interdit de tous rassemblement publiques (même ceux familiaux) ; Le respect des horaires de confinement (certaines pénalités était prisent contre les fraudeurs) ; Le respect et l'application du protocole sanitaire (le port du masque est obligatoire, la distanciation sociale, se laver les mains régulièrement et soigneusement avec le gel), et il préférable pour l'intérêt sociale de rester chez sois.

**RESTEZ CHEZ VOUS / STAY AT HOME / اقعدي في البيت**

#### **SLOGON de la Covid-19**

Face a cette crise, le système de sante Algériens a déployé tout **les moyens nécessaires** (humains, matérielles, financier), pour géré et par la suite pouvoir maitriser la situation qui est en forte dégradation. **A Savoir:** La forte mobilisation des personnels de santé (médicaux, paramédicaux, administratifs) qui se sont tous orientés vers le service de Covid-19 .Même certains personnels se sont privés de leurs proches pendant des semaines voir des mois presque toutes les infrastructures de santé (CHU, EHU, polycliniques...), étaient misent a la disposition des personnes infectés.

Au début de la pandémie, la pénurie des médicaments, des masques, des gels été pour le monde entier ; pas uniquement pour l'Algérie. Néanmoins, cette situation étant nouvelle , a connue quelques problèmes: La fermeture des cabinets des médecins libéraux n'ont pas laisser grand chois au citoyen malade de s'orienter vers les hôpitaux pour se faire soigner ; ce qui a créé un afflux sans précédent qui les a obligée d'acceptée

que les personnes atteintes ou suspectes du virus ou bien encore les malades les plus graves ; Pénurie des médicaments des maladies chronique du a la fermeture des frontières ; Le non remboursement pour certains médicaments prescrits, contre le Covid-19 ; Au début absence des moyens de dépistages (l'Institut Pasteur seul habilité a faire le test PCR) .

Bien que, par la suite les testes de dépistages se sont généralisée et dans l'état et dans le privé; ils n'étaient pas à la portée de tout le monde, d'autant plus ils ne sont même pas remboursables. Pour les gens atteint du Covid-19 et qui étaient hospitalisés ; leurs suivie étaient réguliers: tandis-que les autres qui étaient confinés a domicile, beaucoup d'entre eux n'ont pas donné suite. D'autres mesures ont été prise d'ordre socio-économiques par les autorités en faveur des citoyens tels que : La prolongation de la validité de la couverture sociale ; Les aides financières pour les personnes a faibles revenus; et métiers fragilisée par la crise ; L'exonération des impôts pour quelques activités commerciales et industrielles ; La forte mobilisation du mouvement associatifs chacun dans son domaine (surtout pendant les fêtes religieuses) ; Création du Comité Nationale Scientifique de suivie de l'évolution de la Covid-19 ( le Porte parole rapporte les chiffres au quotidien).

La Création du Comité Nationale Scientifique de suivie de l'évolution de la pandémie (le Porte parole rapporte les chiffres au quotidien). Pour faire un constat de la situation sanitaire et comment tout le système de santé et de soin a pu faire face à cette crise mondiale, nous avons présenté un questionnaire pour l'étude de cas de Covid -19 an niveau de la ville d'ORAN.

**Figure N°2 : L'épidémiologie du Covid19 en Algérie, chiffres indicateurs épidémiologiques au 28/02/2021**

Epidémiologie du Covid 19 en Algérie, Chiffres Indicateurs épidémiologiques au 28 Février 2021				
Wilayas	Ca incident cumulés	Taux d'incidence	Taux de mortalité	Taux de Létalié %
Oran	12 009	649,36	3,89	0,60
Blida	8 453	618,32	16,68	2,70
Alger	17 312	468,15	11,57	2,47
Jijel	3 435	457,91	9,33	2,04
Ain Témouchent	1 547	346,39	2,91	0,84
Bejaia	4 517	439,24	14,49	3,30
Constantine	4 076	353,51	8,67	2,45
Bouira	2 812	345,31	7,74	2,24
Tizi Ouzou	4 173	344,82	20,49	5,94
Tipaza	2 313	315,54	7,50	2,38
Wilayas	Cas incidents cumulés	Taux d'incidence	Taux de mortalité	Taux de Létalié %
Wilayas enregistrant les valeurs les plus élevées des indicateurs Covid 19	Alger 17 312	Oran 649,36	Blida 16,68	Blida 2,70

**Tableau VI : Répartition des indicateurs épidémiologiques de la Covid 19 en Algérie Wilayas enregistrant les indicateurs les plus élevés au 28 Février 2021**

Source : Ministère de la santé en 2021



Figure N°3 : Le bulletin N°8 de l’EHU Oran

Wilayas	Cas cumulés	Décès cumulés	Taux de mortalité <sup>1</sup>
Alger	17 258	428	11.57
Oran	11 997	72	3.89
Blida	8 448	228	16.68
Sétif	5341	267	14.87
Bejaïa	4517	149	14.49
Batna	4378	68	4.92
Tizi Ouzou	4173	247	20.49
Constantine	4073	100	8.67
Total 48 Wilaya	113 092	2983	7.00

**Tableau IX : Infection au nouveau coronavirus SARS Cov 2 – Répartition des cas et décès cumulés avec taux de mortalité pour 100 00 selon les Wilayas les plus touchées – Algérie au 28/02/2021**

Source : EHU Oran. 2021.

Les moyens mis en place pour la gestion de la crise sanitaire à Oran sont les Cinq 05 hôpitaux misent à la disposition: CHU d'Oran : avec une capacité de lits de 1624 ; EHU 1er Novembre 1954: avec une capacité de lits de 740 ; EH Majber Tami Ain Turk: avec une capacité de lits de 240 ; EPH El Mohgan Arzew: avec une capacité de lits de 240 ; EPH Akid Otmane Ain Turk avec une capacité : avec une capacité de lits de 9. Aussi, les moyens de dépistages avec PCR déployés pour prendre en charge les malades et les différents cas du COVID 19 à Oran est comme suit : Pour le secteur publique : le 20 Mai 2020 au niveau de EHU et le 14 Juillet 2020 au niveau du CHU. Pour le secteur privé: en Septembre 2020 (Laboratoire d'Hygiène) et en Octobre 2020 (deux 02 autres laboratoires privés).

Dans l'absence d'informations concernant la répartition des personnels soignants, le suivie de l'évolution de la pandémie (périodique) Organismes et Institutions locales pour la collecte de donnés. Le peu d'informations au niveau local à fait l'objet d'une étude sur le terrain par l'élaboration d'un questionnaire pour récolter plus de données sur la crise sanitaire et sa gestion à Oran. Pour le questionnaire de l'enquête, il est destiné à un échantillon de 100 personnes dont le but de sondée la population sur certains points en relation avec la crise sanitaire de la Covid-19. Modèle du questionnaire (Si dessous) :

**Recensements des réponses:**

**1/ Sexe :**

Masculin	Féminin
42%	58%

**2/Age :**

+ 18	+30	+40	+50	60+
20%	31%	20%	21%	08%

**3/ Atteint du Covid-19 ?**

Oui	Non
35%	65%

**4/ Si oui comment était votre réaction (pour les 35%) ?**

Normale	Peur
0%	35%

**5/ Si oui la nature de la prise en charge (pour les 35%) ?**

Confinement	Hospitalisation
25%	10%

**6/ Si non est ce que vous avez peur d'êtres contaminer ?**

Oui	Non
100%	0%

**7/ Avez vous respectez le protocole sanitaire ?**

Oui	Non
25%	75%

**8/ êtes -vous satisfait de la campagne de sensibilisation contre le Covid ?**

Oui	Non
25%	75%

**9/ êtes -vous d'accord pour êtres vacciner**

Oui	Non
25%	75%

**10/ Si non pourquoi ?**

Manque de confiance	Le Vaccin n'est pas fiable	C'est tôt pour évaluer l'efficacité
35%	10%	25%

Pour les 100 personnes qui ont participé au questionnaire en constate que pour les 35% testées positif : Le sentiment de la peur était dominant par contre que 10% parmi eux étaient hospitalisés. Tous les 100% ont peur d'êtres contaminés ; malgré ça 75% d'entre eux n'ont pas respecté le protocole sanitaire imposé par l'état. Les 25% eux qui ont respecté le protocole sanitaire, sont satisfaits de la campagne de sensibilisation contre le Covid et prétent d'être vaccinés. Les 75% qui n'ont pas respectés le protocole sanitaire. Pas satisfait de la campagne de sensibilisation contre le Covid-19. Pas d'accord d'êtres vacciné pour cause: La majorité des 35% ne font pas confiance (mais à qui ? médecin, vaccin pas de précision) ; Les 10% jugent que le vaccin n'est pas fiable (sans aucun prétexte) ; Les 25% prétendent que c'est tôt pour savoir l'efficacité du vaccin. Ce que nous avons constaté et d'après les réponses fournis que la majorité des gens bien qu'ils ont eu peur d'êtres contaminés : Ne respectent pas le protocole sanitaire ; Ne sont pas satisfait de la campagne de sensibilisation et Ne sont pas d'accord d'êtres vaccinés ;

La pandémie de la Covid-19 est un exemple d'une crise sanitaire à envergure planétaire. C'est une épreuve exceptionnelle qui met l'humanité face à l'incertitude, la peur de la mort et de l'inconnu. Elle constitue une situation inédite de crise sanitaire en santé publique nécessitant une gestion appropriée de l'information, des citoyens qui est une exigence éthique et démocratique d'une part, et d'une condition d'efficacité de gestion des crises sanitaires d'autre part. Au début de la pandémie et jusqu'à un temps pas très loin, l'Institut Pasteur d'Alger était le seul habilité à effectuer le test de diagnostic spécifique «PCR»; mais, il demeure incapable à lui seul de répondre aux besoins de dépistage croissants par conséquent, plusieurs régions se trouvaient dans l'incapacité à mener des analyses pour confirmer ou non des cas suspects.

En réalité, la forte mobilisation du personnel soignant des établissements de santé publics malgré des conditions de travail difficiles; il est temps de penser sérieusement à améliorer leurs conditions de travail. On peut là penser au renforcement du recrutement du personnel ou des effectifs administratifs dans les services de soins. Mais aussi, des points négatives en matière de gestion de crise à Oran tel que l'absence des médecins libéraux ; des taux de remboursement complètement obsolètes et souvent non remboursable (testes de dépistage) ; Pénurie de certains médicaments de maladies chroniques suite à la fermeture des frontières ; Absence de bouteilles d'oxygène dans les hôpitaux, de bavettes, de gel alcoolisé,...ects.

De tout cela nous constatons que les crises sont souvent l'occasion de révéler le pire comme le meilleur de l'Humain, par exemple des nouvelles formes de solidarité qu'a vu naître durant cette pandémie, la société algérienne qu'il faudra faire perdurer dans l'après-crise. Malgré qu'Oran était parmi les 10 wilayas les plus touchées par la pandémie, elle a enregistré un taux de mortalité le plus faible et un taux important de guérissant.

## **5. Conclusion :**

La crise sanitaire est une menace pour l'état de santé de la population caractérisée par l'état d'urgence et le caractère inédit du risque. Au début, seule l'expérience de la Chine premier pays touché par la pandémie a servi de référence. Ce qui a contribué à l'absence d'une gestion universelle commune, ou collaboration même au sein des unions continentales ou stratégiques existantes ; où tout les pays du monde se sont retrouvés livrer à eux même et à la capacité d'adaptabilité de leurs systèmes de santé à la nouvelle situation épidémiologique. En outre, tout les systèmes de santé à l'échelle mondiale en connu des dysfonctionnements à tout les niveaux, donc il est évident qu'ils ont connus des défiances; et par la suite les relever pour essayer de maîtriser la situation. A l'instar des autres pays le système de santé Algérien ne pas fait l'exception: du moment où cette crise persiste encore on sera amené à prendre d'autres mesures par rapport à son évolution et fin de rationaliser au mieux toute décisions à prendre en tenant en compte l'expérience passée.

Toutefois, cette crise pourrait naître un nouvel espoir de changement dans le cas où les enseignements tirés permettent de tisser les premières lignes d'une politique de santé

solide, globale et durable. Il faut à tout prix protéger le personnel de santé; les perdre ou les voir perdre confiance dans le système de santé et dans la société d'où ils viennent rend toute chance de gérer correctement la crise très improbable. La sécurité du personnel soignant, le déploiement de moyens qui peuvent les protéger, leur permettre de récupérer physiquement et mentalement après des épreuves souvent difficiles doit être au cœur de la stratégie d'intervention face à des épidémies et des pandémies à forte létalité ; Le développement de la téléconsultation est indispensable pour la médecine de demain ; Une gestion décentralisée des politiques de santé autour des régions qui repèrent les besoins de santé de leur territoire et qui décident ; Le développement de la téléconsultation est indispensable pour la médecine de demain ; Mettre en place au plus vite les outils de suivi de la crise.

Ceci permet de comprendre l'évolution de l'épidémie, notamment ses dynamiques d'accélération ou de décélération de la contamination, et de suivre l'extension géographique ; Connaître le taux d'attaque de l'épidémie, l'évolution de la mortalité et de la morbidité associées, l'efficacité de la prise en charge, etc., sont en effet des éléments clé de la conduite opérationnelle et du pilotage stratégique de la réponse ; Mettre en place un système d'information qui soit une véritable aide à la décision avec des outils efficaces de collecte et de traitement des informations qui permettent d'avoir en quasi temps réel les courbes d'évolution du problème (l'épidémie), voire son évolution spatiale sinon il existe un risque de perdre des informations essentielles pour comprendre, agir et suivre ; Attitude participative privilégiant le dialogue et la concertation ; Mobiliser les sciences sociales : faire intervenir très vite des socio-anthropologues pour comprendre la perception des populations du risque épidémiologique, les rites et croyances qui accompagnent les maladies et la mort est essentiel pour définir des angles d'entrée au niveau de l'action, de la communication et de la gestion des rumeurs.

Trop rarement sollicitées, les sciences sociales représentent pourtant l'une des clés essentielles de la gestion des épidémies et de façon générale des questions de santé. Le fait qu'une épidémie se développe n'empêche pas les femmes d'accoucher, ni d'autres pathologies de nécessiter une prise en charge. La réquisition de toute la force de travail et la priorisation de tous les moyens vers la réponse à la crise sanitaire ont des effets majeurs sur le reste des problèmes de santé, entraînant éventuellement une surmortalité liée aux autres maladies. Enfin, il faut admettre que Les épidémies de grande ampleur et les pandémies font maintenant partie intégrante du paysage des crises qui affectent communautés, régions, pays, voire la planète entière. Il est important de prendre conscience de ce risque et d'en envisager les conséquences. Ceci implique dès maintenant et de façon permanente une révision profonde, à la fois dans les politiques sanitaires et les outils de gestion de crise épidémiologique; de même, cela oblige le secteur humanitaire à une introspection profonde sur son rôle et ses capacités.

## 6. Reference :

1. OMS. La Conférence internationale sur la Santé, *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, n°2 New York 1946, p. 100 et entré en vigueur le 7 avril 1948.
2. Loi relative à la protection de la santé. p 122
3. Bahlouli, Ahmed Sofiane. *La politique de santé en Algérie*. Mémoire de magister en sciences politiques et relations international. Faculté de droit. Université d'Oran : département de sciences politiques et relations international, 2012.p 18.
4. Loi d'attraction-Santé et Energie Vitale, *Retrouver son bien-être, créer sa vie par l'Alignement énergétique* Chantal, Attias, Janvier 2017.
5. ZENATI, Achène. *Les évolutions récentes du système de santé Algérien*. : CREAD centre de recherche en économie appliquée pour le développement, Algérie, 2017.p. 108.
6. HUBERT, Julie. Rédactrice *infirmier* .Cours étudiants en soins infirmiers: disponible sur : <https://www.infirmiers.com/etudiants-en.../cours-sante-publique-notions-de-base.html>. Consulté le (26/09/2017)
7. MCPHERSON, K. *Les variations des pratiques médicales dans les systèmes de santé à la recherche d'efficacité*, OCDE, Paris, Gallimard.1990.
8. Amarouche. Les systèmes de santé dans le monde. Faculté de médecine de Constantine.(2005/2006).p.3.  
Disponiblsurlesite[http://univ.encyeducation.com/uploads/1/3/1/0/13102001/economie\\_2016\\_systemes\\_de\\_santedans\\_le\\_monde\\_amarouche.pdf](http://univ.encyeducation.com/uploads/1/3/1/0/13102001/economie_2016_systemes_de_santedans_le_monde_amarouche.pdf)
9. CAZA, M. DUFOUR, J. *Organisation sanitaire et sociale ; les systèmes de santé : Santé Publique* ; Ed Masson. 1989. P. 5-9.
10. LEVY, A. JOURDAN, R. *Moyens de santé publique*. Manuel de santé publique ; Ed Masson. 1989. P. 1-6.
11. Loi relative a la protection et a la promotion de la santé
12. CABANE, C. *Lexique de géographie humaine et économique*, Ed. Dalloz, Paris, 1984, P. 387.1  
KAÏD, Nouara. *Le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants*. Thèse de doctorat d'état en sciences économiques. Faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion. Université d'Alger : Département des sciences économiques. (s.d). p. 16.
13. Oufriha F.Z. *Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie*. OPU,
14. *Ibid*. P. 23.
15. KAÏD, Nouara. *Op.cit.*, P. 23.
16. Centre International pour le Développement des Politiques Migratoires, (ICMPD). *Contribution à la Connaissance des Flux Migratoires Mixtes, vers, à travers et de l'Algérie. Pour une vision humanitaire du phénomène migratoire*. Disponible sur : <http://www.icmpd.org/fileadmin>.
17. KAHLLOUCHE, Noureddine : *Développement d'un système constructif en milieu hospitalier : démarche Méthodologique pour la réalisation d'un complexe mère et enfant*. Mémoire de Magister. Institut des sciences et sciences de l'ingénieur Génie civil, Université Mohamed Chérif Messaadia Souk-Ahras, juin 2012. P. 23.
18. ASVALL. J. E. *La politique cadre dans santé pour tous dans la région européenne : version actualisée de 2005*.p.13.
19. SALMI, Madjid. *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : élément pour une évaluation de la qualité des soins*. Thèse de doctorat. Université de Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou. Faculté des sciences économiques, commerciales, et de gestion. Département des sciences économiques. Novembre 2009. P. 27
20. LARABI, Amel. *L'évolution du système national de santé (1962-2007)*. Dossier. Ecole nationale de santé publique, direction de la formation continue et de la recherche. Alger, avril. 2001. P. 5.
21. BOUHARA, Abderazak. *Le développement d'un système national de santé*. Séminaire, Alger, 7-8 Avril 1983.p. 290.
22. Ministère de la santé, *le développement de la santé*, Séminaire. Unité Réghaia, 1983. P.125.
23. CHACHOUA, Ali. *Le système de santé en Algérie de 1962 à nos jours*, Colloque International sur les politiques de santé, Alger, le 18 et 19 Janvier 2014. Disponible sur le site : [http://www.and.s.dz/colloque/docs/01\\_système\\_santé\\_chachoua.pdf](http://www.and.s.dz/colloque/docs/01_système_santé_chachoua.pdf).

24. BENMANSOUR, Sonia. *La contractualisation dans le système de santé Algérien : son impact sur le financement des hôpitaux publics*. Revue critique, faculté des sciences économiques, commerciales, et gestion université Mouloud MAMMERRI de TIZI-OUZOU. P.63
25. SALMI Madjid. *Op. cit.*, P. 34.
26. CHACHOUA, Ali. *Op.cit.*
27. REMAL, Abdelkader. Etudiant Assistant Social à INFSPM. Alger, *système de santé en Algérie*. Disponible sur le site : <https://abdelkadirremal.wordpress.com/2013/04/27/>.
28. Le bilan. Ou situe l'Algérie au plan international. Synthèse : Bilan à 2012. Disponible sur le site : <http://www.nabni.org/nos-propositions/sante/bilan-et-situation-en-2012/>
29. Les réformes en santé évolution et perspective. Ministère de la santé. Disponible sur le site [www.santé.gov.dz](http://www.santé.gov.dz).3 La réforme inéluctable du système de santé algérien. Disponible sur le site [www.algerparis.fr](http://www.algerparis.fr).4 (s.a) Santé : création d'une carte sanitaire nationale. En mars 2016.
30. *Développement du système national de santé: stratégie et perspectives*. Document. Ministère de la Santé et de la Population. Alger. Mai 2001.
31. AIT MEDJANE, Ouahiba. *Les réformes du système de santé en Algérie : Etat des lieux et analyses*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Master. Option : Economie de la Santé. Faculté des sciences économiques, commerciales et de gestion. Université ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA, 2012/2013.P. 55.
32. Arhab, Samir. *Perspectives et modalités de mise en place d'un système de management de la qualité en milieu hospitalier*. Mémoire de magister en science économique. Option : management des entreprises. Tizi-Ouzou. Université de MOULOUD MAMMERRI DE Tizi-Ouzou, faculté de sciences économiques, commerciales et de gestion. 18-06-2015. P. 82.
33. *Les réformes en santé évolution et perspective*, Rapport annuel. Ministère de santé, de la population et de la réforme hospitalière. Alger. Décembre 2015.
34. La santé des Algériens et des Algériennes, rapport annuel. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.2003. P. 97.
35. Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie. Disponible sur le site [www.ahead/network.orgpublications](http://www.ahead/network.orgpublications)
36. *La santé des Algériens et des Algériennes*, rapport annuel. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.2003. P. 101.
37. *Les réformes hospitalières*, Revue. 2005. P: 49. Disponible sur le site : <https://www.cairn.info/revuefrancaise-d-administration-publique-2005-1-page-49.htm>. P. 46.
38. AIT MEDJANE, Ouahiba. *Op.cit.*, p.59.
39. MEKALT, Khoukha. BRAHAMIA, Brahim. *Le système de santé algérien face à la transition sanitaire : pris en charge et financement*, conférence. Alger. (s.d).
40. AIT MEDJANE, Ouahiba. *Op.cit.*, p.59.

## 7. Bibliographie :

### - Ouvrage :

- Aquilino, Morelle. Didier tableau. *La santé publique*. 2eme édition. France, Avril 2015.
- Brubo, Palier. *La réforme des systèmes de santé*. Septième édition mise à jour 22<sup>e</sup> mille. 1, rue du docteur sauvé, 53100 Mayenne. Janvier 2015-N° 2183291 G.
- Dahak, Abdenour, KARA, Rabah. *Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de Gestion et des sciences Commerciales*. Tizi-Ouzou: Edition ElAmel, 2015.
- Oufriha F.Z. *Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie*. OPU, 1992.
- Oufriha Fatima Zouhra. (2006), « De réforme en réforme un système de santé à croisée des chemins », édition CREAD.
- Zenati, Achène. *Les évolutions récentes du système de santé Algérien*. Algérie : CREAD (centre de recherche en économie appliquée pour le développement, 2017.

### - Mémoire de Magister:

Bahlouli Ahmed Sofiane, La politique de santé en Algérie : Cas de la wilaya d'Oran ; université d'Oran faculté de droit et des sciences politiques, Magister en sciences politiques et relation international. Encadreur : Pr Rahmouni Hacene. 2011/2012.

### - Mémoire de Master:

AGGOUN Fatma/ HAFSI Samira, La politique de santé en Algérie : Cas de CHU Tizi- Ouzou ; université Mouloud Maamri faculté des sciences économiques, commerciale et des sciences de gestion, Master en économie de santé. Encadreur : Dahak Abdenour (MCB). 2016/2017.