

# L'impact du dysfonctionnement du système de santé algérien sur les conditions de travail des professionnels de la santé

Mahfoud Nacera (a)

(a) Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion. Université Abderrahmane Mira de Béjaia

تاريخ الإرسال: 2020-11-06 تاريخ القبول: 2020-12-22

## Résumé :

Le fonctionnement d'un système de santé nécessite des ressources humaines et financières, des informations, des fournitures, de moyens de transport et de communication et une orientation stratégique globale. Il doit fournir des services qui répondent aux besoins de la population et financièrement équitable. En raison des changements démographiques et épidémiologiques, les besoins de santé de l'Algérie ont augmenté de façon spectaculaire.

Les ressources algériennes pour la santé deviennent de plus en plus importantes. En termes de ressources humaines, l'Algérie forme chaque année un grand nombre de professionnels de la santé. Le Nombre de médecins exerçants est de 78 838 en 2017 contre 32 469 en 1995. Mais un manque d'encadrement en spécialistes, concentrés dans les CHU (Centres Hospitaliers Universitaires), est enregistré.

Malheureusement, notre système de santé souffre depuis des années de plusieurs difficultés qui rendent son fonctionnement de plus en plus difficile et les conditions de travail des professionnels de la santé complexes, encourageant ainsi leur fuite vers le secteur privé où les conditions sont meilleures et les salaires plus attractifs.

L'objectif de cette contribution est de mettre en avant les moyens humains (professionnels de la santé) engagés par l'Etat afin de répondre à la forte demande de soins tout en exposant les limites de ces moyens. Nous nous intéresserons également aux dysfonctionnements opérés dans notre système de santé qui entrave l'activité des professionnels de la santé notamment en pleine pandémie qui a frappé l'Algérie, le Covid-19.

**Mots clés :** Système de santé, professionnels de la santé, travail, dysfonctionnement, Covid-19.

## Abstract:

**The impact of the dysfunction of the Algerian health system on the working conditions of health professional.**

What contributes to the functioning of a Health system are the human and financial resources, information, supplies, means of transport and communication and a global strategic orientation. It has to furnish services that respond to the population's needs and that are financially fair. Due to demographic and epidemiological changes, Algeria's health needs have sharply increased.

Algerian health resources are increasing day by day. Regarding human resources, Algeria trains a large number of health professionals every year. The number of practicing doctors reached 78,838 in 2017 compared to 32,469 in 1995. However, it suffers from a shortage of specialists formed in University hospitals Centers (UHC).

It is unfortunate that our health system has for years experienced various difficulties, which have slowed down its job and caused the loss of health care professionals who fled to the private sector where conditions are better and their wages more attractive.

The purpose of this contribution is to call attention to the human resources recruited by the state (health professionals) In order to answer the great demand for treatment while revealing the limits of these resources. We are also interested in spotting the dysfunctions in our health system that break the activity of the health professionals in particular in this full pandemic (Covid-19) which struck Algeria.

**Keywords:** Health system, health professionals, Work, dysfunction, Covid -19.

## Introduction

Les systèmes de santé des pays en développement sont confrontés à de sérieuses difficultés en raison de plusieurs facteurs, tant démographiques, épidémiologiques, environnementaux que sociaux et financiers.

Le secteur de la santé est le domaine social de base de notre pays, c'est pourquoi l'Algérie en a fait une de ses priorités. Le financement de ce secteur est essentiellement public, et cette option a rencontré certaines limites, telles que : des difficultés d'accès aux soins et une baisse de la qualité des prestations fournies : deux préoccupations majeures des pouvoirs publics.

Le système de santé algérien doit relever plusieurs défis, à savoir la double transition démographique et épidémiologique. Il est confronté à de multiples contraintes qui altéreront son efficacité et ses performances dont l'inadaptation de son organisation, de sa gestion et de ses modalités de financement face aux mutations socioéconomiques vécues par l'Algérie. Ces contraintes se répercutent négativement sur les professionnels de la santé et les conditions dont lesquelles ils exercent leur activité. De plus, la pandémie (coronavirus) qui a frappé l'Algérie aujourd'hui, montre les limites de ce système de santé.

L'offre de soins en Algérie est très étendue sur le territoire national, avec une forte concentration dans le nord du pays. Les

ressources humaines dont dispose notre système de santé exerçant dans les deux secteurs public et privé tentent de répondre dans la mesure de possible aux besoins, qui ne cessent de croître, de la population en matière de soins.

Nous tenterons à travers cette étude, macroéconomique, de mettre en avant les ressources humaines engagées par l'Etat pour répondre au mieux aux besoins sanitaires de la population tout en s'intéressant aux conditions dans lesquelles les professionnels de la santé exercent leur activité à la lumière des difficultés que traversent notre système de santé.

## **1-Organisation de l'offre de soins en Algérie**

Depuis l'indépendance, le système de santé algérien a subi plusieurs changements. Il a été créé pendant la période coloniale pour maximiser la couverture sanitaire et garantir des soins de qualité. Jusqu'en 2007, l'organisation sanitaire algérienne était principalement fondée sur l'entité « secteur sanitaire », qui a été abandonnée depuis lors et une nouvelle organisation basée sur les soins de proximité a été introduite.

L'augmentation du nombre de personnel médical et la multiplication des infrastructures sanitaires ainsi que leur répartition à travers le pays ont amélioré l'accès de la population aux prestations de soins.

**1.1-La structure du secteur sanitaire public :** La composition du secteur sanitaire institué par le décret n ° 97-466 du 2 décembre 1997 a été la base de l'organisation sanitaire algérienne jusqu'en 2007.

En 2007, il existait 185 secteurs sanitaires, et toutes les unités de base précédemment gérées par la commune étaient subordonnées à ce secteur. Chaque secteur sanitaire fournit des services pour une moyenne de 100 000 à 300 000 habitants, sa composition est la suivante (Décret n ° 97-466 du 2 décembre 1997) :

- Un hôpital général ;
- Un service d'épidémiologie et de médecine préventive ;
- Des structures légères (polycliniques, centres de santé, salles de soins) organisées en sous-secteurs sous le contrôle d'un coordinateur. Le nombre de sous secteurs était variable d'un secteur sanitaire à l'autre ;
- d'unités de soins scolaires (UDSS), réparties par groupements d'écoles.

Les secteurs sanitaires sont inégalement répartis sur le territoire national, cette répartition par région est concentrée dans le centre, l'est et l'ouest. Quant à la région sud, elle est privée de CHU et d'EHS: contrairement à la wilaya d'Alger qui compte 4 CHU et 13 EHS (Cf. tableau 1).

	Nombre de wilayas	Nombre de secteurs	Nombre de CHU	Nombre d'EHS	Nombre d'EFPM	Fréquence de concentration de SS Par région
<b>Centre</b>	11	56	6	15	10	30%
<b>Est</b>	14	55	4	10	10	29,7%
<b>Ouest</b>	11	43	3	6	9	23,24%
<b>Sud-est</b>	7	20	0	0	4	10,8%
<b>Sud-ouest</b>	05	11	0	0	1	5,94%

**Tableau 1** : La répartition des secteurs sanitaires par région en 2007 (Réalisé par nos soins à partir de décret *exécutif n°07-140 du 19 mai 2007*, portant sur la carte sanitaire)

**1.2- La nouvelle organisation de l'offre de soins à travers les infrastructures sanitaires** : Le décret exécutif n ° 07-140 du 19 mai 2007 a révisé l'organisation et le fonctionnement du secteur sanitaire. Depuis janvier 2008, l'application de la nouvelle organisation a transformé les 185 secteurs sanitaires en 189 Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) et 271 Etablissements Publics de Santé de Proximité (E.P.S.P). Par conséquent, toutes les structures extra hospitalières (les polycliniques, salles de soins...) de l'ancien secteur sanitaire ont été séparées des hôpitaux (cf. tableaux 2.1, 2.2)

	Infrastructures Hospitalières									
	EPH (ex hopitaux des SS)		EH(Ex hopitaux des SS)		CHU		EHU		EHS	
	Nbre	Nbre de Lits	Nbre	Nbre de lits	Nbre	Nbre de Lits	Nbre	Nbre de lits	Nbre	Nbre de lits
<b>2008</b>	189	37185	4	600	13	12115	1	700	57	9932
<b>2009</b>	192	37565	4	608	13	12342	1	700	61	10475
<b>2010</b>	192	37775	4	679	13	11889	1	612	64	10816
<b>2011</b>	192	37442	4	709	14	12171	1	710	63	10816
<b>2012</b>	193	37545	5	849	14	12312	1	759	66	10863
<b>2013</b>	194	37769	5	876	14	12500	1	764	68	11298
<b>2014</b>	196	38015	5	926	14	12862	1	806	71	11499

<b>2015</b>	200	38 305	9	960	15	13050	1	810	75	11637
<b>2016</b>	205	41200	9	981	15	13254	1	815	78	12 345
<b>2017</b>	205	40322	9	1324	15	12799	1	869	77	1188

**Tableau 2.1** : Evolution des infrastructures hospitalières entre 2008 et 2017. (Réalisé par nos soins à partir des données du MSPRH et ONS).

Le nombre de lits d'hospitalisation a connu une augmentation importante visant à améliorer l'indice composite de 1,88 lit par habitant. Cependant, ces lits ne sont pas encore pleinement utilisés et le taux d'occupation en 2016 était d'environ 75% (Mahfoud, 2020). La réduction de la durée d'hospitalisation peut être justifiée par la technologie médicale qui tend à raccourcir les séjours à l'hôpital au profit de la médecine ambulatoire.

	Infrastructures Extra-hospitalières						
	EPSP	Polycliniques		Salles de soins	Maternités publiques		CMS
	Nbre	Nbre	Nbre de Lits	Nbre	Nbre	Nbre de Lits	Nbre
<b>2008</b>	271	1419	1988	5077	419	2812	611
<b>2009</b>	271	1436	2704	5258	427	2914	614
<b>2010</b>	271	1491	3272	5350	431	3200	616
<b>2011</b>	271	1551	3331	5491	437	3099	621
<b>2012</b>	271	1601	3314	5545	409	2996	627
<b>2013</b>	271	1615	3539	5634	412	3163	619
<b>2014</b>	271	1637	3735	5726	416	3202	622
<b>2015</b>	271	1659	3889	5762	415	3175	627
<b>2016</b>	271	1689	4075	5802	418	3425	632
<b>2017</b>	273	1695	4213	5957	409	3056	653

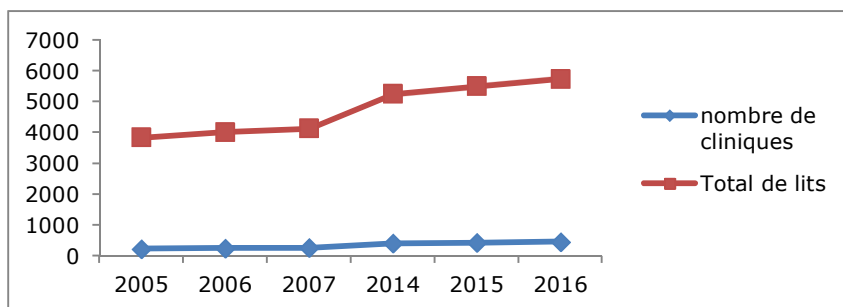
**Tableau 2.2** : Evolution des infrastructures extrahospitalières entre 2008 et 2017. (Réalisé par nos soins à partir des données du MSPRH).

Nous comptons en 2017, 273 établissements publics de santé de proximité (EPSP), 1695 polycliniques, 5 957 salles de soins et rien que 409 maternités publiques avec 3056 lits (cf. tableau 2.2), un nombre que nous jugeons insuffisant pour prendre en charge les natalités au quotidien.

### 1.3- Les infrastructures sanitaires privées :

Le nombre de cliniques privées en Algérie est en évolution continue, passant de 222 cliniques en 2005 avec une couverture de 3821 lits, à 452 en 2016 avec 5720 lits, soit un taux d'évolution de plus de 100% en 11 ans (cf. figure 1). Cette évolution importante est due au recours massif des ménages vers le privé en raison de : la mauvaise prise en charge dans les établissements publics, les rendez-vous

éloignés et les files d'attentes interminables.



**Figure 1:** Evolution de nombre de cliniques privées en Algérie entre 2005 et 2016 (Réalisé par nos soins à partir des données collectées auprès du MSPRH).

En fait, la problématique de l'offre algérienne de soins n'est pas le nombre d'infrastructures, mais plutôt leur répartition géographique et la qualité des services médicaux fournis.

Par ailleurs, les structures chargées de la prise en charge des maladies graves ou nécessitant une prise en charge spéciale, tels : le cancer, l'Alzheimer, le diabète ou le SIDA, sont très pauvres (en matière de moyens et matériel dont ils sont dotés) lorsque l'on sait qu'il n'y a qu'un seul centre d'Alzheimer à l'échelle nationale situé 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 à Alger. Les centres d'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 deux décennies l'émergence de ces maladies, l'investissement dans les infrastructures compétentes pour leur prise en charge reste très faible (Donné du MSPRH pour 2015).

#### 1.4-Couverture sanitaire par les professionnels de la santé :

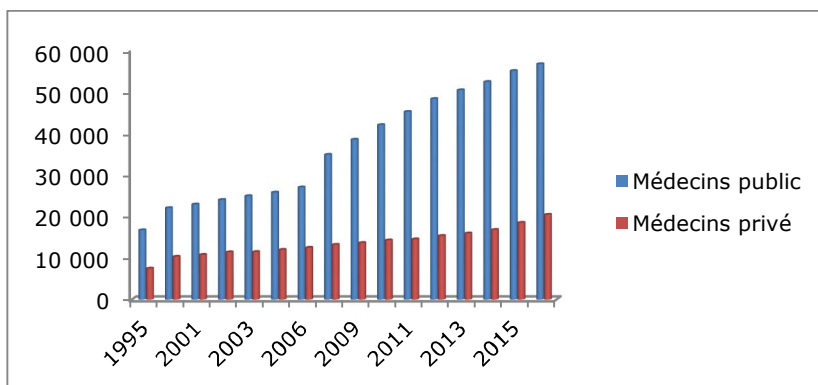
Après avoir intensifié la formation du personnel médical, l'Algérie recèle aujourd'hui des ressources humaines importantes.

**A-Les médecins :** L'augmentation du nombre de médecins au cours des 20 dernières années a été caractérisée par une croissance rapide, en particulier dans le secteur privé. Dans le secteur public, Ce nombre est passé de 16 688 en 1995 à 57 227 médecins en 2017. Il a plus que triplé au cours des 22 dernières années.

L'encadrement sanitaire s'est beaucoup amélioré. En 1990, on comptait 1 médecin pour 1102 habitants, mais en 2017, le ratio a augmenté d'une manière significative à 1 médecin pour 529 habitants (cf. figure 2).

Le nombre de médecins exerçant dans le privé prend de plus en plus d'ampleur. Il est passé de 7 478 en 1995 (soit un taux de 30,94 %

médecins praticiens) à 21 616 médecins en 2017 (cf. figure 2).



**Figure 2** : Répartition du personnel médical selon le secteur d'exercice entre 1995 et 2017 (Réalisé par nos soins à partir des données du MSPRH et ONS : L'Algérie en quelques chiffres (2016, 2017,2018)

**B- Les dentistes** : Le nombre total de chirurgiens-dentistes a augmenté de façon limitée au cours des vingt dernières années. Leur poids au sein des praticiens est passé de plus 22% en 1990 à 13,6% en 2016. Avec un taux d'évolution de 75,43 % entre 1995 et 2016, ils assurent un encadrement de 1 dentiste par 2 925 habitants en 2017 (figure 3).

Concernant les structures privées, il existait, en 2017, 6 952 cabinets dentaires (ONS, 2018). La réhabilitation prothétique, en général, et l'implantologie orale, en particulier sont devenues aujourd'hui, une question médicale adaptée et nécessaire.

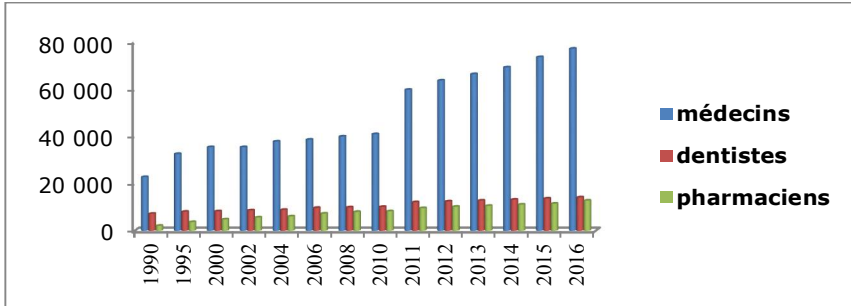
**C -Les pharmaciens** : La couverture de la consommation médicamenteuse algérienne par les pharmaciens a enregistré une amélioration importante, passant de 1 pharmacien pour 11731 habitants en 1990 à 1 pharmacien pour 3 382 habitants en 2017 (cf. figure 3).

Malgré les résultats obtenus et l'amélioration de la situation de la population et de la couverture sanitaire, mais en raison de changements démographiques majeurs et de nouveaux modes de vie, le système de santé ne s'est pas encore adapté aux nouveaux besoins de santé de la population.

L'insatisfaction des citoyens renvoie à des problèmes réels, mais leurs causes profondes sont nombreuses et différentes, selon qu'elles visent le secteur privé ou public. Le secteur des soins publics qui fournit la plupart des prestations est le plus ciblé.

Nous remarquons que le nombre de praticiens est très important et en continuelle évolution mais reste à notre sens insuffisant face à la demande de soins de plus en plus importante. Nous pensons aussi que le nombre de médecins spécialistes ne couvre pas la totalité de la demande (plusieurs régions, notamment rurales, ne disposent pas de

médecins dans certaines spécialités et non plus de pharmacie, et la prise de rendez-vous pour une consultation chez un spécialiste peut prendre plusieurs semaines voire même davantage dans certains cas).



**Figure 3** : Evolution de l'encadrement médical en Algérie entre 1990 et 2017 (Réalisé par nos soins à partir des données du MSPRH et l'ONS)

## 2- Faiblesses du système de santé algérien

Aujourd'hui, le système de santé algérien est confronté à des problèmes qui, d'une part, rendent les patients algériens insatisfaits des soins prodigués et, d'autre part, l'accès aux soins difficiles.

Les difficultés du système de santé algérien induites par une série de mutations d'ordre économique, démographique et épidémiologique peuvent être résumées en ce qui suit :

**2.1- Difficultés du secteur public** : le secteur qui assure l'essentiel des hospitalisations, souffre de nombreuses lacunes dues au manque de moyens (financiers, humains et matériels) et à une attention insuffisante aux véritables attentes des patients. Ces dysfonctionnements comprennent principalement :

### a/ Organisation du système de santé et la hiérarchisation des soins :

Le système de santé dans son ensemble ne dispose pas d'une organisation de soins cohérente, ce qui conduit à un manque de continuité des soins, en particulier pour les patients atteints de maladies chroniques ou ceux atteints des pathologies sévères. De plus, il n'existe pas de procédures suffisantes de contrôle de la qualité des prestations (Lamri et Bourri, 2016).

La gestion des services de santé se caractérise par une centralisation excessive et rigide. Le manque d'autonomie dans la gestion, l'administration et l'organisation des services de santé a exacerbé les surcoûts budgétaires. Le forfait hôpitaux et l'absence de comptabilité ont transformé les responsables de santé en dépenseurs incapables de contrôler les dépenses, voire d'évaluer leur impact sur le fonctionnement des services et l'amélioration des prestations (Lamri, 2006).



Ainsi, une absence d'implication dans le fonctionnement et l'évaluation des services de santé, de la sécurité sociale, des collectivités locales et des usagers, est constatée. Quant au système d'information et d'évaluation, il est jugé défaillant (Mahfoud, 2020).

### **b/ Manque de moyens financiers :**

Le secteur public de soins est confronté à un manque de moyens extrêmement pénalisant. Le budget de la santé sert en grande partie à la rémunération des personnels. Cette part a tendance à diminuer entre 2000 et 2010, passant de près de 62 % en 2000 à près de 55 % en 2010. Mais depuis 2012, ce budget connaît un accroissement pour atteindre 60% et 61% en 2012 et 2016 respectivement (cf. tableau 1). D'après la loi de finances 2012, ce budget, en forte croissance, a été essentiellement affecté au paiement des rappels des salaires qui ont connu une augmentation en 2008.

Cependant, la loi promulguée le 19 août 1998 autorisait les médecins à exercer des activités supplémentaires, perturbant ainsi le fonctionnement des hôpitaux publics car certains professionnels concernés ne respectaient pas les restrictions, d'un jour par semaine, imposées et leur double appartenance encourageait le renvoi des patients ayant la capacité de payer au secteur privé (Zehnati, 2014).

La consommation de médicaments a un volume financier considérable. Comparée au total des dépenses de santé, elle est passée de près de 15% en 2000 à 22% en 2016 (cf. tableau 3)

La forte réduction de budget de fonctionnement a été subie plus qu'assumée par les établissements de santé et les professionnels de la santé, entraînant : une pénurie fréquente de moyens médicaux (Médicaments, petit matériel et consommables), la détérioration des conditions d'hébergement des malades hospitalisés, le mauvais entretien des locaux et des équipements, et également par le départ de personnels indispensables au bon fonctionnement des structures (Mahfoud et Brahamia, 2014).

<b>Catégorie de dépenses</b>	<b>2000</b>	<b>2002</b>	<b>2004</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>2016</b>
<b>Personnel</b>	61,98	65,2	61,6	60,59	55,26	52,07	52,99	54,85	60,1	60,01
<b>Dépenses de formation</b>	2,79	2,12	2,49	2,34	2,23	3	3,76	3,04	3,2	2,9
<b>Alimentation</b>	2,89	1,55	1,89	2,29	2,39	2,64	3,07	2,8	2,5	2,58

<b>Médicament</b>		14,9	17,4	17,6	18,4	20,6	20,6	20,9	21,5	21,0	22,3
<b>Dépenses d'action spécifiques de prévention</b>		1,98	2,29	2,38	2,37	2,29	2,54	3,76	2,49	2,8	3,01
<b>Matériel médical</b>		3,99	4,1	4,86	3,69	6,55	5,13	4,71	4,34	5	4,5
<b>Entretien infrastructures</b>		1,9	1,92	2,66	2,91	3,55	3,86	4	3,87	4,5	4
<b>Autres</b>		7,86	4,41	5,38	5,85	5,82	7,96	5,88	6,54	0,2	0,14
<b>Œuvres sociales</b>		1,6	0,99	1,08	1,53	1,19	1,89	0,86	0,52	0,61	0,51
<b>Recherche médicale</b>		0,04	0,02	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	0,03	0,03

**Tableau 3** : Evolution de la consommation budgétaire par nature de dépenses entre 2000 et 2016 en % (réalisé par nos soins à partir des données collectées auprès du MSPRH.)

### c/Endettement des établissements de santé publics :

L'endettement constitue un véritable obstacle au bon fonctionnement des établissements de santé. La qualité des soins s'en trouve réduite. Parmi ses conséquences, nous citons spécifiquement (kaid Tilane N, 2014):

- Un approvisionnement en médicaments et consommables difficile ;
- Une baisse dans la qualité des produits achetés par les établissements ;
- Une motivation des personnels en baisse, de même que la crédibilité du secteur public.

Depuis plus d'une décennie, les budgets des établissements n'ont pas augmenté de manière significative et, en raison des changements épidémiologiques et de la croissance démographique, la demande de soins n'a cessé d'augmenter. Les besoins sanitaires qui augmentent, sont caractérisés par une hausse des maladies chroniques et dégénératives (cancer, maladies de l'appareil circulatoire, maladies rénales, etc.) qui nécessitent un traitement long et coûteux.

Malheureusement, Les budgets octroyés ne couvrent pas ces nouveaux besoins. D'ailleurs, le titre 'alimentation' ne couvre que 31% des besoins estimés et les parts allouées à l'entretien des infrastructures

sont très faibles : ils se situent à 4% en 2016 du budget des établissements (cf. tableau 3), alors qu'il se situait traditionnellement entre 8 et 12% du budget global. Les autres dépenses relatives au paiement des frais de téléphone, gaz et eau ainsi qu'aux frais de literie et lingerie ne sont couverts qu'à concurrence de 70% des besoins (Kara terki, 2010).

#### **d/ Nombre insuffisant de spécialistes**

L'encadrement en spécialistes dans le secteur public de soins est insuffisant et concentré dans les CHU. Par conséquent, de nombreux services hospitaliers sont dirigés par des médecins généralistes qui ne sont pas préparés à cette tâche.

Les spécialistes sont principalement concentrés dans les établissements des quatre grandes villes et sont débordés par l'afflux des patients venant de tout le territoire national. De plus, les pénuries fréquentes et de différentes natures font augmenter la demande exprimée vers le secteur privé, ce qui génère une lourde dépense pour les particuliers.

Le salaire attractif fourni par le secteur privé de la santé a favorisé la fuite d'experts formés dans le secteur public. De plus, les médecins, notamment les spécialistes, sont systématiquement concentrés dans le nord du pays. Ce phénomène s'explique par les conditions climatiques défavorables du sud de l'Algérie

Aujourd'hui, les établissements de santé de proximité offrent des consultations dans plusieurs spécialités mais les listes d'attente restent longues.

**e/ Equipement médical :** Les équipements techniques des établissements publics de santé sont peu nombreux et souvent en panne (Kaid Tlilane, 2004), obligeant les patients, même hospitalisés, à se tourner vers des établissements privés pour les examens radiologiques et biologiques. Cette situation explique dans une certaine mesure le choix du patient de s'adresser directement aux structures du CHU, qui sont le mieux pourvus en spécialistes, ou du moins réellement équipées.

#### **f/ Offre des prestations de soins et relation entre médecin et malade**

La demande de soins en Algérie continue de croître, avec la hausse du taux de morbidité mettant progressivement au premier plan des maladies coûteuses nécessitant une prise en charge à long terme, un haut niveau de technicité et des moyens techniques efficaces.

La relation entre les prestataires et les demandeurs de soins, se traduit par une attention insuffisante de la part du personnel des structures publiques de soins, qui prêtent souvent peu d'attention aux attentes des patients et de leurs familles. Cet aspect de la relation avec les patients pose un problème important dans les institutions publiques.

## **g/ Les ruptures en médicaments et consommables**

La décennie 2000-2010, est caractérisée par une amélioration sensible de l'approvisionnement en médicaments, contrairement à la décennie 90 Toutefois, des ruptures sont toujours enregistrées pour certains médicaments et produits pharmaceutiques. A titre d'illustration, celles relevées dans les structures de santé, concernent les classes pharmacologiques suivantes : produits anesthésiques et analgésiques, cancérologie, cardiologie endocrinologie, gastro-entérologie, infectiologie, métabolisme nutritionnel, neurologie (Mahfoud, et al, 2017).

## **h/ L'insuffisance de la maintenance**

Durant les trois décennies qui ont suivi l'indépendance, l'Algérie a investi en équipement médicaux. L'absence de compétences et de techniciens qualifiés pour prendre en charge les travaux d'entretien et de maintenance onéreux est à déplorer. Sur 73 500 équipements médicaux, 10 200 sont en panne (Kaid Tlilane, 2004). C'est un problème qui perdure depuis des années et qui paralyse les hôpitaux et pénalise le citoyen.

La part des dépenses des postes matériel médical et entretien est passée de 2,94% et 1,9% respectivement en 2000, à 4,5 % et 4% en 2016 (cf. tableau 3). Un taux que nous jugeons faible face à une demande importante car un bon diagnostic dépend généralement d'équipements médicaux.

## **2.2- Difficultés rencontrées dans le secteur privé de soins**

Le secteur privé principalement concentré dans le nord du pays et ses tarifs ont décuplé par rapport aux tarifs réglementaires. Il est essentiellement concentré dans les soins ambulatoires, y compris certaines cliniques, et n'a pas les mêmes contraintes que le secteur public. Il est réputé être bien équipé et draine de plus en plus de spécialistes : hors CHU, la majorité (plus 60 %) des spécialistes exercent en privé (Zehnati, 2014). De plus, la possibilité donnée aux spécialistes du secteur public d'exercer un temps complémentaire en privé renforce cette domination.

Le problème posé par le secteur privé de soins est celui de l'accessibilité géographique, et surtout financière :

- En matière de répartition géographique, une concentration accrue est observée dans le nord du pays. Les praticiens privés, les spécialistes en particulier, se concentrent dans les grosses agglomérations.
- La complémentarité entre secteur public et privé, appelée par les pouvoirs publics, n'est pas réalisée ;
- Les prestations délivrées dans le secteur privé sont en grande majorité à la charge du malade, en dépit de la couverture en assurance maladie de plus de 80% de la population. Cette situation est liée au gel des

tarifs réglementaires des actes médicaux qui servent de base aux remboursements.

Ces données montrent les difficultés auxquelles se heurtent les établissements de santé pour assurer une bonne prise en charge des malades, ce qui influe indéniablement sur la qualité des services offerts en raison des conditions difficiles dans lesquelles travaillent le personnel médical. L'insuffisance budgétaire pour ces dépenses a contribué également à alourdir la dette des établissements. En dépit des moyens importants alloués, le rendement reste faible et la qualité est encore défailante.

#### **4- Impact de dysfonctionnement du système de santé sur l'activité des professionnels**

Nous présentons dans ce qui suit les conditions difficiles dans lesquelles travaillent les professionnels de la santé en raison de toutes les difficultés opérées dans le secteur public :

- A- Urgences dépassées :** Les conditions dans lesquelles travaillent les médecins urgentistes sont très défavorables et subissent une forte pression de la part des malades et de leurs familles. Les files d'attente importantes auxquelles ils devront faire face chaque jour et pendant plusieurs heures jouent sur leur état psychologique et sur le bon diagnostic des malades consultés.
- B- Erreurs de diagnostics :** en raison du manque ou de matériel souvent en panne à cause de manque de maintenance, les médecins ont de sérieuses difficultés à faire un bon diagnostic, ainsi, plusieurs erreurs sont commises causant des fois, malheureusement, des pertes humaines.
- C- Manque de motivation :** en réalité la motivation n'est pas au rendez-vous dans le secteur public de soins, les professionnels de la santé ne cessent de revendiquer une augmentation salariale afin de les motiver à fournir plus d'effort et encourager la recherche, (un domaine auquel l'Etat ne consacre que 0,3% de budget de la santé). Comparés au privé, les salaires sont très attractifs, et les conditions du travail sont meilleures, ce qui encourage la fuite des médecins formés dans le secteur public, notamment les spécialistes qui sont en manque dans le public.
- D- Stress professionnel :** en raison de toutes les difficultés, que connaît le secteur public, décelées auparavant, le personnel médical exerce leur activité dans le stress de commettre des erreurs médicales, dans le stress de répondre au mieux à la demande de la population avec le peu de moyens mis à leur disposition, dans le stress de réussir une intervention avec les moyens du bord et dans le stress d'assumer de temps à autre un échec.
- E- Manques de médicaments et problème d'approvisionnement :** le manque de médicaments et du consommable médical entrave l'activité des praticiens exerçants

et puis le mauvais approvisionnement des PCH est l'un des facteurs de la mauvaise prise en charge des malades, notamment dans le recul des rendez-vous, annulation des interventions et autres.

- F- Qualité de soins :** en réalité, L'Algérie dispose d'un corps médical très qualifié, mais les conditions difficiles dont lesquelles travaille le personnel médical font de la qualité des prestations offertes des fois mauvaise.
- G- Relation malade-médecin :** certains médecins donnent peu d'attention à cette relation. Cette dernière s'explique par le fait qu'une pression est exercée sur les médecins du secteur public et vise à consulter le plus grand nombre de malades alors nouent rarement une relation avec les malades consultés.
- H- Le service civil :** qui est imposé aux médecins reste un vrai souci pour ce personnel. Les médecins formés sont affectés dans des endroits où les conditions surtout climatiques sont défavorables notamment dans le sud et dans des structures de santé publiques isolées, loin de leurs familles.

## 5- Les professionnels de la santé face à la pandémie Covid-19

L'Algérie est frappée depuis le 24 Février par la pandémie de coronavirus. Cette pandémie a confirmé et a mis en avant les contraintes du système de santé que nous avons cité auparavant.

Le danger de cette maladie et ses effets néfastes sur la santé a aggravé les conditions défavorables dont souffrent les professionnels de la santé.

En plus de tous les obstacles auxquels le personnel médical est confronté, il devra faire face aujourd'hui à d'autres soucis et au risque de contamination. Pour mettre fin à cette pandémie en Algérie, les professionnels de la santé travaillent sous le stress du manque de moyens de protection contre cette maladie, avec un manque de kits de dépistage de la maladie ainsi que le matériel radiologique manquant ou en panne dans certains hôpitaux, permettant de détecter les porteurs du virus Covid-19, sans oublier la capacité insuffisante de l'Institut Pasteur à dépister les malades admis aux hôpitaux en raison de cette pandémie.

Notre système de santé a été mis à l'épreuve avec l'arrivée de cette pandémie et malheureusement, il a montré ses limites face à la propagation importante et à l'augmentation du nombre de décès causé par cette maladie. Nous comptons aujourd'hui, le 20 Novembre, 71652 cas confirmés par test PCR et 2224 décès et les chiffres sont appelés à augmenter (Données du MSPRH). Quant au nombre de personnes exerçant dans le secteur médical public succombé suite à leur contamination, il a atteint pour le même jour, plus de cent personnes, constituant ainsi une perte importante pour le corps médical.

En raison du manque de coopération entre le secteur public et privé dans le domaine sanitaire, le personnel médical des structures de santé publiques a fait face à la pandémie. Avec leurs compétences,

savoir-faire et beaucoup de sacrifices, les professionnels de la santé tentent aujourd'hui d'estomper la pandémie. Malheureusement la contribution du secteur privé et son personnel est très timide dans ce sens.

Aujourd'hui, le recours à la prévention reste une nécessité, la population algérienne doit répondre aux mesures de sécurité et le respect de distanciation préconisées par le gouvernement algérien et les professionnels de la santé pour réduire le risque de contamination en attendant un vaccin ou un traitement efficace.

### **Conclusion :**

Le système de santé algérien présente plusieurs lacunes, qui rendent l'activité des professionnels de la santé de plus en plus difficiles. Notre expérience avec la pandémie de coronavirus révèle les limites de ce système, qui ont un impact direct et négatif sur le travail des médecins et des patients algériens. Les pouvoirs publics sont tenus de réformer le système en prenant les mesures nécessaires pour l'organisation, la gestion et le financement du système de santé.

### **Bibliographie**

1. Kaid Tlilane N. (2014) La contractualisation externe dans les hôpitaux publics en Algérie : Enjeux et Perspectives. Séminaire international : L'administration publique en Algérie ; entre les impératifs de la modernisation et les défis de l'évaluation Regards croisés sur les bonnes pratiques Internationales, Constantine.
2. Kaid Tlilane N. (2004) Crise économique et état de santé des enfants algériens,. Revue santé conjugulée, n° 29.
3. Kara Terki A. (2010): La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public. Thèse de doctorat en Sciences Economiques, Université de Tlemcen.
4. Lamri L., Brouri M. (2016) Le système de contractualisation, une alternative au secteur. Conférence sur l'économie de la santé, faculté de médecine, Alger. In: <https://fibradi.com/index.php/actualit%C3%A9/sant%C3%A9/item/468335-le-syst%C3%A8me-de-contractualisation-une-alternative-au-secteur>.
5. Mahfoud N. (2020) La réforme du système de santé algérien : état des lieux et perspectives, thèse de doctorat en Sciences Economiques, Option : Economie de la Santé et Développement Durable. Université de Béjaia.
6. Mahfoud N., Brahamia B., Coppieters Y. (2017) Consommation de médicaments et maîtrise des dépenses de santé en Algérie. Algerian Business Performance Review, n° 11.
7. Mahfoud N., Brahamia B. (2014) The problems of Funding the health system in Algeria. International Journal of Medicine and Pharmaceutical Sciences (IJMPS), Vol. 4, Issue 2.
8. ONS (2018, 2017, 2016) l'Algérie en quelques chiffres. Numéros 46, 47, 48.
9. Zehnati A. (2014) Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie. Thèse de doctorat en Sciences Economiques en cotutelle, université Dijon et université Béjaia.