

# ETAT SANITAIRE DE LA POPULATION ALGERIENNE

## HEALTH STATUS OF THE ALGERIAN POPULATION

**BOULAHRIK Mohand** <sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> Université d'Alger 03, [boulahrikm@yahoo.com](mailto:boulahrikm@yahoo.com)

**Date de réception** :16-07-2018 ; **Date d'acceptation** : 23-12-2019

**Résumé** : L'état de santé de la population algérienne à fin 2019 dressé sur la base de plusieurs indicateurs sanitaires, socio-économiques, démographiques et environnementaux reflète la réalité sanitaire du pays. Malgré les insuffisances constatées, notre pays a réalisé des progrès considérables dans le domaine de la santé, notamment, l'amélioration de l'état de santé de la population par la couverture en lits d'hospitalisation, en structures de santé et en personnel médical et paramédical.

**Mots-clés** : Indicateurs de santé, Phénomène sanitaire, Socio-sanitaire, Statistiques, Population,

---

\* Auteur correspondant.

**Abstract:** The state of health of the Algerian population at the end of 2019 drawn up on the basis of several health, socio-economic, demographic and environmental indicators reflects the health reality of the country. Despite the shortcomings noted, our country has made considerable progress in the field of health, including the improvement of the state of health of the population through coverage in hospital beds, health structures and medical personnel and paramedical

**Keywords:** health indicators, health, socio-health, statistics, population

## **Introduction :**

L'Algérie a inscrit dans ses constitutions successives le droit des citoyens à la protection de leur santé. Pour préserver ce droit, de nombreux programmes nationaux de santé ont été mis en place par les pouvoirs publics depuis plus de trois (3) décennies dont l'objectif principal est d'assurer une couverture sanitaire complète pour l'ensemble de la population, dans le cadre de l'offre de soins et de la prévention. Pour permettre aux décideurs d'identifier les besoins nouveaux en matière de santé de la population et d'élaborer des stratégies en vue de leur prise en charge optimale dans l'avenir, il convient alors de faire un constat sur l'état sanitaire actuel de la population. Quel que soit les données statistiques disponibles, il n'est pas facile de dresser un bilan définitif et détaillé de tel ou tel point dans le domaine de la santé sans se doter d'outils ou d'indicateurs statistiques appropriés.

Le choix d'indicateurs qui servent à la mesure de l'état de santé des populations est un thème important qui a retenu depuis la fin des années soixante, l'attention de plusieurs économistes de la santé, notamment Emile Levy, professeur émérite de l'université Paris

Dauphine qui a défini dans son ouvrage intitulé ‘‘Economie du système de santé. DUNOD. 1995 P.125, les indicateurs descripteurs de l’état de santé comme suit : "les indicateurs sont l’instrument idéal d'une prise de décision mieux informée" ; "mesurer l’état de santé d'une population, c'est se donner un instrument pour définir une politique de santé au niveau de la collectivité, ainsi que pour en surveiller les résultats"

La question fondamentale qui se pose actuellement au chercheur algérien en économie de la santé est la suivante : quels sont les différents indicateurs à prendre en compte pour la mesure et l’évaluation de l’état de santé de la population algérienne ? Pour répondre à cette problématique, nous adopterons la démarche suivante par la définition, l’analyse de l’évolution des différents indicateurs de santé classiques concernant l’Algérie et la formulation de quelques recommandations dans la conclusion.

### **I-Les Indicateurs de santé :**

Les indicateurs de santé sont des instruments statistiques qui permettent d’observer et de mesurer l’évolution d’un phénomène socio-sanitaire donné. Ils ont donc un caractère multidisciplinaire et considérés comme des mesures utilisées pour décrire à l’instant t l’état de santé et le bien-être de la population (indicateurs d’état de santé) et les facteurs déterminant ou influençant la santé (indicateurs déterminants de santé) les périodes de bonne santé, des autoévaluations de santé subjectives et un état fonctionnel constituent des exemples d’indicateurs d’état de santé. Le comportement et le mode de vie, les validités d’adaptation et la situation socio-économique sont des indicateurs déterminant de santé.

Les indicateurs de santé qui sont en général, des outils d’aide à la prise de décision en matière de santé et de population

servent à informer les usagers sur les offres de soins, à mobiliser les professionnels de la santé pour améliorer leurs pratiques médicales, à orienter les pouvoirs publics sur les problèmes de santé recensés, mais aussi à mesurer et à évaluer la qualité des prestations fournies par les structures de santé. Leur utilisation permet d'analyser une situation sanitaire donnée, de définir des priorités d'action, de mesurer l'impact d'une maladie, d'un traitement, d'une politique de santé et d'une façon quantitative, l'évaluation de la couverture sanitaire du pays<sup>(1)</sup>.

Leur intérêt permet de créer une base de données sur l'état de santé de la population, de réduire les risques de santé liés aux infections émergentes, d'estimer l'importance du phénomène de santé à l'échelle nationale, d'identifier les problèmes prioritaires de santé et de faire un diagnostic sur le rendement du système de santé. Leur utilité dépend d'abord de leur capacité à refléter la réalité, mais aussi de leur simplicité d'acquisition.

La situation sanitaire de l'Algérie à fin 2019, peut être étudiée sur la base de plusieurs indicateurs multidisciplinaires regroupés dans les rubriques suivantes <sup>(2)</sup> :

### **I.1-Les indicateurs sanitaires proprement dits :**

Ce sont des indicateurs ou variables qui permettent de fournir des informations sur l'état de santé d'une population, d'effectuer des comparaisons (pays, régions, sexe, catégorie socio-professionnelle) et d'évaluer les besoins futurs d'une population. Parmi les indicateurs sanitaires directs, on a :

**I.1.1. Les indicateurs de morbidité :** Ils servent à décrire la fréquence des maladies par deux types de morbidité : **La morbidité prévalente** est le nombre de cas d'une maladie donnée existant dans une population à un moment donné. **La morbidité incidente** est le nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée dans une population pendant une période déterminée.

**I.1.2. Les indicateurs de mortalité :** La mortalité indique le nombre de décès ou de personnes décédées pendant une période donnée, d'où : Le taux brut de mortalité (TBMG) ou taux de mortalité générale est égal au (nombre de décès/population totale) x1000.

**I.1.3. Indicateurs d'exposition :** Ils sont influencés par l'organisation des soins, l'offre, la qualité, l'accessibilité, l'efficacité, les coûts, etc... Dans son ouvrage intitulé « Economie du système de santé. DUNOD. Paris 1975 » Emile LEVY les a appelés déterminants de santé, ce sont des facteurs ou événements modifiant l'état de santé de l'individu <sup>(3)</sup>.

## **I.2-Les indicateurs démographiques :**

Ils permettent de connaître le nombre d'habitants, leurs caractéristiques (âge, sexe,..) et leur situation socio- sanitaire. En plus du taux de mortalité, les principaux indicateurs démographiques ayant un lien direct avec l'état de santé de la population sont les suivants:

**I.2.1. L'espérance de vie (EV) :** C'est l'un des indicateurs statistiques les plus utilisés dans les domaines de la prospective

économique et des projections démographiques. Elle est égale à la durée de vie moyenne d'une population fictive qui vivait toute son existence dans les conditions de mortalité de l'année considérée. Donc, c'est le nombre moyen d'années qu'une génération peut espérer de vivre à la naissance. Elle peut s'exprimer à différent âge.

**I.2.2. La natalité :** Elle regroupe l'ensemble des naissances sur une population dans un lieu donné. Le taux de natalité (TN) est égal au (nombre de naissances/la population moyenne) pour 1000.

**I.2.3. La fécondité :** Le taux de fécondité (TF) représente le (nombre d'enfants nés-vivants/le nombre de personnes en âge de procréer), c'est aussi le nombre d'enfants par famille.

**I.2.4. La nuptialité :** Elle représente le nombre des ménages par rapport à la population totale. Le taux brut de nuptialité (TBN) exprimé pour 1000 habitants est le rapport du nombre de mariages contractés au cours d'une année civile à la population moyenne de la même année.

**I.2.5. L'excédent naturel (EN) :** C'est le nombre des naissances diminué du nombre des décès.

### **I.3-Les indicateurs socio-économiques :**

Ce sont des indicateurs à caractère économique et social en rapport avec le système de santé d'un pays considéré. On peut citer :

**I.3.1. Le taux de chômage :** D'après la définition de l'INSEE<sup>(\*)</sup>, c'est le pourcentage de chômeurs dans la population active (actifs occupés + chômeurs) qui peut être calculé par âge, par sexe, par catégorie socio-professionnelle, par nationalité et par niveau d'instruction<sup>(4)</sup>.

**I.3.2. Le seuil de pauvreté :** Cette expression désigne le revenu en deçà duquel dans le pays donné, une personne est considérée comme pauvre, c'est-à-dire ne disposant pas d'un niveau de vie convenable. Cet indicateur varie fortement selon la catégorie à laquelle appartient le pays. En Algérie, il est égal à la moitié du salaire médian.

**I.3.3. Indicateur de cohésion sociale :** Il représente le nombre de suicides et d'isolement social.

**I.3.4. Indicateur d'autonomie :** C'est le rapport (l'emploi/l'inégalité des revenus).

**I.3.5. Indicateur d'équité :** Il indique l'évolution du chômage et de la pauvreté.

**I.3.6. Indicateur ou indice de développement humain (IDH) :** Cet indicateur du PNUD<sup>(\*)</sup> devenu le principal référent au niveau international sert à mesurer les efforts déployés par chaque pays pour améliorer le niveau de vie, de santé et d'éducation de leurs populations<sup>(5)</sup>. D'où : IDH = (Indice Vie x Indice éducation x Indice revenue).

**I.3.7. Le pouvoir d'achat :** D'après la définition de l'INSEE, le pouvoir d'achat du salaire est la quantité de biens et de services que l'on peut acheter avec une unité de salaire. Son évolution est liée à celle des prix et des salaires. En économie, il mesure la capacité d'achat en termes de biens et services d'une quantité donnée

de monnaie. Pour les ménages, il mesure la capacité à consommer grâce à un revenu disponible pour chaque ménage.

**I.3.8. Ration alimentaire :** Elle indique la quantité et la nature d'aliments qu'une personne doit consommer en un jour afin de subvenir aux besoins de son corps. Si celle-ci est inférieure aux normes internationales, son amélioration s'avère nécessaire.

#### **I.4-Les indicateurs environnementaux:**

La dégradation de l'hygiène du milieu est à l'origine de l'apparition des maladies d'origine hydrique, notamment des épidémies de choléra, de typhoïde et d'hépatite virale. De plus, les gastro-entérites infantiles sont à elles seules, responsables chaque année de plusieurs décès de moins d'un an. Cette situation est due à de nombreux facteurs qui sont à l'origine, à la fois de la diminution des ressources hydriques et d'une plus grande pollution de la nappe phréatique <sup>(6)</sup>. Parmi ces facteurs, on peut citer :

**I.4.1. Les facteurs climatiques :** On enregistre chaque année en Algérie, des insuffisances et des irrégularités de la pluviométrie.

**I.4.2. les facteurs démographiques :** La forte poussée démographique accompagnée d'une urbanisation accélérée et anarchique, effectuée sans plan directeur (70.7% en 2015 et 73,81% en 2020) est à l'origine de plusieurs nuisances notamment, l'absence d'hygiène et d'une forte augmentation de la demande en ressources hydrauliques notamment l'eau potable (réseau d'assainissement en



eau potable inexistant ou insuffisant) et parallèlement, d'un dépôt plus important de déchets ménagers.

**I.4.3. Les facteurs économiques :** Si l'activité industrielle est un facteur de progrès pour la société, elle peut avoir des effets délétères sur la santé des citoyens qui se traduisent par l'apparition de pollutions qui augmentent les pathologies respiratoires et néoplasiques. Il faut ajouter à ceux-ci, les accidents domestiques, les accidents de circulation, les maladies professionnelles et accidents de travail qui représentent également un facteur de risque de morbidité et de mortalité non négligeable.

### **I.5-Indicateurs de couverture et de fonctionnement des structures de santé :**

Les indicateurs suivants<sup>(7)</sup> sont très importants pour la gestion, l'organisation et le contrôle des activités sanitaires à tous les niveaux.

**I.5.1. Taux d'occupation des lits (TO) :** C'est l'une des principales mesures de l'activité d'un service de santé. Il est calculé par le rapport du nombre de journées d'hospitalisation durant une année, au nombre de lits d'observation durant la même année. Il peut être exprimé en pourcentage. D'où :  $TO = (\text{nombre de journées d'hospitalisation de l'année } t / \text{nombre de lits d'observation de l'année } t \times 365) \times 100$ .

**I.5.2. Durée moyenne de séjour (DMS) :** Elle indique le nombre moyen de jours qu'un malade passe dans un service d'hospitalisation durant une année, elle est calculée par le rapport du

nombre de journées d'hospitalisation au niveau de service durant une année, au nombre de malades admis durant la même année. . D'où :  $DMS = (\text{nombre de journées d'hospitalisation de l'année } t / \text{nombre de malades admis de l'année } t)$ .

**I.5.3. Taux de rotation (TR) :** Il est calculé par le rapport du nombre de malades admis au service de santé durant une année, au nombre de lits d'observation durant la même année. D'où :  $TR = (\text{nombre de malades admis de l'année } t / \text{nombre de lits d'observation de l'année } t)$ .

**I.5.4. Taux de létalité (TL) :** Ce taux exprimé pour 1000 malades admis est estimé par le rapport du nombre de décès survenant au niveau d'un service de santé durant une année, au nombre de malades admis durant la même année. D'où :  $TL = (\text{nombre de décès de l'année } t / \text{nombre de malades admis de l'année } t) \times 1000$ .

## II-Evolution des indicateurs de santé en Algérie :

D'après les données statistiques du ministère de la santé, l'état sanitaire de la population a connu une amélioration progressive à partir de 1966 <sup>(8)</sup>. Depuis 1974, les indicateurs de santé tels que le niveau de la mortalité générale et plus particulièrement la mortalité infantile, ainsi que l'accroissement de l'espérance de vie montrent sans contexte cette amélioration malgré la persistance de certaines affections liées beaucoup plus aux conditions d'habitat et d'alimentation en eau potable. L'état de santé des Algériens est la résultante d'un certain nombre de facteurs et d'indicateurs rassemblés comme suit :

## II.1- Les facteurs de l'environnement sociétal :

Plusieurs facteurs liés au mode de vie et à l'environnement social auront et ont déjà sans aucun doute des répercussions notables sur la santé des Algériens, les violences subies par le citoyen, notamment les enfants, sont susceptibles d'engendrer des affections liées à la détérioration de la santé mentale mais également de favoriser la survenue de pathologies liées au stress (hypertension, diabète...). Les statistiques hospitalières montrent que 150 000 consultations de psychiatrie sont assurées annuellement en moyenne, par l'établissement spécialisé de psychiatrie.

**II.1.1. Les risques naturels :** Les retombées de catastrophes naturelles, notamment celles des séismes et des inondations subies par la population des régions sinistrées du pays, sont à analyser et à prendre en considération dans l'identification des problèmes de santé de la population.

**II.1.2. Les accidents :** Les accidents, tant domestiques que liés à la circulation, représentent également un facteur de risque de morbidité et de mortalité non négligeable. Près de 3639 décès recensés et 25038 accidentés sont enregistrés en 2017. Par ailleurs, le non-respect des normes d'étiquetage des produits ménagers et le manque d'information des familles sur leur stockage et leur utilisation, est à l'origine de graves accidents domestiques, en particulier chez les enfants (4000 morts en 2017). Les accidents du travail et les maladies professionnelles qui prennent de l'ampleur chaque année engagent au titre de leur couverture, des dépenses importantes (19 milliards de dinars en 2011).

**II.1.3. La pollution industrielle :** Les entreprises à activité industrielle polluante, ont des conséquences directes sur la santé des individus qui se traduisent par une augmentation de pathologies respiratoires et néoplasiques.

**II.1.4. L'environnement social :** Il est représenté par les effets d'une urbanisation accélérée et sans plan directeur (passée de 31,4 % en 1966, à 71.3% en 2016 et atteindra 82% en 2050). Ainsi, le nombre d'agglomérations totalisant plus de 100.000 habitants a plus que doublé depuis 2008. Parmi les répercussions enregistrées de ce changement, on note une prolifération de quartiers insalubres et de constructions anarchiques à la base de nombreux problèmes liés au manque ou à l'insuffisance d'hygiène (réseau d'assainissement en eau potable inexistant ou insuffisant, contamination de ceux-ci, dépôt illicite des déchets ménagers...).

**II.1.5 .L'eau potable :** L'Algérie a affecté près de 40 milliards de dollars, entre 2000 et 2014, à la construction de barrages, de systèmes de transfert et de stations de dessalement d'eau de mer, ainsi qu'à la restructuration des établissements publics et au financement de contrats de services avec des opérateurs étrangers.

L'extension de la capacité de stockage, de production et de distribution des ressources hydriques permettra d'atteindre un taux d'accès à l'eau potable de 99% en 2019 contre 80% en 2000 et 98 % en 2014 et d'accroître les disponibilités hydriques par habitant de plus de 45 %.

## II.2-Les facteurs démographiques :

Ils permettent d'identifier la nature des besoins de santé de la population dans les années à venir. D'après l'ONS la situation démographique<sup>(9)</sup>, illustre en 2018 trois faits marquants, la baisse de la mortalité, la hausse de la natalité et la modification profonde de la structure de la population algérienne. Parmi ces facteurs, on peut citer comme suit :

**II.2.1. L'accroissement naturel :** L'Algérie a connu après l'indépendance, une croissance démographique sans précédent, induisant un triplement de la population entre 1962 et 2015. La population algérienne est estimée au 1er juillet 2019 à 43,450 millions habitants (51.352 millions en 2030), le taux d'accroissement naturel (TAN) a connu un accroissement rapide de 1,96% en 2009 à 2,12% en 2017, 1,99% en 2018 et atteindra 1.24% en 2025. L'augmentation sensible des naissances et le maintien du volume des décès sont à l'origine de la hausse significative de l'accroissement naturel depuis 2000 <sup>(10)</sup>.

**II.2.2. Natalité :** La décélération de la croissance démographique en Algérie est liée donc principalement à la baisse constante et rapide de la natalité de 1980 à 2000. L'effectif des naissances vivantes évolue progressivement depuis 2000 et atteint 1060000 naissances vivantes en 2017. L'arrivée d'un nombre important de femmes aux âges de procréation et l'augmentation du nombre des mariages sont à l'origine de l'accroissement des naissances depuis l'année 2000. Le taux brute de natalité qui était de 19.36‰ en 2000 a atteint 24.39 ‰ en 2018 et régressera pour atteindre 16.9% en 2025.

**II.2.3 La mortalité :** On distingue les trois cas suivants

(16) :

- **La Mortalité Générale** a connu un infléchissement important au cours des trois dernières décennies. Le taux brut de mortalité générale qui était estimé à 16,45 pour 1000 habitants en 1970, se situe à 5,46‰ en 2000, à 4,37‰ en 2010, à 4,55‰ en 2017, 4.53‰ et atteindra 4.5‰ en 2025

- **La Mortalité infantile** a nettement régressé depuis l'indépendance de 142 pour 1000 naissances vivantes en 1970, à 84.72‰ en 1980, à 26.8‰ en 2007, à 21.00 ‰ en 2018 et atteindra 6.00‰ en 2025. Cette baisse résulte à la fois de l'amélioration des conditions générales d'existence et de la mise en œuvre du programme national de lutte contre la mortalité infantile.

- **La Mortalité maternelle**, soit la mortalité des femmes dues à la grossesse ou à l'accouchement, constitue toujours, un problème de santé publique, le ratio de mortalité maternelle a été estimé à 500 pour 100000 naissances vivantes en 1962, à 117.4 pour 100000 naissances vivantes en 1999, à 84 pour 100000 en 2009, à 57.7 pour 100000 en 2016 avec d'importantes disparités régionales et sera de 8.8 pour 100000 en 2025.

**II.2.4. Espérance de vie :** Cet indicateur de santé et de développement humain avoisine les 76.3 ans en 2010, 77.7 ans en 2018 et atteindra 80 ans en 2025. Le recul de la mortalité et l'amélioration des conditions de vie ont eu pour résultante l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance. Les conséquences directes en terme de santé vont se traduire par une augmentation des pathologies liées à l'âge (affections cardiovasculaires, cancers, démences...) et par l'émergence d'une pathologie gériatrique dont il faudra prévoir sa prise en charge.

**II.2.5. Nuptialité :** Le schéma général de la nuptialité a connu des modifications profondes. Il est à relever tout

particulièrement un recul important de l'âge au mariage estimé en 2006 à 29.9 ans pour les femmes est à 33.5 pour les hommes. En effet, les changements ayant affecté le mode de vie des Algériens, la participation de la femme à la vie active et la scolarisation féminine sont les deux éléments majeurs participant au recul observé de l'âge moyen, au premier mariage. Le taux brut de nuptialité a connu une évolution variable de 5.97 pour 1000 en 1990, à 7.7 ‰ en 2010 et à 7.79 pour 1000 en 2018.

**II.2.6. Fécondité :** Cet indicateur constitue le moteur principal de la transition démographique en Algérie devant la mortalité, elle est également une composante essentielle de la santé reproductive et infantile. Elle a connu une baisse substantielle depuis l'indépendance de l'Algérie et notamment au cours de la décennie 90. L'indice synthétique de fécondité (enfants /femme) est passé de 7.8 en 1970 pour atteindre 2.54 en 2000, 2.9 en 2010, à 3,0 en 2018 et atteindra d'après l'ONS 2.1 en 2025.

### II.3- Les facteurs économiques :

Les facteurs économiques ont une importance capitale car ils conditionnent souvent l'accès du citoyen aux soins. Ils vont être à l'origine d'un environnement différent qui peut avoir des répercussions sur la santé à court, moyen et long terme. Le poids de la croissance démographique (44.253 millions d'habitants en 2020) attendue laisse prévoir les besoins nouveaux à satisfaire dans l'avenir et qui devront bénéficier de l'attention des pouvoirs publics.

**II.3.1. Le pouvoir d'achat :** Sa baisse entraîne la réduction du budget consacré à la santé pour beaucoup de ménages. D'une manière générale, la paupérisation va favoriser l'émergence et le développement de populations marginales plus fragiles.

**II.3.2. La consommation des ménages :** D'après l'ONS, la répartition des dépenses de consommation<sup>(11)</sup> en 2011 montre que les dépenses totales des ménages représentent le triple dans le milieu urbain des dépenses en milieu rural (71.1% et 28.9%), alors qu'en 2000, ces valeurs étaient respectivement de l'ordre de (65% et 35%). La structure des dépenses annuelles des ménages, montre que la part réservée à la santé et à l'hygiène corporelle est en haut de l'échelle (4.8% en 2011) avant celles de l'éducation et loisirs et des articles ménagers. L'indice national des prix à la consommation des produits du groupe santé et hygiène corporelle<sup>(12)</sup> de septembre 2019 a connu une évolution de 3.85 par rapport au mois de septembre 2018.

#### **II.4-Les indicateurs des ressources de la santé :**

L'examen du bilan de la couverture sanitaire du pays fait ressortir le nombre de structures sanitaires existantes, les normes dégagées par les infrastructures sanitaires en fonctionnement et la densité médicale et paramédicale. Le secteur de la santé en Algérie se compose de structures suivantes <sup>(13)</sup> :

**II.4.1. Secteur public de santé :** Il dispose à fin 2017 de structures suivantes :

- 15 Centres hospitalo-universitaires (CHU) renfermant une capacité en lits organisés de 13668 ;



- 01 Etablissement hospitalier universitaire (EHU) avec une capacité en lits de 869 ;

- 107 Etablissements hospitaliers spécialisés (EHS) disposant de 16030 lits d'hospitalisation

- 09 établissements hospitaliers à gestion spécifique (EH) dont 05 sont des hôpitaux généraux et 04 spécialisés en ophtalmologie avec une capacité en lit de 1354;

- 214 établissements publics hospitaliers (EPH) d'une capacité en lits d'hospitalisation de 39103.

-273 établissements publics de santé de proximité (EPSP) avec une capacité en lits de 7217.

**II.4.2. Le secteur privé de santé :** Il dispose à fin 2017 de 35 cliniques médicales ; 261 cliniques médico-chirurgicales ; 36 cliniques de diagnostic ; 158 centres d'hémodialyse ; 18 centres de procréation ; 9795 cabinets de spécialistes ; 7803 cabinets de généralistes ; 6952 cabinets de chirurgie dentaire et 10516 officines pharmaceutiques.

**II.4.3. Le Secteur parapublic :** Les structures parapubliques sont en diminution d'année en année, on comptabilise à fin 2016, 630 Centres médico-sociaux et 880 agences pharmaceutiques de l'Etat.

**II.4.4. Taux de couverture sanitaires :** Rapportés à la population, les ratios de couverture nationale en infrastructures, en lits d'hospitalisation et en personnels médicaux et paramédicaux dégagés sont donnés comme suit <sup>(14)</sup> :

**1)-Normes en structures :** On enregistre une amélioration sensible en 2016 du taux de couverture en infrastructures par rapport aux années précédentes.

- Une (1) polyclinique pour 24118 habitants en 2016 contre 60700 habitants en 2000

- Une (1) salle de soins pour 6913 en 2016 contre 7610 habitants en 2000.

- Une (01) officine pharmaceutique pour 3678 habitants en 2015 contre 5410 habitants en 2000

- Population totale estimée en 2016 par le ministère de la santé est : 40835603 habitants.

- Nombre de lits hospitaliers : 71035 lits en 2016 contre 44955 lits en 2000.

**2)-Le nombre de lits d'hospitalisation.** Selon les statistiques du MSPRH, les disparités en matière de couverture sanitaire ont été réduites sans pour autant atténuer les déséquilibres entre les villes et certaines régions du pays. L'indice de couverture nationale en lits hospitaliers est resté constant de 1990 à 1999. Cette couverture a remonté légèrement à partir de l'année 2000 pour atteindre en 2010 un ratio de 1.62 et 1.75 en 2016 soit une moyenne annuelle de deux (2) lits pour 1000 habitants.

**3)-Densité médicale et paramédicale.** Il ressort des effectifs médicaux tous corps confondus, les ratios de couverture médicale ont connu une progression depuis l'indépendance de (1) (praticiens : tous médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens) pour 14726 habitants en 1962, à un (1) (Praticien : tous médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens) pour 670 habitants en 2005 et à 483 habitants en 2017. Compte tenu de l'accroissement

démographique, le ratio exprimant la couverture nationale annuelle moyenne qui était de (1) un paramédical pour 2979 habitants en 1962 a passé de (1) un paramédical pour 367 habitants en 2005 et à 331 habitants en 2017.

## II.5- Indicateurs d'activité sanitaire et hospitalière :

L'évolution de l'activité sanitaire et hospitalière peut être étudiée sur la base des indicateurs plus précis qui expriment l'importance de l'activité telle que les admissions, les journées d'hospitalisation, les consultations<sup>(15)</sup> etc.

**II.5.1. Activité d'hospitalisation :** Elle qualifie l'activité des unités et des services qui accueillent des malades, se caractérisent par un équipement des lits d'hospitalisation et par des équipes médicales et paramédicales qui assurent le diagnostic, les soins et la surveillance. Leur évolution de 1990 à 2017 est donnée par le tableau suivant :

**Tableau n°02. Activités hospitalières de 1990 à 2017**

Années	1990	2000	2010	2015	2017
Nombre de lits	56356	51672	54122	56654	58119
Admissions	-	17115 566	28037 30	33367 03	32939 75

Journées d'hospitalisation	10697 299	96974 64	10341 098	11209 565	11878 963
Durée moyenne de séjour	6.6	5.67	3.69	3.36	3.61
Taux d'occupation	56.32	51.42	52.35	54.21	56.0
Taux de rotation	-	33.12	51.80	54.21	56.68
Taux de létalité	-	0.17	0.18	0.4	0.41

Source : Tableau construit par nous-même à partir des annuaires du MSPRH.

Le nombre total des journées d'hospitalisation a connu durant la période 1990-2010 une régression, à l'exception des EHS qui enregistrent chaque année une augmentation régulière et importante en journées d'hospitalisation. Il en est de même pour les autres indicateurs de mesure de cette activité (taux d'occupation, taux de rotation et taux de létalité) qui ont connu une augmentation légère depuis 2010 par rapport aux années précédentes.

**II.5.2. Activité des urgences :** Près de la moitié de l'activité des admissions est réalisée dans les services des urgences, soit 1748202 admissions en 2017 contre 1751939 admissions en 2000 de moins de 24 heures dont 95% sont réalisées par les EPSP et EPH. Par ailleurs, il est enregistré, un taux de létalité moins élevé de 16.4 % en 2017 par rapport à l'année 2016 (20.4%).

**II.5.3. Activité de consultation :** Il a été enregistré en 1990, un peu plus d'une consultation par habitant et par an dans le

secteur public, en 1975, il n'y a plus que 0.75 consultations par habitant et par an, on note que depuis 2000, une amélioration un peu plus d'une consultation par habitant et par an. Les consultations générales en 2017 (53230033), représentent plus de la moitié du total des consultations (106070866).

**II.5.4. Activité de radiologie :** Elle a enregistré une augmentation à partir de l'année 2000. Soit 14032415 actes de radiologie réalisés en 2017 contre 1638477 en 1990.

**II.5.5. Activité d'Exploration fonctionnelle :** Le nombre d'actes d'exploration fonctionnelle, Endoscopie et Examens électriques dont 80 % représentent les actes d'ECG ont connu une augmentation de 3139917 actes en 2017, contre 837130 tout acte confondu en 1998.

**II.5.6. Actes de laboratoire :** Le nombre d'examens de laboratoire réalisés à fin 2017 au niveau national qui est de 79023356 examens contre 505420 en 1991 sont regroupés en huit catégories selon la nomenclature des actes professionnels : biochimie, hémobiologie, anapto cytopathologie, immunologie sérologie, bactériologie virologie, micro parasitologie, hormonologie et toxicologie.

**II.5.7. Actes opératoires :** Les principaux actes opératoires réalisés à fin 2017 par les structures publiques de soins sont essentiellement des actes de chirurgie générale, d'ophtalmologie, d'ORL, d'ortho, de gynécologie, d'urologie de neurochirurgicale, de chirurgie cardiaque, de chirurgie vasculaire, de chirurgie plastique, de chirurgie maxillo-faciale et autres actes d'urgence de chirurgie générale, la gynécologie qui présentent des pourcentages importants dans ce genre d'activité. On enregistre 854787 actes opératoires réalisés en 2017 contre 259105 actes en 1990.

**II.5.8. Activité d'hémodialyse :** Les centres d'hémodialyse des structures de santé publique sont équipés à fin 2017 de 2662 reins artificiels en marche (générateurs). Le nombre de séances de dialyse effectuées en 2017 a atteint 1461873 séances contre 462605 séances en 2000. Rapportés au nombre de malades dialysés, il est enregistré qu'un malade effectue en moyenne trois (03) séances de dialyse par semaine.

**II.5.9. Activité de maternité :** Le nombre de lits dédiés à cette activité à fin 2017 est de 8991 lits. Le nombre d'accouchements enregistrés en 2017 est de 844054 accouchements effectués au niveau des structures publiques de santé de proximité.

**II.6- Les facteurs épidémiologiques et leur évolution :**

L'état de santé de la population algérienne est fonction de l'évolution des maladies et de leur incidence dans le pays<sup>(16)</sup>. Le profil épidémiologique de l'Algérie marqué à la fois par la persistance de maladies transmissibles, dont certaines sévissent encore à l'état endémique, et par l'impact grandissant des maladies non transmissibles, dont celles liées à l'environnement social et au mode de vie. Le tableau suivant retrace l'évolution de certaines maladies transmissibles<sup>(17)</sup> à déclaration obligatoire en Algérie de 2010 à 2017.

**Tableau n°03. Principales maladies à déclaration obligatoire de 2010 à 2017**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Méningite</b>	3	5	3	3	6	3	5	4

dont : -	57	5	34	8	4	2	2	3
-Autres	3	5	3	3	6	3	4	4
Typhoïde	22	2	23	1	1	9	7	1
Dysenterie	56	5	15	1	1	1	1	2
Hépatite	1	1	1	1	2	1	1	1
Hépatite	1	2	1	2	2	2	2	3
Hépatite	52	6	60	7	8	9	7	8
Trachome	55	4	27	7	1	1	8	7
Bilharziose	15	1	11	3	1	6	4	5
Paludisme	40	1	88	6	2	7	4	4
dont : - Cas	40	1	82	5	2	7	4	4
Kyste	33	3	31	3	3	3	3	3
Leishmanios	12	9	57	4	3	4	6	2
e (viscérale)	1	4		6	4	8	8	9
Leishmanios	21	1	8	6	4	6	8	1
Brucellose	10	6	4	3	5	6	8	1
Rage	14	1	17	2	7	2	1	2
Rougeole	1	1	1	3	1	1	3	7
Diptérie	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	34	2	13	1	5	3	2	3
Tétanos	6	7	10	1	9	6	9	1
dont :	1	0	3	2	1	0	0	0
- Tétanos	5	7	7	1	8	6	9	1
Tuberculose	21	2	21	2	2	2	2	2
dont : -	10	1	9	9	8	8	8	7
Tuberculose	321	0	303	275	802	501	187	533
-Tuberculose	11	1	11	1	1	1	1	1
Tuberculose	10	1	64	9	1	1	1	4
à localisation	9	26		7	26	2698	04	4
SIDA	14	1	93	9	1	9	1	8
SIDA VIH	41	6	61	6	7	6	6	8

Sources: ONS 2016.AQC p.25-ONS 2018 AQC P ; 23

**II.6.1. Les maladies transmissibles :** Un fléau ancien à combattre bien que leur poids sur le système de santé ait diminué ces dernières années, les maladies transmissibles qui restent une cause importante de morbidité et de mortalité peuvent être classées comme suit :

**1)-Les maladies contrôlables par la vaccination :** Ces maladies notamment, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et la rougeole ont connu une régression en raison de l'application du programme élargi de vaccination des enfants rendue obligatoire et gratuite conformément aux dispositions du décret n° 69-88 du 19/06/1969.

**2)-Les maladies à transmission hydrique :** La typhoïde, les toxi-infections alimentaires et collectives, les maladies diarrhéiques de l'enfant constituent toujours des pathologies fréquentes affectant la morbidité et font parties de la famille des maladies du sous-développement. Leur prévention nécessite une coopération multisectorielle pour garantir la disponibilité et la qualité de l'eau nécessaire à améliorer l'état de santé global des Algériens.

**3)- Les Zoonoses :** Le vecteur animal est le facteur principal de transmission de ces maladies, les plus fréquentes en Algérie se décomposent en quatre groupes : la Brucellose, la Leishmaniose, l'Hydatidose et la Rage humaine.

**4)- Les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA :** L'Algérie qui s'est engagée dans la lutte contre le SIDA depuis son apparition en 1985 a aussi adopté un plan National stratégique de lutte contre ce fléau en 2013/2015 en application des recommandations de l'ONU sur la SIDA en juin 2011, qui demande à tous les pays membres de l'ONU «de mettre en œuvre des stratégies et des plans nationaux multisectoriels de lutte contre le VIH et le SIDA.



**5)- Les autres maladies infectieuses prévalentes :** Les autres maladies infectieuses dont souffrent le plus souvent les Algériens sont au nombre de quatre : la tuberculose, les infections respiratoires aiguës, la méningite et les hépatites virales.

**6)- Les maladies récurrentes ou persistantes dans le sud du pays :** Parmi les maladies jusque-là en voie d'éradication et qui resurgissent notamment dans la région sud du pays, on a le Paludisme, le Trachome et la Bilharziose uro-génitale.

**II.6.2. Les maladies non transmissibles :** D'après l'Institut National de la Santé Publique (INSP), 60% de la population serait touchée par les maladies chroniques les plus fréquentes qui sont les maladies de l'appareil circulatoire, les infections respiratoires chroniques, le cancer, le diabète et les maladies rénales.

**1)- les maladies de l'appareil circulatoire :** Généralement sont les cardiopathies et les maladies cérébro-vasculaires qui tendent à se situer en première ligne du profil de morbidité des Algériens qui représente 2.1%. Les hypertensions artérielles (HTA) constituent un risque majeur de cardiopathies. Les infarctus du myocarde et les accidents cérébro-vasculaires représentent la majorité des causes de décès liés aux maladies cardio-vasculaires qui présentent un pourcentage de 3.2%.

**2)-les infections respiratoires chroniques :** Les maladies respiratoires chroniques, notamment l'asthme constituent une pathologie chronique en extension dans la population algérienne. Les grandes villes et les villes industrielles notamment Alger et Annaba où se concentrent des industries polluantes constituent des zones à risques pour le développement des maladies respiratoires.

**3)-les cancers :** Ils occupent une place de plus en plus importante parmi les maladies non transmissibles prévalentes. Actuellement, on comptabilise environ 45000 nouveaux cas cancéreux par an, avec 24 000 décès. Les formes les plus fréquentes en Algérie, sont le cancer de poumon et de la vessie chez l'homme, et les cancers du Sein et du col de l'Utérus chez la femme.

**4)-le diabète :** Il fait partie intégrante des maladies non transmissibles, il est déclaré en Algérie d'une manière croissante selon deux formes : le diabète insulino-dépendant (DID), et le diabète non insulino-dépendante (DNID) qui représente 1.9% en Algérie.

**5)- les maladies rénales :** Les maladies du rein et notamment l'insuffisance rénale chronique, font partie des maladies les plus visibles dont leur prise en charge sanitaire connaît un maximum de besoins non satisfaits.

**II.6.3. Les facteurs de risque communs aux maladies chroniques prévalentes :** Ils intègrent : le tabac, l'alcool, la malnutrition, l'inactivité physique, l'obésité, l'hypertension artérielle, l'hyperglycémie et les dyslipidémies dont certains sont en voie de régression.

## **Conclusion**

L'analyse des principaux indicateurs de santé montre bien que le système de santé Algérien a enregistré des résultats appréciables et des avancées remarquables depuis l'indépendance du pays en 1962, ceci confirme la pertinence de ses fondements, de ses principes généraux et de ses objectifs. A quel moment peut-on déclarer qu'une politique de santé a atteint ses objectifs ? Ce sont tous

seuls les indicateurs de santé qui définissent la réussite d'une stratégie telle que la réduction ou l'éradication des maladies. Malgré les points faibles du système, notamment le problème d'accès aux soins pour les populations du sud et des zones enclavées du pays, le manque de médecins spécialistes, de personnel paramédical, de moyens matériels même dans les structures de santé publique des grands centres urbains du pays et l'indisponibilité au niveau national, de certains médicaments essentiels et vaccins, les grands efforts consentis à ce jour, par l'Algérie en matière de couverture sanitaire pour tous, ont permis l'allongement de l'espérance de vie des Algériens, la baisse sensible des mortalités maternelle et infantile, ainsi que l'incidence des maladies transmissibles, dont certaines ont été "totalement éradiquées".

Pour pallier aux insuffisances constatées, un programme d'appui au secteur de la santé s'avère nécessaire pour améliorer la santé pour tous, notamment par le Rapprochement de la santé du citoyen, l'Amélioration de la qualité des prestations, la Prise en charge de la transition démographique et épidémiologique et la Rationalisation de la gestion du secteur de la santé. Par ailleurs, le Gouvernement doit veiller à la réduction des disparités régionales en matière de santé d'ici 2025, à l'augmentation du budget de prévention, à l'achèvement des projets et programmes sanitaires en cours, à la mise en place d'un système d'information sanitaire national et à la concrétisation du système « SIHATIK » qui constitue une étape importante dans le processus de transformation numérique du secteur.

## Références bibliographiques

- <sup>1</sup>-Article (sans auteur) : [http://www. Santé publique.eu/indicateurs-santé-définition-exemples](http://www.Santé publique.eu/indicateurs-santé-définition-exemples).(visité le 27/12/19).
- <sup>2</sup>- Office des publications universitaires (OPU) ; Médecine sociale et épidémiologie. Alger. Année 1988. Page 5et 23.
- <sup>3</sup>- Emile LEVY. Economie du système de santé. DUNOD. Paris. Année 1995. Page 125
- <sup>4</sup>- Officie National des Statistiques (ONS) : Activité – emploi & chômage. Edition ONS.2018 n°840.Page3.
- <sup>5</sup>-Conseil National Economique et Social (CNES) : Rapport sur le développement humain. 2013-2015.ANEP-Rouiba. Année 2016. Page 35et 39
- <sup>6</sup>- Ministère de la santé. Politique nationale de population, de l'environnement et de la prévention. ANDS. Année 1997. Page 83.
- <sup>7</sup>- Ministère de la santé. Annuaire statistiques, ANDS, de 1990 à 2017.
- <sup>8</sup>-Ministère de la Santé, de la Population et de la réforme Hospitalière (MSPRH) : La santé des Algériens et des Algériennes. Rapport annuel 2004.Page 23 et 24.
- <sup>9</sup>- Officie National des Statistiques: Démographie Algérienne. Bulletin n°816. Année. 2017. Page 2 et 3.
- <sup>10</sup>- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH). Situation démographique et sanitaire. DP. Année 2017. Page 3.

<sup>11</sup>- Office National des Statistiques (ONS) .Annuaire statistique. .Alger. Année 2014. Page 27

<sup>12</sup>-. Office National des Statistiques (ONS).Indice des prix à la consommation.. Bulletin. N°286.Septembre 2019. Page.2

<sup>13</sup>- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH). Santé en chiffres 2015.DP. Alger. Année 2016. Page 5et 10

<sup>14</sup>- Centre de recherche en économie de développement (CREAD). Cahiers du CREAD.n°19. Année 1989. Page 37

<sup>15</sup>- Ministère de la Santé, de la Population et de la réforme Hospitalière : Santé en chiffres 2016. Edition DEP. Année 2017. Page 11

<sup>16</sup>- Ministère de la Santé, de la Population et de la réforme Hospitalière : Situation démographique et sanitaire. 2000-2019. Edition DP. Alger. Juillet 2019 Page 22 et .23

<sup>17</sup>- Officie National des Statistiques (Algérie) ONS : L'Algérie en quelques chiffres.

Edition ONS. Bulletin N° 45. Année 2015.P.25, Bulletin N°47 Année 2017. P.25 et Bulletin N°48 Année 2018. Page.21

### **Notes :**

(\*) INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (France).

(\*) PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement.

