

Health Sciences



U M 6 S S
EDITIONS

Volume 2 | Issue 1

Article 16

The Reform of Primary Health Care / PHC in Algeria : A First Step Towards a More Equitable and Efficient Health System

Aissaoui Nasreddine

Maître de conférences en sciences économiques, économiste de la santé, habilité à diriger les recherches Enseignant chercheur à la FSESCSG, Université d'Oum El Bouaghi/OEB Algérie, aissaoui.nasreddine@univ-oeb.dz

Follow this and additional works at: <https://journal.um6ss.ma/health-sciences>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Nasreddine, Aissaoui (2021) "The Reform of Primary Health Care / PHC in Algeria : A First Step Towards a More Equitable and Efficient Health System," *Health Sciences*: Vol. 2: Iss. 1, Article 16.

Available at: <https://doi.org/10.15342/hs.2021.366>

This Case Study is brought to you for free and open access by Health Sciences. It has been accepted for inclusion in Health Sciences by an authorized editor of Health Sciences.

CASE STUDY

The Reform of Primary Health Care / PHC in Algeria : A First Step Towards a More Equitable and Efficient Health System

La réforme des soins de santé primaires/SSP en Algérie ; un premier pas pour un système de santé plus équitable et plus efficace

Aissaoui Nasreddine 

Maître de conférences en sciences économiques, économiste de la santé, habilité à diriger les recherches Enseignant chercheur à la FSESCSG, Université d'Oum El Bouaghi/OEB Algérie

ABSTRACT

Primary care in the national health care service in Algeria plays an important role: the execution of the National Immunization Schedule for infants, the care of mother and child, the monitoring of chronically ill patients, etc. However, offering modern primary health care to cover the real health needs of the population requires responsible and courageous self-criticism, either by health officials or by health economists.

This is a descriptive and analytical study that highlights the reality of primary health care in the Algerian health system, which aims to make a constructive critique in relation to the pillars and principles of modern and effective primary health care. We have arrived that the sine qua none conditions must be realized in order to boost the role of primary health care in Algeria, among them: organizational non-accessibility, medium or poor quality care, non-availability of resources early detection of some pathologies... are recurring problems which push the care-seeker to desert primary health care structures, as well as non-compliance with the organisation of care.

KEYWORDS: Primary Care; Primary Health Care; National Health Care Supply; Algerian Health System.

RÉSUMÉ

Les soins primaires dans l'offre nationale de soins en Algérie jouent un rôle important : l'exécution du calendrier de vaccination infantile, la prise en charge de la mère et de l'enfant, le suivi des malades chroniques, etc. Or, offrir des soins de santé primaires modernes pour couvrir les vrais besoins en santé de la population, nécessite une autocritique responsable et courageuse, soit par les responsables de la santé soit par les chercheurs économistes de la santé.

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique qui met en évidence la réalité des soins de santé primaires dans le système de santé algérien, qui vise à faire une critique constructive par rapport aux piliers et principes des soins de santé primaires modernes et efficaces. Nous sommes arrivés que des conditions sine qua none doivent être concrétisées, afin de booster le rôle des soins de santé primaires en Algérie, parmi elles : une non-accessibilité organisationnelle, une prise en charge de qualité moyenne ou médiocre, une non disponibilité de moyens de dépistage précoce de quelques pathologies... sont des problèmes récurrents qui poussent le demandeur de soins à désertier les structures de soins de santé primaires, ainsi qu'au non-respect de la graduation des soins

KEYWORDS : Soins Primaires ; Soins de Santé Primaires ; L'offre de Soins ; Système de Santé Algérien.

Correspondence: Dr Aissaoui Nasreddine, Maître de conférences en sciences économiques, économiste de la santé, habilité à diriger les recherches. Enseignant chercheur à la FSESCSG, Université d'Oum El Bouaghi/OEB Algérie. Email: aissaoui.nasreddine@univ-oeb.dz

Copyright © 2021 Aissaoui N. This is an open access article distributed under the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

INTRODUCTION

Les soins de santé primaires sont devenus en 1978 l'une des politiques clés de l'Organisation Mondiale de la Santé, et cela lors de l'adoption de la déclaration d'Alma-Ata et de la stratégie de la « santé pour tous en l'an 2000 » [1].

Depuis la déclaration d'Alma-Ata de 1978, les concepts, les idées et les principes ne cessent d'évoluer. D'ailleurs, plusieurs chartes, rapports et conférences ont vu le jour depuis: la Lubljana Charter on Reforming Health Care de l'OMS en 1996, le rapport sur la santé dans le monde de l'OMS en 2003, Economic surveys - de l'OCDE en 2005 et la conférence informelle de l'Union Européenne Shaping the EU Health community de 2004. Or, tous les chartes, rapports et conférences se convergent pour dire : qu'une réforme du système de santé qui, en plus d'accorder une importance plus grande aux soins de santé primaires, se pencherait en priorité sur ces caractéristiques, devrait contribuer à une meilleure santé globale, et à un moindre coût [2].

Une étude réalisée sur dix pays en 1991 ; concluait à un impact positif des soins primaires développés sur le système de santé. Il y était en outre indiqué que les résultats des services de soins de santé sont aussi influencés par la présence et la performance d'autres services sociaux, et d'un système d'éducation publique adéquat [3]. Les soins de santé primaires améliorent aussi l'équité des services de santé. Un système de santé fondé sur des soins de santé primaires soutenus serait donc plus équitable, plus efficace et plus efficient [4].

Une autre étude a mis l'accent sur la contribution des soins de santé primaires sur des indicateurs de santé, en se focalisant sur les données de l'OCDE de 1980 à 1998. Cette étude a permis d'observer que l'importance accordée aux soins de santé primaires est inversement associée à la mortalité toutes causes confondues, à la mortalité prématurée pour asthme, bronchite, emphysème, pneumonie, pathologie cardio-vasculaire et maladie cardiaque. La conclusion de cette étude indique qu'un système de soins primaires solide et des caractéristiques de pratique telles que la régulation géographique de l'offre, la continuité, la coordination, l'orientation vers la communauté sont associés avec une meilleure santé de la population [5].

C'est la question que se pose le Health Evidence Network ; malgré l'amoncellement de preuves en faveur des soins de santé primaires, l'allocation des ressources, dans la majorité des pays, favorise toujours les hôpitaux et les soins spécialisés. Cela s'expliquerait en partie, d'après le même rapport, par la perception de ce que sont les soins de santé primaires, de ce qu'ils ont à offrir : les décideurs politiques, tout comme beaucoup de professionnels de santé, les voient comme une activité de bas niveau, avec un effet faible sur la mortalité et la morbidité, et comme ayant surtout un rôle de triage pour l'accès aux hôpitaux, plutôt que de considérer leur contribution effective et positive au gain de santé [6].

L'Organisation Mondiale de la Santé/OMS reconnaît, à son tour, que la qualité des soins de santé est essentiellement liée au système est le premier pas vers l'amélioration tant du déroulement que des issues des soins de santé [7]. Ainsi nous allons faire ce premier pas, en appréciant la qualité du rôle des soins de santé

primaires modernes et efficaces, et en proposant des solutions qui peuvent améliorer l'équité et l'efficacité du système de santé algérien.

ETAT DE CONNAISSANCE

La Philosophie Des Soins De Santé Primaires.

Les soins de santé primaires sont un concept élaboré par l'OMS en 1978 dans la Déclaration d'Alma-Ata. Selon l'article 6 de ladite déclaration : « Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation, et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement, dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire » [1].

En bref, selon les articles de cette déclaration ; ce sont des soins de santé basés sur les principes d'équité, de participation, d'action intersectorielle, de technologies appropriée et sur le rôle central joué par le système de santé. Ils comprennent principalement:

- une éducation concernant les problèmes de santé et leurs méthodes de prévention et de lutte ;
- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ;
- un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base ;
- la protection maternelle et infantile ;
- la vaccination ;
- la prévention et le contrôle des endémies locales ;
- le traitement des maladies et lésions courantes ;
- la fourniture de médicaments essentiels.

Depuis la déclaration d'Alma-Ata, la philosophie des soins de santé primaires ne cessent d'évoluer, plusieurs chartes, rapports et conférences ont abordés ce sujet que ce soit au niveau continental ou au niveau mondial, or le plus marquant ces dernières décennies, c'est ce coup de revers, en se tournant ainsi vers des soins de santé primaires qui mettent l'accent sur la santé au lieu de la maladie. D'ailleurs, le fameux concept SSP a été actualisé en 2008 par l'OMS, désormais les soins de santé primaires deviennent dès lors l'un des principaux leviers d'action sur les déterminants de la santé ; que sont les inégalités de santé, afin de promouvoir une meilleure santé pour tous [8, 9].

La Différence Entre Soins De Santé Primaires et Soins Primaires

Bien qu'il existe des nuances parfois importantes entre soins de santé primaires/SSP et soins primaires, deux approches se démarquent : la première se réfère à la

première phrase de l'article 6 de la Déclaration d'Alma-Ata et sur les valeurs fortes qui y sont proclamées, là où les SSP apporte une vision globale du système de soins de santé, ainsi les soins primaires représentent une composante de la mission des soins de santé primaires/SSP [1]; la deuxième se réfère, elle, aux deuxième et troisième phrases de l'article 6 de la Déclaration d'Alma-Ata, là où on considère les SSP comme les soins de première ligne (premier échelon), tels qu'on peut le comprendre de cette phrase de cette Déclaration : « Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé ». Selon cette dernière approche, nous pouvons constater que les soins primaires sont juste le premier niveau de soins ou de *gate keeping* [10].

Horrmis une confusion régulière dans la littérature française, les termes de soins de santé primaires/SSP et soins primaires sont à différencier. Les soins primaires sont un élément des soins de santé primaires. Ils représentent bien plus qu'un niveau de soins (les soins de première ligne ou le *gate keeping*), ils sont plutôt un processus clef dans le système de soins. Selon l'approche de l'OMS, les soins primaires se caractérisent par un ensemble d'éléments : exhaustives, continues, efficaces, sûres, accessibles comme ils sont centrés sur la personne. Les soins de santé primaires incluent également la prévention, la promotion de la santé et des efforts pour cerner les déterminants de mauvaise santé locaux [8, 11].

Les modèles d'organisation des soins primaires

Depuis la Déclaration d'Alma-Ata, plusieurs pays dans le monde ont essayé de bâtir un système de santé qui valorise les soins de santé primaires, ou simplement des soins primaires qui représentent la première ligne de défense contre la maladie. L'investissement dans l'offre de soins de première ligne, qui ne récurent pas des soins spécialisés, constitue, de près ou de loin, la pierre angulaire d'un offre de soins généralisé et équitable pour toute la population.

Dans le même sillage, ladite Déclaration de l'OMS évoque les spécificités et les caractéristiques des soins primaires: « le premier niveau de contact des individus, des familles et des communautés avec le système de santé d'un pays, apportant les soins de santé aussi près que possible de l'endroit où les gens travaillent et vivent. L'organisation des soins primaires dépend des caractéristiques socio-économiques et politiques du pays, mais devrait offrir des services de prévention, des services curatifs et des services de réadaptation, et comprendre l'éducation de la population au sujet de problèmes de santé majeurs ainsi que la façon de les prévenir et les contrôler. De tels soins sont fournis par un large éventail de professionnels de santé, agissant ensemble en équipe, en partenariat avec la communauté locale » [1].

Nous pouvons ainsi distinguer différents modèles d'organisation et d'application de soins de santé primaires, ces différences puisent dans les tendances socioéconomiques adoptées par chaque pays. D'ailleurs nous distinguons trois grands modèles d'organisation des soins primaires adoptés par les différents pays du globe [12, 13].

Tableau 1 : Modèles d'Organisation des Soins Primaires

Modèle	Descriptif
Normatif hiérarchisé (Espagne, Suède, Finlande)	Ces pays appliquant ce modèle ont inscrit dans la loi l'organisation du système de santé, selon les principes des soins de santé primaires. Ils se basent sur des centres de santé publics avec des règles précises de planification, des coopérations interprofessionnelles fortement développées. Les professionnels de santé sont majoritairement salariés.
Professionnel hiérarchisé (Australie, Nouvelle-Zélande, Pays Bas, Royaume Uni)	Ces pays n'ont pas défini un modèle complet de soins de santé primaires. Cependant, une place très importante est accordée aux médecins généralistes pivots du système, avec un rôle de « Gate keeping », des moyens de formation et de recherche conséquents et des missions populationnelles. La population est obligée de s'inscrire auprès des médecins généralistes et la rémunération est faite par capitation.
Professionnel non hiérarchisé (Allemagne, Canada, France)	Dans ce modèle, l'organisation des soins primaires est à l'initiative des acteurs. Elle répond à une partie des objectifs des soins primaires par son accessibilité, sa proximité, sa permanence. Elle inclut les soins ambulatoires composés à la fois de médecins généralistes et spécialistes avec une rémunération à l'acte.

Bien qu'il ait des divergences organisationnelles, or les trois modèles convergent dans les fonctions essentielles des soins primaires : « ils servent de premier point de contact pour tout nouveau besoin et problème de santé, ils délivrent des soins à long terme centrés sur la personne, ils rencontrent de façon globale tous les besoins en santé sauf ceux dont la rareté ne permet pas à un généraliste de les prendre en charge, ils coordonnent les soins qui doivent être reçus ailleurs » [14].

Les Dimensions Essentielles des Soins de Santé Primaires

Il est important de cerner les divergences qui nourrissent les modèles des soins primaires et leurs développements, influencées, de près ou de loin, par plusieurs variables : historiques, caractéristiques, et spécifiques à la santé publique de chaque pays. Ce qui est évident, c'est qu'il existe des constantes qui constituent les piliers d'un modèle efficace de soins de santé primaires. Nous pouvons ainsi proposer les dimensions essentielles des soins de santé primaires dans un système complexe à trois niveaux, qui peuvent constituer des conditions sine qua none pour un système de santé efficace, où chaque dimension regroupe plusieurs éléments clés qui caractérisent les soins primaires : [15]

a) La Structure des Soins de Santé Primaires

- La gouvernance des soins de santé primaires, qui peut être résumée comme la vision et la direction des politiques de santé, qui agissent à travers la régulation, la promotion de la santé, la collecte et l'utilisation d'informations ;
- La dimension économique des soins de santé primaires ;
- L'évolution des effectifs en soins primaires, caractérisée par le type de professionnels impliqués et leur position dans le système de santé.

b) Les processus des soins de santé primaires

- L'accès aux soins de santé primaires ;
 - La continuité et la coordination des soins entre les soins primaires et les autres niveaux de soins ;
 - L'exhaustivité des soins primaires, qui représente les services disponibles pour répondre aux besoins en santé du patient.
- c) **Les résultats** : La qualité des soins, l'efficacité des soins et l'équité en santé.

La Composition des Soins de Santé Primaires

Le rôle des soins de santé primaires ne doit pas être défini isolément mais en relation avec les autres constituants du système de santé. Les soins primaires et secondaires, généralistes et spécialisés, ont tous des rôles importants. Ils ne sont pas mutuellement exclusifs mais nécessaires au système. Toutefois, les avancées technologiques, l'amélioration de l'éducation et de la formation, les changements de besoins liés à la transition épidémiologique, les changements sociaux et de mode de vie accroissent les besoins en soins de santé primaires, et appellent à une organisation telle que ces soins primaires soient dans la plus grande majorité des cas la première ligne [16]. Les soins de santé primaires sont souvent regroupés en quatre grands groupes : [17]

- **Des soins Curatifs** ;
- **Des soins de santé préventifs** : qui visent à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences;
- **D'actions de promotion de la santé** : qui apportent aux individus et aux communautés la capacité d'accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé et donc d'améliorer leur santé ;
- **D'actions intersectorielles avec** les partenaires locaux sur les déterminants de santé.

Plusieurs études ont mis l'accent sur la corrélation entre l'importance accordée aux soins de santé primaires et leurs contributions à améliorer l'état de santé de la population, parmi elles ; celle qui a étudié les données des pays de l'OCDE entre 1980 et 1998. La conclusion de cette étude : « qu'un système de soins primaires solide et des caractéristiques de pratique telles que la régulation géographique de l'offre, la continuité, la coordination, l'orientation vers la communauté sont associés avec une

meilleure santé de la population » [5]. Cette conclusion est confirmée par d'autres études : citons, au niveau européen, le rapport de synthèse du *Health Evidence Network/ HEN*, un service de l'Organisation Mondiale de la Santé Europe, publié en 2004 sur la base d'une recherche bibliographique étendue ou encore le rapport *European Primary care*, édité par le *Gezondheidsraad* néerlandais en 2004 [18] ; ces deux rapports ont montré la plus grande efficacité et efficacité des systèmes de santé basés sur des soins primaires soutenus.

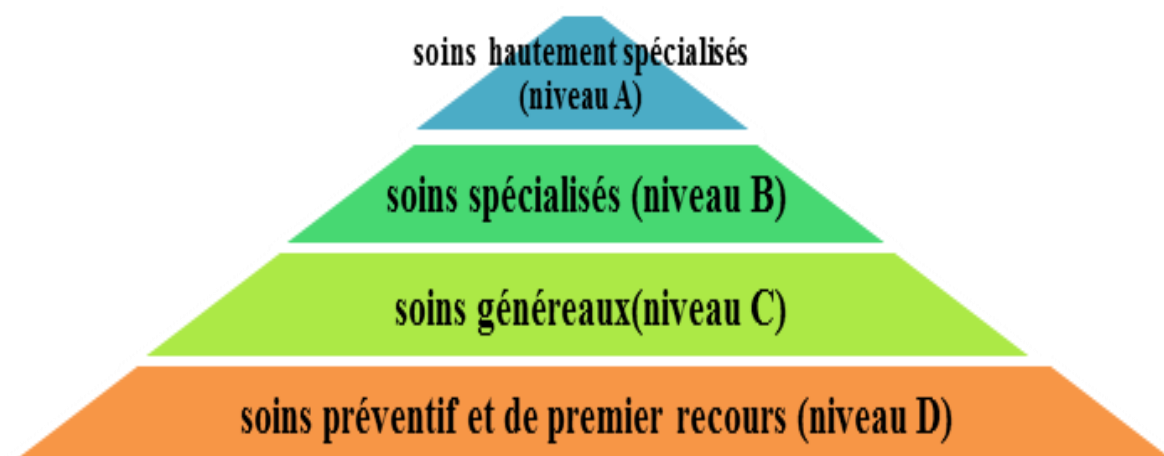
Donc, les preuves ne manquent pas pour autant pour confirmer le rôle primordial des soins de santé primaire dans un système de santé, afin que ce dernier puisse jouer son rôle avec d'avantage d'efficacité et d'équité.

CONVERGENCE ET DIVERGENCE DE L'ETAT DE L'EXISTANT EN ALGERIE AVEC LES PILIERS DES SSP

Bien qu'il existe quelques différences ainsi que des chevauchements entre les caractéristiques décrites dans le document de l'OMS[19], les spécifications du document de la WONCA [20] et les principes définis par Gay [21] sur les piliers ou les principes des SSP ... cependant nous allons essayer de présenter, dans cette deuxième section, lesdites principes qui rassemblent et représentent le mieux l'efficacité et la modernité des SSP.

Après l'élaboration de la carte sanitaire de 1980, le secteur sanitaire devenait la pierre angulaire de la distribution des soins primaires dans le système de soins algérien, et depuis le décret exécutif 07/140, les Etablissements Publics de Santé de Proximité/EPSP ont pris le relais en matière de distribution des soins de première ligne [22].

Les Etablissements Publics de Santé de Proximité/EPSP en Algérie sont considérés comme la cheville ouvrière du système de santé, vu le rôle considérable qu'ils sont appelés à jouer en matière de soins préventifs ainsi que les autres soins de base. Etant en contact permanent avec la communauté, ils jouent un rôle tampon entre celle-ci et les échelons supérieurs du système de soins. Ces établissements doivent prendre en charge localement la demande des usagers, et procéder à leur orientation selon les besoins de leur état de santé vers les structures sanitaires spécialisées ou hautement spécialisées, dans un système de santé hiérarchisé [23].



Source : Elaboré par nos soins.

Depuis la promulgation du décret exécutif 07/140, là où l'objectif principal de cette restructuration visait une bonne couverture des besoins en soins primaires, grâce à une décentralisation des structures de soins de santé de base de l'Etablissement Public Hospitalier/EPH, ce dernier qui était longtemps le centre des décisions présent à l'encontre des structures de soins de santé de base ... Vers la fin de l'année 2008, on a dénombré plus de 1495 polycliniques et 5117 centres de santé [22].

Selon ledit décret exécutif 07/140, le praticien activant à cet échelon est considéré comme le médecin de famille : il reçoit en consultation les patients de son district, dispense des soins, conseille, oriente et développe la prévention et la promotion de la santé. Il est censé suivre le dossier du patient dont il a la charge, lorsqu'il lui oriente vers des confrères ou des spécialistes relevant des structures de soins spécialisés. De par sa position dans la filière de soins, sa place est perçue comme le pivot dans le parcours du patient qui accède ainsi aux soins préventifs ou curatifs que son état de santé requiert, en lui évitant de se présenter directement aux divers services hospitaliers, de les encombrer et d'entraver ainsi la hiérarchie du système de soins. Le nombre considérable de médecins généralistes en activité dans les deux secteurs public et privé, qui dépasse ces dernières années les 50000 médecins, devrait renforcer le rôle des soins primaires ainsi les soins de santé primaires dans le système de santé algérien. Or, pour jouer pleinement ce rôle, les Etablissements Publics de Santé de Proximité/EPSP méritent une attention particulière en ce qui concerne leur dotation en moyens et en ressources humaines.

Nous signalons aussi, que le nouveau rôle des EPSP, conformément au décret exécutif 07/140 du 19 mai 2007, a pu rendre accessible les soins primaires à l'ensemble de la population en matière d'accessibilité géographique et financière ; nous citons dans le même sillage le rapprochement des services de soins diversifiés en direction du citoyen : consultations générales, quelques consultations spécialisées, soins infirmiers, imagerie médicale, examens biologiques, etc. à des prix très abordables. Quant à la non-accessibilité organisationnelle, ils résident dans l'ignorance du rôle réel de ce type d'établissements, d'ailleurs nous allons analyser ces lacunes en comparant la situation actuelle avec ce qui est recommandé, de près ou de loin, par l'OMS, la WONCA et Gay.

Les Soins de Santé Primaires Sont en Accord Avec les Valeurs Environnementales

La politique mondiale de développement élaborée par les Nations Unies est déterminée par les 17 Objectifs du Développement Durable (ODD) pour les années 2015-2030. Ces Objectifs ont vu le jour lors de la Conférence de Rio sur le développement durable en 2012. Les ODD remplacent les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), avec lesquels ont été entamés en 2010 les efforts mondiaux destinés à combattre l'indignité de la pauvreté. Chacun de ces 17 objectifs est mis en œuvre par une des agences de l'ONU [23]. Ces objectifs tous interdépendants, sont marqués par une vision globale de l'homme dans son environnement, et ont été confortés par les accords de Paris de la COP 21.

Parmi les 17 objectifs ; l'objectif n°3 intitulé *bonne santé et bien être*, qui a pour but: «permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien être à tout âge » [24]. Cet objectif mis en œuvre par l'OMS propose aux pays membre un accompagnement dans leurs politiques de santé afin d'atteindre cet objectif global. Depuis la fin du dernier siècle les efforts sont tournés vers la santé au lieu de la maladie, alors une approche anticipatrice est née, qui met l'accent sur les déterminants de la santé, en l'occurrence les déterminants environnementaux.

Les articles 106-119 de la loi de santé algérienne 18-11, évoquent clairement la protection du milieu de vie et de l'environnement. Ainsi l'article 106 de ladite loi 18-11 stipule que: « L'Etat met en œuvre la politique d'hygiène du milieu, du cadre de vie des citoyens et de l'environnement en vue d'assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Les institutions et les organismes concernés doivent mettre en place des systèmes de surveillance et de contrôle de la qualité physique, chimique et biologique des facteurs d'environnement, notamment ceux de l'eau, de l'air et du sol » [25]. Cet article résume bien la responsabilité de l'Etat de préserver le milieu de vie des citoyens, et par ricochet la santé de la population algérienne. Il est intéressant de noter que la loi 07-140 ne manquera pas également de souligner l'importance de la préservation de l'environnement, ainsi de désigner le cheval de bataille pour mener à bien cette mission ; qui ne sont que les établissements publics de santé, comme stipule l'article 8 de cette loi : « ... L'établissement public est chargé également de contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux » [26]. Ledit article 8 de la loi 07-140 évoque implicitement la contribution des Etablissements Publics de Santé de Proximité/EPSP, et cela en matière de promotion et de protection de l'environnement. L'atout de ce genre d'établissements est son ancrage dans un milieu plus au moins restreint, cependant l'efficacité d'intervention pour assurer cet objectif est dictée par la décentralisation de l'action.

En réalité, la marge de manœuvre des EPSP, dans le système de santé algérien, est assez réduite dans ce sens, puisque l'environnement est le dernier souci de ce genre d'établissement. Cependant, le problème réside à chaque fois dans la centralisation de décision au niveau de la capitale, or l'étendue de la superficie d'un pays comme l'Algérie rend un tel objectif difficile à concrétiser. Outre les soins primaires, les soins de santé primaires, eux aussi, accusent un déficit flagrant en matière de promotion de la santé, qui devrait prendre à bras le corps les déterminants environnementaux influant sur l'état de santé de la population algérienne. Par exemple, jusqu'à maintenant, on se débarrasse d'une quantité importante de déchets hospitaliers dans des incinérateurs in situ, imaginez-vous les risques qui comportent ce dispositif sur l'environnement interne et externe de la structure hospitalière! Toutefois, les EPSP ne sont pas dotés d'incinérateurs, ainsi le traitement de leurs déchets se fait ailleurs.

Les Soins de Santé Primaires sont Centrés sur L'individu et sa Famille

Les soins centrés sur l'individu et sa famille incluent ces participants en tant qu'acteurs actifs dans le processus de soins: [17]

- Prennent en considération les besoins, les désirs, les points de vue et les expériences personnelles de l'individu et de sa famille ;
- Offrent à l'individu et à sa famille des occasions de donner son avis et de participer aux soins qu'il reçoit ;
- Approfondissent le partenariat et la compréhension de la relation équipe de soins – l'individu et sa famille.

Cette fameuse complicité entre l'offre et la demande de soins en matière de promotion de la santé est évoquée dans les articles 30 et 120 de la loi de santé 18-11. Ainsi selon l'article 30 de ladite loi de santé : « Les structures de santé organisent, dans le cadre de l'exécution des programmes de santé, avec le concours et l'assistance de l'autorité concernée, des campagnes de sensibilisation, d'information et d'actions de prévention contre les maladies, les fléaux sociaux, les accidents et les catastrophes quelle que soit leur nature » [25]. L'article 120 aborde, quant à lui, la responsabilité de l'Etat à concrétiser une relation d'échange entre les différents secteurs qui activent pour instaurer une politique d'éducation pour la santé, ainsi l'article 120 stipule que : « L'éducation pour la santé est assurée par l'Etat, les collectivités locales et les institutions et établissements d'éducation, d'enseignement supérieur et de formation professionnelle. Elle a pour but de contribuer au bien-être de la population en lui permettant l'acquisition des connaissances nécessaires, dans le domaine de l'éducation sanitaire, notamment en matière: d'hygiène individuelle et collective, de protection de l'environnement, de prévention des risques naturels, de nutrition saine et équilibrée, de promotion de la santé bucco-dentaire, de prévention des maladies et des accidents, de prévention en matière de santé mentale; de prévention en matière de santé reproductive, particulièrement l'éducation sexuelle auprès des jeunes, de consommation des médicaments; de lutte contre les pratiques nocives portant atteinte à la santé, de promotion de la pratique de l'éducation physique et sportive et des sports » [25].

Bien qu'il existe cette volonté de centrer les efforts en matière de promotion de la santé et de l'éducation pour la santé sur l'individu et sa famille, le chemin est assez long pour concrétiser cet objectif, puisque tous les efforts consentis dans ce sens, jusqu'à maintenant, sont unilatéral, qui excluent, peu ou prou, le citoyen et la société civile du débat sur des sujets qui nécessitent l'avis du citoyen et sa famille. Or, négliger ou exclure l'avis du citoyen de ledit débat, qui nécessite son implication, pourrait rendre ce même citoyen passif ou résistant face à une telle conduite du changement.

Les Soins de Santé Primaires sont Complets et Globaux

Les soins de santé primaires sont complets et globaux, à travers une offre de services répondant aux besoins de la population, à toutes les étapes de la vie, et aux besoins de la santé publique. Les soins complets et globaux englobent toutes les dimensions de la personne : biologique, psychologique et sociale, ainsi toutes les

dimensions de la santé : la capacité fonctionnelle, la sensation et la cognition et à toutes les étapes du continuum d'intervention : promotion, prévention, diagnostic, traitement et soins palliatifs [17].

L'article 8 de la loi 07-140 ne manquera pas de souligner ces deux principes qui devraient caractériser les SSP : « L'établissement public de santé de proximité a pour mission de prendre en charge de manière intégrée et hiérarchisée : la prévention et les soins de base, le diagnostic, les soins de proximité, les consultations de médecine générale et les consultations de médecine spécialisée de base, les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale, et la mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population » [26].

Théoriquement, le premier échelon du système de soins algérien offre des services de santé comme stipule la loi ... Réellement, les deux caractéristiques ; complets et globaux sont remis en cause par des lacunes qui existent sur le terrain. La première lacune réside dans l'impossibilité de rendre ce genre de soins complets, puisque les établissements de soins de santé primaires manquent drastiquement de moyens nécessaires pour assurer un diagnostic complet, parmi ces moyens qui font défaut : les examens biologiques, l'imagerie médicale, etc. La deuxième lacune réside, elle, dans la globalité des soins primaire, cet objectif est aussi peu réalisable. Souvent cette globalité des soins primaires est entravée par le médecin généraliste, lui-même, qui ne rempli pas ou peu son rôle en matière d'orientation des malades vers les soins spécialisés et/ou hautement spécialisés. C'est précisément en ce moment où le malade entre en jeu, en traçant soi-même un parcours de soins ou plutôt un parcours de souffrance!

Les Soins de Santé Primaires sont Continus

Les soins de santé primaires sont des soins perçus par l'individu comme cohérents et reliés dans le temps. La continuité des soins est définie comme l'uniformité à long terme du lieu, de la manière et de l'instance responsable de répondre aux besoins en santé de chaque personne tout au long de sa vie [27].

La continuité des SSP est prise en charge par la législation algérienne, puisque selon l'article 3 de la loi 18-11 : « Les objectifs en matière de santé consistent à assurer la protection de la santé des citoyens à travers l'égal accès aux soins, la garantie de la continuité du service public de santé et la sécurité sanitaire. Les activités de santé s'appuient sur les principes de hiérarchisation et de complémentarité des activités de prévention, de soins et de réadaptation des différentes structures et les établissements de santé » [25].

Nous pouvons constater cette continuité de soins de santé primaires en Algérie durant les premières années de vie des enfants en bas âge, et cela jusqu'à l'âge de 12 ans. Cette continuité est assurée par le biais d'un carnet de santé, ce dernier est obligatoire, d'une part, afin que les parents puissent respecter le calendrier de vaccination de leurs enfants, et d'une autre part, pour l'inscription de leur enfant dans une école publique. Pour le reste de la population cette continuité est quasi-inexistante, car la majorité des algériens jongle entre le secteur public et le secteur privé, ce choix est motivé souvent par : la disponibilité des soins, la qualité des soins, le pouvoir

d'achat de l'individu, ou des fois à cause des préjugés, etc. Alors un dossier électronique du malade est le bien venu pour mettre de l'ordre dans ce système de santé, et par conséquent instaurer cette continuité en évitant l'hospitalisation évitable, le gaspillage et l'automédication.

Les Soins de Santé Primaires sont Accessibles

Les soins de santé primaires sont accessibles à tous. Cette accessibilité comprend les quatre dimensions interdépendantes que sont la non-discrimination, l'accessibilité physique, l'accessibilité économique et l'accessibilité de l'information [28].

S'agissant de l'accessibilité des SSP, ce principe est clairement indiqué dans l'article 12 de la loi 18-11, qui stipule que : « L'Etat œuvre, à tous les niveaux, à la concrétisation du droit à la santé comme droit fondamental de l'être humain, à travers l'extension du secteur public pour une couverture sur l'ensemble du territoire national » [25]. Quant à l'article 13 de la même loi, il évoque les trois composantes de l'accessibilité : géographique, financière et organisationnelle, comme suit : « L'Etat assure la gratuité des soins et en garantit l'accès à tous les citoyens sur l'ensemble du territoire national. Il met en œuvre tous les moyens de diagnostic, de traitement et d'hospitalisation des malades dans l'ensemble des structures publiques de santé ainsi que toute action destinée à protéger et à promouvoir leur santé » [25]. L'article 21 de la même loi, quant lui, donne plus de détails sur l'accessibilité comme droit fondamental pour le citoyen : « Toute personne a droit à la protection, à la prévention, aux soins et à l'accompagnement qu'exige son état de santé, en tous lieux et à toutes les étapes de sa vie. Elle ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins en raison, notamment de son origine, de sa religion, de son âge, de son sexe, de sa situation sociale et familiale, de son état de santé ou de son handicap. Aucun motif, de quelque nature que ce soit, ne peut faire obstacle à l'accès du citoyen aux soins dans les structures et les établissements de santé, notamment en cas d'urgence. Elle ne peut faire l'objet d'aucune atteinte à son intégrité physique qu'en cas de nécessité médicale dûment prouvée et selon les dispositions prévues par la présente loi » [25].

L'accessibilité financière est, belle et bien, instaurée depuis l'Ordonnance n° 73-65 du 28/12/1973, institue ainsi la gratuité totale des soins à l'échelle de l'ensemble des établissements sanitaires publics [23]. Tandis que l'accessibilité géographique a pris un peu de retard, et cela jusqu'à l'apparition de la carte sanitaire de 1980 [22]. Quant à l'accessibilité organisationnelle, elle n'a pas pu être amorcée jusqu'à maintenant, à cause de multiples problèmes qui caractérisent le système de santé algérien, en commençant par la non disponibilité de quelques soins de santé de base ... jusqu'à l'absence d'un système d'information hospitalier/SIH efficace [29]. La non-accessibilité organisationnelle se répercute souvent sur l'équité et la performance du système de santé dans son ensemble, là la question de la gratuité des soins est remet en cause, alors elle est pointé du doigt comme le mal de trop qui gangrène le système de santé algérien. Alors, nous devrions plutôt ouvrir le débat sur ledit principe de la gratuité des soins, qui rend, peu ou prou,

notre système de soins archaïque, et par conséquent engendre des établissements publics de santé désertés par le demandeur de soins, ou dans le meilleur des cas, réservés aux plus démunis.

Les Soins de Santé Primaires sont Efficaces et Pertinents

Les soins de santé primaires sont efficaces et pertinents, c'est-à-dire qu'ils atteignent toute amélioration possible en termes de résultats sanitaires, correspondant aux besoins cliniques et sont basés sur des recommandations médicales fondées sur des données probantes, solides et actualisées [30].

L'efficacité et la pertinence des SSP sont deux principes évoqués dans l'article 7 de la loi 18-11 : « La planification sanitaire assure, dans le cadre du développement économique et social et du Schéma National d'Aménagement du Territoire, la répartition harmonieuse, équitable et rationnelle des ressources humaines et matérielles sur la base des besoins en santé compte tenu de l'évolution démographique et du profil épidémiologique. Elle s'appuie sur la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire... » [25]. Les deux principes sont évoqués de nouveaux dans l'article 8 de la même loi : « Les programmes de santé visent à mettre en œuvre l'ensemble des actions et à mobiliser les moyens susceptibles d'assurer à la population, des prestations préventives et curatives en vue de prévenir ou d'endiguer une pathologie ou un groupe de pathologies déterminées » [25].

L'Algérie a subi un électrochoc au début des années 90, qu'on peut l'appeler *une transition plurielle*. Cette transition : politique, économique, culturelle, sociale et épidémiologique a refaçonné la population algérienne, et qui ne cesse de l'impacter jusqu'à maintenant [31]. Depuis longtemps, le rôle du système de soins en Algérie était de fournir des soins! Cependant le vrai objectif est plutôt de répondre aux vrais besoins en santé d'une population de plus en plus exigeante. L'Etat algérienne a fait des efforts considérables pour bâtir une offre de soins à la hauteur des aspirations du citoyen, hélas les résultats ne suivent pas... Les efforts consentis par l'Etat étaient vaines, puisque les responsables en place ont investi dans le béton au lieu d'un investissement bien planifié dans les ressources humaines, ainsi l'expérience cubaine est un bon exemple pour les responsables de ce secteur. Le résultat est là : nous assistons depuis le début de ce siècle à un phénomène inédit ; des dizaines de milliers d'algériens partent à l'étranger pour se faire soigner, les destinations les plus prisées sont : la Turquie, la Tunisie, la France, l'Espagne, etc. en outre, des milliers d'algériens se font la quête, en empruntant des voies médiatiques, afin qu'ils puissent partir se soigner à l'étranger ... alors de quelle efficacité parle-t-on !

Les Soins de Santé Primaires sont Intégrés dans un Réseau de Santé Globale

Le réseau de santé globale se veut multidisciplinaire et multisectoriel, aussi bien dans le développement et la mise en œuvre, à l'échelle territoriale et locale, en vue de promouvoir et d'améliorer la santé des individus et de leur famille, de façon globale et cohérente [17].

L'intégrité des soins est un autre principe prévue par la loi 18-11 relative à la santé, ainsi l'article 4 de ladite loi stipule que : « La politique nationale de santé

s'appuie, notamment dans sa mise en œuvre, sur l'intersectorialité, à travers la contribution, l'organisation et l'orientation des différents acteurs intervenant dans le domaine de la santé » [25]. Le même principe est évoqué d'une façon plus détaillée dans l'article 22 de la même loi : « Tout patient accède, dans le cadre de la hiérarchisation des soins, aux prestations des services spécialisés de santé après consultation et sur orientation du médecin référent, à l'exception des cas d'urgence et des cas médicaux d'accès directs définis par le ministre chargé de la santé. Le médecin référent est le médecin généraliste traitant du patient au niveau de la structure de santé de proximité publique ou privée, la plus proche de son domicile... » [25]. L'intégrité des SSP est évoquée d'une façon plus globale dans les articles 31 et 32 de la même loi ... Toutefois ladite intégrité des soins globaux et communautaire est évoquée, cette fois-ci, le cas d'une pandémie, et cela dans l'article 43 de la loi 18-11 : « L'Etat instaure les mesures sanitaires sectorielles et intersectorielles visant à prévenir et à protéger la population des maladies à propagation internationale... » [25]. Ce dernier article résume bien le rôle de l'Etat avant et pendant la propagation d'un virus, le cas du COVID-19 de nos jours.

Les efforts consentis par l'Etat pour arriver à fournir des soins de santé intégrés, dans ce cas les soins de santé primaires, sont colossaux, en l'occurrence dans les domaines suivants : la prévention contre les maladies infectieuses, l'accompagnement et le suivi des maladies chroniques (le Diabète, le Cholestérol, l'HTA, les maladies Cardiovasculaires, etc.). Quant aux pathologies lourdes, elles accusent un retard flagrant en matière de réseaux de santé, car les services d'oncologie au niveau des hôpitaux sont dépassés par une demande de plus en plus importante. Hormis les CHU qui se trouvent dans les grandes agglomérations, les Etablissements Publics Hospitaliers/EPH des wilayas des hauts plateaux et ceux du Sud du pays sont, plus au moins, dépourvus de moyens pour lutter contre les maladies cancéreuses. Il faut ajouter que le registre national des maladies cancéreuses peine à voir le jour que ce soit au niveau local ou au niveau national.

Les Soins de Santé Primaires sont Indissociables de la Prise en Compte des Déterminants de la Santé et de leur Effet sur la Population

La prise en compte des déterminants de la santé et leur effet sur la population ; est fondée sur la reconnaissance de la globalité et de la complexité des situations vécues par les individus et leur famille [17].

La prise en charge des principaux déterminants de la maladie est évoquée dans l'article 11 de la loi 18-11, qui stipule que : « Il est créé un observatoire national de la santé chargé, sur la base des données scientifiques, épidémiologiques, démographiques, économiques et sociales, de contribuer à l'élaboration des éléments de la politique nationale de santé, à la détermination des priorités sanitaires devant bénéficier d'un programme de santé publique, de donner son avis et de faire des recommandations sur toutes questions se rapportant aux domaines de la santé. L'observatoire élabore un rapport annuel sur l'état de santé de la population qu'il soumet au ministre chargé de la santé » [25]. Mettre l'accent sur les causes de la maladie est un objectif clairement défini

dans l'article 34 de la même loi : « La prévention est l'ensemble des actions visant à : réduire l'impact des déterminants des maladies ; et/ou à éviter la survenue des maladies ; arrêter leur propagation et/ou à limiter leurs conséquences » [25]. Selon l'article 36 de ladite loi 18-11 ; les actions doivent être coordonnées pour une prise en charge précoce et adaptée de la maladie, ainsi selon ledit article 36 : « Les programmes de prévention en santé s'appuient sur des réseaux de surveillance et d'alerte pour les maladies transmissibles et non transmissibles, pour permettre une détection précoce et une riposte rapide et, sur des registres de surveillance pour les maladies non transmissibles » [25].

Il existe une tendance internationale à se tourner vers les causes de la maladie au lieu de se concentrer sur ses conséquences, or prendre le taureau par les cornes nécessite d'agir en amont et en aval sur les déterminants de la santé [32]. Hormis les déterminants épidémiologiques de la santé, qu'on peut les considérer comme une fatalité, les déterminants sociaux et environnementaux peuvent constituer le cheval de bataille pour améliorer l'état de santé de la population. Agir sur les déterminants sociaux et environnementaux nécessite une politique de prévention solide, et c'est à partir des travaux multidisciplinaires et multisectoriels sur ce genre de déterminants qu'on peut changer le destin de centaines de milliers de gens. Hélas, cette information issue de ces travaux multidisciplinaires et multisectoriels manque ou peu utilisée, en l'occurrence dans la définition des stratégies et dans le choix des politiques pertinentes de prévention dans les pays de tiers monde. Alors une telle politique de changement unilatérale est vouée à l'échec, malheureusement c'est le cas du système de santé algérien, là où le responsable du secteur ne croit pas ou peu à la contribution du préventif, et c'est le curatif qui l'emporte dans une gestion opaque d'un secteur assez sensible.

Les Soins de Santé Primaires dont Dispensés dans des Structures Permettant L'accueil et la Formation des Futurs Professionnels de Santé

Les structures de soins de santé primaires sont des sites de formation privilégiés pour l'apprentissage par l'expérience des futurs professionnels de santé, et pour effectuer des recherches dans les domaines des soins de santé primaires, afin d'assurer une continuité quantitative et qualitative au niveau territorial [17].

La responsabilité des établissements publics de santé à former les futures professionnels de santé est évoquée dans l'article 8 de la loi 07-140: «... L'établissement public est chargé également de contribuer au perfectionnement et au recyclage des personnels des services de santé » [26]. Alors l'article 9 de la même loi évoque la possibilité que des établissements publics de santé de proximité/EPSP soient un lieu de formation pour le personnel paramédical : « L'établissement public de santé de proximité peut servir de terrain de formation paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées avec les établissements de formation » [26].

La formation pratique des professionnels de santé se fait effectivement et souvent au sein des établissements publics de santé, et cela dans les quatre niveaux du système de soins. Nous pouvons relever deux lacunes

dans ce sens : la première concerne une qualité de formation assez discutable dans quelques structures vouées à cette mission, à cause des décisions politiques centralisées qui l'emportent souvent sur celles des technocrates du secteur. Car, nous assistons depuis le début de ce siècle à l'ouverture massive des CHU et des écoles en soins infirmiers dans des régions qui sont, peu ou prou, dépourvus de moyens de formations, en l'occurrence en matière de formateurs; la deuxième concerne la non adaptation de la formation aux besoins locaux en santé. Une qualité d'information assez discutable engendrerait des soins qui ne seront pas toujours à la hauteur des espérances du demandeur de soins, et c'est la raison pour laquelle ces établissements de soins primaires sont souvent boudés par le demandeur de soins.

Les Soins de Santé Primaires sont Basés sur la Collaboration des Professionnels de Santé, et Notamment la Collaboration Entre le Secteur Privé et Public

Une collaboration efficace en matière d'enseignement et de pratique entre les professions et les secteurs est nécessaire, afin de relever le défi de la crise mondiale des personnels de santé, et d'améliorer la santé dans l'exercice des soins de santé primaires [17]. Bien que construit dans un premier temps pour le secteur public, ce modèle des soins de santé primaires est applicable au secteur privé, qui est invité à s'approprier et à mettre en œuvre, cette approche.

Cette collaboration entre les secteurs privé et public est évoquée clairement dans l'article 16 de la loi 18-11, comme une complémentarité plus que nécessaire entre les deux secteurs, ainsi selon ledit article 16: « L'Etat œuvre à l'élimination des inégalités en matière d'accès aux services de santé, et organise la complémentarité entre les secteurs public et privé de santé » [25].

Nous ne pouvons pas parler de complémentarité entre les secteurs public et privé dans un système de santé ; si le secteur privé n'est pas soumis à un cahier des charges qui fixe les règles, ces derniers qui devraient constituer le cadre organisationnel de l'activité des cliniques privées. Le secteur privé dans le système de santé algérien est un secteur donc mal organisé, constitué de petites cliniques qui ne se concentre que sur les activités onéreuses peu risquées, en l'occurrence la gynécologie-obstétrique [33]. Même la médecine libérale n'échappe pas à cette anarchie, puisque chaque médecin activant dans le secteur privé fixe ses honoraires loin des tarifs imposés par la loi en vigueur. Comme il faut ajouter que le médecin libéral n'est pas obligé ni à respecter un planning hebdomadaire ni à assurer une permanence dans son cabinet respectif.

Tisser des liens de complémentarité entre les deux secteurs nécessite l'intervention des différents organismes de la branche santé de la sécurité sociale. Ces organismes peuvent ainsi proposer au médecin libéral une convention avec un organisme

de sécurité sociale, avec tous les avantages qui comportent. Toutefois, un tel dispositif de conventionnement du médecin traitant vise à lui persuader à s'impliquer d'avantage dans une stratégie de complémentarité avec le secteur public.

LES CONDITIONS QUI POURRAIENT RENDRE LES SSP PLUS EQUITABLES ET PLUS EFFICIENTS

Nous assistons ces dernières années à une amélioration des différents indices sanitaires, ainsi qu'à une bonne proportion de prise en charge des besoins sanitaires des citoyens algériens. Cela constitue la première étape en matière de couverture sanitaire de la population du point de vue quantitatif. Or, la seconde étape recommande plutôt l'amélioration de la qualité des soins primaires, à travers la mobilisation des moyens matériels et humains, sans oublier un cadre administratif et juridique adéquat, afin que ces structures puissent mener à bien leurs missions. Sachant que le territoire algérien est très vaste, avec une population parfois disséminée en allant du Nord vers le Sud.

Des Soins Centres sur la Personne

Nous assistons parfois à des structures de soins de santé de base quasiment désertées par le demandeur de soins [29]. Cette situation n'est pas le fruit du hasard, puisque selon l'expérience du demandeur de soins ou parfois selon les préjugés accumulés sur la disponibilité et la qualité des soins primaires, le malade va prendre une décision qui n'est pas toujours objectif, en traçant soi-même son parcours de soins, en évitant le premier échelon de l'offre de soins, et en créant ainsi des difficultés qui vont se répercuter, peu ou prou, sur les trois composantes du système de santé. Or, amorcer une stratégie qui vise à centrer les soins primaires sur les vrais besoins en santé du citoyen devrait atténuer son anxiété, comme elle pourrait augmenter sa satisfaction envers les services procurés par cet échelon de l'offre de soins. Parmi les objectifs prioritaires qui devraient être concrétisées par le biais d'une politique de changement efficace:

- Instaurer une communication satisfaisante; qui prend en charge l'état psychologique du patient durant son parcours de soins. Alors, la qualité de l'accueil du demandeur de soins depuis la porte de l'entrée principale de l'établissement de santé, pourrait constituer une condition sine qua none pour un meilleur encadrement et une meilleure prise en charge [34].
- Instaurer une confiance médecin-patient; qui devrait être le résultat d'une prise en charge qualitative du patient par les professionnels de santé. Bien que le demandeur de soins n'ait pas l'habileté nécessaire pour juger la qualité des soins prodigués, or une bonne prise en charge complète du patient devrait commencer par un encadrement psychique et émotionnel, afin de mieux gérer son stress. Ce genre d'encadrement pourra influencer positivement la satisfaction du patient envers les services reçus.
- Instaurer une politique informationnelle; axée sur la prévention au sens large, qui vise à sensibiliser, responsabiliser et impliquer le citoyen, en vue d'améliorer sa qualité de vie dans un environnement sain [32]. L'application d'une telle politique nécessite un travail de proximité, par le biais d'une ouverture de l'établissement de santé primaire sur la population avoisinante ainsi qu'un bon ancrage dans son environnement.

Des Actions Globales et Intégrées

Afin qu'on puisse enregistrer des meilleurs résultats en matière de santé publique, des actions ciblées devraient être mises en œuvre par les pouvoirs publics. De telles actions devraient être assignées à la locomotive du système de soins ; qui n'est autre que la première ligne de défense contre la maladie. Une meilleure accessibilité aux soins primaires vise une prise en charge plus efficace, tenant compte de l'ensemble des besoins du patient, tout en incitant les différents intervenants de la santé à une meilleure collaboration pour améliorer la qualité de la prise en charge. La globalité et l'intégrité des actions sont soumises à un ensemble de conditions:

- Il faudrait se tourner d'avantage vers les soins préventifs plutôt que les soins curatifs, cela nécessite l'implication des trois composantes de notre système de santé: demandeur de soins, l'offre de soins ainsi que les bailleurs de fonds [19]. Le demandeur de soins est responsable en respectant la graduation des soins ainsi qu'un parcours de soins coordonnés, un parcours qui devrait démarrer dès la base de la pyramide de l'offre de soins. La médecine ambulatoire est un passage incontournable pour proposer des soins préventifs, afin que la prise en charge soit efficace et efficiente. Concernant les bailleurs de fonds, ils sont responsables en matière de directives promulguées en vue d'encadrer les soins préventifs financés et remboursés par les différentes caisses d'assurances sociales. Evoquer le proverbe « Vaut mieux prévenir que guérir », ne devrait pas constituer un slogan, mais plutôt un choix stratégique, qui devrait encadrer l'intervention des professionnels de santé afin d'améliorer la santé publique. Parmi les actes médicaux qui peuvent changer le destin de milliers de familles : le dépistage précoce de maladies auto-immunes et des maladies chroniques ou de certains cancers, le suivi pour des personnes à risque élevé de cancer du fait de leurs antécédents personnels ou familiaux, etc.
- Il faudrait offrir des soins de première ligne de qualité acceptable ; puisque la qualité de la prise en charge à ce niveau de l'offre de soins se répercute, peu ou prou, sur les soins spécialisés et hautement spécialisés [28]. Les indicateurs de l'hospitalisation évitable sont en relation directe avec la qualité de la prise en charge au premier niveau de soins, cette qualité de prise en charge est conditionnée par: le respect de la graduation des soins, la disponibilité des soins et des médicaments, la disponibilité des moyens de dépistage, la vitesse de la prise en charge, la qualité du diagnostique, etc. [35]. Nous avons l'habitude, ces dernières décennies, de mettre l'accent sur les maladies non transmissibles en évoquant l'hospitalisation évitable, or depuis fin 2019, l'année de l'apparition du coronavirus, nous parlons de nouveau des maladies transmissibles... Alors, le rôle tampon des soins primaires, en ce moment, c'est la gestion du nombre important de personnes contaminées qui ne nécessitent pas une hospitalisation, afin d'éviter l'encombrement des urgences hospitalières.

Point d'Entrée Régulier

Nous dénombrons, vers la fin de l'année 2020, un nombre important des établissements publics de santé de proximité/EPSP ; soit 273 établissements, qui englobent : 1708 polycliniques, 6226 salles de soins et 431 maternités, qui représentent les structures de soins de santé primaires dans l'offre de soins en Algérie (voir tableau 2).

Tableau 2 : le Nombre des Etablissements Publics de Santé de Proximité/EPSP en 2020 Source : [36]

Etablissements Publics de Santé de Proximité /EPSP avec:	nombre	lits
Polycliniques	1.708	
Salles de soins	6.226	
Maternités:	431 dont :	
Maternité intégrée dans une polyclinique	408	2.976
Maternité intégrée dans une salle de soins	7	32
Maternités autonomes	16	169
Centres d'hémodialyse au niveau de 15 EPSP répartis sur 11 wilayas avec 126 générateurs	19	
Nombre de lits au niveau des EPSP, dont:		6.585 dont:
Lits d'observation		3455
Lits de maternité		3188

En dépit du nombre important de ces établissements de santé, qui offrent une accessibilité géographique (situation géographique satisfaisante) et financière (des soins gratuits) pour le citoyen algérien, ce dernier boude en général ce premier échelon de l'offre de soins. Bref, les EPSP sont souvent vu comme des structures de soins réservées aux plus démunis, à cause d'une non-accessibilité organisationnelle qui perdure [33]. Nous pouvons observer cette non-accessibilité organisationnelle dans la réaction du demandeur de soins: le non respect de la graduation des soins, le non respect d'un parcours de soins coordonnés, l'encombrement des urgences hospitalières, etc. Cependant, pour booster le rôle des structures de soins de santé primaires en Algérie, certaines conditions sine qua none devraient être concrétisées :

- Il faudrait bien sûr démanteler tous les obstacles organisationnels, en commençant par donner une image moderne des établissements publics de santé primaires, qui sont censés procurer des soins de santé de base pour tout le monde sans discrimination. C'est le premier pas vers la satisfaction d'un citoyen de plus en plus exigeant, afin qu'il respecte la hiérarchisation des soins.
- Faire convaincre d'avantage de citoyens afin qu'ils passent par le premier échelon de l'offre de soins, en optant pour une information ciblée, qui devrait contrecarrer le recours anarchique vers les services hospitaliers. La réalisation de cet objectif a des effets multiplicateurs : s'occuper d'avantage de demandeurs de soins dans les structures de soins de santé de base, avec une meilleure compréhension des aspects psychologiques des problèmes du patient par le médecin généraliste ou plutôt le

médecin de famille, en évitant les longs files d'attentes devant les services hospitaliers; orienter ceux qui nécessitent des soins spécialisés ou une hospitalisation, en évitant la demande de soins qui ne respecte pas un parcours de soins coordonnés et/ou l'automédication, cela devrait nous guider vers une meilleure utilisation des ressources et d'une façon assez efficace ; se tourner vers les soins préventifs constitue intrinsèquement une protection contre des traitements excessifs, que ce soit pour ceux qui souffrent des maladies chroniques ou pour les adolescents.

Nous pouvons ainsi constater qu'une bonne prise en charge au premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé impacterait positivement, de près ou de loin, les échelons supérieurs spécialisés et hautement spécialisés du système de soins, alors nous devrions enregistrer un gain de temps, d'efforts et de ressources financières [23].

Continuité des Soins

La disponibilité des soins primaires ne constituent pas intrinsèquement le remède miracle pour tous les problèmes du système de soins. Toutefois, la vraie mission des établissements de soins de santé primaires est d'offrir des soins de première ligne accessibles, équitables et efficaces.

Nous pouvons considérer la prise en charge d'une façon continue des malades chroniques au premier échelon de l'offre de soins; comme une priorité pour ces établissements de santé, afin de réduire considérablement la mortalité, puisque les maladies chroniques constituent la première cause de mortalité dans le monde. Alors, une prise en charge de qualité supérieure à ce premier niveau de soins, pourra garantir une meilleure utilisation des ressources en évitant : l'hospitalisation et la réhospitalisations évitables, les infections nosocomiales associées aux soins, les consultations spécialisées et le recours aux services d'urgence [35].

La proximité des soins primaires du citoyen, la réalisation des programmes nationaux de la santé communautaire, l'élaboration des politiques gouvernementales qui se préoccupent des inégalités sur le plan de la santé et des déterminants sociaux de la santé, la réalisation des enquêtes pour évaluer l'état de santé de la population, etc. sont des atouts pour réussir la mission des soins de santé primaires, en détectant les risques, les morbidités, ainsi que les effets indésirables d'interventions médicales.

REFERENCES

- [1] World Health Organization/ WHO. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva: WHO; 1978 (Health for All Series No. 1).
- [2] Starfield B et Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy Amst. Neth.* 2002; 3(60): 201-218.
- [3] Starfield B. Primary care and health. A cross national comparison. *Jama.* 1991; 266 (16): 2268– 2271.
- [4] Starfield B. Outcome of different health systems dependent on the role and organisation of primary care. Presentation to EPA conference « Quality management in primary care – A

CONCLUSION

Nous avons examiné, dans le cadre de cet article, la réalité du rôle des soins de santé primaires dans un système de santé d'un pays de tiers monde, le cas du système de santé algérien, loin des slogans et, sans se focaliser sur l'un ou l'autre modèle d'organisation des soins primaires.

Pour répondre aux besoins réels en santé de la population, il faudrait avant tout rendre ces services de soins de santé primaires accessibles. En évoquant le cas de l'Algérie, nous avons pu constater que la non-accessibilité organisationnelle influe négativement sur la décision du demandeur de soins, et cela en boudant les services de ces établissements de santé, malgré une accessibilité géographique et financière bien visible.

Pour que les médecins généralistes développent leur pratique de santé publique, à cet échelon de l'offre de soins, il s'agit de : veiller à ce que la culture « santé publique » fasse partie intégrante des objectifs de la formation initiale et continue ; leur donner les moyens de mettre en place des programmes coordonnés de recherche en santé publique en médecine générale ; prendre en charge les pathologies lourdes précocement en se tournant vers le dépistage, afin de diagnostiquer et traiter les patients et/ou les personnes à risque de la meilleure façon possible et dans les brefs délais. C'est là le vrai rôle des soins de santé primaires : anticiper l'incidence de la maladie, en optant pour des soins préventifs communautaires. Le rôle du médecin généraliste ne s'arrête pas à cet échelon de l'offre de soins, toutefois il doit coordonner ces efforts avec celui des professionnels de santé activant dans les hôpitaux, entre autres, pour les cas qui nécessitent des soins spécialisés ou une hospitalisation.

Faire évoluer le rôle des soins de santé primaires constitue une tâche s'inscrivant dans le cadre d'une mission permanente sur la base d'une coopération interministérielle, qui nécessite l'implication d'une équipe pluridisciplinaire et, en ouvrant le débat sur des questions au sujet de notre chère santé: les conditions d'une prise en charge efficace des malades chroniques, comment faire face aux menaces des maladies transmissibles émergentes, la gestion des risques environnementaux locaux, etc.

European approach. Berlin 27 January 2005. [Internet]. [Cité le 05 novembre 2020]. Disponible sur:

www.equip.ch/files/8/starfield_berlin_jan05.pdf

- [5] Macinko J, Starfield B et Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv. Res.* 2003; 3(38): 831-865.
- [6] Atun R et World Health Organization/WHO. Regional Office for Europe. Health Evidence Network. (H.E.N.). Copenhagen. DNK. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004.

- [7] Organisation Mondiale de la Santé/OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2003 : façonner l'avenir. [Internet]. [Cité le 05 novembre 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/whr/2003/fr/>.
- [8] Organisation Mondiale de la Santé/OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais. Copenhague: OMS, 2008.
- [9] Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H et Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature. Quest. Econ. SANTE, 2012; 179 : 1-8.
- [10] Wonca Europe. La Définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. Wonca Europe, 2002. [Internet]. [Cité le 18 novembre 2020]. Disponible sur: https://dumg.univ.paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf.
- [11] Organisation Mondiale de la Santé/OMS. Main Terminology. 2004. [Internet]. [Cité le 15 novembre 2020]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology>.
- [12] Bourgueil Y, Marek A, Mousques J et Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Quest. Econ. SANTE. 2009 ; 141 : 1-6.
- [13] Bourgueil Y. Soins primaires : une voie d'avenir pour le système de santé français ? D'une approche globale centrale sur les besoins de base à une approche centrée sur l'organisation des soins. Organ. Soins Prim. Doss, 2011; 538: 12-16.
- [14] Starfield B. The future of primary care: refocusing the System. N Engl J Med. 2009; 359(20):2087-91.
- [15] Kringos, D.S., Boerma, W.G., Hutchinson, A. et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Serv Res. 2010 ; 10 (65). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>.
- [16] Heymans I. Argumentaire pour un système de santé fondé sur des soins de santé primaires et pour le soutien au développement de centres de santé intégrés. Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, Vereniging van Wijkgezondheidscentra, juillet 2005.
- [17] Direction de la Santé de Polynésie française, Projet « Etablissement de Soins de Santé Primaires de Polynésie française » - Phase de conception Volet Santé, décembre 2017. [Internet]. [Cité le 10 novembre 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2018/03/Projet-ESSP-Phase-de-conception-volet-sant%C3%A9-d%C3%A9c-2017-.pdf>.
- [18] Gezondheidsraad/Health Council of the Netherlands. European Primary care. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2004, publication n° 2004/20E, 120p. [Internet]. [Cité le 05 novembre 2020]. Disponible sur: <http://www.healthcouncil.nl/pdf.php?ID=1119&p=1> (26/11/2020).
- [19] World Health Organization/WHO. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Médecine de famille in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998. [Internet]. [Cité le 02 novembre 2020]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108066/1/E58474.pdf?ua=1>.
- [20] WONCA. The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a statement from WONCA, 1991. [Internet]. [Cité le 01 novembre 2020]. Disponible sur: <https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/wonca-statement-1991.pdf>.
- [21] Gay B. What are the basic principles to define general practice? Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice/Médecine de famille. Strasbourg, 1995.
- [22] Aissaoui N et Hamaizia L. La gestion des structures de soins de proximité en Algérie entre équité et efficience - Cas des EPSP dans la région sanitaire Est. Environmental and Water Sciences, public Health and Territorial Intelligence/ EWASH&TI. 2017; 1(1): 42-51.
- [23] Aissaoui N et Brahamia B. [Vers une dynamisation des structures de soins de santé de base en Algérie](#). Revue des sciences humaines de l'université Constantine1. 2014; B (41): 357-373.
- [24] PNUD. Rapport 2015 sur les objectifs du Millénaire pour le développement. [Internet]. [Cité le 11 novembre 2020]. Disponible sur: <https://www.undp.org/content/undp/fr/home/sustainable-development-goals/background.html>.
- [25] Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire/JORADP. Loi n° 18-11 du 18 Chaoual 1439 correspondant au 2 juillet 2018 relative à la santé.
- [26] Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire/JORADP. Décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.
- [27] Reid R, Haggerty J et Mckendry R. Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins. Canadian Health Services Research Foundation (C.H.S.R.F.). Ottawa. CAN. 2002, 18p.
- [28] Organisation Mondiale de la Santé/OMS. Santé et droits de l'homme, Aide-mémoire N°323. Décembre 2015. [Internet]. [Cité le 20 novembre 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>.
- [29] Aissaoui N. The quality audit of a hospital information system practice; Case study Ibn Sina Hospital OEB/Algeria Revue des Etudes et Recherche en Logistique et Développement. 2018; (1): 26-38.
- [30] Or N et Com-Ruelle L. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris, déc. 2008.
- [31] Aissaoui N. [Current situation of the supply of care in Algeria: a punctual malaise or a crisis that lasts?](#) Journal of Biomedical Research and Health Economics/JBRHE. 2019; 1(2): 3-11.
- [32] Aissaoui N. Les impacts des déterminants sociaux de la santé sur la santé publique: Cas de la région sanitaire Est de l'Algérie. Annales des sciences de la santé. 2017; 1(11): 9-27.
- [33] Aissaoui N. Financing of the Algerian health system. What future for free care? Environmental and Water Sciences, public Health and Territorial Intelligence/ EWASH&TI. 2017; 3(1): 11-20
- [34] Aissaoui N. Violence in health care settings during the COVID-19 pandemic; the case of Algerian hospitals. Journal of Health Sciences/HS. 2020; 1(1): 1-7.
- [35] Aissaoui N. La responsabilité de la qualité des soins à contrecarrer l'hospitalisation évitable : Étude de cas d'un échantillon de polycliniques en Algérie. Revue des recherches économiques et financières de la faculté FSESCSG/OEB. 2014 ; 1(1) : 107-127.
- [36] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière/ MSPRH. État global des Établissements Public. Disponible sur : <http://www.sante.gov.dz/direction-generale-des-services-de-sante/303-etat-des-etablissements-de-sante.html>.