

**Stratégie de Coopération
de l'OMS avec l'Algérie
2016-2020**

PRÉFACE

La troisième génération de la Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) concrétise le programme majeur de réforme adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé pour renforcer la capacité de l'OMS et faire en sorte que ses prestations répondent mieux aux besoins du pays. Elle reflète le douzième programme général de travail de l'OMS au niveau du pays, vise à assurer une pertinence accrue de la coopération technique de l'OMS avec les États Membres et met l'accent sur l'identification des priorités et des mesures d'efficacité pour la mise en œuvre des réformes de l'OMS et de l'agenda de transformation régional. L'agenda de transformation vise à faire de l'organisation sanitaire régionale une institution clairvoyante, proactive, capable de répondre aux attentes, axée sur les résultats, transparente et responsable. Cette génération de SCP tient compte du rôle des différents partenaires, y compris les acteurs non étatiques, dans la fourniture d'un appui aux gouvernements et aux communautés.

La troisième génération des SCP s'inspire des leçons tirées de la mise en œuvre des SCP de première et de deuxième génération, de la stratégie en faveur des pays (politiques, plans, stratégies et priorités) et du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF). Les SCP sont également en adéquation avec le contexte sanitaire mondial et l'orientation vers la couverture sanitaire universelle, car elles intègrent les principes de l'alignement, de l'harmonisation et de l'efficacité formulés dans les déclarations de Rome (2003), de Paris (2005), d'Accra (2008) et de Busan (2011) sur l'efficacité de l'aide. La troisième génération des SCP prend également en considération les principes qui sous-tendent le mécanisme «Harmonisation pour la Santé en Afrique» (HHA) et les Partenariats internationaux pour la santé et initiatives apparentées (IHP+), reflétant ainsi la politique de décentralisation et renforçant la capacité de prise de décision des gouvernements afin d'améliorer la qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Élaboré dans le cadre d'un processus de consultation avec les principaux intervenants dans le domaine de la santé au niveau du pays, le document de SCP met en exergue les résultats attendus du Secrétariat de l'OMS. En droite ligne de la stratégie qui place un accent renouvelé sur les pays, la SCP doit servir de plateforme pour communiquer l'action de l'OMS dans le pays; formuler le plan de travail de l'OMS en faveur du pays; entreprendre le plaidoyer, mobiliser des ressources et assurer la coordination de l'action avec les partenaires; et façonner le volet santé de l'UNDAF et des autres plateformes de partenariats pour la santé dans le pays.

Je salue le rôle moteur efficace et effectif joué par le gouvernement dans la conduite de cet exercice important d'élaboration de la SCP. Je demande également à tous les membres du personnel de l'OMS, et particulièrement au Représentant de l'OMS, de redoubler d'efforts pour assurer une mise en œuvre efficace des orientations programmatiques fournies dans le présent document, en vue d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires susceptibles de contribuer à la santé et au développement en Afrique.

Dr Matshidiso MOETI
Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	6
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES FIGURES	7
VUE D'ENSEMBLE	8
SECTION 1. INTRODUCTION	9
SECTION 2. SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT : RÉALISATIONS ET DÉFIS	11
2.1. Contexte macroéconomique, politique et social.....	12
2.1.1. Autres principaux déterminants de la santé.....	13
2.1.2. Déterminants environnementaux.....	14
2.2. Situation sanitaire de la population.....	16
2.2.1. Aperçu de la charge globale de la maladie.....	16
2.2.2. Charge des maladies non transmissibles.....	16
2.2.3. Charge des maladies transmissibles.....	17
2.2.4. La santé selon le cycle de vie:.....	18
2.2.5. La santé des groupes de populations vulnérables.....	20
2.3. Réponses nationales aux problèmes sanitaires.....	20
2.3.1. Politiques et processus nationaux de développement.....	20
2.3.2. Politiques, stratégies et/ou plans sanitaires nationaux.....	21
2.3.3. Systèmes et services de santé et riposte.....	23
2.3.4. Contribution du pays à l'action sanitaire mondiale.....	25
2.3.5. Similitudes avec d'autres pays.....	25
2.4. Coopération et partenariats en faveur du développement.....	25
2.4.1. Environnement de l'aide dans le pays.....	25
2.4.2. Situation sur le plan de la réforme des Nations Unies et du processus BCP (CCA)/CdCS (UNDAF).....	25
2.5. Résumé de la section deux.....	26
SECTION 3. SUIVI ET ÉVALUATION DE LA COOPÉRATION DE L'OMS AU COURS DU CYCLE DE LA SCP PRÉCÉDENTE	27
SECTION 4. AGENDA STRATÉGIQUE DE LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC L'ALGÉRIE	29
4.1. Note méthodologique	30
4.2. Principes et cadre politique régissant le travail de l'oms au niveau des pays	30
4.3. Priorités stratégiques.....	30
4.4. Principaux domaines d'action et approches stratégiques.....	30
4.5. Validation des priorités de la scp avec les priorités du cdcs 2014-2019	33
4.6. Validation des priorités de la scp avec les priorités du 12 ^e pgt de l'oms	34
SECTION 5. MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME STRATÉGIQUE : IMPLICATIONS POUR LE SECRÉTARIAT DE L'OMS	35
5.1. Implications pour le bureau de pays.....	36
5.2. Implications pour le niveau interpays.....	36
5.3. Implications pour le bureau régional	37
5.4. Implications pour le siège	37
5.5. Suivi et évaluation.....	37
CONCLUSION	38
ANNEXES	39
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	41

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ARV	Antirétroviraux
AVCI	Années de vie corrigées de l'incapacité
BCP	Bilan commun de pays
BTP	Bâtiment et travaux publics
CdCS	Cadre de coopération stratégique
CEDAW	Convention pour l'élimination des discriminations à l'égard des femmes
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNES	Conseil national économique et social
GHPSS	Enquête mondiale auprès des étudiants des professions de la santé
GTSS	Système mondial de surveillance du tabagisme
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes
IDH	Indice de développement humain
IEC	Information, éducation et communication
IGS	Indice global de la situation sanitaire et sociale
INSP	Institut national de santé publique
LNCPP	Laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques
MENA	Moyen-Orient et Afrique du Nord
MM	Mortalité maternelle
MNT	Maladies non transmissibles
MSN	Ministère de la Solidarité nationale, de la Famille et de la Condition féminine
MSPRH	Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONS	Office national des statistiques
ORSEC	Organisation de secours
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification familiale
PGT	Programme général de travail
PIB	Produit intérieur brut
PS	Professionnelle du sexe
PVIH	Personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
RADP	République algérienne démocratique et populaire
SCP	Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Pays
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SNU	Système des Nations Unies
SR	Santé reproductive
TM	Taux de mortalité
UDI	Usagers de drogues injectables
UNDAF	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Liste des tableaux

Tableau 1. Maladies transmissibles	17
Tableau 2. <i>Évolution</i> de la mortalité maternelle 1989-2013.....	18
Tableau 3. Causes de la mortalité maternelle.....	18
Tableau 4. <i>Évolution</i> des dépenses de santé.....	21
Tableau 5. Effectifs du secteur privé.....	23
Tableau 6. Ratios des effectifs de santé.....	24
Tableau 7. Domaines d'action de la SCP et priorités correspondantes du CdCS.....	33
Tableau 8. Domaines d'action de la SCP et les six priorités de leadership correspondantes du 12 ^e PGT de l'OMS.....	34

Liste des figures

Figure 1. Pyramide des âges de la population 2008-2013.....	12
Figure 2. <i>Évolution</i> des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans...	19
Figure 3. Secteur public de la santé	23

Vue d'ensemble

Le présent document porte sur la seconde Stratégie de Coopération avec l'Algérie. Il couvre la période 2016-2020, en harmonie avec la période du Plan quinquennal de développement du Gouvernement de la République algérienne démocratique et populaire (RADP) et celle du Cadre de coopération stratégique du Système des Nations Unies (SNU) avec l'Algérie. Il vise à définir la vision à moyen terme et le cadre de travail de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à l'appui du secteur de la santé en Algérie.

Le processus d'élaboration de la Stratégie de Coopération Pays (SCP) a été lancé à la fin de 2014, parallèlement au processus de revue documentaire, d'analyse de la situation et de consultations avec le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière (MSPRH), les agences, fonds et programmes des Nations Unies, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et le Siège de l'OMS. L'exercice de priorisation stratégique pour la SCP a également été mené parallèlement à la phase d'élaboration du Plan quinquennal national de développement 2015-2019 et à la phase de préparation du Cadre de coopération stratégique des Nations Unies pour la période 2016-2020, ce qui a permis d'aligner au mieux la SCP sur les principaux résultats prévus du Plan quinquennal ainsi que des plans et priorités des différents partenaires des Nations Unies.

Au nombre des critères utilisés pour identifier les domaines stratégiques de travail, l'on pourrait citer la situation sanitaire actuelle, la charge et les tendances de la morbidité et de la mortalité, les besoins du pays en soutien de l'OMS, les instruments convenus au niveau international, l'existence d'interventions fondées sur des bases factuelles et les possibilités de développement des capacités nationales, la promotion de l'équité et de l'efficacité, l'avantage comparatif, ainsi que les fonctions essentielles de l'OMS. Le processus a également été guidé par la réforme en cours de l'OMS et les priorités identifiées dans le cadre du douzième programme général de travail 2014-2019. Les principaux résultats de cet exercice ont été l'identification de quatre priorités stratégiques ainsi que des objectifs clés et approches stratégiques pour chaque domaine prioritaire. Le genre, l'équité et les droits de l'homme ont été retenus comme thèmes transversaux.

Le document de la SCP se décline en cinq chapitres. Après la vue d'ensemble, l'introduction traite de la justification de la formulation d'une nouvelle stratégie de coopération, de la méthodologie adoptée pour son élaboration, et des cadres nationaux, régionaux et mondiaux dans lesquels s'inscrit cette SCP.

Le deuxième chapitre présente une analyse de situation en matière de santé et développement, une revue des réponses nationales aux problèmes sanitaires, ainsi que de la coopération et des partenariats en faveur du développement. Quant au troisième chapitre, il examine et évalue la coopération de l'OMS au cours de la période précédente.

Le quatrième chapitre porte sur la coopération stratégique de l'OMS avec l'Algérie. Il identifie les quatre priorités stratégiques et les domaines d'action devant sous-tendre la coopération de l'OMS. Ces priorités ont été conjointement approuvées avec les autorités du pays. Le chapitre passe également en revue les approches stratégiques envisagées. La première priorité stratégique concerne le renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, tandis que la deuxième porte sur le renforcement de la préparation, de l'alerte et de la riposte. Quant à la troisième priorité, elle porte sur l'amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né. Pour sa part, la quatrième priorité est axée sur le renforcement du système de santé. Les priorités convenues dans cette SCP guideront l'élaboration des nouveaux plans de travail biennaux au cours des cinq prochaines années, ce qui facilitera l'orientation des activités de l'OMS dans le pays, dans un esprit de soutien harmonisé et aligné en vue de l'atteinte des objectifs sanitaires nationaux de l'Algérie. Enfin, le cinquième chapitre aborde l'implication des trois niveaux de l'Organisation dans la mise en œuvre de la SCP.

Section 1

Introduction

La mission de l'OMS est d'atteindre le plus haut niveau possible de santé pour toutes les populations. Le douzième programme général de travail (PGT) pour la période 2014-2019 présente les perspectives stratégiques, fixe les priorités sur une période de cinq ans et détermine les domaines essentiels dans lesquels l'OMS entend exercer son influence sur l'action sanitaire à l'échelle mondiale, favorisant ainsi l'intégration des activités à l'échelle de l'Organisation.

L'OMS intègre les priorités nationales des pays membres au cœur de son travail au niveau desdits pays. C'est la raison pour laquelle dans ses efforts soutenus de renforcement durable des systèmes nationaux de santé et des résultats œuvrant en faveur de la santé, l'OMS aligne son action au niveau des pays sur les cadres nationaux existants.

L'Algérie est un pays à revenu intermédiaire, de la tranche supérieure, avec des capacités techniques et financières nationales appréciables. En dépit d'une décennie de terrorisme à la fin du siècle dernier, ce pays a renoué avec la stabilité politique et économique. L'engagement politique et les investissements financiers dans le secteur social ont pour corollaire l'existence d'un dispositif de soins de santé relativement dense et évolué. Les orientations futures comprennent une évolution pragmatique du système de soins de santé pour répondre aux défis des dynamiques démographique, épidémiologique et sociale et d'un contexte régional et international en évolution rapide. L'Algérie reconnaît la nécessité d'assumer ses responsabilités dans l'amélioration de la santé de son propre peuple, ainsi que dans sa contribution à l'amélioration de la santé régionale et internationale. L'accent est mis sur la promotion de la santé (avec sa nécessaire dimension d'intersectorialité) ainsi que sur la fourniture de soins de santé équitables, abordables, efficaces et de qualité.

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) est précisément un document qui définit le cadre stratégique à moyen terme pour la collaboration de l'OMS avec le gouvernement de la République algérienne démocratique et populaire (RADP) pour la période 2016-2020. Son objectif principal est de contribuer le plus possible au développement sanitaire, grâce à l'identification conjointe des axes de coopération et de synergie et à leur mise en cohérence avec les priorités nationales, d'une part, et les orientations stratégiques de l'OMS et du Système des Nations Unies (SNU), d'autre part. La SCP fournit également le cadre d'élaboration des plans de travail et budgets biennaux ainsi que les orientations sur la manière dont Bureau de Représentation de l'OMS à Alger devra fonctionner et collaborer avec les autres niveaux de l'Organisation ainsi qu'avec ses partenaires.

La SCP tient compte de l'évolution des contextes politique, économique et institutionnel du pays. S'appuyant autant que possible sur des bases factuelles, elle examine la situation de la santé dans le pays selon une approche systémique couvrant le secteur de la santé et les déterminants sociaux, économiques et environnementaux qui ont une incidence majeure sur la santé. Elle examine également les tendances épidémiologiques et démographiques actuelles, sous l'angle de leurs impacts sur la santé des populations et les systèmes de santé du pays.

Pour l'élaboration de cette SCP, le Bureau de Représentation de l'OMS en Algérie a travaillé en étroite collaboration avec ses partenaires nationaux et internationaux, dans un souci de partage de l'information et surtout d'alignement sur les attentes ainsi que d'appropriation nationale, en tant que garantie pour une utilisation rationnelle et utile du document à l'avenir.

Section 2

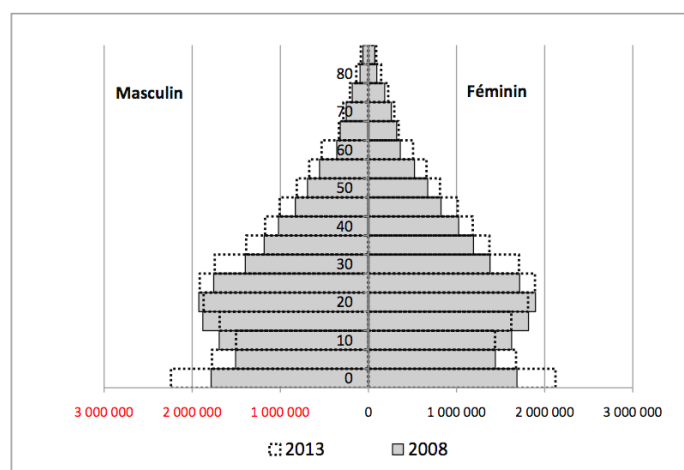
Santé et développement: réalisations et défis

2.1. Contexte macroéconomique, politique et social

La République algérienne démocratique et populaire (RADP) est gouvernée conformément aux dispositions de la Constitution de 1996, telle qu'amendée en 2002 et en 2008. Le pays est divisé en 1541 communes réparties sur 48 wilayas (équivalent des départements ou provinces). Les dernières années ont été marquées par deux rendez-vous électoraux : les législatives du 10 mai 2012 – qui ont vu un accroissement significatif¹ de la représentation parlementaire féminine – et les présidentielles du 17 avril 2014, qui ont reconduit le président Bouteflika à la tête du pays.

Pays à revenu intermédiaire, actuellement non emprunteur, l'Algérie a accompli de remarquables progrès économiques et sociaux au cours des trois dernières décennies, comme en témoigne l'amélioration constante de son indice de développement humain (IDH) qui est passé de 0,509 en 1980 à 0,717 en 2013, permettant ainsi à ce pays de gagner cinq places au classement général des pays sur la base de cet indice entre 2008 et 2013¹. L'Algérie figure aujourd'hui parmi les dix premiers pays enregistrant les progrès les plus rapides sur le plan du développement humain, y compris en termes d'IDH non monétaire².

Figure 1. Pyramide des âges de la population 2008-2013



Mais, à l'instar des autres pays à revenu intermédiaire, le pays est confronté à un certain nombre de problèmes et notamment aux risques de creusement des inégalités et de la vulnérabilité économique et sociale.

Malgré la crise financière mondiale, le système financier de l'Algérie est resté stable. « Le contrôle effectif des changes, la forte participation du secteur public et l'abondance des financements intérieurs ont protégé les banques contre les chocs externes³ ». Le pays a enregistré une croissance de 3 % au cours des trois dernières années. Le PIB par habitant a atteint 5458 dollars en 2013, dépassant ainsi son pic de l'année 2008 (4967 dollars)⁴. Dans son Plan d'action actuel, le Gouvernement continue de recourir aux investissements publics pour atteindre ses objectifs de développement économique et social, y compris le développement sanitaire. Toutefois, depuis la chute des cours du pétrole, les experts reconnaissent que « cette capacité à résister aux chocs se dissiperait vite si les cours du pétrole restaient à des niveaux bas pendant longtemps »⁵. Les autorités ont fait preuve d'anticipation en réajustant les programmes d'investissements publics et de dépenses publiques, tout en privilégiant les secteurs sociaux prioritaires.

1 - AU total, 146 femmes ont accédé à l'APN, soit un taux de 31,6 %, contre 7,7 % dans la précédente législature (2007-2012). Cette avancée est la conséquence de la loi du 12 janvier 2012 sur la promotion des droits politiques de la femme, adoptée en application de l'article 31bis de la Constitution, telle qu'amendée en 2008. Avec ces résultats, l'Algérie occupe le premier rang dans le monde arabe et le 28^e rang à l'échelle internationale pour ce qui est de la représentation des femmes aux parlements nationaux.

Sur le plan démographique, au 1^{er} janvier 2015, l'Algérie comptait 39,5 millions d'habitants⁶. Il y a une forte tendance au vieillissement de la population. La nuptialité augmente, à la faveur de l'augmentation de la population féminine en âge de procréer, de la disponibilité accrue de logements et des efforts en faveur de l'emploi. Parallèlement, le nombre de naissances augmente aussi. Ainsi, les besoins en santé de la reproduction, en soins des nouveau-nés et des enfants, en prise en charge organisée du troisième âge, pour ne citer que le domaine de la santé, vont augmenter d'une manière significative.

La figure 1, empruntée à l'Office national des Statistiques (ONS), permet de visualiser l'évolution de la situation sur la période 2008-2013.

2.1.1. Autres principaux déterminants de la santé

Pauvreté et disparités

« L'Algérie connaît un recul régulier de la pauvreté, la proportion de la population vivant de moins de 1 \$EU par jour en parité du pouvoir d'achat (PPA) ayant été ramenée de 1,9 % en 1988 à 0,4 % en 2012, et l'ODM1 relatif à l'élimination de la faim ayant déjà été atteint »⁷. Il ressort d'une étude de l'UNICEF que trois millions d'enfants en Algérie (soit 32,6 %) souffrent d'au moins une forme de privation (privation sévère), surtout dans les zones d'habitat éparses du nord du pays, les zones rurales des Hauts Plateaux et le grand Sud⁸. Le CNES note pour sa part « l'existence résiduelle » de certaines poches de pauvreté.

Chômage

En septembre 2014, le taux de chômage en Algérie était estimé par l'ONS à 10,6 %, atteignant 9,2 % chez les hommes et 17,1 % chez les femmes. Un chômeur sur quatre a moins de 24 ans, et près de sept chômeurs sur dix ont moins de 30 ans⁹, ce qui témoigne de la plus grande vulnérabilité de cette frange de la population aussi bien sur le plan de l'autonomisation que sur celui de l'accès aux services et soins de santé.

Déterminants socioculturels

Education

Le taux de scolarisation avoisine les 98 %. Le taux d'alphabétisation des jeunes de 15 à 24 ans est de 92 %, avec une différence selon le sexe (89 % pour les filles, contre 94,5 % pour les garçons), alors qu'il s'établit à 73 % chez les adultes¹⁰. Il existe néanmoins des cas, certes limités, d'abandon des études, surtout par les filles et dans les zones rurales ainsi que par les enfants issus des ménages les plus pauvres¹¹.

Genre, violences faites aux femmes

Les opportunités offertes aux femmes et la participation de celles-ci à la vie économique sont de niveaux insuffisants¹². Ainsi, le taux d'emploi¹ s'établit à 63,7 % chez les hommes, contre 13,9 % seulement chez les femmes¹³. L'Algérie a ratifié la CEDAW en 1996, avec toutefois des réserves¹⁴ et sans adhérer au protocole facultatif.

En 2005 et 2006, deux enquêtes distinctes¹⁵ ont permis de dresser une typologie des violences à l'égard des femmes aux niveaux de la famille, de la vie de couple, des espaces publics et des aires de travail: la victime est en général une jeune femme, quel que soit son niveau d'éducation. En Algérie, comme dans la plupart des pays¹⁶, ce sont les violences conjugales qui sont les plus fréquentes (15,2 %), qu'il s'agisse de violences verbales et/ou psychologiques, physiques ou sexuelles. L'on dispose malheureusement de peu d'informations sur les conséquences sanitaires de ces violences sur les victimes et leur entourage (couple, enfants, en particulier).

1 - Défini comme étant le rapport de la population ayant un emploi/population âgée de 15 ans et plus.

En 2007, une stratégie nationale multisectorielle et systémique de lutte contre les violences à l'égard **des femmes** (2007-2012) a été adoptée. En février 2015, le Parlement a adopté un amendement du Code pénal allant dans le sens d'un élargissement et d'un durcissement des sanctions à l'encontre des auteurs de violences contre les femmes, qu'il s'agisse de violences conjugales ou de cas de harcèlement sexuel.

Violences routières

Selon les données de l'OMS publiées en 2011, les accidents de la circulation en Algérie étaient la cause de 2,92 % de tous les décès enregistrés dans le pays. Le taux de mortalité ajusté à l'âge s'établissait à 14,49 pour 100 000 habitants (99^e rang mondial)¹⁷. Le Centre national de Prévention et de Sécurité routière avance, pour 2013, le chiffre de 4 540 décès, en majorité des hommes âgés de 15 à 59 ans, soit une moyenne de 12 décès par jour et de 12 décès pour 100 000 habitants. L'augmentation substantielle du parc roulant et surtout le non-respect des mesures de sécurité routière par les usagers en sont les principaux facteurs. L'organisation de campagnes de sensibilisation et la plus grande rigueur dans la délivrance des permis de conduire et dans les sanctions à l'encontre des contrevenants sont quelques-unes des mesures prises dans le cadre de la stratégie nationale pour l'amélioration de la sécurité routière.

Comportements et pratiques alimentaires et nutritionnelles

Le modèle alimentaire a été abordé lors de l'enquête TAHINA. Le régime alimentaire moyen est, en portions quotidiennes, trop riche en sucres, graisses et féculents, mais pauvre en protéines, fruits, légumes et produits laitiers. En dépit de l'endémicité du goitre, près des deux-tiers de la population ne consomment pas de sel iodé correctement¹⁸. Il ressort de l'enquête par grappe à indicateurs multiples (EGIM) que «71% des ménages urbains utilisent du sel suffisamment iodé, contre 61 % seulement dans les zones rurales. La différence entre l'utilisation du sel iodé par les ménages les plus riches (82 %) et les plus pauvres (54 %) est très nette»¹⁹.

En ce qui concerne le tabagisme, il est un facteur de risque majeur des maladies non transmissibles (MNT) cardiovasculaires et broncho-pulmonaires. Depuis 2007, quatre enquêtes ont été conduites à ce jour dans le cadre du *Système mondial de surveillance du tabagisme* (GTSS) et ont permis de fournir des données sur la prévalence du tabagisme et d'autres indicateurs liés au tabagisme aussi bien chez les jeunes que chez les adultes²⁰.

- En 2007, la proportion des enfants scolarisés qui étaient des « fumeurs avérés » oscillait entre 5,2 % et 9,7 %, selon la région (Sétif, Constantine, Oran) ; au niveau national, cette proportion s'établissait à 9,4 % en 2010 et à 7,4 % en 2013²¹.
- La même année, l'*Enquête mondiale auprès des étudiants des professions de la santé* (GHPSS) a mis en lumière une prévalence mondiale du tabagisme de 9,0 % chez les étudiants, tous sexes et disciplines confondus (médecine, chirurgie dentaire, pharmacie, paramédical)²².

2.1.2. Déterminants environnementaux

Répartition de la population et urbanisation²³

Une proportion de plus d'un tiers de la population est concentrée sur la bande littorale méditerranéenne (moins de 2 % du territoire, mais la zone la plus développée), soit une densité de 274 habitants/km², densité atteignant 3666 habitants/km² à Alger. La seconde zone du point de vue de la densité de la population, à savoir celle des Hauts Plateaux, représente près de 11 % du territoire et affiche une densité de 71 habitants/km². Quant au sud du pays, il couvre 87 % du territoire et a une faible densité moyenne d'environ 2 habitants/km². L'urbanisation s'est accélérée au cours des deux dernières décennies, si bien qu'en 2008, une proportion de jusqu'à 66 % de la population vivait dans les zones urbaines.

Eau et assainissement²⁴

« Par rapport à la norme de l'OMS qui fixe à 250 litres par habitant par jour (l/hab/j) la dotation en eau, la performance de l'Algérie s'établissait en 2013 autour de 175 l/hab/j, selon le Ministère des Ressources en Eau. Le droit à l'accès à l'eau pour la population est une priorité nationale. En moins d'une décennie, l'Algérie a triplé sa production d'eau potable, et l'on estime à 95 % le taux de raccordement de la population aux réseaux publics d'eau potable, contre 87 % pour le taux de raccordement aux réseaux d'assainissement. Pour autant, une marge d'amélioration est souhaitable à l'avenir dans certaines zones rurales ou dans les quartiers périphériques des zones urbaines. »

Gestion des déchets,

La croissance démographique, l'urbanisation et l'expansion de l'économie de marché engendrent des volumes de plus en plus élevés de déchets. Les quantités moyennes d'ordures ménagères produites sont estimées à 0,85 kg/hab/jour, étant entendu que ces quantités sont plus élevées dans les zones urbaines. Les déchets municipaux solides sont déversés dans des décharges (80 %) ou dans des centres d'enfouissement technique (15 %) ou encore sont recyclés (5 %). L'Algérie doit faire face également au défi de la gestion des déchets industriels spéciaux (estimés à 2,5 millions de tonnes/an) et des déchets médicaux (près de 38 000 tonnes/an).

Qualité de l'air

Les deux principales sources de pollution atmosphérique en Algérie restent la circulation automobile et la combustion des déchets. Comme de nombreuses métropoles, le Grand Alger est confronté à une sérieuse pollution atmosphérique. La pollution par des particules fines, l'ozone, le benzène et le plomb est d'un niveau très élevé au regard des normes de l'OMS. La population urbaine est donc très exposée^{25,26}.

Risque d'épidémie et vulnérabilité aux catastrophes

En dépit d'une couverture sanitaire relativement dense et des bonnes capacités de riposte, l'Algérie, à l'instar d'autres pays, reste sujette à la survenue d'**épidémies de maladies émergentes ou réémergentes**, d'ampleur variable. Son dispositif de surveillance sanitaire doit donc s'adapter aux nouvelles exigences de prévention et de lutte contre les maladies, dans le cadre du nouveau **Règlement sanitaire international** qui a du reste été adopté et intégré dans l'arsenal réglementaire national, par **décret présidentiel**²⁷, et qui a fait par la suite l'objet d'un plan de mise en œuvre, avec l'appui de l'OMS.

Les *tremblements de terre* sont récurrents dans le nord de l'Algérie. Les deux derniers séismes enregistrés dans le pays (à El Asnam en 1980, et à Boumerdès en 2003) ont entraîné le décès de plus de 7000 personnes et d'énormes dégâts matériels. Il n'y a pas de programmes visibles de préparation de la population aux séismes et d'information à ce sujet.

Les *inondations* constituent une menace constante. Les tempêtes, souvent soudaines, entraînent l'inondation des oueds, avec souvent des crues éclair. En octobre 2011, huit personnes sont décédées lors de crues soudaines à El-Bayadh (à 700 km au sud-ouest d'Alger)²⁸.

Risques technologiques

Dès l'indépendance de l'Algérie, l'industrialisation a entraîné la concentration des activités à risque dans le voisinage des grandes villes de la zone du littoral. L'urbanisation accrue et incontrôlée autour de ces zones industrielles est venue compliquer la situation. Ces zones ont enregistré plusieurs accidents spectaculaires (comme dans le cas de la série d'explosions à Arzew en 2003 et 2008). En

2004, une défaillance technique au sein du complexe de gaz naturel liquéfié de Skikda a provoqué une immense déflagration dont le bilan s'est établi à 27 morts et 74 blessés²⁹. Depuis la création du Ministère de l'Environnement en 2000, des efforts sont déployés sur le plan réglementaire pour rattraper les incohérences urbanistiques du passé. Les ressources et les capacités des collectivités locales pour faire face aux accidents industriels semblent limitées.

2.2. Situation sanitaire de la population

2.2.1. Aperçu de la charge globale de la maladie

Dans l'approche de la charge globale de la maladie, basée sur les années de vie perdues par décès prématuré (années de vie corrigées de l'incapacité [AVCI]), les conditions pathologiques sont subdivisées en trois grands groupes : le groupe I comprend les maladies transmissibles, les affections maternelles et périnatales et les carences nutritionnelles ; le groupe II englobe les maladies non transmissibles (MNT) ; et le groupe III comprend les traumatismes intentionnels ou non intentionnels³⁰. L'évolution des données en Algérie fait clairement ressortir une transition épidémiologique caractérisée par l'augmentation des MNT et des accidents et la régression des maladies transmissibles.

L'Algérie affiche une bonne performance dans les efforts pour faire face à la double charge de la morbidité et de la mortalité : le poids des maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles reste encore d'un niveau élevé, même s'il tend à baisser (27%), tout comme celui des MNT (36 %) et des traumatismes (9 %), surtout les traumatismes liés aux accidents de la circulation. En d'autres termes, la transition épidémiologique est en cours et elle appelle des réponses appropriées à des problématiques nouvelles.

2.2.2. Charge des maladies non transmissibles

En 2005, une enquête nationale de santé auprès des ménages, portant sur un échantillon représentatif de la population³¹, a permis de confirmer les données globales. Elle a étudié la morbidité des individus âgés de 35 à 70 ans. Chez ces adultes, l'hypertension artérielle représente 26 % des pathologies chroniques, suivie du diabète (13 %), de l'asthme (8 %), des rhumatismes (8 %) et d'autres pathologies cardiovasculaires (7 %). Les maladies mentales, avec un taux de 5 %, constituent chez l'adulte une cause de morbidité chronique non négligeable.

La répartition des pathologies chroniques chez l'enfant est totalement différente. Les deux pathologies les plus fréquentes chez l'enfant concernent l'appareil respiratoire, en l'occurrence l'asthme (22 %), et les rhinites allergiques (11 %).

Les handicaps sensoriels constituent la troisième cause de morbidité chronique (10 %). Les maladies mentales représentent un groupe de pathologies chroniques non négligeables puisqu'elles occupent la 4^{ème} position (8 %).

Les pathologies du système nerveux et l'épilepsie représentent respectivement 8 % et 7 % de la morbidité chronique infantile. Le diabète et l'hypertension artérielle représentent respectivement 2,59 % et 0,72 %. Le cancer constitue un problème de santé publique ces dernières années, et c'est ce qui explique l'élaboration du Plan pour la lutte contre le cancer couvrant la période 2015-2019 et sa mise en œuvre. Il en est de même pour les MNT qui vont faire l'objet d'un Plan national multisectoriel de lutte intégrée contre les facteurs de risque couvrant la période 2015-2019.

2.2.3. Charge des maladies transmissibles

Année 2013	Incidence
Tuberculose	53,5
Leishmaniose cutanée	17,35
Brucellose	11,36
Toxi-infections alimentaires	7,89
Hépatite B	3,67
Méningite CS	2,82
Hépatite C	1,81
Paludisme	1,58
Kyste hydatique	1,11
Typhoïde	0,39
Coqueluche	0,18
Leishmaniose viscérale	0,15
Rougeole	0,07
Rage humaine	0,06

Le profil des maladies transmissibles a largement évolué par rapport aux années 1990 : la poliomyélite est en voie d'éradication, et le tétanos en voie d'élimination. De même, l'incidence de la rougeole, de la coqueluche et de la fièvre typhoïde a largement reculé. Aucune notification de choléra n'a été enregistrée depuis 1990. Par contre, il convient de noter la persistance de certaines zoonoses (leishmaniose, brucellose, rage) et de l'envenimation scorpionique, tout comme l'émergence, en dépit d'une sous-déclaration évidente, des toxi-infections alimentaires, le plus souvent collectives, ce qui témoigne du caractère perfectible de la gestion et du respect des conditions d'hygiène au sein des collectivités, et notamment des établissements scolaires et universitaires, ainsi que lors d'événements ponctuels, en particulier familiaux. La méningite cérébro-spinale et les hépatites (B et C) continuent d'être observées, sous forme de cas sporadiques.

Maladies évitables par la vaccination

Conforme aux recommandations de l'OMS, le Programme élargi de vaccination (PEV)¹ est obligatoire et gratuit. Le taux de couverture nationale est supérieur à 90 %. Les processus de certification par l'OMS de l'élimination du tétanos néonatal et de l'éradication de la poliomyélite sont en cours. Si la quasi-disparition des maladies ciblées par le PEV est une preuve de l'efficacité de ce programme, la pérennisation de ces acquis est un défi réel.

L'incidence annuelle (pour 100 000 habitants) de la tuberculose, toutes formes confondues², s'établissait à 53,5 en 2013, contre 62,8 en 2003. La même tendance à la baisse est observée pour la tuberculose pulmonaire à microscopie positive dont l'incidence a été ramenée de 27,3 cas en 2003 à 18,6 cas en 2013. Par contre, l'on observe une augmentation des cas de tuberculose extra-pulmonaire, essentiellement ganglionnaire, ce qui constitue un défi nouveau.

1 - Le calendrier officiel de vaccination comporte les immunisations suivantes : BCG, Hépatite B (Hib), Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite (DTCP), Rougeole (VAR), Haemophilus Influenzae B. En 2014, les vaccins contre les maladies suivantes ont été introduits : poliomyélite (injectable), rubéole, infection pneumococcique et oreillons.

2 - Il convient de souligner que la proportion des cas déclarés de tuberculose extra-pulmonaire (TEP) dépassait 57 % en 2012. Mais il s'agit plus souvent de cas présumés, plutôt que prouvés.

VIH/sida³²

Selon le Rapport d'activité sur la riposte nationale contre le VIH/sida (2014), la situation épidémiologique du VIH en Algérie se caractérise par une épidémie de type peu active, avec une faible prévalence de moins de 0,1 % au sein de la population, en général, mais concentrée chez les personnes à risque pour le VIH/sida.

En 2014, au total 845 cas de VIH ont été diagnostiqués, dont 435 chez les hommes et 410 chez les femmes. Le groupe d'âge le plus touché est celui des personnes de la tranche d'âge de 25 à 29 ans, avec respectivement 13,2 % et 16,3 % des nouveaux cas. Le groupe d'âge de 0 à 4 ans représente 3,9 % des nouvelles infections, ce qui témoigne de la moindre proportion de la transmission mère-enfant³³.

Le dépistage, la prise en charge et le traitement des patients atteints par le VIH sont totalement gratuits, le financement sur le budget de l'État étant supérieur à 95 %. Le plan national stratégique multisectoriel de lutte contre le VIH/sida couvre tous les aspects liés à la prévention et à la prise en charge de l'infection, conformément aux recommandations internationales et aux choix thérapeutiques nationaux. Il est financé à plus de 90 % par le gouvernement.

Les écarts dans les chiffres concernant les données du suivi et les estimations par le logiciel Spectrum montrent qu'il y a encore des personnes vivant avec le VIH non répertoriées par le système de santé. La stigmatisation et les difficultés à déterminer les populations cibles peuvent expliquer ces écarts et appellent à plus d'efforts de communication, de prévention et de suivi.

2.2.4. La santé selon le cycle de vie

Santé génésique et sexuelle

Mortalité maternelle

La mortalité maternelle a régulièrement diminué depuis des décennies dans le pays. Elle a été ramenée de 230 pour 100 000 naissances vivantes en 1989 à 66,9 pour 100 000 naissances vivantes en 2013, selon les estimations nationales du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière (MSPRH), et de 160 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 89 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2013, selon les estimations internationales³⁴.

Tableau 2. Évolution de la mortalité maternelle 1999-2014

Année	1999	2001	2004	2007	2009	2011	2013	2014
Taux	230	117,4	96,5	92,6	88,9	81,4	81,4	73,9

Source : Plan national de réduction accélérée de la mortalité maternelle 2015-2019.

Cette mortalité est plus élevée en milieu rural et dans le sud du pays. Il est important de préciser que les statistiques sur la mortalité maternelle souffrent de nombreux biais liés à la diversité des sources statistiques et des méthodes qui les sous-tendent (enquête auprès des ménages, estimations hospitalières, modèles mathématiques, ainsi de suite)³⁵. Les causes immédiates de cette mortalité ont été évaluées en 2009 (voir tableau 3).

Tableau 3. Causes de la mortalité maternelle

Causes	%
Hémorragies	38,4
Complications liées à l'hypertension artérielle	18,4
Rupture utérine	12,2

Des mesures ont été prises dès 2005 pour assurer une répartition plus équilibrée des spécialistes obstétriciens et pédiatres dans les zones sous dotées (wilayas du sud du pays et des Hauts-Plateaux), avec pour objectif de rattraper les écarts. Une étude nationale sur la mortalité maternelle, basée sur les audits des décès maternels, est en cours sous l'égide du MSPRH.

Le taux de mortalité maternelle est estimé à 96,2 décès de mères pour 1000 naissances vivantes, environ 700 femmes décédant chaque année des suites de complications survenues au cours de la grossesse ou lors de l'accouchement. Et pour chacun de ces décès, 30 à 100 femmes sont victimes de complications graves et invalidantes pouvant être à l'origine de handicaps permanents³⁶.

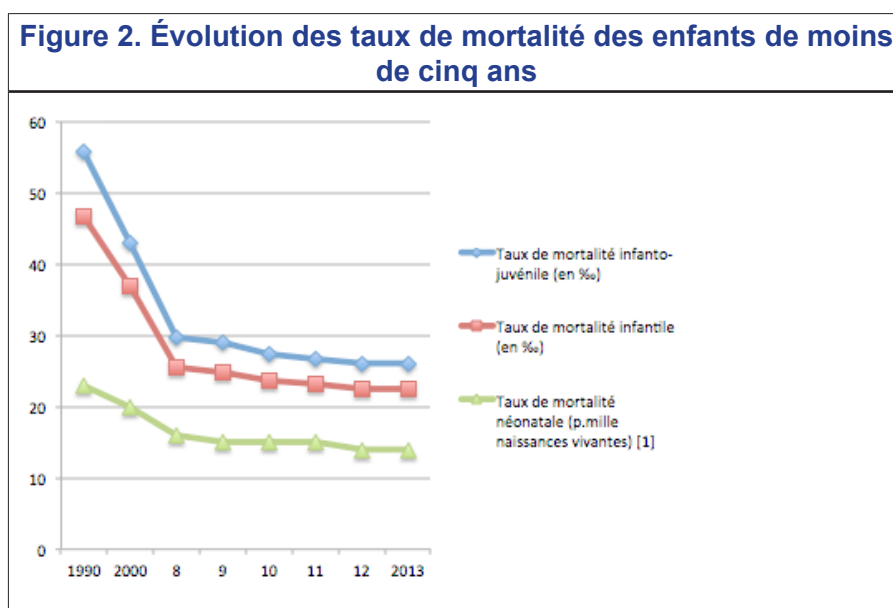
C'est dans ce contexte, que le MSPRH a sollicité un appui technique de l'OMS pour appuyer la révision des documents sur les normes des services de prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale, dans le cadre du renforcement de la qualité des prestations de services de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile(SMNI).

Planification familiale

Selon l'enquête par grappes à indicateurs multiples (EGIM) pour la période 2012-2013, 57 % des femmes mariées au moment de l'enquête utilisaient une méthode de contraception, et près de 48 % d'entre elles recouraient à des méthodes modernes. La pilule demeure la méthode la plus utilisée en Algérie, avec une proportion de 43 % des femmes mariées, suivie de loin par le dispositif intra-utérin (DIU), avec seulement 2 % des femmes mariées. La prévalence de la pratique de la contraception est la plus élevée dans la région des Hauts Plateaux à l'est du pays (61 %), suivie des régions du Nord-Ouest et du Nord-Centre (59 %). La plus faible prévalence est enregistrée dans la région du Sud, avec 49 %. Les adolescentes sont beaucoup moins susceptibles de recourir à la contraception que leurs aînées.

Seules 29 % des adolescentes mariées et âgées de 15 à 19 ans utilisent une méthode contraceptive, contre 45 % dans la tranche d'âge de 20 à 24 ans, et 67 % des femmes mariées âgées de 35 à 39 ans. La proportion des femmes recourant à la contraception, toutes méthodes confondues, passe de 52 % chez les femmes sans instruction à environ 61 % chez celles ayant atteint le niveau du secondaire.

Évolution des taux de mortalité infanto-juvénile, infantile³⁸ et néonatale³⁹ entre 1990 et 2013



Le taux de mortalité infantile a tendance à diminuer, mais de moins en moins. Il a baissé d'un peu plus de la moitié depuis 1990. L'objectif de sa réduction de deux-tiers, fixé par l'ODM 4, a de faibles chances d'être atteint en 2015. La présentation des trois taux de mortalité sur la même figure montre que la tendance générale affiche des progrès. Il convient de faire observer que ce sont les décès d'enfants de moins d'un an qui expliquent en majeure partie le taux de la mortalité infanto-juvénile. C'est la composante néonatale qui semble avoir baissé le moins (39 % seulement de baisse entre 1990 et 2014) et explique ainsi la plus grosse part de la mortalité infantile (63 %). Par conséquent, si l'on veut atteindre la cible de l'ODM en matière de réduction de la mortalité infanto-juvénile, il faut continuer d'agir sur la mortalité infantile et plus particulièrement son segment néonatal, c'est-à-dire celui qui est intimement lié aux soins prénataux, obstétricaux et postnataux d'urgence.

La volonté politique existe dans le pays, puisque l'Algérie a adopté, dès 2006, un programme national de périnatalité, appuyé par la promulgation au Journal officiel du décret sur la périnatalité et la normalisation de la néonatalogie. Il reste toutefois à améliorer la performance du système de santé pour passer à un niveau supérieur d'efficacité. Dans cette perspective, une stratégie a été définie dans le cadre du « *Plan national de réduction de la mortalité maternelle* » pour la période 2015-2019

2.2.5. La santé des groupes de populations vulnérables

Migrants¹

L'approche algérienne intègre aussi bien la mobilité intérieure (nomades, mobilité nord-sud) que la mobilité transfrontalière. L'Algérie est autant un territoire d'émigration que d'immigration. En 2010, jusqu'à 250 000 étrangers étaient présents en Algérie. En 2012, des « migrations de crise » se sont ajoutées, avec des flux en provenance non seulement de Lybie et de Syrie, mais aussi de pays subsahariens et en particulier du Mali. En outre, l'Algérie est passée en quelques années du statut de pays de transit à celui de pays de destination et d'installation des migrants. Une des régions les plus confrontées à la gestion de ces flux migratoires mixtes est celle de Tamanrasset, dans l'Extrême-Sud. Il s'agit d'une des principales zones d'entrée de populations migrantes. De ce fait, en raison probablement des commodités offertes par la route transsaharienne, le couloir Tamanrasset-Ghardaïa (en passant par In Salah)-Alger constitue un axe principal de transit et d'installation. Ce paysage nouveau des flux migratoires vers l'Algérie appelle la mise en place d'une approche systémique dans laquelle la santé a un rôle important de veille, de prévention et de soins à jouer au sein des populations migrantes, notamment sur l'axe transsaharien, et pour les plus vulnérables d'entre elles (enfants, femmes, handicapés, etc.)

2.3. Réponses nationales aux problèmes sanitaires

2.3.1. Politiques et processus nationaux de développement

L'Algérie a une longue tradition en matière de planification du développement. En dépit de la chute des revenus pétroliers, les autorités ont fait savoir que le développement du secteur de la santé continuerait de bénéficier du soutien de l'État. Les lignes de force du Plan d'action du Gouvernement pour la mise en œuvre du Programme du Président de la République⁴⁰ sont « le renforcement qualitatif et quantitatif de la prise en charge sanitaire des citoyens », l'atteinte des objectifs du Millénaire liés à la santé, et « l'amélioration de l'accès équitable et solidaire aux soins sur l'ensemble du territoire national ». Du point de vue organisationnel, ce plan prévoit l'encouragement de l'investissement privé et le renforcement de la complémentarité public-privé, la densification de la couverture sanitaire, ainsi que l'amélioration de la disponibilité et de l'accès aux médicaments. Enfin, le gouvernement prévoit de parachever la réforme hospitalière ainsi que

1 - Les informations mentionnées ici sont extraites d'une étude intitulée : « Contribution à la Connaissance des Flux Migratoires Mixtes, vers, à travers et de l'Algérie. Pour une vision humanitaire du phénomène migratoire », Centre International pour le Développement des Politiques Migratoires (ICMPD) 2013 disponible sur : http://www.icmpd.org/fileadmin/ICMPD-Website/ICMPDWebsite_2011/ICMPD_General/News/Algeria_Report/Algeria_Migration_Study_2013-12_FR_electronic_version.pdf

l'élaboration d'une nouvelle loi sanitaire « sur la base de larges concertations avec les partenaires sociaux, les professionnels de la santé et les secteurs concourant à la santé publique ».

2.3.2. Politiques, stratégies ou plans sanitaires nationaux

Le droit à la santé est consacré par la Constitution¹. L'assise juridique et réglementaire inhérente à ce droit est conférée par une loi de 1985, complétée en 1990⁴¹, et en cours de révision actuellement.

Après l'indépendance, l'édification du système national de santé a été fondée sur la prédominance du secteur public et la gratuité des soins dans les établissements publics. A partir du milieu des années 70, avec l'augmentation significative des effectifs de professionnels de la santé, un secteur privé s'est créé⁴² et continue de se développer, tant en nombre de praticiens qu'en infrastructures (cabinets, cliniques et, bientôt, hôpitaux). Depuis 1999, les médecins spécialistes des centres hospitaliers universitaires et de santé publique peuvent, sous certaines conditions et selon certaines règles, exercer en parallèle dans le secteur privé⁴³. Objet de débats récurrents dans l'opinion, ces dispositions sont en voie d'être remplacées par un dispositif dit d'activité lucrative qui autorise les fonctionnaires ou les contractuels à exercer une activité privée complémentaire au sein même d'un établissement public, sur la base d'un contrat entre l'établissement et l'équipe soignante concernée⁴⁴.

Depuis la fin des années 1980, à la faveur de l'instauration du pluralisme, de nombreuses organisations de la société civile ont vu le jour dans le domaine de la santé. Ainsi en est-il des associations de patients (diabétiques, cancéreux, handicapés, etc.), des associations thématiques (planning familial [la plus ancienne], VIH/sida etc.), des associations scientifiques professionnelles aux multiples spécialités. Il est difficile de trouver un recensement et une analyse de la durabilité et du rôle réels de cette société civile. Certaines associations sont en partenariat de plus ou moins longue date avec le MSPRH, à l'instar de l'Association pour le planning familial ou de celle pour la lutte contre le VIH/sida (SidAlgérie).

Financement de la santé

Comme le montre le tableau ci-dessous, les dépenses totales de santé ont été multipliées par près de six entre 1995 et 2012, entraînant par là-même une augmentation des dépenses par habitant pour passer de 53 à 279 dollars courants (+425 %). Il s'agit de dépenses essentiellement publiques (84 % des dépenses totales de santé) qui consomment près de 10 % du budget de l'État (contre 8,5 % en 1995) et atteignent 5,2% du PIB. Les données désagrégées par région ne sont pas disponibles.

Tableau 4. Évolution des dépenses de santé ⁴⁵

	1995	2000	2005	2010	2011	2012	% 1995-2012
Dépenses totales de santé (en milliards de dollars courants)	1,6	1,9	3,2	6,75	8,8	10,8	589
Dépenses de santé par habitant (en dollars courants)	53,1	60,3	95,3	181,4	232,6	278,6	425
Dépenses publiques de santé (% dépenses totales de santé)	72,2	73,3	72,7	79,2	82,0	84,1	16
Dépenses publiques de santé (% du budget)	8,5	8,8	8,2	8,9	9,0	9,8	14
Dépenses totales de santé (% du PIB)	3,7	3,5	3,1	4,2	4,4	5,2	42

1 - Article 54 : Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. L'État assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques.

Protection sociale et couverture sanitaire universelle

La sécurité sociale a connu une profonde refonte après l'indépendance⁴⁶. Toutes les branches prévues par les conventions internationales¹ sont incluses. Le système couvre 8 millions d'assurés sociaux. Avec les ayants droit, cela fait environ 80 % de la population⁴⁷. Les sources de financement sont essentiellement les cotisations à la charge des employeurs (25 %) et des travailleurs (9 %). De son côté, l'État finance les allocations familiales et octroie un « complément différentiel » pour les retraités.

Néanmoins, l'enquête sur l'emploi publiée en 2013 par l'ONS a révélé que 42 % des personnes employées ne sont pas affiliées au régime de sécurité sociale, soit un effectif total de 4,8 millions, en augmentation par rapport à 2012. L'emploi non affilié concerne 27,7 % de l'emploi féminin total, contre 45,6 % de la main d'œuvre masculine totale. Près de trois quarts des travailleurs indépendants ne sont pas affiliés au régime de sécurité sociale. Il s'agit de la quasi-totalité du personnel domestique, de 60 % des travailleurs à temps partiel et de 27 % des employeurs. Déclinés par sexe, des différences significatives sont observées. La non-affiliation touche davantage certaines branches comme l'agriculture (85 %), et le secteur du bâtiment et des travaux publics (76 %).

Quant au profil des non-affiliés, il s'agit d'une population essentiellement jeune et sans qualifications: 88 % des jeunes âgés entre 15 et 24 ans travaillant dans le secteur privé ne sont pas affiliés à la sécurité sociale; cette part régresse à mesure que s'élève l'âge pour atteindre 61 % chez les travailleurs âgés de 55 ans et plus. Par contre, trois employés sur quatre travaillant dans le privé et n'ayant aucun diplôme ne sont pas affiliés, et cette part baisse à 64,2% pour les diplômés des établissements de formation professionnelle et chute davantage encore pour les diplômés de l'enseignement supérieur à 31,2 % seulement. À terme, cette situation peut nuire aux équilibres financiers de la sécurité sociale.

Médicaments

L'amélioration de l'accès aux produits médicaux essentiels est une préoccupation majeure des autorités sanitaires. Quelque six mille produits sont enregistrés, parmi lesquels la quasi-totalité des produits essentiels de la liste de l'OMS. C'est la Direction de la Pharmacie au MSPRH, en coordination avec des partenaires techniques, qui orchestre l'ensemble de la politique pharmaceutique nationale². Le premier de ces partenaires est le Laboratoire national de Contrôle des Produits pharmaceutiques (LN CPP), qui joue un rôle majeur : tout enregistrement est subordonné à un contrôle de qualité effectué par le LN CPP. Tous les lots de médicaments mis sur le marché font l'objet d'un contrôle. Centre collaborateur, le LN CPP est reconnu comme Centre collaborateur de l'OMS depuis 2003. En plus de ses missions de contrôle, il joue un rôle de formation des cadres nationaux et africains ainsi qu'un rôle d'accompagnement des opérateurs dans la mise en œuvre des bonnes pratiques. L'Algérie est dotée d'une politique nationale de transfusion sanguine reposant sur des valeurs éthiques de bénévolat, d'anonymat et de non-profit. En 2014, le nombre de dons pour 1000 habitants – l'indicateur de la disponibilité en sang dans un pays donné – en Algérie était de 13,66/1000 habitants. Le taux médian des dons de sang pour les pays à revenu intermédiaire est de 11,7/1000 habitants. L'Agence nationale du Sang, dont la mission essentielle est la transfusion sanguine, constitue l'opérateur exclusif en matière de sang, à l'exception des structures relevant du Ministère de la Défense nationale.

1 - Assurance maladie, assurance maternité, assurance invalidité, assurance décès, accidents du travail et maladies professionnelles, retraite (assurance vieillesse), assurance chômage et prestations familiales.

2 - Un projet de loi est actuellement en préparation pour la création d'une Agence nationale des Médicaments, douée de l'autonomie administrative et financière, qui remplacerait la Direction de la Pharmacie.

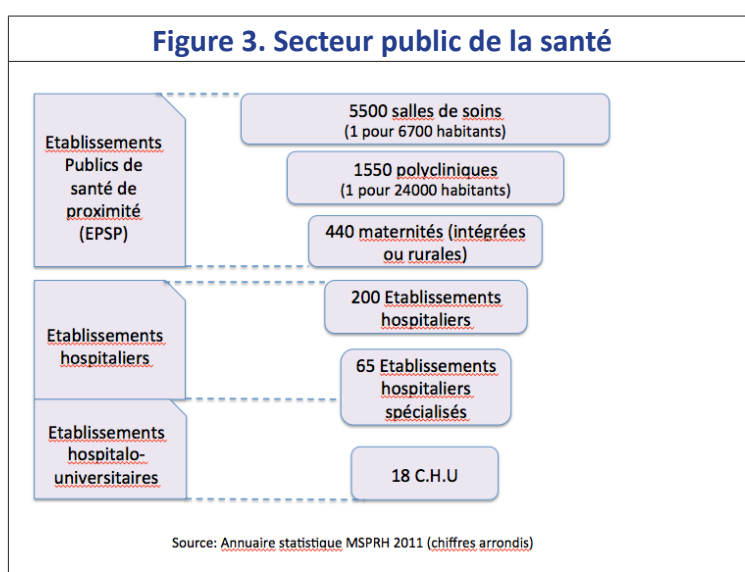
Il y a le Centre national de Pharmacovigilance et de Matéiovigilance (CNPM), qui est un centre dédié à la surveillance des effets indésirables des médicaments et des dispositifs médicaux ainsi qu'à la formation continue pour développer le bon usage de médicaments⁴⁸, mais l'adhésion des prescripteurs reste perfectible. L'Institut Pasteur d'Algérie procède au contrôle de qualité des vaccins mis sur le marché algérien.

Cette architecture concernant les médicaments et produits biologiques pour la santé humaine est adossée à un important arsenal juridique et réglementaire. L'enregistrement des médicaments est réglementé depuis 1992. Une mise à jour du règlement pertinent a été opérée en 2008. Avec le développement des biotechnologies et l'avènement des biosimilaires, l'Algérie pourrait bénéficier d'un dialogue avec les experts de l'OMS à l'effet d'ajuster au mieux son dispositif réglementaire à cet égard, en particulier en ce qui concerne l'enregistrement de ces biosimilaires. Pour ce qui est de la production, un règlement et des bonnes pratiques de fabrication sont en place, de même qu'il existe un mécanisme d'accréditation et d'agrément préalable. Tous les producteurs disposent d'un laboratoire d'autocontrôle de leurs produits, le LNCCP procédant à un contrôle à posteriori. Enfin, la profession de distributeur est également réglementée. La législation est très largement appliquée et respectée. Cela n'exclut toutefois pas la possibilité de pratiques commerciales déloyales ou non éthiques, punies par la loi.

La présence sur le marché de produits médicaux de qualité inférieure, faux, faussement étiquetés, falsifiés ou contrefaits semble tout à fait exceptionnelle. Mais il est souhaitable de garder un niveau de vigilance élevé et de renforcer la législation à cet égard. Les hôpitaux publics sont approvisionnés en médicaments par la Pharmacie centrale des Hôpitaux. Celle-ci est astreinte aux procédures conformes au Code des marchés publics. Les opérateurs privés fonctionnent au gré à gré. Pour faire face aux situations d'urgence, la réglementation stipule que chaque opérateur doit disposer d'un stock de trois mois. Les hôpitaux publics font partie du dispositif national d'organisation des secours (plan « ORSEC ») en cas d'urgence ou de catastrophe naturelle. Dans ce cadre, ils doivent disposer d'un ballot d'urgence.

Des mécanismes de protection de la propriété intellectuelle sont en place. En dehors de quelques essais cliniques initiés le plus souvent par les laboratoires de production, la recherche et l'innovation sur les produits médicaux restent timides. Il n'y a pas de mise en réseau régional dans ce domaine.

2.3.3. Systèmes et services de santé et riposte



Système de santé⁴⁹

Le système de santé est caractérisé par un maillage territorial assez dense, quoique de manière inégale, compte tenu des dimensions du territoire et des densités démographiques. La figure ci-contre résume l'architecture du système public de santé. Il convient d'y adjoindre 930 agences pharmaceutiques et 620 centres médico-sociaux gérés directement par des entreprises publiques ou des institutions paraétatiques (sécurité sociale). On compte un lit d'hospitalisation pour 560 habitants.

Quant au secteur privé, il compte actuellement plus de 14 000 cabinets médicaux, plus de 5200 cabinets dentaires et près de 10 000 officines pharmaceutiques. Il existe par ailleurs 481 établissements fonctionnels, dont 307 établissements de santé de jour, 169 centres d'hémodialyse, avec 2319 générateurs (reins artificiels) et 174 établissements hospitaliers.

Les efforts de formation tous azimuts déployés depuis l'indépendance permettent de maintenir des ratios élevés de couverture médicale et paramédicale,

Tableau 5- Effectifs Secteur Privé	
CABINETS PRIVÉS	
Généralistes	6865
Spécialistes	7509
Cabinets de groupe	400
Cabinets dentaires	5954
Pharmacies	9579

tous secteurs confondus, malgré l'exode des professionnels, notamment durant la décennie du terrorisme au cours des années 1990 (voir tableau 8). Mais ces ratios ne doivent pas cacher des différences de distribution spatiale, aux dépens notamment des Hauts Plateaux et des régions du sud. Ce défi d'une répartition équilibrée des ressources humaines, toutes catégories confondues, constitue une priorité pour le MSPRH.

L'Algérie s'est dotée de systèmes d'information relativement développés. Néanmoins, la qualité des données et de leur analyse reste insuffisante. L'utilisation systématique des nouvelles technologies de l'information allégerait le système, en améliorerait l'efficacité, et rendrait disponible l'information pour les utilisateurs et notamment les gestionnaires de programmes de santé.

Depuis 2013¹, il existe une agence spécialement dédiée à la maîtrise d'ouvrage et à l'équipement des établissements de santé. Elle est chargée de réhabiliter les structures existantes et de gérer les nouveaux projets (10 CHU, 1 institut national du cancer et 19 centres anticancéreux). La formation (architectes de santé, personnels chargés des équipements), la lutte contre la contrefaçon en matière d'équipements ainsi que la mise à jour ou la mise en place de normes sont au centre des préoccupations de l'Agence.

Tableau 6. Ratios d'effectifs de santé	
Catégories	Ratio : Habitants/catégorie
Médecins Généralistes	1270
Spécialistes	1780
Dentistes	3000
Pharmaciens	3800
Paramédicaux	340

¹ Agence nationale de gestion des réalisations et d'équipement des établissements de santé (AREES), créée par décret No 13-220 du 18 juin 2013.

2.3.4. Contribution du pays à l'action sanitaire mondiale

L'Algérie s'acquiesce régulièrement de son rôle d'État Membre de l'OMS. L'Algérie a ratifié la Convention Cadre de l'OMS pour la Lutte contre le Tabagisme en 2006. Elle a adhéré à l'initiative « Vision 2020 : le droit à la vue » en 2009. En 2014, elle a élaboré un plan national de préparation, d'alerte et de riposte en cas de menaces sanitaires à potentiel épidémique et d'urgence en santé publique de portée internationale (Règlement sanitaire international – RSI, 2005). Tel qu'indiqué dans la section consacrée aux médicaments, l'Algérie dispose d'un centre collaborateur de l'OMS en la structure du LNCPP.

Plusieurs spécialistes de différents domaines ont été ou sont encore utilisés *intuitu personae* ponctuellement ou durablement en tant qu'experts par différents départements de l'OMS au niveau régional ou mondial. L'Algérie a aussi fourni à l'OMS des cadres de haut niveau. Partant du fait que cette collaboration pouvait s'étendre davantage, l'Algérie et l'OMS ont convenu d'explorer ensemble ces possibilités. C'est ainsi qu'en juin 2014, une mission d'appui technique à la création de centres d'excellence a passé en revue dix laboratoires. Sur ces dix laboratoires, le rapport de mission⁵⁰ était parvenu à la conclusion que six avaient le potentiel de devenir des centres collaborateurs, conformément aux critères pertinents. Mais pour cela, un certain nombre mesures de mise à niveau ont été recommandées. Ces mesures, essentiellement réglementaires, managériales et logistiques, font appel en premier lieu à la tutelle, même si un accompagnement par l'OMS est proposé.

2.3.5. Similitudes avec d'autres pays

L'Algérie présente des similitudes marquées sur les plans historique et culturel avec ses deux voisins immédiats de l'Est et de l'Ouest que sont la Tunisie et le Maroc. Ces similitudes portent sur la situation sanitaire, notamment au regard de la double transition démographique et épidémiologique. L'irruption de maladies non transmissibles dans le paysage sanitaire, les méfaits du style de vie sédentarisé, du tabagisme et d'une alimentation à base de sucre, de sel et de gras, ainsi que les accidents de la circulation, sont les éléments les plus saillants de l'analogie entre ces pays.

2.4. Coopération et partenariats en faveur du développement

2.4.1. Environnement de l'aide dans le pays

Pays à revenu intermédiaire, l'Algérie n'est pas éligible à l'aide publique au développement. Des accords de coopération bilatéraux et multilatéraux existent, y compris dans le domaine de la santé. Cette coopération revêt différentes formes et se fait avec des partenaires aussi variés que la Chine, Cuba, les États-Unis, la France et l'Union européenne (UE). Il en va ainsi du récent Programme d'appui au secteur de la santé de l'UE, dont l'objet est d'assister le MSPRH dans la mise en œuvre d'une stratégie sectorielle de modernisation en vue de parvenir à une offre de services préventifs et curatifs équitables et de qualité. Ce programme à visée systémique comporte plusieurs volets pilotes allant du renforcement des capacités et de l'amélioration de la qualité à la mise au point d'outils et de procédures de gestion (dossier électronique du malade, curriculum de formation des administrateurs, stratégie de lutte intégrée contre les MNT).

2.4.2. Situation concernant la réforme des Nations Unies et du processus BCP (CCA)/CdCS (UNDAF)

Il convient de rappeler qu'un attentat terroriste a visé les bureaux des Nations Unies en Algérie en décembre 2007, avec des pertes en vies humaines, ce qui a profondément déstabilisé l'équipe pays⁵¹. La conséquence a été la quasi-interruption des opérations de coopération prévues dans le cadre de la mise en œuvre de l'UNDAF pour 2007-2012. De son côté, à la même période, l'OMS était en pleine négociation pour l'établissement d'un bureau de représentation à part entière et a connu une période transitoire d'intérim successifs, avec pour effet un certain attentisme dans la coopération.

Le Cadre de Coopération Stratégique 2016-2020 a été finalisé récemment. Basé sur un bilan commun de pays et un large processus de consultations, notamment avec le ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, ce cadre retient quatre domaines prioritaires et interdépendants comme créneaux pertinents de coopération entre le Système des Nations Unies (SNU) et l'Algérie. Il s'agit des domaines suivants : i) la diversification économique; ii) le développement social, avec une attention particulière aussi bien sur l'accès à des services sociaux de qualité, notamment pour les catégories vulnérables, que sur les progrès plus significatifs dans l'amélioration de la condition féminine; iii) la bonne gouvernance; et iv) l'environnement.

À ces quatre grands axes s'ajoutent deux domaines transversaux de coopération. L'un concerne la jeunesse et l'autre porte sur des perspectives prometteuses de collaboration autour de la dynamisation de la coopération sud-sud. Le Bureau de Représentation de l'OMS en Algérie a contribué à l'ensemble des étapes de cette planification commune. Le travail de ce bureau trouve l'entièreté de sa substance dans l'axe du développement social et dans le cadre des domaines transversaux. Il peut être appelé à jouer le rôle de chef de file dans les initiatives santé du CdCS, dans le cadre des groupes de résultats établis pour le suivi de la réalisation des effets attendus du CdCS.

Les activités de coopération de l'OMS avec l'Algérie s'inscrivent également dans le cadre de la transmutation des OMD vers les objectifs de développement durable (ODD), notamment pour ce qui est de l'ODD3 qui vise à « permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être à tout âge ». Le fait notable dans le cadre des ODD porte sur les cibles que ceux-ci visent à atteindre dans le domaine de la santé, y compris, entre autres, la lutte contre les maladies non transmissibles ; la sécurité sanitaire ; la santé de la mère et du nouveau-né ; la lutte contre les transmissibles ; et la couverture sanitaire universelle.

2.5. Résumé de la section 2

Pays à revenu intermédiaire, l'Algérie n'est pas éligible à l'aide publique au développement. Sa coopération bilatérale et multilatérale dans le domaine de la santé est variée. Depuis 2012, le SNU a repris le rythme de croisière de sa coopération avec l'Algérie. Au cours du nouveau cycle de coopération 2016-2020, l'OMS pourra privilégier le développement social et jouer le rôle de chef de file dans les initiatives de coopération des Nations Unies ciblant le secteur de la santé.

SECTION 3
SUIVI ET ÉVALUATION
DE LA COOPÉRATION
DE L'OMS AU COURS DU CYCLE
DE LA SCP PRÉCÉDENTE

L'OMS a apporté son appui à la mise en œuvre des programmes nationaux de santé, notamment à travers: i) le plaidoyer et l'appui technique pour la mise en conformité des normes nationales avec les recommandations mondiales (comme dans le cas du Centre de lutte antituberculeuse (CLAT) ou du RSI) ; ii) la gestion du savoir, sous forme de production de bases factuelles (enquête PAP-FAM en 2002, enquête STEPs sur les facteurs de risque des MNT en 2003, violences à l'égard des femmes en 2005, surveillance de la résistance microbienne aux antibiotiques) ; iii) le renforcement des capacités et la contribution à l'élaboration de stratégies pour améliorer la santé des populations, étant entendu que dans ce cadre, différents cours internationaux ont été organisés sur les thèmes de l'épidémiologie, de l'oncologie, de la pharmacothérapie, de la gestion des ressources humaines et de l'économie sanitaire, tout comme un appui a été apporté au renforcement des capacités du Laboratoire national de Contrôle des Produits pharmaceutiques ainsi que de l'Agence nationale de Documentation en Santé (pour la mise en place du Réseau Santé Algérie) ; et iv) la promotion de la santé, à travers la création de clubs santé pour différentes thématiques : lutte contre le tabagisme, violences chez les jeunes en âge scolaire, entre autres.

Sur le plan budgétaire, les deux plans de travail couvrant la période de la SCP ont mobilisé pour la période 2002-2005 un budget total se chiffrant à US \$5326. Pour la partie nationale, les programmes de santé sont en totalité pris en charge sur les ressources du budget de l'État.

Parmi les facteurs ayant facilité la mise en œuvre de la SCP 2002-2005, l'on pourrait citer la volonté politique et la disponibilité de la partie nationale à toutes les étapes du processus de planification et de mise en œuvre du cadre stratégique objet de l'évaluation ; l'alignement des priorités de l'OMS sur les orientations stratégiques nationales ; et la collaboration fructueuse avec les partenaires (institutions, agences du système des Nations Unies dans le cadre de l'UNDAF, société civile et médias). Les contraintes relevées ont trait essentiellement à la faible capacité d'absorption des ressources allouées, ainsi qu'à l'insuffisance des ressources humaines du Bureau de Représentation pour faciliter la mise en œuvre et le suivi des différents programmes et actions de coopération.

En conclusion, les résultats obtenus dans la mise en œuvre de la SCP 2002-2005 l'ont été grâce à un partenariat dynamique entre l'OMS et les différents acteurs institutionnels ainsi que les ONG. Les domaines méritant d'être renforcés concernent les capacités nationales sur le plan normatif (s'agissant des médicaments biosimilaires, des technologies sanitaires, des infrastructures, de la qualité des soins, de la performance du système de santé, etc.), l'assistance à l'application des dispositions du RSI, l'accompagnement de la mise en œuvre des programmes nationaux de prévention et de lutte contre les maladies (notamment les volets de veille sanitaire et de promotion de la santé) et la coopération Sud-Sud (formation médicale et paramédicale, prévention et lutte contre la maladie).

SECTION 4

AGENDA STRATÉGIQUE DE LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC L'ALGÉRIE

4.1. Note méthodologique

L'agenda stratégique défini dans le présent document est la partie qui guide concrètement le cadre de coopération de l'OMS avec le gouvernement algérien. Il constitue une interface entre les priorités en matière de leadership définies dans le douzième programme général de travail de l'OMS, d'une part, et les priorités sanitaires nationales définies à travers une analyse de situation et des discussions avec les différentes parties prenantes du secteur de la santé et d'autres secteurs, d'autre part. En outre, l'agenda stratégique prend en considération d'autres cadres de coopération, à l'exemple du CdCS.

4.2. Principes et cadre politique régissant le travail de l'OMS aux niveaux des pays

Les principes ainsi que le cadre d'orientation **régissant le travail de l'OMS** au niveau des pays, en sa qualité d'agence de santé mondiale, sont définis dans le douzième programme général de travail, le Plan stratégique **à moyen terme et le document sur les priorités régionales**.

Le travail de l'OMS est facilité par ses avantages comparatifs, à savoir :

- la capacité d'établir des bases factuelles sur les problèmes de santé actuels et émergents ;
- l'aptitude à contribuer au renforcement des capacités ;
- la capacité de répondre à des besoins en évolution constante, sur la base d'une appréciation continue des résultats ; et
- la possibilité de travailler avec d'autres secteurs, organisations et partenaires, afin de garantir un impact sensible sur la santé.

Le cœur du métier de l'OMS inspirera les initiatives du Secrétariat, en plus d'influencer les approches pour atteindre les objectifs stratégiques et de fournir un cadre permettant de garantir la cohérence et les réalisations aux niveaux mondial, régional et national.

4.3. Priorités stratégiques

L'analyse de la situation sanitaire et les consultations menées avec les différentes parties prenantes du secteur de la santé et d'autres secteurs nous ont permis d'identifier les quatre priorités stratégiques qui vont guider les activités à mener par l'OMS et le Gouvernement algérien. Il s'agit des priorités stratégiques suivantes :

- le renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
- le renforcement de la préparation, de l'alerte et de la riposte ;
- l'amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né ; et
- le renforcement du système de santé.

4.4. Principaux domaines d'action et approches stratégiques

PRIORITÉ STRATÉGIQUE 1 : RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES

L'Algérie a réalisé des progrès notables dans la lutte contre les maladies transmissibles. Toutefois, des efforts supplémentaires sont requis pour préserver les acquis et améliorer davantage l'état de santé des populations dans le pays. La collaboration de l'OMS portera sur la fourniture de l'appui technique, notamment la surveillance et l'évaluation des stratégies d'élimination/éradication de maladies transmissibles spécifiques. Pour ce qui est des maladies non transmissibles, l'appui de l'OMS sera fourni dans le cadre de la mise en œuvre et du suivi du « *Plan stratégique multisectoriel national de lutte intégrée contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles pour la*

période 2014-2018 ». À cet effet, l'OMS appuiera les efforts du Gouvernement, à travers le soutien aux activités de promotion de la santé dans le cadre de la mise en œuvre des programmes de promotion d'une alimentation saine, de l'activité physique et de la pratique du sport, ainsi que de la mobilité active et de la lutte contre le tabagisme.

MALADIES TRANSMISSIBLES :

Domaine d'action 1. Soutenir la consolidation et le renforcement de la prévention des maladies transmissibles prévalentes (zoonoses) :

Approche stratégique 1 : fournir un appui technique pour le renforcement des capacités de lutte contre les maladies transmissibles prévalentes (zoonoses).

Approche stratégique 2 : fournir un appui technique dans le cadre du processus d'élimination de certaines maladies spécifiques (poliomyélite, trachome, paludisme et bilharziose).

Domaine d'action 2. Soutenir le renforcement du système de veille épidémiologique adapté au contexte local :

Approche stratégique 1 : fournir un appui technique en vue d'améliorer le système de surveillance et de veille épidémiologique, en particulier dans le sud du pays.

MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Domaine d'action 1. Soutenir le renforcement de la promotion de la santé

Approche stratégique 1 : fournir un appui technique en vue du renforcement du programme national pour l'alimentation saine, l'exercice physique, la pratique du sport, la mobilité active et la lutte contre le tabagisme.

Approche stratégique 2 : fournir un appui technique en vue du renforcement des capacités de prévention dans les milieux éducatif (scolaire, universitaire, professionnel), carcéral, et de travail, ainsi qu'aux autres segments de la population (petite enfance, adolescents et personnes âgées).

Domaine d'action 2. Soutenir le renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, cancers et maladies respiratoires chroniques)

Approche stratégique 1 : fournir un appui technique pour le renforcement du système de surveillance des maladies non transmissibles ainsi que de la nature des facteurs de risque et de leur poids.

Approche stratégique 2 : fournir un appui technique pour le renforcement des capacités en ressources humaines en vue d'améliorer la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles.

PRIORITÉ STRATÉGIQUE 2 : RENFORCEMENT DE LA PRÉPARATION, DE L'ALERTE ET DE LA RIPOSTE

Domaine d'action 1. Soutenir la mise en œuvre et le suivi du Plan national de préparation, d'alerte et de riposte en cas de menaces sanitaires à potentiel épidémique et d'urgences de santé publique de portée internationale

Approche stratégique 1 : fournir un appui technique pour le renforcement du système de surveillance au niveau des différents points d'entrée.

Approche stratégique 2 : fournir un appui technique pour le renforcement de la collaboration intersectorielle et transfrontalière en vue d'une meilleure réponse aux menaces liées à des événements de santé publique de portée internationale.

Approche stratégique 3 : fournir un appui technique pour assurer la formation des personnels de santé et des personnels d'autres secteurs concernés par le RSI.

PRIORITÉ STRATÉGIQUE 3 : AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA MÈRE, DE L'ENFANT ET DU NOUVEAU-NÉ

Pour ce qui est de la santé maternelle, l'appui de l'OMS aura pour objectif global de pérenniser les acquis et de contribuer à réduire les disparités entre les régions.

Domaine d'action 1. Soutenir le renforcement de la santé maternelle

Approche stratégique 1 : fournir un appui technique dans le cadre de la mise en œuvre et du suivi du Plan national de réduction accélérée de la mortalité maternelle.

Approche stratégique 2 : fournir un appui technique pour le renforcement de l'accès universel à des prestations de qualité tout au long de la grossesse et à l'accouchement.

Domaine d'action 2. Soutenir le renforcement de la santé du nouveau-né et de l'enfant

Approche stratégique 1 : fournir un appui technique en vue d'améliorer la qualité des soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Approche stratégique 2 : fournir un appui technique en vue du renforcement de la protection vaccinale et de l'élargissement de la protection contre d'autres maladies.

PRIORITÉ STRATÉGIQUE 4 : RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le renforcement du système de santé est indispensable pour garantir une mise en œuvre efficace des trois premières priorités stratégiques décrites précédemment. Dans cette perspective, l'appui de l'OMS ciblera essentiellement la qualité de la prestation des services de santé, l'accès aux produits médicaux et aux technologies fondamentales et la valorisation des capacités techniques et managériales des laboratoires nationaux de référence en vue de leur accréditation au regard des normes internationales.

Domaine d'action 1. Soutenir l'amélioration de la qualité des prestations

Approche stratégique 1 : fournir un appui technique pour le renforcement des capacités des ressources humaines.

Approche stratégique 2 : fournir un appui technique pour la définition de stratégies de financement appropriées et le renforcement des capacités de financement aux niveaux national et local.

Approche stratégique 3 : fournir un appui technique pour la valorisation des capacités des laboratoires nationaux de référence en vue de leur accréditation au regard des normes internationales.

Domaine d'action 2. Soutenir l'accès aux produits médicaux de base et aux technologies essentielles

Approche stratégique 1 : soutenir la mise en place d'une politique de production de médicaments génériques.

Approche stratégique 2 : soutenir la mise en œuvre d'une stratégie visant à améliorer l'accès aux produits médicaux de base et aux technologies essentielles.

Domaine d'action 3. Soutenir le renforcement du système national d'information sanitaire

Approche stratégique 1 : contribuer à la mise en place du système intégré de surveillance des maladies.

Approche stratégique 2 : fournir un appui technique pour l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de cybersanté.

Approche stratégique 3 : fournir un appui technique pour optimiser l'utilisation des technologies de l'information et de communication (dossier médical électronique et gestion informatisée des médicaments).

4.5. Validation des priorités de la Stratégie de Coopération avec le Pays (SCP) avec les priorités du Cadre de Coopération stratégique (CdCS) 2016-2020

La SCP est alignée sur les priorités stratégiques définies dans le document du CdCS.

Tableau 7. Domaines d'action de la SCP et priorités correspondantes du Cadre de Coopération stratégique (CdCS)

Priorités stratégiques de la SCP	Domaines d'action de la SCP	Priorités stratégiques du CdCS			
		Diversification économique	Développement social	Environnement	Bonne gouvernance
Priorité stratégique 1	MT		✓*		
	MNT		✓		
Priorité stratégique 2	Santé de la mère		✓		
	Santé de l'enfant et du nouveau-né		✓		
Priorité stratégique 3	Surveillance, alerte et réponse				
Priorité stratégique 4	Accès aux médicaments		✓		
	Production de médicaments génériques	✓			

Note explicative : Le tableau présente une vue d'ensemble du croisement des priorités arrêtées dans le CdCS et celles identifiées comme telles dans le document de la SCP. À titre d'exemple, la priorité stratégique « développement social » du CdCS correspond aux priorités stratégiques 1, 2 et 4 de la SCP.

* Ceci indique les domaines d'action retenus dans les différentes priorités stratégiques.

4.6. Validation des priorités de la SCP au regard des priorités du 12^e programme général de travail (PGT) de l'OMS

Tableau 8. Domaines d'action de la SCP et les six priorités de leadership correspondantes du 12^e PGT de l'OMS

Priorités stratégiques de la SCP	Domaines d'action de la SCP	Priorités du PGT					
		1	2	3	4	5	6
Priorité stratégique 1	MT	✓ *	✓			✓	
	MNT			✓	✓	✓	
Priorité stratégique 2	Santé de la mère						✓
	Santé de l'enfant et du nouveau-né						✓
Priorité stratégique 3	Surveillance et alerte et riposte					✓	
Priorité stratégique 4	Accès aux médicaments			✓			
	Production médicaments génériques			✓			

Note explicative : le tableau présente une vue d'ensemble du croisement des priorités arrêtées dans le 12^e programme général de travail de l'OMS et celles identifiées comme telles dans le document de la SCP. À titre d'exemple, la priorité stratégique 5 du PGT correspond aux priorités stratégiques 1 et 3 de la SCP.

*Ceci indique les domaines d'action retenus dans les différentes priorités stratégiques.
 Priorités de leadership du 12^e PGT de l'OMS : 1) couverture sanitaire universelle ; 2) Règlement sanitaire international ; 3) accès aux produits médicaux ; 4) déterminants sociaux, économiques et environnementaux ; 5) maladies non transmissibles ; et 6) OMD relatifs à la santé.

SECTION 5
MISE EN ŒUVRE DU
PROGRAMME STRATÉGIQUE :
IMPLICATIONS POUR LE
SECRÉTARIAT DE L'OMS

La mise en œuvre de la stratégie de l'OMS se fera dans le cadre de son mandat et de ses fonctions institutionnelles. À cette fin, le renforcement de son rôle de leadership et de conseiller dans le domaine de la santé devrait se faire dans le cadre d'une action concertée et harmonisée avec les autres partenaires intervenant dans le domaine de la santé.

Le changement des priorités sanitaires et le changement du contexte à la fois de l'Algérie et de l'OMS ont des impacts sur le rôle de l'OMS et de sa présence dans le pays, y compris les effectifs du Bureau de Représentation dans le pays, le soutien des autres niveaux de l'Organisation et l'allocation des ressources pour soutenir les activités du Bureau de Représentation.

La mise en œuvre de l'agenda stratégique se concrétisera par l'action conjointe de l'Organisation mondiale de la Santé et du gouvernement algérien pour la période 2016-2019. Les implications des changements et de la mise en œuvre sur les différents niveaux de l'Organisation se présentent comme suit :

5.1. Implications pour le Bureau de Pays

5.1.1. planification/budgétisation

La nature et le nombre des activités à mettre en œuvre au cours des trois prochains exercices biennaux dépendront des principaux domaines d'intervention du document de SCP pour l'Algérie. L'allocation des fonds se fera en fonction des priorités définies et de l'importance accordée à chacun des domaines d'action retenus.

5.1.2. Organisation et renforcement des capacités du Bureau de Représentation de l'OMS dans le pays

L'action la plus notable du Bureau de Représentation sera de renforcer l'équipe de l'OMS dans le pays, afin de se doter d'un pool d'expertise technique à mettre à la disposition des partenaires intervenant dans le secteur de la santé, notamment le Ministère de la Santé.

Le Bureau de Représentation en Algérie continue de jouer son rôle de chef de file, à travers un engagement actif avec d'autres partenaires au développement. À cet égard, il importe de s'assurer que le personnel du Bureau de Représentation en Algérie possède les compétences nécessaires dans les domaines de la communication, du plaidoyer, du conseil et de la mobilisation des ressources.

5.1.3. Adaptation des locaux aux nouvelles fonctions

Le Bureau de Représentation en Algérie devra se conformer aux nouvelles exigences en matière de gestion de l'OMS, en se dotant de matériels informatiques et de sécurité. De nouveaux locaux sont en cours d'aménagement pour pouvoir accueillir toute l'équipe et lui permettre d'accomplir son travail dans des conditions répondant aux normes internationales. L'acquisition d'un groupe électrogène permettra d'éviter les impacts sur les activités du Bureau liés aux coupures d'électricité.

5.1.4. Information, communication et documentation

En ce qui concerne ce volet, il s'agira d'enrichir le site web déjà fonctionnel et de continuer la diffusion des bulletins d'information du Bureau de Représentation qui ont été lancés en 2014. Un centre de documentation et d'information sera opérationnel dès le début de l'année 2016.

5.2. Implications pour le niveau interpays

Le rôle des Bureaux interpays créés en 2007 est d'assurer un appui de proximité aux différents pays de la région africaine. Pour ce qui est de l'équipe interpays basée à Ouagadougou, dont dépend le Bureau de Représentation de l'OMS en Algérie, elle est d'un grand apport pour la mise en

œuvre de l'actuelle SCP. La mobilisation de l'expertise et des ressources financières extrabudgétaires relève ainsi des missions de cette équipe. L'amélioration de la qualité de la mise en œuvre de la SCP dépendra également de la qualité de l'appui technique apporté, y compris les délais de réponse aux requêtes transmises par l'Algérie.

Le rôle de l'équipe interpays sera par ailleurs de faciliter la mobilisation de l'expertise technique aux niveaux de la Région et du Siège, en jouant ainsi un rôle de coordination entre ces deux niveaux (Région et Siège) et le niveau du pays.

5.3. Implications pour le Bureau régional

Le Bureau de Représentation en Algérie entend bénéficier d'un appui technique substantiel du Bureau régional pour lui permettre de répondre d'une manière efficace aux requêtes émanant du gouvernement. Un tel appui sera renforcé dans le cadre de la SCP, à la faveur du changement du statut du Bureau de Représentation de l'OMS en Algérie pour passer d'un bureau de liaison à un Bureau de Représentation. Le Bureau régional devrait faciliter le réseautage entre les institutions sanitaires algériennes, les experts et les partenaires aux niveaux régional et mondial.

5.4. Implications pour le Siège

Le lancement de la SCP en Algérie sera une occasion pour le Siège d'améliorer son appui à la recherche d'expertise et à la réduction des délais de réponse aux besoins exprimés par le Bureau de Représentation dans le pays. Le rôle du Siège est de fournir l'appui nécessaire lorsqu'un tel appui ne peut être fourni par le niveau interpays ou régional.

Le Siège et le Bureau régional sont tenus de mettre à la disposition du Bureau de Représentation dans le pays des versions en langue arabe et française des documents techniques, afin de permettre une meilleure diffusion de l'information aux différents partenaires intervenant dans le domaine de la santé.

Comme lors de toute mise en œuvre d'une stratégie, des mesures additionnelles non initialement prévues sont à prendre dans le processus, et le Siège devra dans ce sens intervenir et fournir l'appui technique et financier nécessaire pour mettre en œuvre de telles activités additionnelles et s'adapter à la nouvelle donne.

L'Algérie possède également une expertise technique de qualité dans le domaine de la santé, expertise qui pourrait être utilisée par l'Organisation dans sa stratégie de renforcement des capacités des autres pays.

Le Siège apporte déjà un appui technique, notamment pour ce qui est des experts dans des domaines pointus, en plus de faciliter les partenariats à travers le réseautage à l'intérieur du pays et aux niveaux régional et mondial.

5.5. Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation de la SCP se feront à travers l'évaluation des plans de travail biennaux et, ce, au regard des résultats attendus et des objectifs nationaux, régionaux et mondiaux. Un tel suivi sera conduit conformément aux procédures déjà en vigueur à l'OMS.

La première évaluation se fera à l'interne dans un intervalle de six mois, tandis que la revue annuelle à mi-parcours sera conduite conjointement avec le MSPRH et les autres partenaires. C'est cette évaluation qui permettra au Bureau de Représentation dans le pays de déceler à temps les obstacles et les risques potentiels entravant la réalisation des objectifs et l'obtention des résultats. Une telle évaluation permettra de prendre en temps voulu les mesures correctrices nécessaires

pour réorienter les initiatives visant à parvenir aux résultats escomptés. L'évaluation du Plan biennal se fera à la fin de la période biennale. L'objectif de l'évaluation à ce niveau sera de s'assurer que l'Organisation appuie la mise en œuvre des plans d'action visant l'atteinte des objectifs fixés. Une évaluation de la SCP est prévue en 2019.

Le déploiement du Système mondial de gestion (GSM) dans toute l'Organisation permet un suivi dynamique de la consommation du budget et du degré d'obtention des résultats au niveau du Bureau de Représentation en Algérie, facilitant ainsi l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience de ce bureau.

Les audits internes à conduire par le Bureau régional seront bénéfiques pour le Bureau de Représentation en Algérie, dans la mesure où ils permettent de déceler les insuffisances et de prendre les mesures nécessaires pour réorienter, si nécessaire, les actions envisagées.

Conclusion

Avec la promotion du Bureau de l'OMS en Algérie pour passer du statut d'un bureau de liaison à celui d'un bureau de représentation, le rôle de l'OMS dans ce pays devra être revu au regard de ces changements, dans la mesure où il s'agit d'un nouvel élan imprimé pour la présence de l'OMS en Algérie. Les défis sanitaires auxquels fait face l'Algérie, notamment à la suite de la double transition épidémiologique et démographique, exigeront des réponses bien réfléchies et bien mises en œuvre dans une perspective stratégique et multisectorielle.

L'élaboration et la mise en œuvre de la SCP pour l'Algérie, après une pause de plus de dix ans, sera d'un grand apport à la fois pour le Bureau de Représentation dans ce pays, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et le Siège de l'OMS. La SCP devrait favoriser une vision stratégique de la coopération entre l'OMS et le Gouvernement algérien en vue de répondre aux besoins sanitaires et de relever les défis qui se posent dans le pays.

Dans le cadre de son mandat institutionnel, de ses missions et de ses priorités en matière de leadership, l'OMS œuvre aux côtés du Gouvernement algérien et des autres partenaires intervenant dans le domaine de la santé à la concrétisation, sur le terrain, des interventions ciblant les priorités stratégiques définies dans le présent document.

Dans ce sens, la conduite des activités et l'obtention des résultats seront une préoccupation commune à tous les niveaux de l'Organisation. L'élaboration, la mise en œuvre, les adaptations éventuelles et le suivi/évaluation des plans de travail biennaux s'inscriront ainsi dans ce cadre.

La mise en œuvre de la SCP devra se faire d'une manière concertée et harmonisée avec les agences des Nations Unies, conformément au CdCS, ainsi qu'avec les autres partenaires au développement. Dans cette perspective, le Mécanisme de l'Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA) est un facteur de prime importance du succès de la mise en œuvre du CdCS.

ANNEXES

Annexe 1. Liste des personnes rencontrées et des institutions qu'elles représentent

Nom	Prénom	Fonction	Institution
M. Rezgui	Ali	Chef de cabinet	Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)
M. Bencherif	Mohamed El Amine	Directeur général	Direction Générale des Relations Économiques et de Coopération Internationale
M ^{me} Hendel	Selma Malika	Sous-directrice du développement social	Direction Générale des Affaires Politiques et de la Sécurité Internationale, Ministère des Affaires Étrangères
Pr Mesbah	Smail	Directeur général	Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
Dr Hafed	Hamou	Directeur général	Direction Générale de la Pharmacie et des Equipements de Santé, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
Pr L'hadj	Mohamed	Directeur général	Direction Générale des Services de Santé, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
M. Kessis	Hamid	Directeur général	Agence Nationale de Documentation sur la Santé
M. Bounafa	Lazhar	Directeur général	Agence Nationale de Gestion des Réalisations et d'Équipement des Établissements de Santé, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
Pr Mansouri	Mohamed Bensliman	Directeur général	Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques
Pr Alamir		Directeur général	Centre National de Toxicologie
M ^{me} Amaral	Christina	Coordonnatrice résidente	PNUD
Pr Keita	Bah	Représentant résident	OMS
Dr. Sakani	Ouahiba	Assistante représentante	FNUAP
Dr Haddouche	Badiaa	Chargé de programme	FNUAP
M. Zeddou	Adel	Directeur pays	ONUSIDA
Dr Oubraham	Lylia	Spécialiste de la santé de la nutrition	UNICEF
M. Segarra	Bernard	International Aid/Cooperation Officer Operations	Union Européenne
M. Traore	Boubacar Sidiki	Représentant résident	Banque Africaine de Développement
M ^{me} Benchouk	Saida	Chargée des acquisitions	Banque Africaine de Développement
M. Benbahmed	Tarik	Macroéconomiste	Banque Africaine de Développement

Annexe 2. Algérie : principaux indicateurs

Région de l'OMS	AFRO
Catégorie de revenu ^a	Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure
Population totale (en milliers) (2014) ^b	38 700
Population de moins de quinze ans (%) ^b	28,09
Population de plus de 60 ans (%) ^b	8,33
Espérance de vie à la naissance (2012) ^c	Totale= 72 ans H= 70 F=73
Mortalité néonatale (‰ naissances vivantes) ^d	14
Mortalité infantile (‰ naissances vivantes)(2013) ^b	22,4
Mortalité maternelle p. 100 mille naissances vivantes (2013) ^d	66,9
Couverture en vaccination DTP3 à un an (%) ^d	92
Accouchements assistés (%) ^d	98,6
Densité de médecins généralistes et spécialistes ^d	1 généraliste pour 1 270 habitants
Densité de médecins spécialistes ^d	1 spécialiste pour 1 780 habitants
Densité de paramédicaux ^d	1 paramédical pour 340 habitants
Dépenses totales de santé (en % du PIB) ^a	5,2
Budget public de santé (en % du budget public total) ^a	9,8
Dépenses privées de santé (% des dép. totales de santé) ^a	15,9
Taux d'alphabétisation des adultes (plus de quinze ans) (%)	73=
Population raccordée au réseau d'eau potable (%) ^d	95
Population raccordée au réseau d'assainissement (%) ^d	87
Taux de pauvreté à 1,25 USD du PPP (% pop) en 2013 ^a	6,8 (estimation)
IDH (rang et valeur, 2013) ^e	93/187 pays Valeur= 0,717
Indice sexospécifique de développement humain (rang, 2013)*	129/187 pays

a . Banque mondiale; b. ONS; c. OMS (Observatoire mondial de la Santé); d. MSPRH; e. PNUD.

Références bibliographiques

- 1 - Données du PNUD, consultables sur <http://hdr.undp.org/fr/content/table-2-human-development-index-trends-1980-2013>
- 2 - PNUD- Rapport sur le développement humain 2010- La vraie richesse des nations : Les chemins du développement humain, page 35
- 3 - Rapport du FMI : Évaluation de la stabilité du secteur financier, 9 janvier 2014 - <http://www.imf.org/external/french/pubs/ft/scr/2014/cr14161f.pdf>
- 4 - Banque mondiale, mars 2014, <http://www.banquemondiale.org/fr/country/algeria/overview>
- 5 - Rapport sur l'impact de la chute du cours du pétrole sur l'économie algérienne : (<http://www.reflexiondz.net/L-IMPACT-DE-LA-CHUTE-DU-COURS-DU-PETROLE-SUR-L-ECONOMIE-ALGERIENNE>).
- 6 - Bulletins de l'ONS de 2013 et 2014 et 2015 : <http://www.ons.dz/-Demographie-.html>
- 7 - Système des Nations Unies en Algérie- Cadre commun d'analyse situationnelle- Novembre 2014
- 8 - UNICEF- Profil des disparités des enfants, des mères, des adolescents et des jeunes en Algérie- Préparé par Dr Nacer-Eddine Hammouda, Juin 2014.
- 9 - ONS- Activité, emploi et chômage en septembre 2014 – Bulletin n° 683 http://www.ons.dz/IMG/pdf/Donnee_Stat_Emploi_Septembre_2014_Bonne-2.pdf
- 10 - Statistiques données par l'UNICEF pour la période 2008-2012.
- 11 - Alain Mingat- Eléments d'un regard comparatif international sur le système éducatif algérien- Educ-recherche n°8/2014, accessible en ligne : <http://www.inre-dz.org>
- 12 - Global Gender Gap, 2013, http://www3.weforum.org/docs/GGGR13/GGGR_CountryProfiles_2013.pdf
- 13 - http://www.ons.dz/IMG/pdf/PUBLICATION_EMPLOI_2013_final.pdf
- 14 - CEDAW: Compte rendu de la situation des pays par rapport à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes", <http://www.euromedgenderequality.org/image.php?id=522>
- 15 - Annuaire- Femmes en chiffres 2013» <http://www.ciddef-dz.com/pdf/autres-publications/annuaire2013.pdf>
- 16 - Rapport de l'OMS. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85242/1/WHO_RHR_HRP_13.06_fre.pdf
- 17 - <http://www.worldlifeexpectancy.com/algeria-road-traffic-accidents>
- 18 - UNICEF- Profil des disparités des enfants, des mères, des adolescents et des jeunes en Algérie- Préparé par le Dr Nacer-eddine Hammouda, Juin 2014.
- 19 - Suivi de la situation des enfants et des femmes : Enquête par Grappes à Indicateurs multiples (MICS) 2010-2013 (Algérie 2015).
- 20 - Stratégie nationale d'aide au sevrage tabagique : MSPRH 2015.
- 21 - Stratégie nationale d'aide au sevrage tabagique : MSPRH 2015.
- 22 - Stratégie national d'aide au sevrage tabagique : MSPRH 2015.
- 23 - ONS - Armature urbaine- Collections statistiques 163/2011 - [http://www.ons.dz/IMG/armature2008-%20FINAL\(1\).pdf](http://www.ons.dz/IMG/armature2008-%20FINAL(1).pdf)
- 24 - M. Mozas et A. Ghosn, Etat des lieux du secteur de l'eau en Algérie- Etudes et Analyses IPEMED, octobre 2013. <http://www.econostrum.info/attachment/525522/>
- 25 - Kerbachi R. , Belhout D., Sahnoune F., Kerchich Y., Boughedaoui M., Talbi H. Air pollution in Algiers- Abstract. 2003. <https://www.waset.org/abstracts/14045>
- 26 - Kerbachi R et coll. Pollution par les particules fines dans l'agglomération d'Alger- Communication au Colloque international sur l'environnement et les transports dans des contextes différents, Ghardaïa, Algérie, 16-18 fév. 2009. Actes, Ecole nationale polytechnique, éditions, Alger, p. 31-40. <http://www.inrets.fr/ur/te/lesseminaires/ghardaia09/pdf/Kerbachi.pdf>

- 27 - Décret présidentiel 13-293 du 04 août 2013 portant publication du Règlement sanitaire international (2005) adopté à Genève, le 23 mai 2005.
- 28 - Algeria 2014 Crime and Safety Report- <https://www.osac.gov/pages/ContentReportDetails.aspx?cid=15067>
- 29 - Boulkaïbet A. La question du risque industriel et le développement durable en Algérie- Cas de la wilaya de skikda – Mémoire de Magister en aménagement du territoire) 2011
- 30 - C. Murray & A.D.Lopez -Evidence-based health policy- Lessons from the global burden of disease-Science, vol 274, nov 1996.
- 31 - Enquête nationale de santé : Projet de recherche sur la transition épidémiologique et son impact sur la santé dans les pays nord africains [TAHINA].
- 32 - Rapport d'activité sur la riposte nationale au VIH/sida en Algérie: 2014, MSPRH.
- 33 - Rapport d'activité sur la riposte nationale au VIH/sida, 2014.
- 34 - Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013- Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1
- 35 - UNFPA « Questions and answers on the Estimation of Maternal Mortality: an updated technical note », Ralph Hakkert, 09 sept 2010.
- 36 - Plan national de réduction accélérée de la mortalité maternelle 2015-2019.
- 37 - Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2012-2013.
- 38 - Office National des statistiques, Démographie Algérienne 2013 ; bulletin n° 658 http://www.ons.dz/IMG/pdf/demographie_algerienne2013.pdf
- 39 - Groupe inter-agences des Nations Unies (Banque mondiale, OMS, UNICEF, UN DESA Division Population); www.childmortality.org
- 40 - <http://www.premier-ministre.gov.dz/media/PDF/sellal/planaction2014fr.pdf>
- 41 - Loi 85-05 relative à la législation sur la promotion et la protection de la santé.
- 42 - Les Notes IPEMED, les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie: Défis nationaux et enjeux partagés - Farid Chaoui, Michel Legros. <http://www.ipemed.coop/fr/publications-r17/les-notes-ipemed-c48/> avril 2012 -
- 43 - Décret exécutif N° 99-236 du 19 octobre 1999 fixant les modalités d'application des dispositions de l'article 201 de la loi 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé.
- 44 - Dispositif prévu dans le projet de loi sanitaire soumis à l'Assemblée nationale.
- 45 - Banque mondiale : « Statistiques de santé, nutrition et population », dernière mise à jour le 26 septembre 2014, chiffres arrondis à la décimale supérieure. [http://databank.worldbank.org/data/views/variable-selection/selectvariables.aspx?source=health-nutrition-and-population-statistics\(Endnotes\)](http://databank.worldbank.org/data/views/variable-selection/selectvariables.aspx?source=health-nutrition-and-population-statistics(Endnotes))
- 46 - Zine Barka & Tarik Sahli: Protection sociale et système de retraite en Algérie. 33^{ème} Conférence mondiale du Conseil international d'Assurance sociale, Tours(France), 30 juin-4 juillet 2008 – http://www.icsw.org/doc/0047_2f_Barka-Salhi_Fr_Full.doc
- 47 - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale. Présentation du système de sécurité sociale algérien. Document 2010 http://conselho.saude.gov.br/cm/docs/presentation_securite_sociale_algerie.pdf
- 48 - CNPM : <http://www.cnpm.org.dz>
- 49 - Annuaire statistique du MSPRH de 2011.
- 50 - OMS, Région africaine- Mission d'appui technique à la création de centres d'excellence, 25 juin-3 juillet 2014- Rapport de mission par D' Ali Ahmed Yahaya et D' Jean Bosco Ndiokubwayo.

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.