

N° D'ordre

UNIVERSITE D'ALGER

INSTITUT NATIONAL D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

EN SCIENCES MEDICALES

« »

DEPARTEMENT DE MEDECINE



THESE

POUR LE DOCTORAT EN SCIENCES MEDICALES

ORGANISATION DES SOINS DE SANTE
PRIMAIRES AU SECTEUR
SANITAIRE ET UNIVERSITAIRE
DE CHERAGA

Soutenue par :

Mme le Docteur BENHABYLES née CHAÏB Badia

Maître Assitant en Médecine sociale

Directeur de thèse

Professeur D. MAMMERI

Alger, le 1986

A la mémoire de mon oncle
EL-Hadj Mohamed BALAHOUANE
et à la mémoire de sa femme
ma tante Fifi CHAIB.



P L A N D E T A I L L E

INTRODUCTION.....	12
CONCEPTION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET APPROCHE A TRAVERS LE MONDE.....	17
PROBLEMATIQUE.....	45
METHODOLOGIE.....	46
LE SYSTEME DE SANTE EN ALGERIE.....	49
I. La Politique de Santé en Algérie.....	49
I. Evolution.....	50
1.1. Etape 1954 - 1962.....	50
1.2. Etape 1962 - 1973.....	51
1.2.1. : 1962.....	51
1.2.2. : 1963.....	52
1.2.3. : 1966.....	52
1.2.4. : 1967.....	53
1.2.5. : 1969.....	53
1.2.6. : 1971.....	54
1.2.7. : 1973.....	54

1.3. Etape 1974 - à nos jours.....	55
1.3.1 : 1974.....	55
1.3.2 : 1975.....	55
1.3.3 : 1976.....	56
1.3.4 : 1977.....	58
1.3.5 : 1980.....	59
1.3.6 : 1981.....	60
II. Organisation de l'Administration Sanitaire.....	61
1. Au Niveau Central.....	61
1.1 : l'Administration Centrale.....	61
1.2 : Les Grandes Institutions.....	61
1.2.1 : Institut National de Santé Publique...	62
1.2.2 : Institut Pasteur d'Alger.....	62
1.2.3 : La Pharmacie Centrale Algérienne.....	62
2. Au Niveau de la Wilaya.....	63
2.1. Organisation de la Direction de la Santé	
de la Wilaya.....	63
2.2. Le rôle de la Direction de la	
Santé de Wilaya.....	63

3. Au Niveau de la Daira.....	63
3.1. : Définition et Composition du Secteur	
Sanitaire.....	64
3.2. : Organisation Administrative.....	64
3.2.1. : L'Administration du Secteur Sanitaire.....	64
3.2.2. : Le Conseil Médical.....	65
3.2.3. : Le Conseil de Direction.....	65
3.2.4. : Le Service de Prévention	65
3.3. : Organisation Financière.....	68
3.3.1. : Execution et Controle du Budget.....	68
III. La Formation.....	70
1. La Formation Médicale.....	70
2. La Formation Para-Médicale.....	71
2.1. Techniciens Supérieurs et Techniciens de la Santé...	71
2.2. Agents Techniques de la Santé.....	71
IV. La Participation Communautaire.....	73
1. Loi 81-09 du 4 Juillet 1981.....	73

.../...

2. Décret N° 81-374 du 26 décembre 1981.....	74
V. Les ressources de la santé.....	79
1. Ressources financières.....	79
2. Ressources humaines.....	79
3. Ressources matérielles.....	80
LE SECTEUR SANITAIRE ET UNIVERSITAIRE DE CHERAGA.....	81
I. Aspect géographique et administratif.....	82
1. Limites géographiques.....	82
2. Climat.....	82
3. Découpage administratif.....	82
II. Aspect socio-économique.....	84
1. Habitat.....	84
2. Electrification.....	84
3. Eau et Salubrité.....	87
3.1. : Eau potable.....	87
3.1.1. Commune de Chéraga.....	87
3.1.2. Commune de Ain-Benian.....	87
3.1.3. Commune de Staouéli.....	87
3.1.4. Commune de Zéralda.....	87
3.1.5. Commune de Draria.....	89

.../...

3.2. Evacuation des eaux usées.....	89
3.2.1. Domestiques.....	89
3.2.2. Industrielles.....	91
3.3. Les dechets solides.....	91
4. Les industries.....	91
4.1. Industrie de production nationale.....	93
4.1.1. Industrie de materiaux de construction.....	93
4.1.2. Industrie alimentaire.....	93
4.1.3. Industrie manufacturière.....	93
4.1.4. Industrie chimique.....	93
4.1.5. Industrie electrique.....	93
4.1.6. Autres.....	94
4.2. Production locale.....	94
4.2.1. Matériaux de construction.....	94
4.2.2. Industrie du bois.....	94
5. Emploi.....	94
6. Education, Protection Sociale, Culte et Organisation de Masse.....	97
6.1. Education.....	97
6.2. Protection Sociale.....	97
6.3. Culte.....	97
6.4. Organisation de Masse.....	97

7. Alphabétisation.....	101
8. Moyens de transport.....	101
III. Aspect démographique.....	103
1. Population de la Daïra.....	103
1.1. Par commune.....	103
1.2. Par âge et par commune.....	103
1.3. Par âge, sexe et commune.....	103
2. Naissances da la Daïra.....	103
3. Situation matrimoniale des femmes.....	104
IV. Développement des ressources sanitaires.....	109
1. Budget et dépense.....	109
1.1. Dépense du secteur en 1985.....	110
1.2. Dépenses effectuées pour les Unités de Soins de base en 1985.....	110
2. Personnels.....	111
2.1. Le personnel médical.....	111
2.2. Le personnel para-médical.....	111
2.3. Le personnel des Unités de Soins de Base.....	111
2.3.1. A temps plein.....	111
2.3.2. A temps partiel.....	111
2.4. Le personnel du Service de Prévention.....	113
3. Les instrallations sanitaires.....	117
3.1. L'Hôpital.....	117
3.2. Les Unités de Soins de Base.....	117

4. Matériel et fourniture.....	120
4.1. Matériel dentaire.....	120
4.2. Matériel de biologie.....	120
4.3. Matériel de radiologie.....	123
4.4. Matériel de gynécologie et d'obstétrique.....	123
4.5. Matériel d'ophtalmologie.....	123
4.6. Matériel de petite chirurgie.....	123
4.7. Matériel courant.....	124
4.8. Moyens de communication.....	124
4.9. Médicaments, vaccins et sérums.....	124
5. Connaissances.....	125
5.1. Personnel médical.....	125
5.2. Personnel para-médical.....	125
6. Secteur Para-Public et Privé.....	125
6.1. Secteur Para-Public.....	125
6.2. Secteur Privé.....	125
V. Organisation des ressources.....	130
1. Le personnel.....	130
2. Les Unités Sanitaires.....	130
3. Matériel, fournitures et médicaments.....	131
4. Schéma d'organisation.....	132
VI. Les prestations de soins.....	134
1 Les soins de 1er recours.....	134

1.1. Prise en charge des enfants.....	134
1.1.1. La captation des naissances.....	134
1.1.2. Les visites systématiques périodiques.....	135
1.1.3. L'immunisation et la lutte contre le rachitisme.....	135
1.1.4. Les consultations et lutte contre la diarrhée.....	136
1.1.5. Evaluation.....	136
1.1.6. Résultats.....	136
1.2. Prise en charge des enfants en milieu scolaire....	137
1.2.1. Les tâches.....	137
1.2.2. L'évaluation.....	138
1.2.3. Les résultats.....	138
1.3. La prise en charge des adultes.....	141
1.3.1. Le tout venant.....	141
1.3.2. Malades diabétiques et hypertendus.....	141
1.3.3. La stomatologie.....	141
1.3.4. La protection maternelle et l'espacement des naissances.....	141
1.3.5. L'évaluation.....	141
1.4. La lutte anti-tuberculeuse.....	141
1.5. Soins, examens complémentaires et médicaments.....	141
1.6. Actions d'assainissement et d'épidémiologie.....	142
1.7. Les accouchements.....	143
A.8. Activités pendant les permanences.....	143

1.9. Les résultats.....	143
2. Les soins de 2e et 3e recours.....	149
VII. Les indicateurs de santé.....	150
1. Indicateur de mortalité.....	150
1.1. Mortalité infantile.....	150
1.2. Mortalité de 0 à 15 ans.....	150
1.3. Mortalité des enfants en âge scolaire.....	150
1.4. Mortalité maternelle.....	151
2. Morbidité.....	151
2.1. Malnutrition et retards de croissance.....	151
2.2. Hématuries en milieu scolaire.....	151
2.3. Accidents chez les enfants de moins de 15 ans.....	152
2.4. Hypertension et diabète chez les adultes.....	152
3. Indicateurs de la demande en soins.....	152
3.1. Consultations.....	152
3.2. Médicaments.....	152
VIII. Participation communautaire.....	154
ANALYSE - OBSTACLES.....	156
1. Analyse.....	157
2. Obstacles à la bonne application des SSP.....	158
2.1. La formation.....	159
2.2. La gestion des unités.....	159
2.3. L'évaluation des activités.....	160
2.4. La participation communautaire.....	160

STRATEGIE.....	161
1. Paricipation communautaire.....	162
2. Optimalisation des moyens humains.....	162
3. Optimalisation des moyens matériels.....	163
4. Optimalisation technique.....	163
4.1. Le système d'information.....	164
4.2. La formation.....	164
5. Propositions spécifiques.....	164
6. Modèle de programme.....	165
CONCLUSION.....	167
ANNEXES.....	170
- Les soins de santé primaires.....	171
- Les résolutions sur la santé adoptées par le comité central du FLN 1980.....	187
- Gestion des projets sanitaires.....	195
- Les composantes d'un système de santé national.....	197
- La nomenclature des médicaments.....	200
- Fiches du CCE.....	206
BIBLIOGRAPHIE.....	211

ABREVIATIONS

A.P.C.	: Assemblée Populaire Communale.
C.C.E	: Centre de Coordination de l'enfant.
D.A.T	: Dispensaire Anti-Tuberculeux
D.S.P.R	: Direction des Soins de Premiers Recours
D.S.W	: Direction de la Santé de la Wilaya.
F.L.N	: Front de Libération National
F.I.S.E	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.
M.S.P	: Ministère de la Santé Publique.
P.M.I	: Protection Maternelle et Infantile.
R.G.P.H	: Recensement General de la Population et de l'Habitat.
S.S.U	: Secteur Sanitaire et Universitaire.
S.S.P	: Soins de Santé Primaires

- Introduction -

La Conférence Internationale sur les soins de santé Primaires réunie à ALMA-ATA (U.R.S.S), le Douze Septembre MILLE Neuf Cent Soixante Dix Huit, a marqué par ses résolutions une date et un tournant décisif dans l'histoire de la santé Publique.

Une approche nouvelle de la politique de santé va être suscitée de par le monde - (1).

Le constat qui est fait en 1973 par le Conseil exécutif de l'Assemblée Mondiale de la Santé sur la situation mondiale, montre que de nombreux pays ont échoué dans la tentative d'améliorer la santé de la population.

Pendant longtemps, les soins de Santé sont restés axés sur le caractère curatif, preuve en est le développement des hôpitaux face au reste des Unités Sanitaires.

Les progrès réalisés en Médecine l'ont toujours été dans des disciplines spécialisées et à l'aide d'une technologie hautement sophistiquée. (2).

La Médecine pour beaucoup n'a de valeur que si elle est accompagnée de cet arsenal.

L'environnement de l'homme aussi bien géographique que socio-économique et autre n'a pas été pris en considération dans l'engendrement de la maladie, et le Secteur préventif pouvant éviter cette maladie a été longtemps négligé.

Les Dépenses Sanitaires réalisées auprès des services sanitaires ne sont pas en adéquation avec les résultats car les ressources sont inéquitablement réparties et ne permettent pas la " promotion " de la santé puisque les services répondent essentiellement aux besoins d'une médecine curative.

.../...

Prenant conscience de cet état de fait, certains pays ont mené des campagnes de masse en dehors des infrastructures sanitaires principales afin d'étendre leur service à de plus larges secteurs de la population (3).

C'est ainsi qu'en 1965 a été mené le programme de lutte anti-paludique dans notre pays (4) et en 1967 le programme de décentralisation de la lutte antituberculeuse dans les services de santé de base (5).

Cependant ces considérations ont fini par se traduire de façon plus officielle à travers les assemblées mondiales de la santé et en 1977 la trentième assemblée mondiale de la santé a décidé que " le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies devrait être de faire accéder d'ici l'an 2 000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive, " (résolution W.H.A. 3043), objectif ayant pris la forme d'un slogan :

" LA SANTE POUR TOUS D'ICI L'AN 2000 "

Et c'est en 1978 que la conférence internationale sur les soins de santé primaires (6) réunie à ALMA-ATA en URSS. (Annexe 1) déclare dans son article V.

" Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale ".

Cette même conférence a défini les soins de santé primaires comme des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté et le pays.

.../...

Les Soins de Santé primaires font partie intégrante du système de Santé du pays, dont ils constituent le noyau, ainsi que du développement social et économique global de la communauté.

Les Soins de Santé primaires ont pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de Santé de la communauté et revêtent diverses formes : actions de promotion, de prévention, de Soins curatifs et de réadaptation. En tant qu'ils sont un reflet et qu'ils procèdent des conditions économiques et des valeurs sociales du pays et de ses communautés constitutives, ils varieront d'un pays et d'une communauté à l'autre mais ils comprendront au minimum les activités suivantes :

1. Education concernant les problèmes de Santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables.
2. Promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles.
3. Approvisionnement suffisant en eau saine et mesures d'assainissement de base.
4. Protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale.
5. Vaccination contre les grandes maladies infectieuses.
6. Prévention et contrôle des endémies locales.

= Exemples :

- a) Paludisme
- b) Hypertension

.../...

7. Traitement des maladies et lésions courantes

= Exemples :

- a) Maladies diarrhéiques
- b) Accidents domestiques courants

8. Fourniture de Médicaments essentiels.

L'approche sanitaire dans notre pays dès les premières années de l'indépendance s'est faite dans le sens du développement d'un système de santé nationale reposant essentiellement sur une base de soins de santé primaires.

Plusieurs faits en témoignent et le principal est la forte volonté politique exprimée à travers l'instauration de la gratuité des soins en 1974 consacrée dans la CHARTE NATIONALE et la constitution en 1976, les résolutions "Santé" adoptées par la 4e session du comité central du parti F.L.N. (Annexe II) fixant le cadre général dans lequel doit évoluer le système national de santé en Algérie (7 - 8).

Dans ces résolutions, le comité central, considérant que " la valeur d'un système de santé ne s'apprécie pas seulement à la qualité du soin qu'il dispense, mais aussi et surtout à sa capacité de préserver la santé des citoyens en les soustrayant à la maladie et aux nuisances du milieu et en leur procurant les conditions socio-culturelles propices à leur bien être et à leur épanouissement, " décide dans l'article 4 de " s'efforcer en priorité, dans le cadre du plan quinquenal, de développer les soins primaires et de les rapprocher du citoyen, de corriger les disparités qui existent actuellement entre les différentes régions du pays et entre les villes et les campagnes ", et insiste dans l'article 14 sur " les priorités à accorder aux soins de santé primaires dispensés par le réseau sanitaire de base par la création de centres de santé, de polycliniques et autres unités légères ".

CONCEPTION ET APPROCHE DES SOINS
DE SANTE PRIMAIRES A TRAVERS LE
MONDE

Problématique

CONSIDERATIONS ET CHANGEMENT DE CONCEPT :

Le Médecine avec le temps à rassemblé un patrimoine de connaissance et de techniques considérable.

Cependant l'application de ces techniques et de ces connaissances n'a jamais profité à toute la population d'un même pays et encore moins à la population de l'ensemble de la planète.

De nombreuses personnes et plus particulièrement celles habitant les pays en voie de développement continuent de souffrir et de mourir de maladies pouvant être traitées ou mieux pouvant être évitées (9).

Dans cette catégorie de pays, il s'agit d'une façon générale de maladies transmissibles et d'une façon plus particulière de maladies tropicales que des mesures de prévention ou d'assainissement peuvent totalement éradiquer.

Le nombre de personnes atteintes de ces maladies à travers le monde est très appréciable : 200 millions d'individus sont atteints de bilharziose, 400 à 500 millions de trachome, 250 millions de filariose, sans compter que le paludisme menace 40% de la population mondiale (10).

Ces données n'ont cependant pas freiné la course des pays industrialisés vers l'amélioration et le raffinement de la technologie

.../...

C'est ainsi que ces dernières années ont vu naître une technologie hautement sophistiquée et très onéreuse faisant la satisfaction des spécialistes dans la recherche diagnostique.

C'est ainsi aussi que de nombreux moyens de thérapie, aussi bien physiques que chimiques, ont été créés et lancés sur le marché comme une proie à ne pas rater alors que leur résultat est souvent discutable.

Mais du fait de leur spécificité, ces techniques ne peuvent être utilisées et appliquées que par un personnel hautement qualifié évoluant d'une façon générale dans un milieu hospitalier.

Le résultat en est qu'une minorité de la population en bénéficie d'abord parce que le besoin de la population (11) en soins hautement spécialisés représente un faible pourcentage dans la demande et ensuite parce que l'accès à ces services est limité par un coût inabordable pour la majorité de la population.

CONSTAT D'ECHEC :

En fin de compte, l'intervention des services de santé ne répond pas aux aspirations attendues (12).

Elle est loin de promouvoir la santé.

Elle n'est même pas à même d'améliorer la santé de toute la population.

La rationalisation des services de santé est difficile à réaliser tant est forte la pression exercée par la classe de ceux qui sont à l'abri des besoins fondamentaux.

.../...

Mais le plus grave, c'est quand ces systèmes sont importés dans des pays en voie de développement (et c'est toujours le cas).

Ils sont tellement anachroniques que leur rendement ne peut être que faible, voire médiocre.

Comment peut-on imaginer la généralisation de tels systèmes à tout le pays, ou même une application correcte, quand on connaît le retard accumulé par les pays en voie de développement dans le développement économique global par rapport aux pays industrialisés qui sont non seulement mieux natis, mais aussi mieux organisés (12).

Le constat comme le souligne Claire BRISSET (10) ne peut être que la faillite d'un système importé.

Planter des structures curatives lourdes dans des pays où les besoins de base de la population ne sont pas satisfaits à commencer par la nourriture. Planter de tels structures quand l'hygiène et l'assainissement n'existent pas, quand, même l'eau est en quantité et en qualité insuffisante, c'est certainement se soucier peu de sa population et c'est également dépenser beaucoup d'argent pour un petit nombre d'entre elle.

Car dans ces pays les pressions exercées sont très fortes et par les hauts responsables qui se réservent une médecine de pointe et par le corps médical spécialisé qui souvent formé dans les pays industrialisés ne s'adapte pas aux moyens que lui offre son pays.

Pourtant tout le monde sait, et des études épidémiologiques l'ont démontré, que la pauvreté, la promiscuité engendrent de nombreuses maladies et favorisent leur éclosion et leur transmission comme on sait qu'une bonne alimentation et de bonnes conditions d'hygiène,

.../...

qui font d'ailleurs la vitalité des systèmes de santé dans les pays industrialisés empêchent l'apparition de certaines maladies et atténuent les effets d'autres..

La vaccination geste simple et peu coûteux est une arme puissante et rentable, a elle seule, elle pourrait éliminer un bon nombre de maladies invalidantes ou parfois même mortelles.

De tous les enfants qui naissent dans les pays en voie de développement 0,5 % sont condamnés à devenir infirmes à la suite d'une polio myelite, 3 % mourront de la rougeole, 2 % de la coqueluche et 1 % du tétanos néonatal (13).

Le Docteur WILLIAM Foege qui dirige le "groupe de lutte pour la survie des enfants" a déclaré le 31 Mars 1986 à Washington que les décès chaque année de trois millions et demi d'enfants dans le monde pourrait être évités par l'emploi de la vaccination (14).

De nombreux pays ont pris connaissance de la situation et ont élaboré des stratégies nationales pour remédier à cet état de fait, des stratégies adaptées aux possibilités et aux caractéristiques du pays.

Les experts de la santé ont eux-même déclaré l'échec des états devant les tentatives d'améliorer la santé de leur population.

APPROCHE SOINS DE SANTE PRIMAIRES :

Ces considérations, murissant un peu partout, ont fini par se traduire de façon plus officielle dans les assemblées mondiales de la santé, amenant la trentième assemblée qui s'est tenue en 1977 à se fixer comme objectif, de "faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive".

.../...

Ce défi lancé, il devenait nécessaire pour le relever de revoir les systèmes de santé et leurs différentes approches.

Progressivement "l'accent s'est déplacé vers les soins de santé primaires, non pas en tant que solution de rechange économique, mais comme correspondant mieux aux besoins effectifs de promotion de la santé de prévention de la maladie et de source de traitement accessible en cas de maladie " (15).

C'est ainsi qu'en 1978, la Conférence internationale qui s'est tenue à Alma-Ata (6), a déclaré que la clé de l'objectif, la santé pour tous d'ici l'an 2000, se trouvait être dans les soins de santé primaires.

DEFINITION ET COMPOSANTES DES S.S.P.

Les soins de santé primaires tels qu'ils ont été définis par la Conférence d'Alma-Aba représentent une approche valable pour tous les pays du monde aussi bien en voie de développement que développés. Cette approche est née des multiples expériences vécues dans différents pays.

Les soins de santé primaires doivent répondre aux besoins essentiels de la population c'est-à-dire aux besoins immédiats.

Ils sont donc focalisés sur le consommateur (16).

Mais aussi exigent sa pleine participation et ce, aussi bien dans leur planification que leur mise en oeuvre et doivent utiliser aux mieux les ressources disponibles.

Les soins de santé primaires ne sont pas un système à part mais font partie intégrante du système de santé global dont ils représentent le premier contact avec le citoyen.

.../...

C'est dire que la stratégie de planification des soins de santé primaires doit être bien pensée.

STRATEGIE D'ORGANISATION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES :

L'approche soins de santé primaires est d'autant plus difficile qu'il ne s'agit pas de préconiser quelque chose de neuf, mais d'utiliser ce qui existe et de le remodeler en lui donnant l'orientation des soins de santé primaires (17).

Le remodelage et la réorientation d'un système préexistant explique la difficulté voire l'impossibilité de conception d'un modèle unique et universel.

Depuis la Conférence Internationale d'Alma-Ata, l'organisation mondiale de la santé et ses états membres ont travaillé à l'élaboration de stratégies nationales et régionales une stratégie mondiale a été également publiée (18).

Mais ces stratégies ne peuvent que donner des lignes directrices.

Des programmes de recherche doivent être développés dans ce domaine.

L'approche des soins de santé primaires doit être scientifique et doit tenir compte des expériences acquises et de leurs résultats.

OSCAR GISH (19) propose une liste annuelle des données les plus importantes à recueillir dans l'élaboration de plans de santé nationaux qu'il regroupe dans 4 têtes de chapitre :

- Les aspects économiques et financiers
- Les installations
- Le personnel
- Les maladies et aspects démographiques.

.../...

Quoiqu'il en soit l'approche soins de santé primaires va exiger des conditions préalables (17).

- L'engagement de justice sociale et économique.

Il est important que les ressources soient équitablement répartis au sein d'un même pays mais aussi entre les pays.

- La prestation équitable des soins de santé est déterminante dans l'approche soins de santé primaires.

- La volonté politique pas en termes de discours bien que cette étape soit utile mais en termes d'action.

- Les ressources économiques : l'approche des soins de santé primaires va exiger davantage de ressources, ainsi que la réaffectation des ressources existantes.

- L'établissement de politiques et de priorités où la collectivité locale doit jouer un grand rôle, en identifiant les problèmes et en fixant les priorités.

- La législation : celle-ci est indispensable pour l'autorisation de certaines actions.

Un autre aspect à ne pas négliger dans l'approche des soins de santé primaires et qui peut constituer un sérieux obstacle est "l'homme". Le travailleur sanitaire aussi bien médical que paramédical non préparés à cette vision peut la freiner (20).

Souvent le médecin, parce qu'il a reçu une formation classique importée ou parce qu'il a été formé dans un pays développé, reste dépendant de cette formation et accepte mal de s'adapter à la réalité de son pays.

C'est pourquoi la formation va jouer un rôle prépondérant dans cette nouvelle approche.

.../...

Loin d'être des soins au rabais (comme certains penchent à le croire), les soins de santé primaires sont des soins de premier ordre nécessitant une véritable programmation sanitaire basée sur une utilisation différente des ressources existantes.

LES STRATEGIES A TRAVERS LE MONDE :

Si des pays sont restés attachés au système classique d'approche des soins de santé avec les résultats maintenant connus, d'autres ont pris " le taureau par les cornes " et fonction de leurs moyens et de leurs caractéristiques ont élaboré des stratégies nationales ou parfois même locale pour améliorer la santé de la population.

Ces stratégies sont différentes et leur réussite inégale, mais l'intention y est et les échanges d'expérience peuvent les améliorer.

Quelques unes sont basées sur la décentralisation des services de santé d'autres ont mis à profit le potentiel humain pour développer des actions préventives essentiellement d'assainissement et d'hygiène donc sorties totalement des services de santé.

Quelques exemples sont présentés :

Cuba et ses résultats spectaculaires : (21).

L'expérience de Cuba qui a donné des résultats assez spectaculaires est basée sur la notion d'un système national de santé.

.../...

Partis d'un système où la majorité des Cubains et plus particulièrement ceux qui vivent en milieu rural, n'avaient pas accès aux services de santé, car limités par l'argent ou insuffisants en nombre et trop concentrés dans les milieux urbains quand ils étaient publics, ils sont arrivés à permettre l'accès des services de santé à l'ensemble de la population.

Le premier principe qui a permis l'accès est que la santé est vu droit fondamental et que sa responsabilité en incombe à l'état, ce qui s'est traduit par la gratuite des soins.

Le 2e principe est la couverture médico-sanitaire complète de la population sur tout le territoire Cubain, pour réaliser cette couverture une régionalisation des services a été nécessaire avec une décentralisation des programmes.

Des programmes de protection maternelle et infantile, de lutte contre les maladies transmissibles, assainissement et autres sont d'abord menés dans des zones pilotes avant d'être étendus et généralisés à l'ensemble du pays. Dès 1962 de nouvelles écoles de médecine et d'infirmiers étaient créés permettant l'augmentation du nombre de médecins et d'infirmiers.

Parallèlement la disposition des moyens de communication de masse permettait une large diffusion des raisons d'être de chaque activité sanitaire.

La population était mobilisée pour combattre la maladie et sa participation acquise.

.../...

Les comités de défense de la Révolution ont joué un rôle important dans la vaccination de l'ensemble de la population. Grâce à l'organisation de ces comités, une action de masse peut être entreprise en un temps record et sans trop de frais. D'une façon générale, la participation communautaire est encouragée par les organisations de masse.

La programmation des activités et la fixation de normes à atteindre permet l'uniformisation du travail clinique dans l'ensemble du pays mais surtout en assura l'évaluation.

Tout ceci a été soutenu financièrement par les gouvernement qui considère que la santé doit avoir avec l'enseignement la priorité absolue et que leur budget est une charge de premier rang.

Les résultats enregistrés en 10 ans d'expérience rendus fiables par la programmation sont très parlants : le taux de mortalité maternelle a chuté de 1,2% à 0,5%, la mortalité infantile est chiffrée à moins de 28% en 1973 alors qu'au même moment elle est estimée à 120% en Algérie soit 4 fois plus. En 1982 la mortalité infantile est de 17,3% (10) alors qu'elle est estimée à 90% en Algérie.

Cuba sans attendre l'ère d'Alma-Ata et des soins primaires a développé sa stratégie en vue de l'instauration de la santé pour Tous.

L'exemple de Cuba est d'autant plus intéressant qu'il est uniformisé sur tout le pays.

.../...

La République Populaire de CHINE et le Patriotisme (22).

La Chine a adopté comme Cuba un système de planification où la médecine libérale n'a pas place. Dès 1950 un programme est étendu à l'ensemble de la nation reposant sur les principes :

- D'une médecine au service des travailleurs
- D'une médecine préventive
- D'une médecine traditionnelle intégré à la médecine scientifique, chacune tirant profit de l'autre.
- D'une action sanitaire menée avec la participation de la population.

Ce programme a pour objectifs :

1) Une redistribution des ressources sanitaires au bénéfice des plus mal nantis, ne laissant plus place au secteur privé.

2) L'encouragement à l'effort personnel et l'aide mutuelle pour la solution des problèmes de santé.

L'organisation des collectivités , l'éducation sanitaire et les campagnes de masse ont joué un rôle important.

Les actions sanitaires les plus spectaculaires furent les actions menées par la population visant l'élimination des vecteurs de maladies (mouches, moustiques, rats, cafards, punaise), ainsi que la campagne de lutte contre la schistosomiase.

L'éducation sanitaire des populations se faisant carrément sous forme de cours de brève durée permet ainsi à la population de faire certains diagnostics et d'entreprendre des traitements.

.../...

La mobilisation de la population a permis d'éradiquer plusieurs maladies.

Le programme sévère de planification familiale, mené à travers le pays et basé sur le recul de l'âge au mariage et sur la limitation du nombre d'enfants, grâce à la diffusion de l'information par les travailleurs médicaux rouges (ménagères et retraités recrutés pour travailler dans les stations sanitaires) a donné de très bons résultats. En 20 ans le Taux de natalité à baissé de moitié.

3) La formation :

D'un nombre considérable de médecins grâce à la création de nouvelles écoles de médecine et au raccourcissement du cycle d'étude.

D'un grand nombre d'assistants médicaux formés dans des écoles de médecine de niveau intermédiaire.

De nombreux paysans appelés " médecins aux pieds nus " du fait que pendant leurs activités agricoles dans les rizières ils ont les pieds nus. Cette formation leur permet d'assurer des services d'hygiène du milieu, d'éducation sanitaire, de médecine préventive et de dispenser les premiers secours et les soins médicaux primaires.

4) Une politique sanitaire axée plus sur la médecine préventive que sur la médecine curative. (Hygiène du milieu et vaccination).

.../...

5) La sauvegarde de la médecine traditionnelle en utilisant ses praticiens pour la diffusion de la médecine moderne et ceci en faisant travailler côté à côté les praticiens traditionnels et les praticiens modernes.

Les résultats obtenus en Chine si l'on s'entient seulement au taux de mortalité infantile considéré comme l'indicateur de l'état de santé d'une population, on peut dire qu'ils sont excellents en 20 ans. Ce taux est descendu de 150‰ à 9‰ on ne peut peut-être pas les imputer tous au système de santé mais celui-ci a eu certainement une part très importante.

L'expérience de la CHINE basée essentiellement sur la mobilisation humaine où existe tout un mode de vie socio-culturelle et politique semble difficile à reproduire dans d'autres pays.

UNE TENTATIVE INDIENNE LOCALE :

Les 4/5 de la population indienne n'ont pas accès aux services de santé les plus élémentaires (23) - La conception des services de santé reste axée sur les soins curatifs destinée à une classe privilégiée et d'inspiration coloniale.

Pour BANERJEE (23), " l'élaboration d'une conception nouvelle du système de santé est essentiellement une affaire politique ".

Cet aspect n'a pourtant pas découragé l'équipe du "Christian Medical College and Hospital" de VELLORE (24) qui a investi dans la formation du médecin en introduisant tout au long de son cursus un programme de santé communautaire incluant une grande pratique auprès des familles villageoises.

.../...

Cette formation prépare le futur médecin à appréhender les besoins sanitaires de la population, à identifier les facteurs qui influencent la santé de la communauté et à trouver des solutions en commun avec d'autres secteurs de la communauté.

Mais que peut faire une telle tentative si tout l'environnement est malsain.

BANGLADESH : DEVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTE.

Mettre l'accent sur l'aspect préventif pour le mettre en balance avec l'aspect curatif qui pèse lourd dans le système de prestation intégré et acceptable pour la population rurale, tels sont les principes de base de la stratégie au BANGLADESH.

L'application de cette stratégie étant elle-même basée sur la multiplication des unités sanitaires, sur une formation spéciale d'agents sanitaires et une organisation pyramidale du système de supervision (25).

Les agents formés doivent accomplir leurs tâches essentiellement à domicile. Ils sont en charge environ 4000 Personnes chacun et ils doivent leur rendre visite en moyenne une fois par mois, visite pendant laquelle ils doivent faire :

- Des vaccinations
- De l'éducation sanitaire sur l'hygiène du milieu, la santé de la famille.
- Des prélèvements de sang et de crachats pour le dépistage du paludisme et de la tuberculose, en même temps délivrer le traitement pour les cas confirmés.

.../...

- La collecte statistique des données de planning familial.

La réorganisation des services de santé et la réorientation des agents sanitaires à permis une meilleure couverture sanitaire.

GUATEMALA : RESPONSABILITE DE LA COLLECTIVITE, NON DU MEDECIN EN MATIERE DE SANTE (26) :

La stratégie du GUATEMALA quant à elle repose un peu comme en CHINE sur la participation des habitants à la promotion de leur santé.

Des fermiers choisis parmi d'autres sont formés dans un cycle de courte durée (quelques jours). Quand ils satisfont à cette formation, ils deviennent agents de santé du village appelés "Promoteurs de la santé " ce qui leur donne l'autorisation d'exercer mais à titre bénévole. Il dispensent ainsi un certain nombre d'activités mais tout en étant supervisés par des agents plus qualifiés.

L'intérêt d'un tel programme ou d'une telle stratégie réside dans son fondement qui est l'initiative et la participation de la collectivité.

C'est en effet la collectivité qui fait connaître son besoin d'avoir un agent de santé, c'est la collectivité qui élit un candidat et c'est elle qui lui rassemble les fonds nécessaires pour couvrir les frais occasionnés par sa formation.

C'est aussi la collectivité qui aide à la construction du dispensaire et c'est elle qui contrôle l'agent.

.../...

LA JORDANIE : TOUT CITOYEN A ACCES AUX SOINS.

" Il semble , aujourd'hui en Jordanie, qu'il n'yait pas de citoyen Jordanien qui ne puisse recevoir de soins médicaux s'il en a besoin, quel que soit son niveau social " (10) .

La Jordanie est parvenue à ce résultat grâce à la couverture de l'ensemble du territoire par un réseau de dispensaires.

En parallèle, elle développée une politique de médecine préventive.

Elle s'est également attaquée aux problèmes des maladies transmissibles les plus prévalentes et c'est ainsi que l'incidence de la tuberculose a énormément baissé et que le paludisme a été totalement éradiqué.

TANZANIE : UNE APPROCHE INNOVATRICE (27).

La stratégie Tanzanienne s'inscrit le cadre d'une stratégie globale de développement des zones rurales.

La priorité étant donnée à la lutte contre la pauvreté, l'ignorance et la maladie (28).

Elle est basée essentiellement sur la décentralisation du processus de planification, de façon que la population participé à la formulation des plans qui pourraient changer leur statut socio-économique.

L'organisation des villages Ujamaa a contribué à l'amélioration de la santé de la population rurale et ceci grâce à l'amélioration de la productivité (29), l'éducation et l'approvisionnement en eau potable.

.../...

Des services sanitaires d'importance plus ou moins grande fonction du nombre de personnes à desservir sont créés facilitant ainsi l'accès des citoyens.

Un personnel recruté à partir des villageois d'un niveau primaire d'instruction est formé permettant de combler le déficit en personnels.

Avec un produit national brut classé parmi l'un des plus bas au monde, il est certainement difficile de faire plus.

LE NIGER AVEC SES EQUIPES DE SANTE VILLAGEOISES (30)

Le Niger a eu recours également aux services de travailleurs volontaires pour aider les populations rurales devant leurs problèmes de santé. Ils sont choisis par la communauté villageoise et participent aux activités curatives et préventives.

L'unité sanitaire de base constituée d'accoucheuses traditionnelles et de secouristes - hygiénistes représente l'équipe de santé villageoise, elle assure les soins médicaux de première nécessité, la protection maternelle et infantile, l'assainissement et l'éducation sanitaire.

Synthèse des différentes stratégies :

D'une façon générale les quelques stratégies que nous avons rapportées et plus particulièrement celles qui ont donné des résultats probants, ont fait appel à la mobilisation de la population.

.../...

Les différentes communautés ont montré qu'elles pouvaient participer au développement de leur santé pour peu que quelqu'un prenait la peine de leur expliquer ce qu'on attendait d'eux.

Elles ont prouvé qu'elles pouvaient participer aussi bien à la planification qu'à la mise en oeuvre d'un programme sanitaire.

La communauté arrive à définir son besoin et à mobiliser les ressources qu'elles possède pour y faire face.

Il y a donc une volonté de participer.

Une leçon doit être tirée de ces expériences : permettre à la collectivité de s'exprimer dans les programmes sanitaires.

En fait qui mieux que la communauté peut identifier ses besoins et qui mieux qu'elle peut connaître les ressources qu'elle possède.

Alma-Ata a insisté sur la participation communautaire. Les responsables de la santé doivent l'inciter.

Qu'en est-il de l'Algérie ?

L'Algérie pays jeune, 23 ans, a hérité en 1962 d'une situation peu reluisante : Un système sanitaire déséquilibré, concentré dans les villes, pratiquement inexistant en milieu rural et dans lequel l'aspect préventif n'avait pas de place.

Dès les premières années de l'indépendance, la prévention occupe une place importante dans la politique sanitaire.

.../...

Par la suite dans un esprit de prestation équitable des soins de santé des mesures sont prises par l'état, aboutissant à l'instauration d'une médecine gratuite en 1973 et à la décentralisation des services de santé et leur sectorisation en 1974.

En 1975 une programmation sanitaire par pays (31) a fait l'objet d'un groupe de travail à l'Institut national de santé publique, effort poursuivi en 1976 par un programme de développement des activités de PMI/En (32) et En 1977 par l'étude d'une contribution à l'organisation de la santé publique en Algérie (33).

Ces efforts de programmation ont été poursuivis en 1983 par l'établissement de la carte sanitaire nationale (34).

Pendant ce temps en 1976, la santé est consacrée par la charte Nationale et la constitution qui en font un droit fondamental du citoyen.

En 1980, la santé est la préoccupation majeure des responsables politiques traduite par la tenue de la 4e session du comité central qui décide dans ses résolutions de réorganiser le système national de santé pour qu'il puisse répondre efficacement aux besoins essentiels et urgents de la population, de développer en priorité les soins primaires, d'élaborer une politique d'hygiène, de prévention et d'éducation sanitaire des masses, de favoriser une participation effective de la population à la programmation, d'adopter la formation en santé aux progrès scientifique et aux besoins de la santé et d'encourager les recherches en santé, en privilégiant celles qui visent à satisfaire les besoins sanitaires ou à améliorer les systèmes de soins.

.../...

Ce discours engage pleinement nos responsables dans le développement de la santé en Algérie.

Mais concrètement où en est-on ?

Quels sont les efforts consentis et quels sont les résultats ?

Et est-ce que les résultats sont en adéquation avec efforts ?

Nous verrons d'abord les ressources puis les résultats obtenus.

1. Les ressources financières :

Les crédits de fonctionnement du secteur de la santé qui étaient de 194 135 milliers de dinars en 1963 sont passés à 4 437 660 milliers de dinars en 1982 (35).

En 20 ans ils ont augmenté de 23 fois plus. Il est vrai que pendant ce même temps, la population a doublé mais il n'en reste pas moins que les crédits ont considérablement augmenté.

Cependant comme ces crédits de fonctionnement sont globaux, on ne peut connaître la part investie dans la prévention.

2. Les ressources humaines :

- Le personnel médical y compris les spécialistes qui était de 1400 en 1963 est passé à 13690 en 1982. 10 fois plus de médecins en 20 ans.

- Les techniciens de la santé tous corps confondus qui étaient de 6377 en 1963 sont passés à 49622 en 1982.

.../...

8 fois de techniciens de la santé en 20 ans.

3. Les ressources matérielles :

- Le nombre de lits qui était de 38000 en 1963 est passé à 48000 en 1982 soit 10 000 lits en plus en 20 ans.

- Les polycliniques d'inexistantes sont à 272 en 1982.

- Le nombre de centres de santé est passé de 206 en 1962 à 925 en 1982 soit près de cinq fois plus.

- Le nombre de salles de soins qui était de 991 en 1962 est passé à 1934 en 1982 soit 1 fois et demi plus.

Pendant ces 20 ans la population a donc doublé réduisant ainsi les efforts de moitié. Le vide n'a pas le temps d'être rempli qu'il s'agrandit déjà par le fait d'une forte pression démographique, rendant ainsi la couverture sanitaire plus difficile à satisfaire.

Où en sommes-nous par rapport aux besoins qui ont été définis sur la base des normes suivantes : (36).

- 1 médecin pour 2000 habitants
- 5 techniciens de la santé pour 1 médecin
- 4 lits pour 1000 habitants
- 1 polyclinique pour 30.000 habitants
- 1 centre de santé pour 5000 habitants
- 1 Salle de consultation et soins pour 2000 habitants.

.../...

On se retrouve avec :

- 1 médecin pour 1460 habitants
- 1 technicien de la santé pour 3,6 médecins.
- 1 lit pour 46 habitants
- 1 polyclinique pour 73 529 habitants
- 1 centre de santé pour 21 621 habitants
- 1 salle de soins pour 12 240 habitants

Si l'on devait raisonner sur les chiffres absolus qui sont présentés, on serait amené à croire que l'Algérie a réussi presque dans sa politique de prestation équitable des soins mais tel n'est pas le cas.

En valeurs relatives, on constate que:

- 1352 médecins sur le 13690 sont des spécialistes soit 10% et évoluent donc pour la plupart dans des structures tertiaires.

- 20% des médecins sont affectés à Alger réduisant ainsi les chances des autres wilayate de voir un médecin.

- Les polycliniques souvent n'en portent que le nom et fonctionnent comme centres de santé.

Mais c'est essentiellement à travers certains indicateurs sanitaires que l'on peut apprécier les efforts consentis, sans perdre de vue que ces indicateurs sont aussi le reflet du niveau de vie, or celui-ci a subi une évolution favorable.

- Le revenu moyen par habitant qui était de 850 DA en 1967 est passé à 3040 DA en 1981 augmentant le pouvoir d'achat de 147%.

.../...

- La ration alimentaire moyenne est passée de 2800 cal/j à 2876 cal/j au profit d'un régime plus riche en protéines animales.

- Le Taux de scolarisation est passé de 54,7% en 1966 à 78% en 1981.

- En 1982 les indicateurs de santé sont les suivants (37).

- Taux de natalité : 42,9 ‰.

- Espérance de vie à la naissance : 59,98 ans contre 53,4 en 1970.

- Taux brut de mortalité : 10,53 ‰ contre 15‰ en 1967.

- Taux de mortalité infantile : 93,47 ‰ contre 141‰ en 1967.

- Taux de malnutrition 18% en 1980 contre 16% en 1967.

L'évolution des principales maladies transmissibles de l'enfance montre une chute nette de celles-ci.

Les Taux pour 100 000 habitants sont représentés pour l'année 1963 et 1982.

	1963	1982
Coqueluche	5,46	2,97
Diphtérie	3,52	0,08
Tétanos	0,53	0,32
Poliomyélite	0,69	0,36.

Si ces chiffres montrent une amélioration de l'état de santé, l'impression générale qui se dégage est que les résultats ne sont pas en adéquation avec les investissements.

.../...

La stratégie du SSU de CHERAGA :

Le fonctionnement du SSU de Cheraqa s'inscrit dans la politique sanitaire globale du pays et dans le système de santé du pays.

Tout en restant dans ce cadre générale, une stratégie locale novatrice est développée.

Les résultats obtenus dans certains domaines, essentiellement la prise en charge de l'enfant, sont bien sûr intéressant en eux-même, (le T^x de mortalité infantile (38) qui était de 108% en 1976 , est de 36 % en 1984), mais ils sont intéressants dans leur façon d'être mesuré.

Ce qui fait la particularité et l'originalité du secteur sanitaire et Universitaire de CHERAGA c'est qu'il est justement universitaire et qu'en plus il se trouve dans la Capitale.

Contrairement à ce que l'on pourrait être amené à penser, une approche de santé publique et de soins de santé de base à été développée dans le secteur, nous arrivons donc à notre objet de réflexion : L'organisation des soins de santé primaires au secteur sanitaire et universitaire de Cheraqa ", qui répond à un souci de planification, de rentabilisation des moyens et surtout d'adéquation entre les ressources et les résultats mais dans l'axe des soins de santé primaires.

Avant de nous attaquer à notre problématique, voyons les activités requises au niveau des SSP.

.../...

La conférence Internationale d'Alma-Ata
les aclassées en huit composantes essentielles :

1 - L'Education Sanitaire :

L'éducation sanitaire est la première des huit composantes des soins de santé primaire identifiées par la conférence d'ALMA-ATA c'est dire et les quelques expériences que nous avons rapportées le prouvent, que chacun est responsable de sa santé sans toutefois assumer tout seul cette responsabilité.

Cette première composante qui comporte en fait : l'éducation concernant les problèmes de santé qui se posent, ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables implique que l'éducation sanitaire doit amener l'individu et la collectivité à : identifier un problème de santé et à lui faire face.

L'éducation sanitaire doit sortir l'individu ou la collectivité de sa passivité et l'amener à la programmation des activités sanitaires on constate que la science ne peut contribuer à l'amélioration de la santé que si les utilisateurs participent avec les services de santé à l'action de prévention et de promotion de la santé.

Ce n'est donc pas par "hasard" que l'éducation pour la santé figure en bonne place dans la déclaration d'ALMA-ATA (39).

.../...

2 - Promouvoir de bonnes conditions Alimentaires et nutritionnelles :

S'il est vrai que la nutrition est déterminante dans l'état de santé il est également vrai que les services de santé n'ont pas un rôle prépondérant, celle-ci dépendant du développement global.

Mais les services de santé peuvent approcher leur contribution :

- Par le traitement ou la prévention de certaines maladies qui entraînent une malnutrition comme la diarrhée et la rougeole.

- Par l'amélioration de l'équilibre des repas ou la levée de certains tabous qui empêchent une alimentation des nourrissons.

- Par la supplémentation à partir de drogues chimiques (vitamines, éléments minéraux).

3 - L'approvisionnement suffisant en eau saine et mesures d'assainissement de base :

On sait actuellement que l'élévation du niveau d'hygiène dans les pays développés a fait reculer plusieurs maladies transmissibles, on sait également que les maladies transmissibles non contrôlables par la vaccination, comme le choléra et la typhoïde, continuent à faire des ravages dans les pays où les conditions d'hygiène sont restées médiocres et plus particulièrement là où l'eau dite potable ne l'est pas.

Insister sur l'importance de cette composante ne serait qu'une lapalissade.

.../...

Mais le rôle des services de santé est limité aussi dans cette composante.

Ils peuvent contrôler les conditions d'hygiène et d'assainissement, sensibiliser la communauté et lui montrer ce qu'il y a lieu de faire.

4 - Protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale :

Cette composante, intéressant près de la moitié de la population va concerner des problèmes de santé très importants. Les tâches de cette composante sont multiples et nécessitent un appui logistique mais aussi législatif.

5 - La vaccination contre les grandes maladies infectieuses :

La vaccination contre les grandes maladies infectieuses de l'enfance (programme élargi de vaccination) est incluse dans les programme de protection maternelle et infantile, considérée comme un moyen majeur pour réduire la morbidité et la mortalité essentiellement infantile et juvénile.

Cette composante rejoint donc la précédente.

6 - Prévention et contrôle des endémies locales :

La prévention et le contrôle des endémies locales supposent d'abord leur identification puis leur identification puis leur prise en charge.

Ici une formation adéquate est nécessaire et peut-être des schémas thérapeutiques standards et des fiches techniques pour le personnel de base ainsi qu'un bon système de recours sont aussi nécessaires.

.../...

7 - Traitement des maladies et lésions courantes :

Cette composante représente le besoin de santé le plus exprimé par la population. Ne pas y répondre correctement, c'est démobiliser la population devant les autres composantes.

8 - Fourniture de médicaments essentiels :

Cette composante est ressentie comme la précédente par la population. Il est important de pouvoir fournir un certain nombre de médicaments dits essentiels dont la liste est définie sur les besoins locaux et peut même varier par exemple avec les saisons, certains médicaments étant plus ou moins demandés en fonction des saisons.

Problématique :

Sur la base des activités des huit composantes des SSP, nous nous posons la question de leur application dans le SSII de CHERAGA.

Ensuite, guidés par un souci de planification nous réfléchirons sur les moyens qui pourront augmenter l'efficacité des services de SSP en utilisant de façon optimum les ressources existantes.

methodologie

Si l'on veut augmenter l'efficacité des services de soins de santé primaires, à partir de la rentabilisation des ressources existantes et des besoins de la population, il est nécessaire de connaître ces ressources et ces besoins, donc de connaître la situation actuelle du secteur sanitaire et universitaire de CHERAGA dans son environnement physique et social et dans son infrastructure sanitaire avec ce qui la supporte en amont, politiquement, administrativement et organisationnellement.

Notre étude se propose de décrire et analyser cette situation puis d'élaborer une stratégie qui aura pour but d'optimiser ces moyens et de les adapter aux priorités.

Pour mener l'étude descriptive et analytique, nous nous baserons sur les indicateurs proposés par l'OMS (40) :

- Les indicateurs de la politique de santé qui nous permettront de connaître les conditions préalables requises aux soins de santé primaires, c'est à dire :

- . L'engagement politique.
- . L'engagement communautaire
- . Le cadre organisationnel et le processus gestionnaire.

Ensuite au niveau local, pour connaître l'environnement physique et social nous décrirons et analyserons :

- Les indicateurs géographiques et sociaux.
- Les indicateurs démographiques.

.../...

Pour connaître l'infrastructure sanitaire nous prendrons :

- Les indicateurs du développement des ressources sanitaires :

Nous nous inspirerons pour cette étape du modèle proposé dans " la réorientation des systèmes de santé nationaux sur la voie de la santé pour tous" (1), voir annexe. Nous étudierons :

- . Le financement
- . Les installations
- . Les personnels
- . Le matériel et les fournitures
- . Les connaissances
- . L'organisation et la gestion.

Enfin pour définir les priorités, nous étudierons :

- Les indicateurs de prestations de soins.
- Les indicateurs épidémiologiques.

Recueil des données :

Le recueil des données sera fait à partir de 3 sources principales :

- 1) Documents officiels
- 2) Evaluations faites aux fins des services superviseurs.
- 3) Evaluations mises en place par nous.

Enquêtes personnelles. Enquêtes suscitées et dirigées par nous et menées par des étudiants afin de déterminer des priorités dans le secteur.

Cette étude terminée, nous pourrons faire des propositions pour augmenter l'efficacité de ces services, mais en essayant de rester réaliste.

.../...



1. Evolution

Le System de sante en Algerie est actuellement en pleine evolution. Il est le resultat de l'effort de l'Etat et de la population, marquée par des étapes importantes.

1962 - 1964 - 1965

le systeme de sante en Algerie

Le systeme de sante en Algerie est basé sur la médecine traditionnelle et la médecine moderne. Il est le resultat de l'effort de l'Etat et de la population, marquée par des étapes importantes.

Le systeme de sante en Algerie est basé sur la médecine traditionnelle et la médecine moderne. Il est le resultat de l'effort de l'Etat et de la population, marquée par des étapes importantes.

Dans le systeme de sante en Algerie, la médecine traditionnelle est basée sur la médecine traditionnelle et la médecine moderne. Il est le resultat de l'effort de l'Etat et de la population, marquée par des étapes importantes.

I. LA POLITIQUE DE SANTE EN ALGERIE



1. Evolution :

Le Système de santé dans sa conception actuelle est l'aboutissement logique d'une suite d'étapes marquées de dates historiques allant de 1954 à nos jours.

1.1. Etape 1954 - 1962 :

Le développement du Système de santé durant la guerre de libération nationale va se faire essentiellement à partir de 1956 (41), date correspondant à la grève des Etudiants Algériens qui va amener nombre d'entre eux dans les rangs de l'armée de libération nationale.

A cette période déjà l'organisation est basée sur le découpage Territorial et la hiérarchie des soins. Une place importante est accordée à l'hygiène et la Prévention.

Dans les mesures d'hygiène individuelle et collective appliquées on note : le rasage quotidien de la barbe, les cheveux coupés courts ainsi que les ongles, l'épouillage systématique, le lavage des mains avant chaque repas, le brossage des dents, l'interdiction de cracher, le non usage de piment pour éviter les diarrhées.

.../...

Par ailleurs la javélisation de l'eau, la création de fosses septiques, l'hygiène des cantines et dortoirs, la consommation d'oignon cru pour combattre les carences vitaminiques, la vaccination contre le tétanos, la typhoïde et la variole.

A côté de cela, des infirmiers itinérants doivent circuler pour apporter les premiers secours aux populations en détresse. Sans doute cette organisation va déterminer les autres étapes.

1.2. Etape 1962 - 1973 :

1.2.1. 1 9 6 2 :

représente une période de transition. Le système de santé légué est conçu pour répondre aux besoins d'une minorité regroupée dans les villes et les zones agricoles riches. Pour le reste la sous médicalisation est de règle (42).

On retrouve :

- Une médecine d'état : gérée par le Ministère de la Santé et couvrant des établissements hospitaliers où sont assurés les soins et les hospitalisations.
- Des dispensaires assurant une assistance Médicale gratuite gérés par les communes.
- Des centres d'hygiène scolaire gérés par le Ministère de l'enseignement.
- Une médecine privée dispensant les prestations dans les cabinets et cliniques privées.

.../...

Le tout coordonné par la direction départementale de la santé.

1.2.2. 1 9 6 3 :

Des mesures vont être prises appuyées par des textes qui vont tendre vers l'unification de ce Système.

Tout d'abord est instauré le plein-temps obligatoire. Cette première mesure est déterminante dans l'évolution de la politique Sanitaire.

A cette même époque sont créés 29 D.A.T et 2 dispensaires Anti-Trachomateux.

1.2.3. 1 9 6 6 :

La 2^e mesure également déterminante dans l'évolution du système de santé, est l'instauration de la mi-temps en 1966.

A cette même date les médecins de l'hygiène scolaire passent à la gestion des services de santé.

Egalement en 1966, par le Décret 66-73 du 4 Avril, les unités sanitaires de l'assistance médicale gratuite (AMG) sont rattachées aux Etablissements Hospitaliers. A ce moment on dénombre 256 Centres de santé, 1081 salles de soins, 29 dispensaires Anti-Tuberculeux et 2 dispensaires Anti-Trachomateux.

Le Décret n° 66-262 du 29 Août 1966 crée les commissions Communales d'assistance qui fixent la participation aux frais médicaux en fonction du revenu.

.../...

Cette période connaît également des transformations profondes dans l'orientation des programmes de santé et de prise en charge de la population.

1.2.4. 1 9 6 7 :

Le premier centre de P.M.I est créé. La prise en charge des enfants est gratuite par l'état aussi bien dans le cadre de la P.M.I que dans celui de l'hygiène scolaire.

1.2.5. 1 9 6 9 :

Le décret 69-96 du 9 Juillet rend obligatoires et gratuites les vaccinations contre la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la variole.

Le 1er. Centre d'espacement des naissances est créé et la distribution des contraceptifs est gratuite dans les centres de P.M.I.

Différents programmes de lutte contre des maladies transmissibles et non transmissibles sont élaborés.

- Le programme de lutte anti-tuberculeuse : une campagne Nationale de vaccination contre la tuberculose est réalisée et le traitement de la tuberculose devient obligatoire et gratuit.

- Le programme d'éradication du paludisme coordonné avec l'OMS.

- Le programme de lutte contre le trachome avec une participation large des enseignants.

.../...

- Le programme de prévention et de dépistage des maladies et accidents de travail : mise en place des comités d'hygiène et de sécurité avec ordonnance portant réparation des maladies professionnelles et des accidents de travail.

1.2.6. 1 9 7 1 :

La réforme des études médicales va permettre d'augmenter le nombre de Médecins exerçant sur le territoire.⁴ Les objectifs de cette réforme (43), découlent du nouveau type de " cadre " dont le pays à besoin " engagé dans l'oeuvre d'édification socialiste, imprégné de la personnalité Algérienne et des réalités socio-Economiques du pays, en mesure de faire face concrètement aux problèmes spécifiques du pays, et d'un niveau permettant l'assimilation constante des progrès du patrimoine de connaissance universelle" (citation de feu Mohamed sedik BENYAHIA).

1.2.7. 1 9 7 3 :

Voit l'organisation sanitaire se concrétiser sur la base du secteur sanitaire, mais cette date est autrement plus importante et plus décisive sur le développement du système sanitaire. C'est une date historique par l'ordonnance 73-65 du 28 Décembre qui exprime une décision politique fondamentale:

" L'INSTITUTION DE LA MEDECINE GRATUITE DANS LES SECTEURS SANITAIRES ".

.../...

- L'article I/ : précise que " les actions de santé Publique, les actes de diagnostic, le traitement et l'hospitalisation des malades sont gratuits dans l'ensemble des secteurs sanitaires ".

- L'article II/ : que " les budgets autonomes des secteurs sanitaires sont financés par l'état et les organismes publics en dépendant ".

1.3. Etape 1974 à ce jour :

1.3.1. 1 9 7 4 :

La 2e plan quadriennal réserve une meilleure place au social. L'application de la médecine gratuite va amener des transformations. Le citoyen prend conscience de son droit à la santé. Des relations vont se créer entre les services de santé et la communauté.

Le développement d'unités légères (salles de soins, centres de santé, polycliniques, maternités rurales) va également améliorer l'accès de la population aux services de santé.

- Le décret 74-3 du 16 Janvier 1974 stipule que les Centres médico-sociaux relevant des organismes de sécurité sociale, des mutuelles et des entreprises nationales doivent recevoir l'agrément du ministère de la santé publique et sont placés sous son contrôle technique.

- L'arrêté interministériel du 25 Février 1974 décide du transfert de l'infrastructure de santé relevant de la mutualité agricole au ministère de la santé.

1.3.2. 1 9 7 5 :

La circulaire n° 261 du 18 Février 1975 crée le bureau de prévention qui vient renforcer la place de la prévention accordée en politique sanitaire. (44).

1.3.3. 1 9 7 6 :

La gratuité des soins est consacrée dans la charte nationale et la constitution.

La charte nationale stipule que le droit à la santé est un droit fondamental concrétisé par la gratuité des soins.

Dans son article 67 la constitution proclame que " tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé, ce droit étant assuré par un service de santé général et gratuit, l'extension de la médecine préventive, l'amélioration des conditions de vie et de travail ainsi que la promotion de l'éducation civique, des sports et des loisirs ".

Dans les grands objectifs du développement fixés dans la charte nationale on retrouve dans l'article VII les objectifs de la politique sanitaire.

" Dans le domaine de la santé, l'état à la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population, en outre, l'action de santé publique doit contribuer à la promotion de l'homme pour le préparer à progresser dans un monde émotionnel et socio culturel en perpétuelle transformation.

Aussi, l'action de santé publique doit-elle être entendue comme étant un élément important du développement socio-économique du pays. A cet effet, cette action doit s'appliquer à l'individu comme à son milieu environnant.

La médecine gratuite constitue la base de l'action de santé publique en Algérie. Son application effective à l'échelle de l'ensemble de la population, implique l'extension et la répartition équitable des structures sanitaires à travers tout le territoire, en même temps qu'elle postule la réorganisation de la profession médicale et de la distribution des médicaments qui doivent être ainsi orientées essentiellement sur les problèmes sanitaires de la collectivité.

Elle nécessite par ailleurs, la poursuite de l'intensification des efforts considérables déjà entrepris, pour la formation médicale et para-médicale, la construction d'établissements hospitaliers, la production et l'approvisionnement en médicaments. Enfin, l'action de santé publique et plus spécialement l'application convenable et généralisée de la médecine gratuite, requièrent les mesures suivantes :

- L'augmentation de la construction des hôpitaux, des centres Médico- Sociaux et des Laboratoires nécessaires dans tout le pays en particulier dans les zones rurales et autour des nouveaux pôles de développement en voie de formation dans le sillage de l'expansion de l'agriculture, de l'industrialisation, du renforcement de l'infrastructure et de la démultiplication des structures administratives, les établissements et les installations similaires existant actuellement dans les villes devant être étendus et multipliés, en rapport avec l'augmentation du nombre d'habitants de ces villes.

- La répartition adéquate du corps médical et para-médical de manière à réaliser, sur l'ensemble du territoire, un encadrement sanitaire équilibré, en accordant une priorité particulière aux régions qui souffrent encore d'un sous encadrement médical.

- L'accentuation de l'effort de formation des Médecins et du personnel para-médical, avec comme objectif la norme d'un Médecin pour Deux Mille Habitants et, au minimum, une équipe médicale par petite commune et par quartier pour les agglomérations urbaines, cette formation devant viser constamment à élever le niveau de sa qualité.

- Le développement de la protection maternelle et infantile, de l'hygiène scolaire, des actions relatives à la nutrition, de la médecine du travail, de la lutte contre les fléaux sociaux et de la médecine préventive, de manière à donner à l'action de santé publique, un contenu social de plus en plus prononcé.

.../...

- La mise en oeuvre, dans le cadre de la médecine du travail, de structures spécialisées en rapport avec les problèmes nouveaux qui accompagnent le développement tels que les grandes brûlures ou les traumatismes consécutifs aux divers accidents du travail et les grandes maladies professionnelles spécifiques à certaines activités industrielles.

- L'intervention de l'état en faveur des Handicapés physiques ou mentaux visant en particulier leur réhabilitation et leur réinsertion sociale, grâce à un enseignement et à une formation adaptés à leurs conditions spécifiques. Cette intervention doit s'attacher d'une manière particulière au cas des enfants, de façon à les préparer dès leur jeune âge aux tâches qui leur sont accessibles. Par ailleurs, la législation devra prévoir dans la réglementation relative à la main-d'oeuvre des dispositions particulières en faveur des handicapés pour ce qui concerne les emplois qui leur sont adaptables. Des centres de formation professionnelle appropriés, devront être créés pour l'usage spécifique des Handicapés".

1.3.4. 1 9 7 7 :

Une impulsion nouvelle est donnée à la formation paramédicale. Sur les 32640 agents paramédicaux tous grades confondus existants en 1981, 16036 ont été formés de 1977 à 1981. 61% sont représentés par les techniciens et les techniciens supérieurs 39% par les agents techniques.

La réforme de l'enseignement paramédical se fixe comme objectifs : (43).

- d'arrêter les programmes de formation technique, en pratique à partir des postes de travail.

- d'utiliser les programmes et les méthodes de formation dans l'ensemble des structures de formation des techniciens de santé.

.../...

- d'élever le niveau de recrutement pour le faire correspondre avec les connaissances professionnelles requises pour les différentes activités du technicien de santé.

- de combler le grand déficit en nombre, en spécialités et en niveaux de compétence.

- de répondre aux besoins futurs, en tenant compte de l'infrastructure sanitaire et de la demande en soins de la population.

- d'assurer le recrutement local des élèves, avec la collaboration des autorités locales pour ne pas éloigner l'élève de sa résidence familiale et permettre ainsi aux structures sanitaires de l'intérieur du pays de recruter sur place leurs personnels.

- la décision de la médecine gratuite est donc un acquis irréfutable pour appuyer ce choix, le 4e congrès a recommandé dans ses résolutions que " soient prises toutes les mesures susceptibles d'améliorer la situation sanitaire dans le pays par la mise en oeuvre d'un programme intégré de santé qui doit nécessairement impliquer la mobilisation de tous les moyens humains, financiers et organisationnels pour concrétiser sur l'ensemble du territoire national, la médecine gratuite ".

1.3.5. 1 9 8 0 :

Le congrès extraordinaire du parti réaffirme que la médecine gratuite est irréversible.

Les résolutions de la 4è session du comité central sur la santé (annexe II) précisent les modalités d'application de la médecine gratuite.

Le comité central du F.L.N. décide l'instauration d'un système national de santé, unifié décentralisé, démocratisé, et intégré au plan national de développement économique et social, répondant efficacement aux besoins de la population.

.../...

A la même période de premier plan quinquenal 1980-1984 (45) réserve une place prioritaire au social et lui assure une meilleure intégration.

1.3.6. 1981.

Un décret de Décembre 1981 accorde aux Wilayate et Baladiate de larges prérogatives en matière de santé. Cette décentralisation va permettre à la communauté de jouer un rôle dans la protection et la prise en charge de sa santé (46).

Ainsi, à partir de 1981 se dessine une nouvelle stratégie. Dans le projet de loi relatif à la protection et à la promotion de la santé il est stipulé que :

- Le système national de santé est socialiste et démocratique.
- Il est soutenu dans sa mise en oeuvre par la participation de la population.
- La protection et la promotion de la santé constituent également un devoir du citoyen.
- Les organisations de masse participent à la mise en oeuvre de la politique nationale de santé. Elles favorisent et encouragent les initiatives de la population en matière de protection sanitaire.

1.3.7. 1983.

En 1983 est entrepris un large programme de planification par le ministère de la santé publique, publié dans la carte sanitaire nationale (35).

Enfin la loi n°85-05 du 16 Février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé fixe les dispositions fondamentales en matière de santé et concrétise les droits et devoirs relatifs à la protection et à la promotion de la santé de la population.

DISCUSSION :

Il se dégage de cette description, une ferme volonté politique de "santé pour tous".

Qu'est-ce qui fait donc que les résultats restent insatisfaisants ? La réponse à cette question permettra la concrétisation de la volonté politique.

II. ORGANISATION DE L'ADMINISTRATION SANITAIRE

L'administration sanitaire est organisée en 3 niveaux :

- Un niveau central national
- Un niveau wilaya
- Un niveau Daira.

1) Le niveau central :

A ce niveau il existe :

- Une administration centrale qui est le ministère de la santé publique.
- 3 grandes institutions nationales qui sont sous tutelle du ministère de la santé publique.

1.1) L'administration centrale :

Sa composition est fixée par le décret n° 85-133 du 21 Mai 1985 (47).

L'une des 8 directions qui la constituent est réservée à la prévention et à l'éducation sanitaire.

Son rôle ne se cantonne pas aux services de santé publique mais s'étend au milieu éducatif.

Une autre de ces directions qui intéresse notre domaine d'étude est représentée par la direction de la formation qui est chargée de la formation paramédicale, du recyclage et du perfectionnement des personnels de santé.

1.2) Les grandes institutions nationales sous tutelles du Ministère de la santé publique.

Au niveau central sous la tutelle du ministère de la santé publique se trouvent 3 grandes institutions:

.../...

1.2.1. L'institut national de santé Publique :

Il a essentiellement un rôle de conception et d'organisation en matière de programmation sanitaire.

Il a un rôle d'évaluation des programmes, il collecte et traite les informations intéressant les programmes.

Il a également un rôle dans la formation et la recherche scientifique. Il participe à la formation médicale et para-médicale ainsi qu'à la formation continue par les recyclages.

1.2.2. L'institut Pasteur d'Alger.

C'est un Centre d'application, de référence, de recherche de production et de formation.

- . Il produit et contrôle des sérums et vaccins.
- . Tout en étant un centre d'application, il sert de référence aux laboratoires.
- . Il participe à la formation médicale et para-médicale ainsi qu'à la formation continue et à la recherche scientifique.

1.2.3. La pharmacie Centrale Algérienne.

C'est un Centre de production de médicaments et objets nécessaires à la médecine humaine et vétérinaire, jusqu'en 1984 elle détenait le monopole de l'importation de tous les produits pharmaceutiques et des matériels médico-chirurgicaux dont elle assurait la distribution.

En 1985 certains secteurs sanitaires importants par le nombre de prestations qu'ils assurent se sont vus l'objet d'une décentralisation d'Autorisation globale d'importation pour l'acquisition de certains produits non médicamenteux et matériels, dont le secteur sanitaire et universitaire de Cheraga.

.../...

2. Le niveau wilaya.

Le territoire national sur le plan administratif est découpé en wilayate et au niveau de chaque wilaya existe une direction de la santé de wilaya.

2.1. L'organisation de la direction de la santé de wilaya.

Elle est fixée par un arrêté interministériel du 31 Décembre 1983 (48).

La direction de la prévention et de l'éducation sanitaire du niveau central y est projetée, ainsi que la direction de la formation.

2.2. Le rôle de la direction de la santé de wilaya.

Elle a essentiellement un rôle d'animation de contrôle, de coordination des actions sanitaires. Elle collecte les informations et les données statistiques.

Elle est le joint entre d'administration centrale et le secteur sanitaire.

3. Le niveau DAIRA.

La DAIRA elle, est une division de la wilaya. Elle délimite le territoire du secteur sanitaire sur lequel repose l'organisation sanitaire algérienne (49).

Le secteur sanitaire est l'unité opérationnelle créée pour répondre aux besoins médico-sociaux qui se posent à l'échelle de la DAIRA.

Le décret n° 81-242 du 5 Septembre 1981 (50) porte création et organisation des secteurs sanitaires.

.../...

3.1. Définition et composition du secteur sanitaire :

Le secteur sanitaire conçu de façon à faciliter l'accès de la population aux services de sante comprend à la base un ensemble d'unités sanitaires réparties sur le territoire de la DAIRA. Ces unités sont constituées de salles de soins et de centres de santé.

Leur objectif est de répondre, qu'ils soient exprimés ou non, aux besoins courants de la population en protection maternelle et infantile y compris l'espace-ment des naissances, en consultation de médecine générale, en hygiène scolaire, en soins et en distribution de médicaments.

La polyclinique qui en plus des activités de ces unités se doit de répondre au traitement spécialisé en ambulatoire représente le premier niveau de référence médicale pour ces unités.

Dans certains cas, elle est dotée de quelques lits d'accouchement.

L'hôpital élément pivot de toutes structures représente le 2e niveau de référence et centralise les services de gestion et d'administration de l'ensemble du secteur.

3.2. Organisation administrative du secteur sanitaire.

3.2.1. L'administration du secteur sanitaire est placée sous l'autorité d'un directeur qui prend toutes les mesures propres à assurer le fonctionnement efficace du secteur sanitaire.

.../...

3.2.2. Le conseil de direction.

Composé de plusieurs membres du secteur sanitaire comprend également un membre de l'assemblée populaire de wilaya. Il est tenu informé du fonctionnement du secteur sanitaire et délibère autour de certains programmes d'action, projets d'investissements et marchés.

3.2.3. Le conseil médical.

Composé de plusieurs membres du secteur sanitaire, il a pour mission de donner des avis et de faire des propositions et des recommandations au conseil de direction sur tous les aspects médicaux liés à l'organisation et au fonctionnement du secteur sanitaire.

3.2.4. Le service de prévention :

Le service de prévention sert de lien organique entre l'administration du secteur et les unités de soins de base et entre le secteur sanitaire et la direction de la santé de la wilaya et les services techniques du ministère de la santé publique. (51)

La fonction :

Ce service est appelé à avoir 4 fonctions principales :

- Action d'assainissement et de protection de l'environnement.
- Promotion de la santé de la mère et de l'enfant.
- Coordination des actions de lutte contre les maladies prévalentes.

.../...

- Collecte et diffusion des différentes informations statistiques afférentes aux activités ci-dessus citées.

* L'action d'assainissement et de la protection de l'environnement.

Elle comporte :

- * La défense et la restauration de l'hygiène publique en coordination avec les A.P.C. (problème des ordures ménagères, surveillance des décharges publiques, hygiène des locaux publics, et tout particulièrement ceux destinés à l'alimentation et à la restauration collective).
- * La surveillance des réseaux et des points de collecte et de distribution d'eau à usage domestique.
- * La surveillance des réseaux et des points de collecte et d'évacuation des eaux résiduelles.
- * La surveillance par voie de conséquence des maladies infectieuses et parasitaires à transmission hydrique.
- * Promotion de la santé de la Mère et de l'Enfant :

Elle comporte :

- * La coordination des actions de protection maternelle et infantile.
- * La mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation des programmes élaborés par le Ministère de la Santé.
- * Lutte contre les maladies prévalentes :

Elle comporte :

- * La surveillance des maladies transmissibles
- * les enquêtes épidémiologiques.
- * L'information de Santé :

.../...

Elle comporte :

- * La collecte régulière de l'ensemble des informations relatives au fonctionnement tant curatif que préventif des structures du Secteur Sanitaire.

- * Les activités d'éducation sanitaire notamment dans les écoles et/ ou les lieux de travail.

- * L'organisation pratique :

- * Le service de prévention trouve naturellement sa place au sein du département des services sanitaires.

- * Il doit être placé sous la responsabilité technique d'un médecin chef assisté d'un technicien supérieur de la santé en liaison avec le médecin épidémiologiste de la wilaya ou du sous-directeur de la prévention de la direction de la santé de la wilaya.

- * Ce service doit être subdivisé en 4 sections répondant aux 4 fonctions ci-dessus définies.

A la tête de chacune de ces sections doit être placé un médecin ou un technicien supérieur de la santé.

- * Cette structure représente un effectif minimum à mettre en place dans les délais les plus courts possibles.

- * En tout état de cause l'équipe de ce service doit être constituée de personnel médical et para-médical.

- * Ce service doit être doté au minimum de 2 véhicules type combi à titre permanent :

- * Un véhicule pour les enquêtes épidémiologiques et l'équipe d'assainissement.

- * Un véhicule pour les activités de P.M.I.

.../...

Ces véhicules doivent être exclusivement utilisées pour les activités de prévention. A cet effet ils doivent être identifiés par un sigle.

3.3. Organisation financière. (50)

" Le budget du secteur sanitaire est unique, il est présenté par titres, chapitres, articles et paragraphes"

La nomenclature budgétaire est fixée par arrêté conjoint du ministre de la santé et du ministre des finances.

3.3.1. Exécution et contrôle du budget :

- Le directeur du secteur sanitaire est ordonnateur du budget de l'établissement.

- Les virements de crédits, d'un titre à un autre, doivent faire l'objet d'un arrêté conjoint du ministre de la santé et du ministre des finances.

- Les virements de crédits, de chapitre au sein d'un même titre, ou d'article à article à l'intérieur d'un même chapitre sont décidés par le directeur du secteur sanitaire. Ces virements ne peuvent porter que sur les dépenses se rapportant au personnel, à la formation, à l'alimentation, aux médicaments et autres produits à usage médical, à l'exclusion de toute autre catégorie de dépenses. Les décisions correspondantes, soumises à l'avis préalable du conseil de direction doivent être approuvées par le wali.

DISCUSSION :

L'organisation sanitaire basée sur la décentralisation et la sectorisation ne peut que répondre à un souci d'équité de prestations de soins et de couverture complète de la population.

L'intégration des activités curatives et préventives en améliore l'efficacité.

La représentativité des services de prévention à tous les niveaux de l'organisation, la création d'un service bien individualisé au sein de chaque secteur sanitaire montrent l'importance accordée à la prévention.

La création du conseil de direction et du conseil médical dans les secteurs sanitaires permet la concertation des membres de l'équipe du secteur et de la communauté par le biais de son représentant.

Ce sont là, autant d'éléments favorable à la santé pour tous en Algérie.

Mais la question reste posée : pourquoi ne sont-ils pas rentabilisés dans ce sens ?

III. F O R M A T I O N

1. La formation médicale :

La formation médicale est sous la tutelle du ministère de l'enseignement supérieur, décentralisée sur le territoire national. (52).

La durée des études médicales est de 6 ans.

. Au cours du premier cycle de 4 semestres, l'étudiant reçoit une formation scientifique générale.

. Au cours du second cycle qui dure six semestres l'étudiant aborde la réalité de la pathologie à l'hôpital.

En fin de ce cycle clinique se déroule le module de Médecine Sociale sur une période de 9 semaines réparties entre la santé publique, la médecine du travail et la médecine légale. (53).

La partie santé publique est organisée de telle sorte que l'étudiant soit initié en théorie et quand c'est possible en pratique aux principes.

- De l'organisation sanitaire
- De statistiques sanitaires et démographie
- D'épidémiologie
- De lutte contre les maladies transmissibles
- De prévention.
- D'hygiène du milieu
- De surveillance (protection maternelle et infantile, hygiène scolaire).

.../...

. La dernière année est une année de stage interne avec obligation de faire les 4 stages fondamentaux de médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique et pédiatrie.

2. La formation para-médicale :

La formation para-médicale est sous la tutelle du ministère de la santé publique décentralisée sur le territoire national. (54)

Il existe 3 niveaux de recrutement :

- Niveau technicien supérieur de la santé
- Niveau technicien de la santé
- Niveau agent technique de la santé.

2.1. Pour les techniciens supérieurs et les techniciens 8 filières avec 32 options assurent la formation.

- Soins infirmiers
- Laboratoire.
- Handicapés
- Hygiène et prévention avec comme options.
 - Nutrition diététique.
- Assainissement et entomologie
- Biométrie, épidémiologie, contrôle sanitaire aux frontières.

- . Exploration fonctionnelle Humaine
- . Protection sociale avec pour options
 - Secrétariat Médical
 - Assistante sociale
 - Education sanitaire
- . Radiologie
- . Maintenance

2.2. Pour le niveau agent technique 3 filières assurent la formation.

- . Soins infirmiers
- . Ambulanciers
- . Hygiène et entretien.

DISCUSSION :

La réforme des études médicale a certainement permis de réaliser le premier objectif qu'elle s'est fixée et qui est celui d'augmenter le nombre des medecins, mais pour ce qui est de former des cadres imprégnés des réalités socio-écomoniques du pays et aptes à faire face aux problèmes spécifiques, elle semble avoir plus ou moins échoué.

La formation est en effet restée, faute de motivation des enseignants et faute de moyens, cautoonnée à l'hopital.

La formation para-médicale quant à elle, est trop spécialisée. Dans certaines branches, les techniciens sont incapables d'assurer des soins de routine. La polyvalence recherchée pour les SSP n'existe pas. Comme il n'y a pas non plus une branche préparant les techniciens pour les SSP.

IV PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

1. La loi n° 81-09 du 4 Juillet 1981 modifiant et complétant l'ordonnance n° 67-24 du 27 Janvier 1967, portant code COMMUNAL (56) fixe la participation de l'Assemblée Populaire Communale au plan national de développement médico-social.

- L'assemblée populaire communale réalise, avec le concours financier de l'Etat et selon les noms techniques nationales, les projets des centres de santé et polycliniques planifiés".

- L'assemblée populaire communale participe à la préservation, à l'amélioration et au développement de la santé de la collectivité. A ce titre, elle oeuvre, avec le concours des autres services concernés notamment ceux de la santé publique pour :

1° Assurer, d'une manière générale, l'hygiène publique et la salubrité de l'environnement, notamment en matière :

- de distribution d'eau
- d'évacuation et de traitement des eaux usées et des déchets.
- de lutte contre les vecteurs des maladies transmissibles.
- d'hygiène des aliments des habitants et des établissements.

2°) Collaborer aux actions sanitaires tendant à la protection des citoyens et de la collectivité, particulièrement de la mère et de l'enfant.

3°) Contribuer à la protection médico-sociale des inadaptés et handicapés".

2° - Le décret n° 81-374 du 26 Décembre 1981 détermine les compétences et attributions de la commune et de la wilaya dans le secteur de la santé (57).

Dans le cadre de la législation en vigueur et sur leur territoire respectif, la commune et la wilaya sont habilitées à entreprendre toute action tendant à préserver et améliorer la santé des citoyens.

Elles participent à l'élaboration et à la réalisation du plan national de développement du secteur de la santé et à l'établissement de leur carte sanitaire respective.

Elles concourent, en outre, à la généralisation de la médecine gratuite."

- La commune est chargée, en relation avec le directeur du secteur sanitaire, de la réalisation et de l'équipement des infrastructures légères de santé, notamment :

- 1) Les salles de soins
- 2) Les maternités urbaines et rurales,
- 3) les unités de protection maternelle et infantile,
- 4) les centres de santé,
- 5) les polycliniques.

- La commune est tenue destinataire de la liste de garde des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et autres praticiens exerçant sur son territoire.

Elle veille à son application effective ".

- La commune veille au respect de la réglementation en matière d'honoraires.

- En matière de prévention médicale, la commune est chargée d'assurer, en relation avec les services compétents de l'état, l'organisation et le suivi des actions, notamment :

.../...

- de vaccinations,
- d'hygiène scolaire,
- de protection maternelle et infantile,
- d'éducation sanitaire,
- de lutte contre les vecteurs de maladies transmissibles.

Elle est chargée, en outre, dans le cadre de la réglementation en vigueur, de l'acheminement vers les centres appropriés des malades mentaux."

- La wilaya est chargée de la réalisation et de l'équipement des infrastructures de santé, notamment,
 - Les hôpitaux généraux de wilaya et de daïra
 - Les laboratoires d'hygiène de wilaya
- En matière de prévention médicale, la wilaya est chargée, avec le concours des services techniques et spécialisés de l'état, de l'organisation et de lutte contre les maladies notamment ;

- La tuberculose
- Le trachome
- Les maladies cardiaques
- Les maladies mentales
- Le diabète
- Le paludisme
- Les maladies cancéreuses,
- La poliomyélite

Elle organise ou participe à l'organisation de rencontres ou séminaires ayant trait à ces maladies.

.../...

- La wilaya assure une juste répartition du corps médical à travers toutes les communes.

- La wilaya peut, pour l'exercice de ses activités, créer des établissements, entreprises ou services en vue d'assurer les études, la réalisation ou la maintenance des infrastructures et des équipements de santé publique."

- Les établissements de santé réalisés par la commune ou la wilaya sont gérés dans les conditions prévues par la loi en vigueur."

Arti. 11. - Les caractéristiques et normes techniques des établissements de santé communaux et de wilaya, sont déterminées par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur, du ministre de la planification et de l'aménagement du territoire et du ministre de la santé. Par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur, du ministre de la planification et de l'aménagement du territoire et du ministre de la santé.

- L'acquisition, la mise en place et la maintenance des équipements scientifiques impliquant des contraintes technologiques, s'effectuent avec le concours des services compétents de l'état.

- La commune et la wilaya assurent la répartition équilibré et l'exploitation optimale de l'ensemble des établissements de santé implantés sur leur territoire.

Elles veillent à la continuité et à la permanence du fonctionnement du service public de la santé.

Elles informent leurs autorités de tutelle respectives des manquements et contraintes susceptibles d'entraver l'activité régulière des établissements et proposent toute mesure de nature à l'améliorer.

.../...

En outre, le wali exerce la tutelle et le contrôle administratif sur l'ensemble des établissements et organismes de santé dont l'action n'excède pas le cadre de la wilaya."

" La commune et la wilaya veillent à l'approvisionnement régulier de la population en produits pharmaceutiques, dans ce cadre ;

- Elles participent à la programmation des besoins de la population.

Elles encouragent et assistent les organes de l'état dans l'implantation des infrastructures de stockage,

Elles facilitent l'implantation des agences publiques de pharmacie ".

" La commune et la wilaya contribuent au renforcement de l'encadrement sanitaire de la population, par l'attribution de locaux à usage d'habitation aux praticiens du secteur public."

" En complément de leurs actions en faveur du secteur public de la santé, les communes et les wilayas, insuffisamment pourvues, facilitent l'implantation de cabinets médicaux, de cabinets dentaires et d'officines pharmaceutiques par l'attribution aux praticiens légalement autorisés, de locaux à usage professionnel et d'habitation nécessaires à leurs activités,"

" L'état apporte son concours technique à la commune et à la wilaya.

Ce concours aura pour objet, notamment :

- L'aide à la création d'organes d'études et réalisations.

- La définition des normes et caractéristiques techniques des infrastructures et des équipements sanitaires.

.../...

- La confection des plans-types de conception et d'exécution des différentes catégories d'établissements.

- La régulation des approvisionnements opérés par les entreprises et organismes nationaux".

- " l'Etat assure la formation des personnels spécialisés dans le domaine de la santé ".

- " Toute attribution nouvelle dans le domaine de la santé, dévolue à la commune ou à la wilaya, doit être accompagnée des ressources et moyens y correspondant ".

DISCUSSION :

De nombreuses prérogatives sont fixées aux responsables communaux en matière de santé, les impliquant aussi bien dans la réalisation d'infrastructures légères que dans l'organisation et le suivi d'une série d'actions relevant des soins de santé primaires.

Cependant comme nous le verrons plus loin, la participation communautaire reste très faible, quand elle n'est pas totalement inexistante.

V. LES RESSOURCES DE LA SANTE

Nous apprécierons les ressources de la santé à travers les chiffres établis par le ministère de la santé (35).

1. Les ressources financières.

Pour ce qui est des ressources financières, chaque secteur sanitaire a ses crédits de fonctionnement.

En 1982 les crédits de fonctionnement du secteur santé s'élèvent à 4 437 660 milliers de dinars soit 222 dinars par habitant. Ces crédits sont absorbés à plus de 60% par le salaire des personnels.

Les virements de crédits sont répartis par titre :

- Personnel
- Formation
- Alimentation
- Médicaments et autres produits médicaux
- Actions spécifiques et préventives
- Matériel et outillage médicaux.
- Entretien des Infrastructures sanitaires.
- Fonctionnement autre.
- Oeuvres sociales.

2. Les ressources humaines.

Il y a

- 1 médecin pour 1460 habitants
- 1 technicien de la santé pour 3,6 medecins.

.../...

La répartition du personnel à travers les wilaya est inégale. 20% des médecins sont à Alger.

En fonction des normes établies par le ministère de la santé, la converture en chiffres absolus pour les medecins est satisfaite mais pas en chiffres relatifs rapportés à chaque wilaya.

La converture en techniciens de la santé est satisfaite seulement à 72%.

3. Les ressources materielles :

On trouve.

- 2,4 lits pour 1000 habitants
- 1 polyclinique pour 73529 habitants
- 1 centre de santé pour 21621 habitants
- 1 salle de soins pour 2240 habitants.

Toujours en fonction des normes définiées par le ministère de la santé publique, les besoins sont couverts à :

- 60 % en lits
- 40 % en polycliniques
- 23 % en Centres de santé
- 16 % en salles de soins

DISCUSSION :

Les chiffres que nous avons rapportés dans ce chanutre montrent que les besoins ne sont pas entièrement couverts en dehors du personnel médical.

Si les textes, à une politique de santé pour tous sont très favorables, pourquoi les besoins restent insatisfaits ?

1. ASPECT GÉOGRAPHIQUE ET ADMINISTRATIF

Le secteur sanitaire et universitaire de Cheraga correspond sur le plan du découpage administratif à la DAIRA de Cheraga.

1) Limites géographiques :

Les limites géographiques de la DAIRA sont représentées :

- Au Nord et au Nord-Est par la mer Méditerranée

le secteur sanitaire et universitaire de Cheraga

- Au Sud par la DAIRA de Soufrik.

La DAIRA a une superficie de 1343,5 hectares.

2) Climat :

Le climat est tempéré et légèrement humide en fait de la situation de la DAIRA en bordure de la mer.

3) Découpage administratif :

Le découpage administratif de la Daira est réalisé en 5 Baladiates ou communes (Carte 1) :

- La Baladia de BERRA
- La Baladia de AN-ANIAN
- La Baladia de STAMILLI
- La Baladia de ZERMA
- La Baladia de ORANA

DISCUSSION :

La superficie du secteur est importante, entraînant donc de grandes distances entre les différents pôles.

L'existence de 5 communes sur le secteur laisse présager des disparités.

I. ASPECT GEOGRAPHIQUE ET
ADMINISTRATIF

Le secteur sanitaire et universitaire de Chéraga correspond sur le plan du découpage administratif à la DAIRA de Chéraga.

1) Limites géographiques :

Les limites géographiques de la DAIRA sont représentées :

- Au Nord et au Nord Ouest par la mer méditerranée
- A l'Est par la DAIRA de Bir-Mourad Rais
- Au Sud par la DAIRA de Boufarik.

La DAIRA s'étend sur une superficie de 15431,8 hectares.

2) Climat :

Le climat est tempéré et légèrement humide du fait de la situation de la DAIRA en bordure de la mer.

3) Découpage administratif.

Le découpage administratif de la Daira est réalisé en 5 Baladiate ou communes (Carte 1).

- La Baladia de CHERAGA
- La Baladia de AIN-BENIAN
- La Baladia de STAOUELI
- La Baladia de ZERALDA
- La Baladia de DRARIA

DISCUSSION :

La superficie du secteur est importante, entraînant donc de grandes distances entre ses différents pôles.

L'existence de 5 communes sur le secteur laisse présager des disparités.

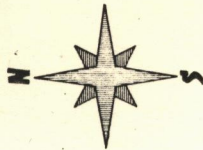
DOVA OUDA

carte 1

DOHERA

LECE NDE

ALGER



STUDY

DRAB

CHERAGA

STANDARD

МАТЕМАТИКА

ZEALDA

ARTE, ETABLIT PAR: M. FEZZA

=====+=====
: II. ASPECT SOCIO - ECONOMIQUE :
:=====

La Daira de chéraga avec pour chef lieu CHERAGA a pour principale activité l'agriculture.

La surface agricole utile représente les 59 % de la superficie totale de la DAIRA.

L'industrie et plus particulièrement la petite industrie est entrain de se développer rapidement dans la DAIRA.

Dans la commune de AIN-BENIAN, elle prend largement le pas sur l'agriculture.

1) (HABITAT)

Les données du dernier recensement général de 1977 représentées dans le tableau I montrent le nombre des différents types de construction à travers les communes. (58).

Mais depuis ce recensement de nombreuses réalisations en matière de logements ont été effectuées dans la DAIRA totalisant ainsi 1088 logements en milieu urbain et 1265 en milieu rural. Il s'agit essentiellement de logements individuels ou villas et sont essentiellement concentrés dans la Commune de CHERAGA.

Par ailleurs, en application des multiples recommandations formulées par les hautes instances du parti et de l'état le recensement opéré dans la DAIRA, relatif à la situation des occupants fait ressortir un chiffre de 3615 familles dans cette situation. (59).

Ces habitations ont été en grande partie supprimées et leurs occupants déplacés. (Carte 2).

2) (ELECTRIFICATION)

En 1984 (59) le taux d'électrification de la DAIRA est de 97 %.

REPARTITION DES CONSTRUCTIONS SELON

LE TYPE PAR COMMUNE

TABLEAU (I)

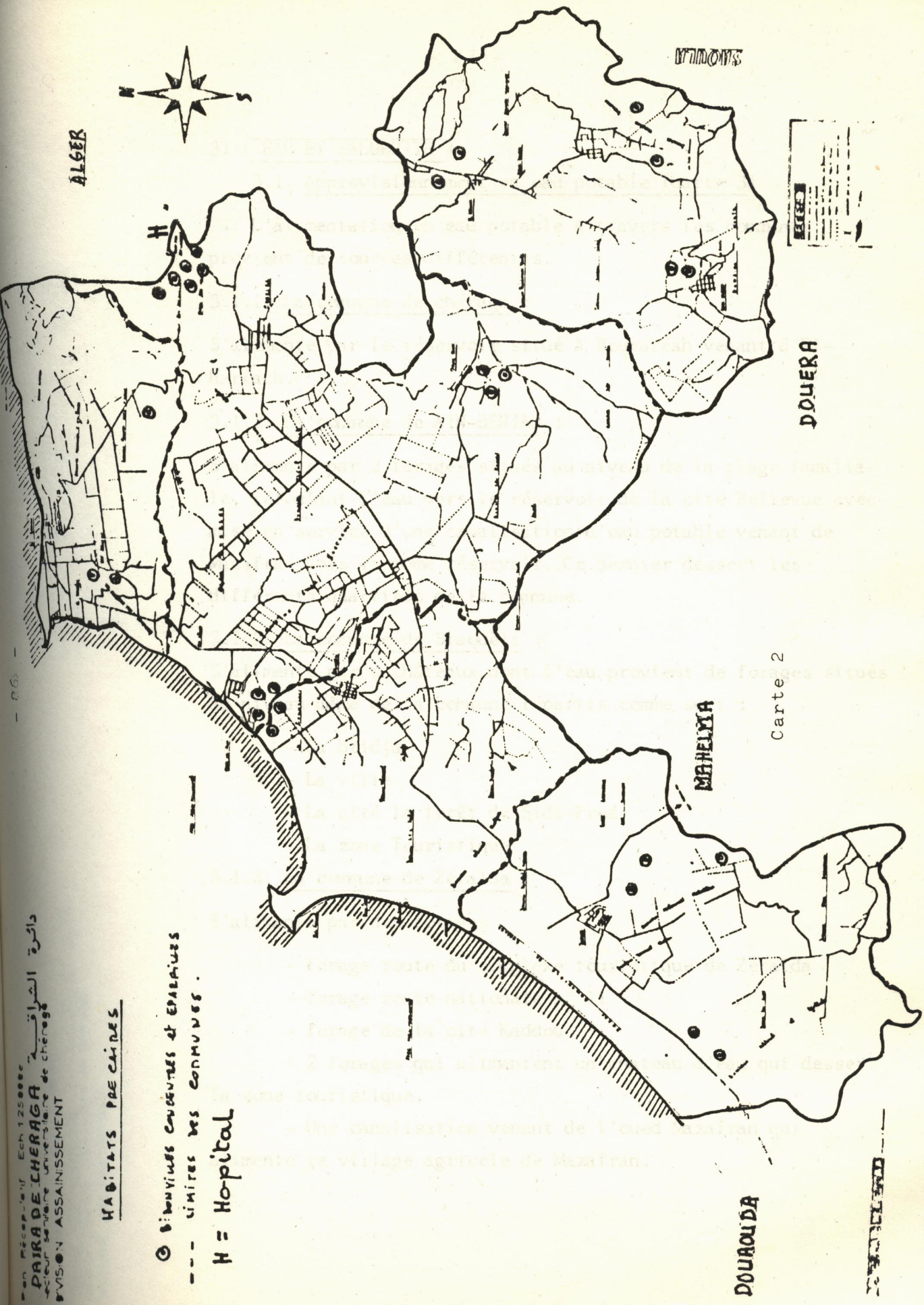
DATE D'ACHEVEMENT DE LA CONSTRUCTION	TOT	INMEUBLE D'HABITATION	MAISON INDIVIDUELLE	MAISON TRADITI.	AUTRES CONSTRUC. ORDINAIRE	GOURBIS BARAQUES	AUTRES CONSTRUC. SOMMAIRE.
CHERAGA	2618	23	1975	497	6	117	0
A . B	2001	98	1435	444	0	21	3
STAQUELI	1760	26	1385	270	0	77	2
ZERALDA	1725	32	1196	101	4	392	0
DRARIA	1626	5	1224	317	9	71	0
TOTAL :	9730	184	7215	1629	19	678	5

- Scurce R.G.P.H.1977.

HABITATS PRECAIRES

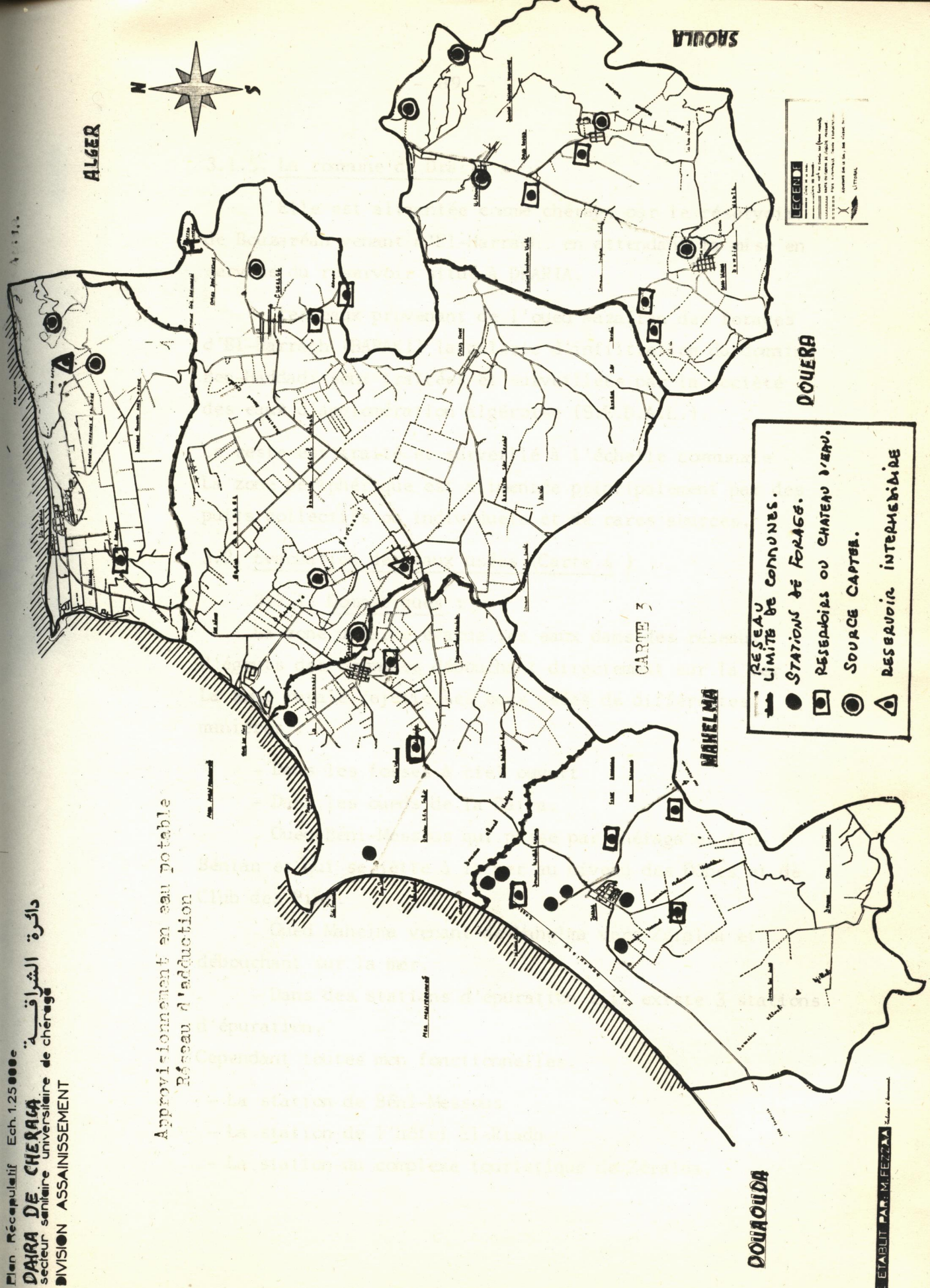
● BOURGUEMENTS ENCLAVES ET EPARCEMENTS
 --- LIMITES DES COMMUNES

H = Hopital



Carte 2

Approvisionnement en eau potable
Réseau d'adduction



- RESEAU
- LIMITE DE COMMUNES.
- STATIONS DE FORAGE.
- RESERVOIRS OU CHATEAU D'EAU.
- SOURCE CAPTEE.
- RESERVOIR INTERMEDIAIRE

LEGEND
L'ETAT
L'UNION

3.1.5. La commune de Draria :

Elle est alimentée comme chérage par le réservoir de Bouzaréah venant d'El-Harrach, en attendant la mise en service du réservoir situé à DRARIA.

les eaux provenant de l'oued Mazafran des forages d'El-Harrach (BARAKI) la galerie d'infiltration du domaine Ben-Haddadi sont traitées et surveillées par la société des eaux d'agglomération algéroise (S.E.D.A.L.).

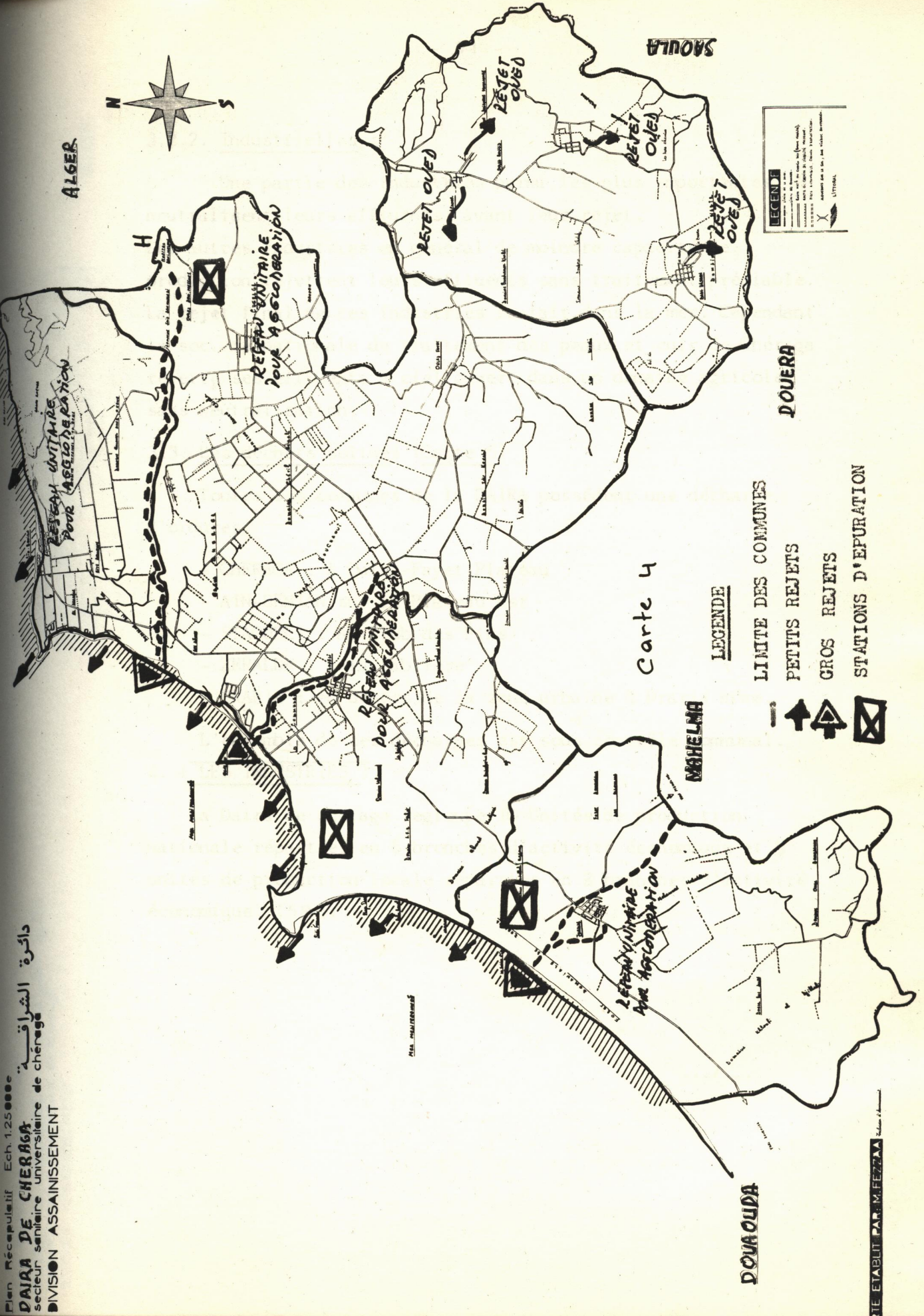
Le reste est traité et surveillé à l'échelle communale. La zone périphérique est alimentée principalement par des puits collectifs ou individuels et de rares sources.

3.2. Evacuation des eaux usées (Carte 4)

3.2.1. Domestiques :

La zone urbaine évacue ses eaux dans des réseaux d'égouts des communes débouchant directement sur la mer. La zone rurale rejette ses eaux usées de différentes manières :

- Dans les fosses à ciel ouvert
- Dans les oueds de la Daira.
 - . Oued Béni-Messous qui passe par chérage et Ain-Bénian et qui se jette à la mer au niveau des Dûnes et de Club des Pins.
 - . Oued Mahelma venant de Mahelma vers Zéralda et débouchant sur la mer.
- Dans des stations d'épuration : il existe 3 stations d'épuration.
Cependant toutes non fonctionnelles.
 - La station de Béni-Messous
 - La station de l'hôtel El-Riadh
 - La station du complexe touristique de Zéralda.



LEGENDE

- Limite des communes
- ▲ Petits rejets
- ▲ Gros rejets
- ⊠ Stations d'épuration

Échelle 1:250000
 Service de l'Hygiène et de l'Assainissement
 Direction Générale de l'Hygiène et de l'Assainissement
 Algérie

Carte 4

LEGENDE

Limite des communes

Petits rejets

Gros rejets

Stations d'épuration

3.2.2. Industrielles :

Une partie des industries parmi les plus importantes neutralisent leurs effluents, avant leur rejet. Les autres industries en général de moindre capacité de production rejettent leurs effluents sans traitement préalable. La rejet final de ces industries se fait dans la mer. Cependant la société nationale de traitement des peaux et cuir de Chéraga rejette ses effluents à ciel ouvert dans un domaine agricole, sans neutralisation.

3.3. Les déchets solides (Carte 5)

Toutes les communes de la DAIRA possèdent une décharge d'ordures.

- CHERAGA : à Ouled-Fayet Plateau
- AIN-BENIAN sur le Plateau Est
- STAOUELI : Au Club des Pins
- ZERALDA : à la Sablière
- DRARIA : en dehors de la zone urbaine à Draria même.

L'ensemble de ces décharges est sous contrôle communal.

4. (LES INDUSTRIES)

La Daira de chéraga regroupe 10 Unités de production nationale réparties en 6 branches d'activité économique et 5 unités de production locale réparties en 3 branches d'activité économique. (59).

.../...

COMMUNES LIMITES
 Décharges publiques



carte 5

LEGENDE :

LIMITES DES COMMUNES.

DECHARGES D'ORDURES.

ROUTE NATIONALE No 11.

LEGENDE :

Les communes limitrophes sont indiquées par une ligne épaisse.

Les décharges d'ordures sont indiquées par un cercle avec une croix.

La route nationale No 11 est indiquée par une ligne en pointillés.

Le plan est établi par M. FEZKA.

4.1. Production nationale :

4.1.1. L'industrie des matériaux de construction :

Elle comporte :

- La Briquerie d'El-Achour
- L'entreprise de céramiques sanitaires d'EL-Achour.

4.1.2. L'industrie Alimentaire :

Elle comporte :

- La Biscuiterie de Ain-Bénian
- La boulangerie industrielle de Chéraga.

4.1.3. L'industrie Manufacturière :

- l'E.M.A.C. (Entreprise nationale de Manufactures de chaussures et Moroquinerie) de Chéraga.

- l'E.N.M.G.P UMP 314 (Entreprise nationale de menuiserie générale et préfabriqué) de Staouéli.

4.1.4. L'industrie chimique :

- E.N.A.P (Entreprise nationale de production de peinture de Chéraga).

4.1.5. L'industrie électrique :

- E.N.E.L. (Entreprise des industries électrotechniques d'El-Achour).

.../...

- L'E.V.E.N.E.L. unité d'étude de réalisation électrique de Baba-hassen;

4.1.6. Autres :

- E.P.S.R. (Entreprise de production de signalisation routière de Chéraga.

4.2. Production locale :

4.2.1. Matériaux de construction :

- Unité éléments Modernes de construction de Ain-Bénian.
- Carrière de sable de Zéralda
- Carrière de Tuf de Draria.

4.2.2. Industrie du Bois :

- Unité de Meubles de Zéralda.

4.2.3. Autres :

- Unités S.A.V.A.P de Chéraga spécialisée dans la réfection de bouteilles à Gaz.

5. (Emploi)

- Le tableau II extrait du dernier recensement de 1977 montre la répartition à travers les communes du secteur, des emplois selon 4 catégories : Fonctionnaires, agriculteurs, non agriculteurs et autres.

Le tableau III montre la répartition des personnes occupées et non occupées à travers les Communes.

REPARTITION DES EMPLOIS PAR CATEGORIE

ET PAR COMMUNE

TABLEAU (II)

EMPLOIS COMMUNES	FONCTIONNAIRES	AGRICULTEURS	NON AGRICOLES	AUTRES	TOTAL
CHERAGA	2164	1137	2895	33	6229
AIN-BENIAN	2253	814	233	33	3333
STAQUELI	1227	1183	1214	22	3646
ZERALDA	1105	1175	845	10	3135
DRARIA	1672	410	1463	11	3556
TOTAL	8421	4719	6650	109	19899
%	42.31 %	23.71 %	33.41 %	0.54 %	100 %

(CHIFFRES EXTRAITS DU TABLEAU 10 DU R.G.P.H.)

REPARTITION DES PERSONNES OCCUPEES ET NON OCCUPEES AGEES DE 6 ANS ET PLUS PAR COMMUNE (SOURCE R.G.P.H 1977)

TABLEAU III

Situation Communes	Occupé	Non Occupé
CHERAGA	6353	391
AIN-BENIAN	1034	328
STAQUELI	3667	186
ZERALDA	3253	144
DRARIA	4270	152
T O T A L	18577	1201

* Chiffres extraits du tableau (5) du R.G.P.H

- On entend par population occupée : l'ensemble des personnes ayant travaillé au moins 6 jours consécutifs pendant le mois précédent et le premier jour du recensement.

6. (Education, Protection sociale, culte et organisation de masse)

6.1. Education :

Il existe au niveau de l'ensemble de la DAIRA 61 établissements scolaires regroupant un effectif de 44288 élèves. La répartition des établissements et du nombre d'élèves par type d'établissement (primaire, moyens et secondaires) à travers les Communes est rassemblée dans les tableaux IV et V.

L'emplacement des établissements est indiqué dans la Carte 5.

6.2. Protection Sociale :

Il existe :

- 02 crèches : 1 à Ain-Bénian et 1 à Staouéli
- 01 Centre pour aveugles à El-Achour;

6.3. Culte :

21 mosquées sont réparties sur l'ensemble de la Daira (59)

6.4. Les organisations de masse : (60.61.62.63.64).

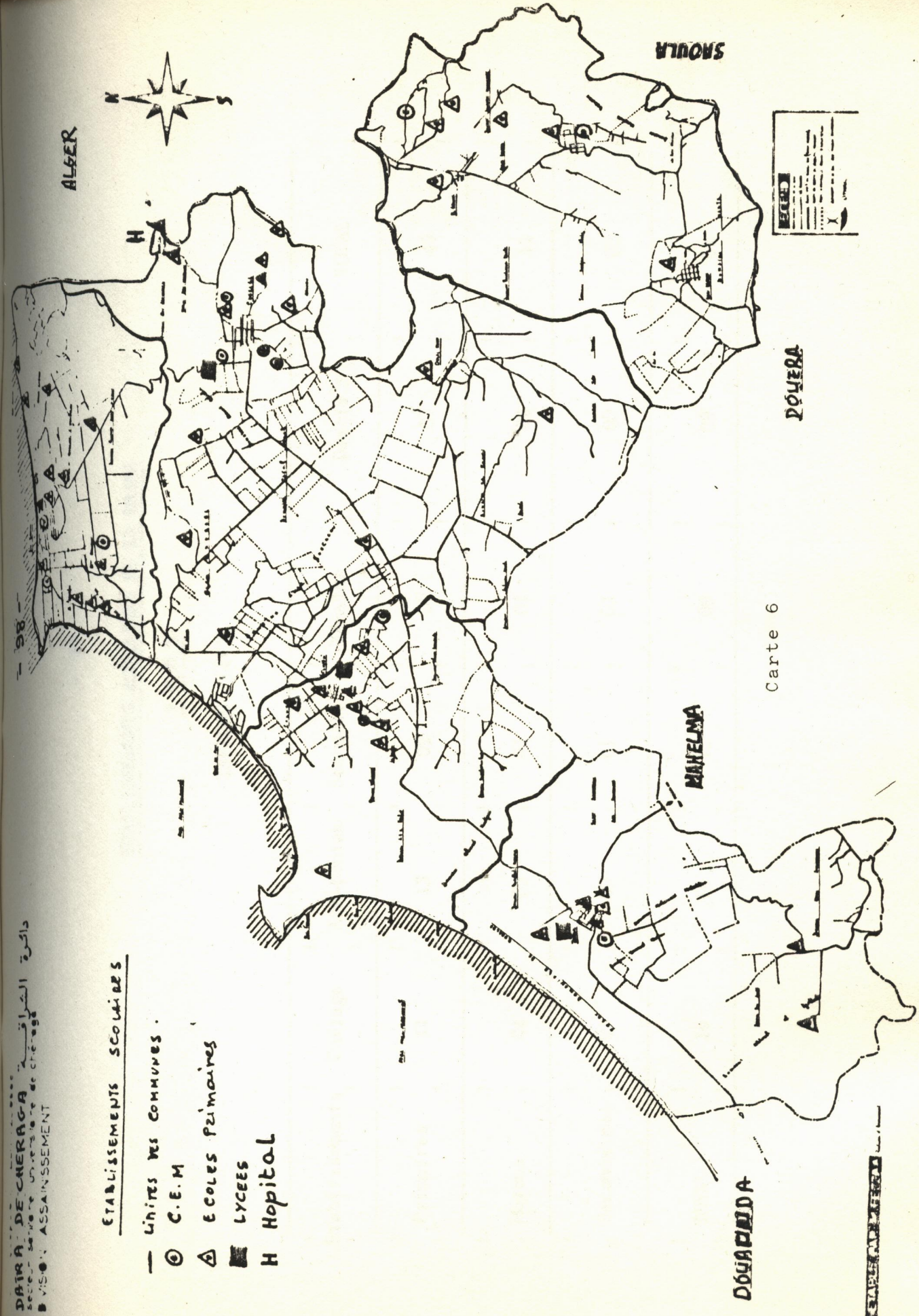
- * La Kasma représente le Parti du F.L.N au niveau de chaque Commune.
- * Les organisations de masse implantées dans les différentes Communes sont :

- O.N.M. (organisation nationale des Moudjahidines)
- U.N.F.A.(Union Nationale des Femmes Algériennes)
- U.N.J.A.(Union Nationale de la Jeunesse Algérienne)
- U.N.P.A.(Union Nationale des Paysans Algériens)
- U.G.T.A.(Union Générale des Travailleurs Algériens).

.../...

ETABLISSEMENTS SCOLAIRES

- LIMITES DES COMMUNES.
- ⊙ C.E.M
- △ ECOLES PRIMAIRES
- LYCEES
- H Hopital



Carte 6

ETABLISSEMENTS SCOLAIRES DE LA DAIRA

1 9 8 5

TABEAU (IV)

Etablissements	Chéraga	Ain-Benian	Staouéli	Zéralda	Draria	TOTAL
Primaires	11	13	09	07	07	47
Moyens	04	03	01	01	02	11
Secondaires	01	00	01	01	00	03
TOTAL	16	16	11	09	09	61

LES EFFECTIFS PAR TYPE D'ETABLISSEMENT ET PAR COMMUNE

TABLEAU (V)

COMMUNES	CHERAGA	AIN-BENIAN	STAOUELI	ZERALDA	DRARIA	TOTAL
NIVEAU SCOLAIRE						
PRIMAIRE	9803	7706	4445	3313	3915	29182
MOYEN	3985	3273	1915	952	1661	11786
SECONDAIRE	1280	00	1900	140	00	3320
TOTAL	15068	10979	8260	4405	5576	44288



7. (Alphabétisation)

Les données de recensement de 1977 sont complètement modifiées.

La scolarisation étant devenue générale dès les premières années de l'indépendance, on peut estimer à 80% de la population qui est âgée de moins de 25 ans qui sait lire et écrire.

8. (Moyens de transport):

La Commune de Chéraga est relié à l'hôpital par un transport en commun.

Les Communes de Ain-Bénian, Staouéli et Zéralda sont reliées à l'hôpital par un transport en commun avec changement à Chéraga et quelques voyages dans la journée sont directs.

La Commune de DRARIA n'est pas du tout reliée à l'hôpital les citoyens doivent effectuer 3 changements pour se rendre à l'hôpital

DISCUSSION :

La description des caractéristiques socio-économique de la Daira de Chéraga fait ressortir des aspects aussi bien favorables au développement de la santé que défavorables.

1) Dans les aspects positifs on retrouve :

- L'électrification : elle est quasiment généralisée à l'ensemble du secteur. Ceci a un impact important sur la chaîne de froid dans les unités sanitaires.

- L'eau dans les agglomérations : elle est traitée régulièrement.

- Les industries : elles créent de l'emploi, ce qui peut augmenter le niveau de vie des familles.

.../...

- Les établissements scolaires et le nombre d'élèves qui les fréquentent laissent prévoir de grands changements. La population qui constituent les jeunes parents actuellement et dans les années à venir sait lire et écrire en majorité. L'alphabétisation de la mère est un facteur important dans l'élevage des enfants.

Les établissements scolaires sont aussi autant d'endroits propices à l'éducation de la santé. Il en va de même pour les mosquées.

- Les organisations de masse représentent des contacts avec la population et peuvent favoriser la participation communautaire.

2). Dans les aspects négatifs on retrouve :

- L'habitat, il n'est pas très développé. Le nombre de personnes par logement reste important créant ainsi une promiscuité qui, comme on le sait, est favorable aux maladies transmissibles.

- L'eau : Les quantités insuffisantes d'eau entraînent un stockage à domicile souvent sans assez de précautions. Ces quantités insuffisantes ont aussi un retentissement néfaste sur le rendement du travail dans les unités sanitaires.

La qualité de l'eau réservoirs communaux est douteuse sans parler des eaux de puits.

- L'assainissement reste le point noir. Les enfants qui pataugent dans les égouts à ciel ouvert, les baigneurs des plages où se déversent les eaux usées sont chaque jour exposés aux maladies.

Les évacuations des eaux usées industrielles représentent un nouveau danger supplémentaire.

- Les décharges sauvages sont également dangereuses et peuvent occasionner la pollution de l'eau potable (épidémie de typhoïde de Ain-Bénian).

- Les moyens de transport ne stimulent pas du tout les patients à se rendre à l'hôpital en cas de recours.

-----:
: III. ASPECT DEMOGRAPHIQUE :
:-----:

1. Population de la Daira.

Nous avons estimé la Population de la Daira à partir du recensement de 1977 (), en prenant pour taux d'accroissement annuel 3,4 %.

En 1985, la Population Totale estimé est à 145967.

1.1. Réparttion de la Population par Commune :

Elle est représentée dans le tableau VI.

Elle va de 19890 habitants dans la commune de Draria à 44157 habitants dans la commune de Chéraga.

1.2. Répartition de la Population par Age et par Commune :

On note sur le tableau VII que la Population de moins de 15 ans est de 66113 pour l'ensemble de la Daira.

1.3. Répartition de la Population par Age, Sexe et Commune :

Le Tableau VIII permet de calculer la population féminine âgée de 15 à 54 ans qui est de 32184 femmes, cependant, comme la population en age de procréer se situe en moyenne entre 15 - 49 ans nous avons calculé ce chiffre à partir du RGPH et il est de 30324.

2. Les Naissances de la Daira :

Pour les Naissances, nous prendrons comme année de référence 1984, les relevés statistiques de 1985 n'étant pas totalement exploités, ces naissances se répartissent comme suit :

Chéraga	AIN Bénian	Staouéli	Zéralda	Draria
1900	1097	828	713	768

Les Naissances sont déclarées dans la Baladia où se déroule l'accouchement. Ainsi le nombre de naissances déclarés dans les Communes de la Daira est de 3333 alors qu'il est réellement de 5306, ce chiffre étant représenté par les naissances récoltée par le C.C.E. (nous détaillerons cette activité dans le chapitre prestation de soins).

3. Situation Matrimoniale des Femmes selon l'Age :

Les chiffres extraits du recensement de 1977 et représentés dans le tableau IX montrent que 73,52 % des Femmes en Age de procréer sont mariées et que 20 % d'entre elles le sont avant 20 Ans.

DISCUSSION :

145967 personnes sont appelées à être prises en charge par les services sanitaires du Secteur.

La distribution en âge de la population du secteur montre une population de moins de 15 ans à 45% de la population totale et une population maternelle à 22%.

L'ensemble de ces deux tranches de la population couvre pratiquement les 4/5 de la population totale du secteur. C'est dire l'intérêt d'un bon programme de protection maternelle et infantile incluant la surveillance de l'enfant en milieu scolaire et l'espacement des naissances.

La connaissance exacte du nombre de naissance dans le secteur permettra non seulement de planifier les activités de vaccination, de surveillance mais surtout permettra de les évaluer.

POPULATION DE LA DAIRA DE CHERAGA
PAR COMMUNE EN 1985
SOURCE : R.G.P.H.

TABLEAU VI

Communes \ Sexe	Masculin	Féminin	TOTAL
CHERAGA	22416	21741	44157
AIN BENIAN	19789	19826	39615
STAOUELI	11816	11275	23091
ZERALDA	9889	9325	19214
DRARIA	10087	9803	19890
T O T A L	73997	71970	145967

Nous l'avons estimé à partir du recensement de 1977.

- REPARTITION DE LA POPULATION PAR AGE
ET PAR COMMUNE

TABLEAU VII

Communes Ages	CHERAGA	AIN BENIAN	STAQUELI	ZERALDA	DRARIA	T O T A L
(1 ans	1751	1506	960	825	736	5818
1 - 4 ans	6476	5718	3370	2843	2814	21221
5 - 9 ans	7311	6626	3862	3058	3254	24111
10 - 14 ans	6213	5596	3049	2584	2761	20203
15 - 19 ans	4653	3924	2263	1988	2115	14963
20 - 24 ans	3601	3198	1888	1639	1641	11967
25 - 34 ans	5169	4559	2869	2296	2329	17222
35 - 44 ans	3749	3511	1997	1580	1707	12544
45 - 54 ans	2365	2229	1236	1068	1101	7999
55 - 64 ans	1471	1402	788	647	781	5155
65 - et +	1381	1335	807	680	650	4853
NON DECLARES	17	11	02	06	01	37
T O T A L	44157	39615	23091	19214	19890	145967

* Chiffres extraits du R.G.P.H.

TABLEAU VIII

COMMUNES	CHERAGA		AIN BENIAN		STAOUELI		ZERALDA		DRARIA	
Sexe	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Groupe d'âge										
1 ans	863	888	686	820	462	498	461	364	372	364
1-4 ans	3358	3118	2945	2773	1697	1673	1415	1428	1424	1390
5-9 ans	3735	3576	3443	3183	1953	1909	1602	1456	1622	1632
10-14 ans	3165	3048	2867	2729	1613	1436	1297	1287	1420	1341
15-19 ans	2298	2355	1980	1944	1143	1120	992	996	1084	1031
20-24 ans	1736	1865	1522	1676	967	921	809	830	829	812
25-34 ans	2536	2633	2188	2371	1400	1469	1191	1105	1193	1136
35-44 ans	1908	1841	1707	1804	1080	917	841	739	804	903
45-54 ans	1271	1094	1155	1074	686	550	570	498	601	500
55-64 ans	812	659	692	710	396	392	367	280	416	365
> 65 ans	722	659	597	738	418	389	340	340	321	329
Non déclarés	12	05	07	04	01	00	04	02	01	00
TOTAL	22416	21741	19789	19826	11810	11275	9889	9325	10087	9803

SITUATION MATRIMONIALE DES FEMMES
SELON L'AGE PAR COMMUNE

TABEAU IX

COMMUNE	AGE	POPULATION FEMININE	MARIEE	%
CHERAGA	0 - 14	7934	00	00 %
	15 - 19	1751	309	17.6 %
	20 - 49	4853	4149	85.3 %
	50 et +	723	714	98.8 %
AIN. BENIAN	0 - 14	7095	00	00 %
	15 - 19	1445	203	14 %
	20 - 49	4410	3843	87 %
	50 et +	611	605	99 %
STAOUELI	0 - 14	4118	00	00 %
	15 - 19	830	158	19 %
	20 - 49	2525	2220	87.9 %
	50 et +	358	350	97.9 %
ZERALDA	0 - 14	3386	00	00 %
	15 - 19	742	182	24.5 %
	20 - 49	2085	1807	86.6 %
	50 et +	358	307	98.1 %
DRARIA	0 - 14	3529	00	00 %
	15 - 19	765	765	14.6 %
	20 - 49	2189	1906	87.6 %
	50 et +	364	361	99.2 %

* Chiffres extraits du R.G.P.H 1977.

IV. DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES SANITAIRES

Le secteur sanitaire et universitaire de Chéraga est rattaché à la direction de la santé de la wilaya d'Alger. Il se compose d'un hôpital et de 26 unités de soins de base. Si les unités de soins de base desservent essentiellement la population du secteur, tel n'est pas le cas de l'hôpital.

1. (Budget et dépenses)

Le budget de fonctionnement du secteur sanitaire est global pour l'hôpital et les unités de soins de base. Les dépenses sont réparties sur 9 titres et ne peuvent passer d'un titre à un autre qu'avec l'approbation du Ministère de la Santé Publique.

Les titres étant :

- . Titre I : dépenses de personnel
- . Titre II : dépenses de formation
- . Titre III : dépenses d'alimentation
- . Titre IV : dépenses de médicaments et autres produits médicaux.
- . Titre V : dépenses d'action spécifique et prévention.
- . Titre VI : dépenses de matériel et outillage médicaux.

.../...

- . Titre VII : dépenses d'entretiens des infrastructures sanitaires.
- . Titre VIII : autres dépenses de fonctionnement.
- . Titre IX : oeuvres sociales.

1.1. Dépenses du secteur en 1985.

Pour l'année 1985 le total général des dépenses du secteur s'élève à 206.050.000 dinars réparties comme suit (65).

- dépenses de personnel.....59%
- dépenses de formation.....13,4%
- dépenses d'alimentation..... 5%
- dépenses de médicaments et autres produits médicaux.....10%
- dépenses d'actions spécifiques et prévention.....1,8%
- dépenses de matériel et outillage médicaux.....3,2%
- dépenses d'entretien des infrastructures sanitaires.....1,9%
- autres dépenses de fonctionnement..... 4%
- oeuvres sociales 1,2%

1.2. Dépenses effectuées pour les unités de soins de base en 1985.

La dépense globale pour toutes les unités est de 16% des dépenses de l'ensemble du secteur. Ces dépenses se répartissent comme suit :

.../...

- Titre I	:	79%
- Titre II	:	0%
- Titre III	:	1%
- Titre IV	:	12%
- Titre V	:	2.4 %
- Titre VI	:	1.5 %
- Titre VIII	:	1.7 %
- Titre IV	:	0.7 %

Si on enleve les 79% dépenses pour le personnel ou constate que seulement 4% du budget général du secteur sont dépensés pour le fonctionnement des unités.

2. (Personnels)

L'ensemble du personnel travaillant dans le secteur est au total de 2422.

Ce personnel se répartit comme suit :

- 95 : dans les services administratifs
- 1648 : dans les services médicaux.
- 371 : dans les unités de soins de base.
- 308 : dans les services économiques.
- sont exclus de ce nombre les étudiants et les étudiants en spécialité qui cependant font des prestations.

2.1. Le personnel médical :

Il est de 338

+ 21 Professeurs dont

- 1 en pharmacie
- 2 en chirurgie dentaire
- 18 en médecine

+ 144 docents et Maîtres Assistants dont

.../...

- 1 en pharmacie
- 177 en médecine
- 26 en chirurgie dentaire
- + 173 généralistes et spécialistes non universitaires, dont:
 - 85 médecins
 - 27 dentistes
 - 10 psychologues et orthophonistes.

2.2. Personnel para-médical.

Il est de 1251.

- Techniciens supérieurs : 170
- Techniciens : 347
- Agents Techniques : 734

2.3. Personnel affecté aux unités de soins de base :

2.3.1. A Temps plein :

Le personnel des unités de soins de base affecté à temps plein est de 371 dont :

- 91 du corps médical représentés dans les tableaux **X et XI.**
- 280 du corps para-médical représenté dans le Tableau **XII.**

2.3.2. A Temps partiel :

Des professeurs, Maître-Assistants et Résidents sont détachés à temps partiel de l'hôpital pour assurer des consultations dans les unités de soins de base.

.../...

Pneumo-Phtisiologie :

- .1 Professeur 1 fois par semaine
- .1 Maître Assistant 4 fois par semaine

Pédiatrie :

- .1 Docent pour la coordination du programme de pédiatrie.
- .5 Résidents tous les jours

Gynécologie :

- . 1 Résident tous les jours

Ophtalmologie :

- ..1 Maître Assistant et 1 Résident 4 fois par semaine.

Chirurgie :

- . 1 Maître Assistant tous les jours.

Medecine Interne :

- . 1 Maître Assistant tous les jours.

Psychiatrie :

- . 1 Résident 2 fois par semaine

2.4. Personnel du service de Prévention :

- . 1 Médecin généraliste
- . 4 Techniciens supérieurs de la santé spécialisés en épidémiologie.
- . 4 Techniciens supérieurs de la santé spécialisés en assainissement.
- . 1 Technicien de la santé en soins infirmiers.
- . 2 Agents d'Administration.
- . 1 Chauffeur.

.../...

PRATICIENS GENERALISTES TEMPS PLEIN DES UNITES

DE SOINS DE BASE

TABLEAU X

Communes	CHERAGA	AIN BENIAN	STAOUELI	ZERALDA	DRARIA	TOTAL
Praticiens						
Médecins	12	11	06	06	05	40
Chir.Dentiste	15	08	09	07	03	42
Pharmaciens	00	01	00	00	00	01
TOTAL	27	20	15	13	08	83

PRATICIENS SPECIALISTES TEMPS PLEIN DES UNITES
DE SOINS DE BASE

TABLEAU XI

Communes Spécialités	CHERAGA	AIN BENIAN	STAOUELI	ZERALDA	DRARIA	TOTAL
Médecine Interne	01	00	01	00	00	02
Pédiatrie	00	01	01	01	00	03
Gynécologie	00	00	00	01	00	01
Ophthalmologie	00	01	00	00	00	01
Chir.Dentiste	01	00	00	00	00	01
TOTAL	02	02	02	02	00	08

PERSONNEL PARA-MEDICAL DES UNITES
DE SOINS DE BASE

TABLEAU XII

Communes Personnel	CHERAGA	AIN BENIAN	STAOUELI	ZERALDA	DRARIA	TOTAL
Sage-femme	11	06	06	03	04	30
Puériculteur	00	00	01	00	00	01
T.S.S. A.M.S.P.	01	02	01	00	00	04
Infirmier	04	02	03	02	00	11
T.S. Laborantin	00	01	02	00	00	03
A.T.S. (Aide-soignant)	21	10	13	06	06	56
A.D.M.	15	06	14	01	07	43
Agent de service	39	36	34	12	11	120
TOTAL	92	63	74	24	28	280

TSS = Technicien Supérieur de la Santé

TS = Technicien de la Santé

ATS = Agent Technique de la Santé

ADM = Agent d'Administration

3 - Les installations sanitaires.

3.1 - L'hôpital.

Il est implanté dans la commune de Chéraga à Béni-Messous
Le nombre total de lits est de 756.

Les différentes spécialités existantes sont :

- Médecine Interne
- Pédiatrie
- Pneumo-Phtisiologie
- Gynécologie et Obstétrique
- Rhumatologie
- Chirurgie générale et urgences chirurgicales
- Chirurgie Infantile
- O.R.L
- Ophtalmologie
- Néphrologie
- Laboratoire d'analyse médicale
- Laboratoire de Radiologie
- Centre de Transfusion
- Institut dentaire avec laboratoire de prothèse dentaire
- Pharmacie
- Service de Prévention

3.2. Les Unités de soins de base :

Elles sont au nombre de 26 réparties sur l'ensemble du
secteur (Tableaux X^{III}, carte 7).

- Polyclinique : 03
- Centres de Santé : 20
- Centre d'hygiène scolaire : 01
- Dispensaire anti-tuberculeux : 01
- Laboratoire d'hygiène : 01
- Maternités 03 (annexées aux polycliniques ou centres de
santé).

.../...

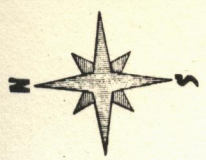
LES UNITES DE SOINS DE BASE

TAB^{LEAU} XII

Unités	Communes		CHERAGA	AIN BENIAN	STAOUELI	ZERALDA	DRARIA,	TOTAL
Polyclinique			01	01	01	00	00	03
Centre de santé			05	04	03*	04	05	21
Maternité			01	01	01	00	00	03
Centre Hygiène Scolaire			00	01	00	00	00	01
Laboratoire d'Hygiène			00	01	00	00	00	01

* Dont (01) Dispensaire Antituberculeux

- A : polyclinique
- : centre de santé
- M : maternité
- : DAT
- : centre d'hygiène scolaire
- : laboratoire d'hygiène
- H : Hôpital



ALGER



carte 7
Les unités de soins de base DOUERA

DOUERA

LEGENDA

- Centre de Santé
- DAT
- Centre d'Hygiène Scolaire
- Laboratoire d'Hygiène
- H Hôpital
- A Polyclinique
- M Maternité

4. (Matériel et fourniture)

4.1. Matériel dentaire :

- 17 fauteuils dentaires sont implantés à travers 12 unités sanitaires et 2 sont implantés dans les établissements scolaires. Le tableau XIV montre leur répartition par commune. Et la carte 8 leur emplacement.

- Un laboratoire de prothèse dentaire implanté à la polyclinique de Staouéli est doté de :

- 01 Tour suspendu
- 01 presse à moufle
- 01 taille platre
- 01 tour à polir
- 12 Mouffles

4.2. Matériel de Biologie :

4.2.1. Les laboratoires des polycliniques de Ain-Bénian et Staouéli sont dotés de :

- 01 Centrifugeuse de paillasse
- 01 Centrifugeuse à Hématocrite
- 01 Spectrophotomètre
- 01 Etuve
- 01 Microscope
- 01 Bain marie
- De cellules de Malassez
- De Pipettes de vitesse de sedimentation
- De verreries.

4.2.2. Le Laboratoire d'hygiène :

- 01 Etuve.

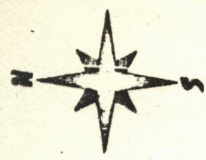
.../...

FAUTEUILS DENTAIRE DES UNITES ET DES ECOLES
PAR COMMUNE

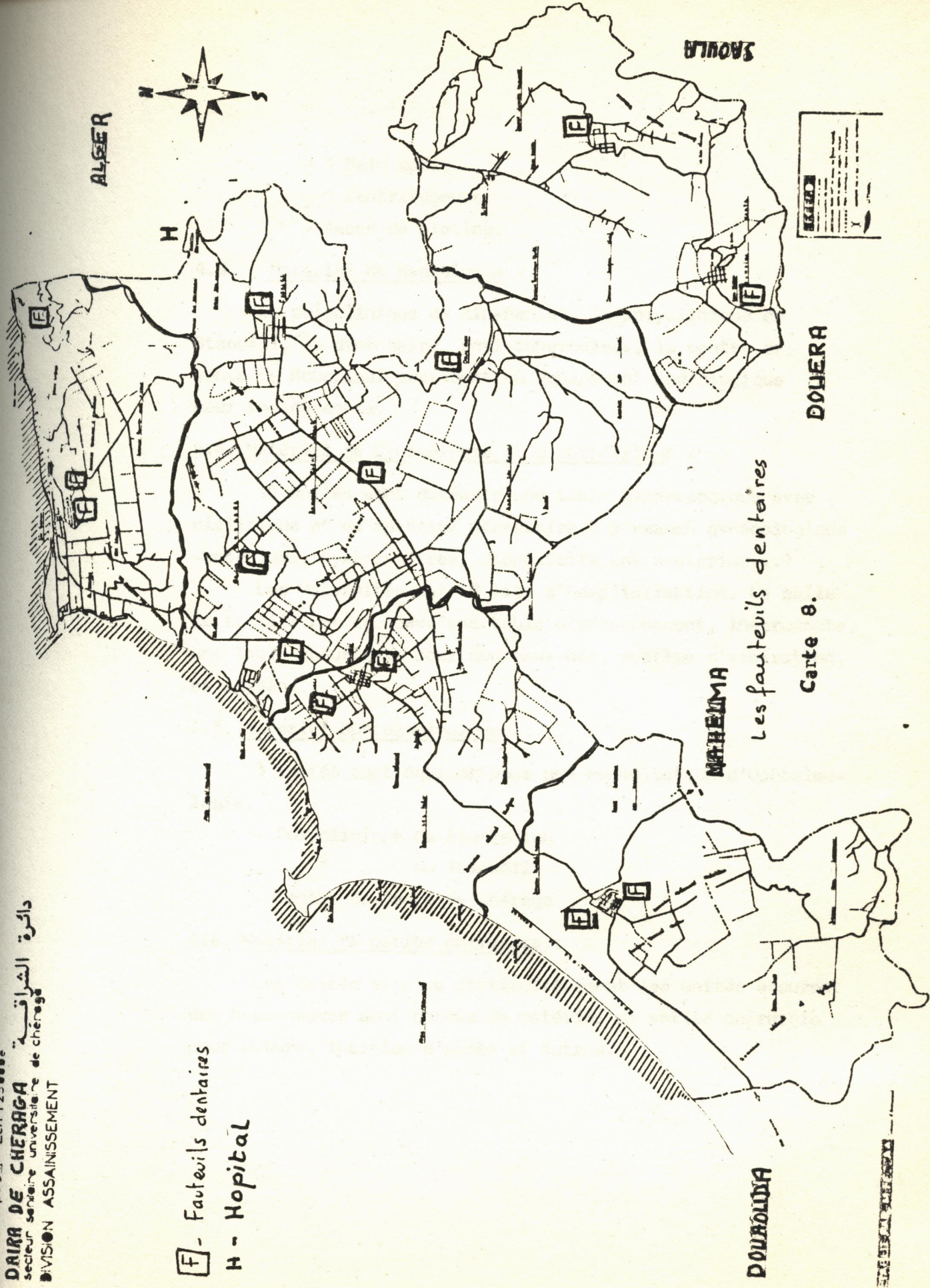
TAB. 44

Communes Localités	CHERAGA	AIN BENIAN	STAQUELI	ZERALDA	DRARIA	TOTAL
Unités	06	03	04	02	02	17
Ecoles	01	00	00	01	00	02
TOTAL	07	03	04	03	02	19

ALGER



[F] - Fauteuils dentaires
H - Hopital



DOUERA

M'HAMDIA

Les fauteuils dentaires

Carte 8.

DOUERA

LEGENDA
[F] Fauteuils dentaires
[H] Hopital
[] Zone d'assainissement
[] Zone de protection
[] Zone de réhabilitation
[] Zone de développement
[] Zone de conservation
[] Zone de réhabilitation
[] Zone de développement
[] Zone de conservation

- 1 Bain marie
- 1 Centrifugeuse
- Anses de platine.

4.3. Matériel de Radiologie :

La polyclinique de Ain-Benian, la polyclinique de Staouéli, le dispensaire anti-tuberculeux, le centre de santé de Bouchaoui possèdent un équipement radiologique pour radiographie.

4.4. Matériel de Gynécologie et d'obstétrique :

10 Unités sont dotées d'une table gynécologique avec cialitique et du matériel nécessaire à l'examen gynécologique (spéculums, hystéromètres, dispositifs intra-uterins...)

Les Maternités ont 10 lits d'hospitalisation. La salle de travail est équipée d'une table d'accouchement, instruments, une table chauffante pour nouveaux-nés, système d'aspiration, et oxygène.

4.5. Matériel Ophtalmologique :

3 Unités sont équipées pour une consultation d'Ophtalmologie.

- Polyclinique de Ain-Benian
- " de Staouéli
- Centre de Santé de Chéraga

4.6. Matériel de petite chirurgie :

Les Unités et plus particulièrement les unités assurant des permanences sont dotées de matériel de petite chirurgie pour suture, incision d'abcès et autres.

.../...

4.7. Matériel courant :

Toutes les unités sont dotées de :

- Frigidaire pour le stockage des vaccins
- gaz
- Stérilisateurs
- Balance toise
- Stéthoscope - otoscope - tensiomètre
- Seringue - aiguilles Plateaux.
- Fichiers pour le rangement des dossiers

4.8. Moyens de communication :

- Téléphone : 18 unités ont une ligne téléphonique.
- Ambulances : les 3 unités qui ont une maternité annexée sont dotées d'ambulance.
- 3 véhicules type microbus et minibus transportent les internes en pédiatrie tous les jours de l'hôpital vers les unités de soins de base.
- 1 véhicule assure le déplacement de l'équipe du CCE vers les APC et les unités de soins de base.
- 1 véhicule rattaché au service de prévention assure la coordination avec les unités, ainsi que les enquêtes épidémiologiques.

4.9. Médicaments, vaccins et sérums.

Une liste de médicaments essentiels a été dressée au niveau du secteur par l'ensemble des praticiens (annexe).

Les unités sont approvisionnées à partir de cette liste mensuellement. Les médicaments ne sont délivrés aux patients que sur ordonnance.

Les médicaments d'urgence font l'objet d'une 2e liste et sont sous clé dans l'unité.

Les unités sont approvisionnées également en vaccins (du programmes élargi de vaccinations), sérum agglutinant et banderoles réactives.

UNITES MEDICALES DES ENTREPRISES

TABLEAU XV

COMMUNE	Unité avec Entreprise de Tutelle	Activité	Nbr de trav. pris en charge	Effec-Medical				Moy. Matériel		
				Med	Phar	Ch.D	Lab	Rad	F.D	
CHERAGA	- EMAC(Sonipeç)	Unité de Chaussure	1530	01	00	01	00	00	01	
	- NAFTAL	Direction Générale	800	01	00	01	00	01	01	
	- E.G.T. Club des Pins	Prestation Touristique	438	02	00	00	00	00	00	
DRARIA	- U.C.R. (E.P.R.C.)	Céramique	322	01	00	00	00	01	00	
	- E.N.E.L. (SONELEC)	Réalisation des équipe- ments	390	01	00	00	00	00	00	
	- E.N.E.L. (SONELEC)	Unités de modulation cable élec- trique	700	00	00	01	00	00	00	
STAQUELI	- E.G.T. Sidi Fredj(EGT)	Prestation Touristique	630	01	00	00	00	00	00	

UNITES MEDICALES DES ENTREPRISES

TABLEAU XV

COMMUNE	Unité avec Entreprise de Tutelle	Activité	Nbr de trav. pris en charge	Effic-Medical			Moy. Matériel		
				Med	Phar	Ch.D	Lab	Rad	F.D
CHERAGA	- EMAC(Sonipec)	Unité de Chaussure	1530	01	00	01	00	00	01
	- NAFTAL	Direction Générale	800	01	00	01	00	01	01
	- E.G.T. Club des Pins	Prestation Touristique	438	02	00	00	00	00	00
DRARIA	- U.C.R. (E.P.R.C.)	Céramique	322	01	00	00	00	01	00
	- E.N.E.L. (SONELEC)	Réalisation des équipe- ments	390	01	00	00	00	00	00
	- E.N.E.L. (SONELEC)	Unités de modulation cable élec- trique	700	00	00	01	00	00	00
STAQUELI	- E.G.T. Sidi Fredj(EGT)	Prestation Touristique	630	01	00	00	00	00	00

PRATICIENS EXERÇANT EN PRIVE PAR COMMUNE

TABLÉAU XVI

COMMUNES	MEDECINS	PHARMACIENS	DENTISTES	CLINIQUES D'ACCOUCHEMENT
CHERAGA	04	04	03	01
AIN BENIAN	04	02	02	01
STAQUELI	03	02	02	01
ZERALDA	05	01	00	00
DRARIA	03	01	01	00
TOTAL	19*	10	08	03

* Dont 04 Spécialités :
 - 02 = Ophtalmologie
 - 01 = Pneumo-Phthysiologie
 - 01 = Médecine Interne

DISCUSSION :

. Les ressources financières pour faire fonctionner les 26 unités paraissent peu importantes à côté de celles qui font fonctionner l'hôpital.

. Les ressources humaines sont variables d'une commune à une autre en moyenne 1 médecin pour 3657 habitants, ce chiffre varie de 3202 pour ZERALDA à 4042 pour DRARIA. Cependant il faut noter que les médecins sont doublés d'internes et de quelques résidents pour les activités de pédiatrie.

Le nombre de chirurgiens dentistes par fauteuil est de 2,3.

Le nombre de techniciens de la santé en soins par médecin est de 1,7, Tous corps confondus de 3, Variant de 1,8 pour Zéralda à 3,4 pour Staouéli.

. Les ressources matérielles sont mal équilibrées sur l'ensemble du secteur, seule la commune de AIN-BENIAN jouit d'un bon équilibre en quantité et qualité.

- 1 polyclinique pour 39555 habitants
- 1 centre de santé pour 9888 habitants.

CHERAGA, la commune la plus importante ne possède pas de polyclinique répondant aux normes et elle a 1 centre de santé pour 8845 habitants.

.../...

Staouéli ne possède que 2 centres et seulement l'un des 2 a des activités pédiatriques soit une unité pour 11241 habitants.

ZERALDA ne possède en réalité que 3 unités (2 étant complémentaires) soit donc 1 centre pour 6405 habitants.

DRARIA possède bien 1 centre pour 4042 habitants cependant 4 sur 5 ne répondent pas aux normes et se prêtent mal aux prestations de soins.

Pour ce qui est du matériel dentaire : il y a 1 fauteuil pour 8570 habitants.

Dans les communes de Zeralda et de Draria il n'existe pas de maternité alors que ce sont les communes les plus éloignées de l'hôpital.

La compensation pour la commune de Draria est l'hôpital de Douéra qui est plus proche d'elle que celui de son propre secteur. la commune de Zeralda depuis 1986 est soulagée par la création d'un nouvel hôpital. Elle est celle où l'on enregistre le plus d'accouchement à domicile (38).

Il ressort donc de tout cela, une grande disparité des ressources. La première ressource qui amène les autres est l'installation sanitaire. Or l'installation sanitaire qui est déterminante est l'affaire de la commune d'abord. On revient donc à la nécessité de la participation communautaire.

!-----!
! V. ORGANISATION DES RESSOURCES !
!-----!

Toute la gestion des unités se fait à partir de l'hôpital où se trouve le siège de l'administration du secteur.

1/ Le Personnel :

Au niveau des unités de soins de base, le mouvement du personnel est sous la responsabilité du médecin chef. Le médecin chef est désigné par l'Administration du S.S.U pour les unités dotées d'un logement, le médecin chef est celui qui y loge.

Pour les autres unités c'est l'ancienneté qui détermine la responsabilité.

Le médecin chef de polyclinique est secondé par un agent administratif dans l'accomplissement de sa tâche. Le médecin chef représente les unités de sa commune auprès de l'assemblée populaire communale.

Le direction des soins de premiers recours qui est le premier contact des personnels des unités avec le reste de l'administration est responsable de tout son mouvement, cependant sa gestion est assurée par la direction du personnel.

Deux médecins, un chirurgien dentiste et un pharmacien représentent les unités de soins de base au conseil médical et au conseil de direction.

2/ Les unités sanitaires :

Les unités sont ouvertes dans l'ensemble de 8H à 17H. Les polycliniques sont ouvertes de 8H à 20H travaillant en 2 équipes et assurant également une permanence médicale de 20 H à 8 H et les jours fériés. Les maternités sont ouvertes sans relâche.

.../...

Les permanences des polycliniques sont assurées par l'ensemble du corps médical des unités réparti entre les 3 polycliniques.

L'appui des autorités locales est sollicité pour assurer la sécurité pendant les permanences.

Les unités qui sont la réalisation et le bien des A.P.C sont en général si ce n'est toujours entretenues par le S.S.U.

L'entretien se faisant par des équipes d'ouvriers détachées de l'hôpital avec l'accord de la direction de l'infrastructure et des équipements.

L'organisation des unités s'individualise par Commune, les centres de santé gravitant autour des polycliniques.

3. Le matériel, fournitures et médicaments :

L'approvisionnement en matériel, fournitures, médicaments se fait à partir de l'hôpital. Le médecin chef de l'unité envoie sa commande à la D.S.P.R. qui donne son avis et transmet aux services intéressés qui ont le dernier mot.

La commande des médicaments est organisée, elle est périodique une fois par mois selon la nomenclature qui a été dressée par les concernés et les services cliniques de l'hôpital.

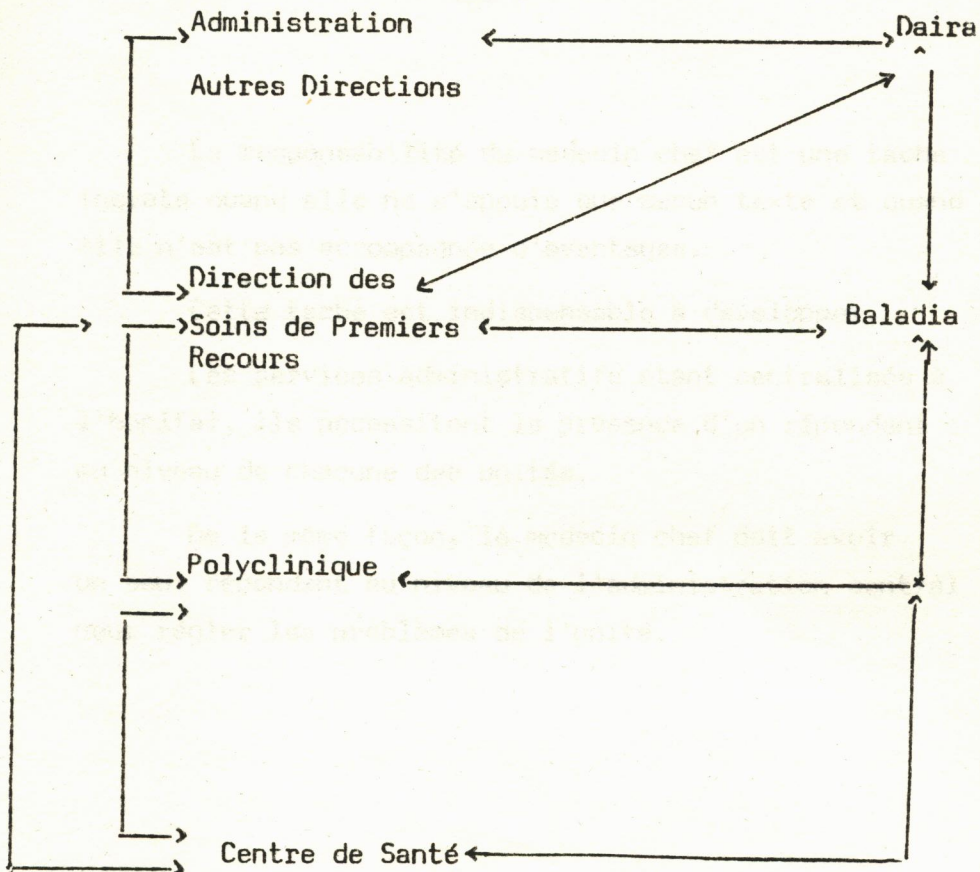
L'approvisionnement en ingrédients est trimestriel.

Le reste des commandes se fait selon la manque.

L'approvisionnement des maternités en aliments se fait également à partir de l'hôpital tous les trois à quatre jours.

.../...

4. Schema d'Organisation.



DISCUSSION :

La gestion des 26 unités sanitaires, à partir d'un point central est difficile. Pour être bien faite des listes types de matériel doivent être établies avec une programmation pour les approvisionnements.

Le personnel doit être géré par un seul service pour mieux contrôler son mouvement.

La responsabilité du medecin chef est une tache ingrate quand elle ne s'appuie sur aucun texte et quand elle n'est pas accompagnée d'avantages.

Cette tache est indispensable à developper.

Les services administratifs étant centralisés à l'hopital, ils necessitent la présence d'un répondant au niveau de chacune des unités.

De la même façon, le medecin chef doit avoir un seul répondant au niveau de l'administration central pour régler les problèmes de l'unité.

(-----)
(VI/LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE ()
(-----)

1) Les soins de premier recours.

Nous classons dans cette rubrique les activités de prévention et les activités curatives utilisant les moyens et les connaissances des structures de soins de base, donc toutes les prestations de soins assurées par les praticiens généralistes et le personnel para-médical des unités de soins de base.

1.1. Prise en charge des enfants :

La prise en charge des enfants obéit à un programme d'action avec des objectifs et une évaluation. Ce programme est élaboré par la division de pédiatrie du secteur, réalisé avec sa coordination dans les unités de soins de base. Il vise la prise en charge de la santé de l'ensemble des enfants du secteur.

1.1.1. La captation des naissances (66)

Des fiches élaborées par le C.C.E. de la division de pédiatrie (Annexe 1) sont remises à toutes les A.P.C. de la DAIRA de chéraga ainsi qu'aux A.P.C. environnantes. Une fiche est ouverte par l'A.P.C. pour tout enfant nouveau né et domicilié dans la Daira (Annexe).

.../...

Une fois par semaine le C.C.E. recueille ces fiches, établit la fiche N°2 qui reste au niveau du C.C.E et ventile les premières fiches à travers les unités sanitaires correspondant au domicile de l'enfant(Annexe).

L'unité prend ainsi connaissance de l'existence de l'enfant et lui ouvre un dossier qu'elle classe par date de Naissance de façon que l'enfant soit systématiquement convoqué aux dates voulues s'il ne s'est pas présenté spontanément.

1.1.2. Les visites systématiques périodiques :

9 visites systématiques réparties entre 0 et 5 ans sont programmées pour chaque enfant. Elles ont pour objectif la surveillance staturo pondérale et psycho motrice, la recherche de malformations, l'éducation sanitaire des mères portant notamment sur les conseils hygiéno diétiques.

1.1.3. Immunisation et lutte contre le rachitisme.

La vaccination pour la lutte contre les maladies prévalentes de l'enfance est appliquée au niveau du secteur sanitaire selon le programme déterminé par le Ministère de la Santé.

Il s'agit de la lutte contre la tuberculose, la Diphtérie, le Tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole et également la lutte contre le rachitisme par la vitamine D.

.../...

1.1.4. Consultation :

Les enfants sont examinés et traités à la demande. La prise en charge de certaines affections comme la diarrhée est codifiée.

1.1.5. Evaluation :

Toutes les prestations sont enregistrées sur la fiche 3 recueillies et traitées par le C.C.E. sont également collectées par le C.C.E. Les hospitalisations et les Décès des enfants du secteur et le tout est discuté mensuellement en réunion générale avec l'ensemble du personnel et le coordinateur du programme de pédiatrie.

Le programme de lutte contre la diarrhée qui s'étend de Juin à Novembre fait l'objet d'une évaluation pendant les mois de son application.

1.1.6. Résultats :

Pour l'année 1984 les données enregistrées par le C.C.E. sont les suivantes :

- Les naissances captées sont de 5306.
- La couverture vaccinale contre la tuberculose pour l'ensemble du secteur est à 93%.
- La couverture vaccinale du rappel DTCP pour tout le secteur est à 74%.
- La couverture vaccinale contre la rougeole est à 81%.
- La couverture de la 1er prise de vitamine D est à 80%.

.../...

- L'indice de consultation pour l'ensemble du secteur est de 1.4 par enfant.
- Les résultats à travers les communes sont données dans le Tableau suivant :

Communes	BCG	Anti R	DTCP 3	I.C.
AIN-BENIAN	95 %	87 %	77 %	1.24
CHERAGA	93 %	78 %	72 %	1.52
DRARIA	89 %	76%	69 %	1.4
STAQUELI	95 %	83 %	75 %	1.3
ZERALDA	93 %	85 %	76 %	1.98

- Les résultats du programme de lutte contre la diarrhée : sur une population cible de 8300 enfants il ya eu 2643 cas soit 1 enfant sur 3 a fait une diarrhée.

- Pour le programme de lutte contre la malnutrition sur une population cible de 11235 enfants : 456 ont un percentile inférieur au P3 de stuart et Meredith soit 4% des enfants.

1.2 : Prise en charge des Enfants en milieu scolaire.

La prise en charge des enfants en milieu scolaire vise la protection de la santé de l'enfant en milieu scolaire.

1.2.1. Les Taches :

Les Taches sont définies par un programme national, réalisées par le personnel des unités de soins de base, coordonnées et évaluées par le service de prévention.

Les taches consistent en :

- La surveillance staturo-pondérale des enfants.
- L'Immunisation : rappel contre la diphtérie et le tétanos et vaccination contre la tuberculose pour les enfants ne présentant pas de cicatrice vaccinale :
- Dépistage et prise en charge des maladies patentes et latentes.

Par ailleurs, pour le secteur un programme a été élaboré par les chirurgiens-dentistes et le service de prévention concernant la lutte contre la carie dentaire chez l'enfant de 6 ans.

1.2.2 . L'évaluation :

Toutes les prestations sont enregistrées, collectées et traitées par le service de prévention et discutées trimestriellement en réunion générale avec les medecins, chirurgiens dentistes et le service de prévention.

1.2.3. Les résultats :

- 85 % des enfants sont examinés .
- Le tableau XVII et XVIII montrent la répartition des affections dépistées.

Pour ce qui est du programme de stomatologie, le manque en fauteuils nous a poussés à prendre en charge seulement les enfants de 6 ans dans un cadre organisé = éducation sanitaire sur l'hygiène buccodentaire, dépistage et traitement de la carie.

Evaluation des activités d'hygiène scolaire
année 1984/1985

Tableau: XVII

Nombre total d'enfants examinés: 36688.

Affections dépistés	Nombre	Cas traités	Cas orientés	Cas retournés
Malvoyant	949	58	796	14
Affections ophtalmiques	151	127	3	0
Affections card. vascul.	671	71	413	22
Aff. respiratoires	445	380	67	05
Aff. ORL	3271	1391	84	13
Ectopies testiculaires	441	24	378	03
Aff. endocriniennes	136	18	69	0
Malformations	265	2	164	0
Retard mental scol.	232	0	25	0
Peau et cuir chevelu	3358	2699	0	0
Traumatismes	68	43	9	0

		1142	1563	92
--	--	------	------	----

Dépistage par bandelettes réactives

Glycosurie +	85	16	7	0
Albuminurie +	182	83	41	04
Hématuries +	82	35	19	04

1.3. La prise en charge des adultes :

1.3.1. Le tout venant :

La consultation du tout venant se fait à la demande, aussi bien pour l'établissement d'un certificat (visite d'embauche) que pour un problème de santé.

1.3.2. Les malades diabétiques et hypertendus :

Les malades diabétiques et hypertendus donc chroniques nécessitant une prise en charge continue sont examinés de façon organisée dans le temps.

1.3.3. La Stomatologie :

Les soins dentaires se font à la demande, essentiellement extractions dentaires et soins des caries.

1.3.4. Protection maternelle et espacement des naissances :

Les activités de protection maternelle et d'espacement des naissances sont réalisées principalement par des sage-femmes qui si elles ont subi un stage appelé recyclage sont autorisées à poser des dispositifs intra-utérins (67)

1.3.5 : Evaluation :

Ces activités sont enregistrées, collectées par le service de prévention et transmises par voie hiérarchique au ministère de la santé publique sans aucun effet retour.

1.4 : Lutte anti-tuberculeuse :

- Dépistage , prise en charge des tuberculeux et évaluation relèvent de la seule compétence du dispensaire anti-tuberculeux, dans le cadre d'un programme national.

1.5 : Soins, examens complémentaires et médicaments :

- Les soins sont assurées sur place au niveau des unités.

Ces soins regroupent tout ce qui est injections, pansements et petite chirurgie c'est à dire suture, incision d'abcès et autres.

L'évaluation des soins est faite mensuellement.

Les examens complémentaires qui sont pratiqués sont des examens de routine limités à quelques paramètres :

- La formule de numération sanguine
- La vitesse de sédimentation
- L'hématocrite.
- La glycémie, l'urémie, la bilirubinémie
- La chimie des urines
- Le test de grossesse.

L'évaluation des examens complémentaire est faite mensuellement.

- Les médicaments stockés dans la pharmacie de l'unité sont délivrés sur ordonnance par un agent sanitaire. Dans le cas de rupture de stock, le malade doit se déplacer à l'hôpital ou acheter ses médicaments en officine privée.

1.6. Les actions d'assainissement et d'épidémiologie.

Les actions d'assainissement et d'épidémiologie sont assurées par le service de prévention et le laboratoire d'hygiène en étroite collaboration avec les APC. Les actions menées par le service de prévention sont des actions de contrôle.

.../...

Les évaluations sont adressées mensuellement.

Le bilan de l'année 1985 pour le contrôle de l'eau de boisson, des eaux usées et des établissements à caractère alimentaire est présenté dans les tableaux XIX, XX et XXI.

Les maladies à déclaration obligatoire font l'objet d'une enquête épidémiologique par le service de prévention. Leur déclaration parvenant au service de prévention soit des unités soit de la direction de la santé de la wilaya d'Alger (pour les cas examinés dans d'autres secteurs sanitaires essentiellement le secteur de Bab-El-Oued dont l'hôpital est spécialisé en maladies infectieuses).

Ces activités font l'objet d'une évaluation mensuelle.

Le bilan 1985 est présenté dans le tableau XXII. dans le Tableau XXII.

1.7. Les accouchements :

Seuls les accouchements sans risque sont pris en charge dans les maternités périphériques.

1.8. Les activités pendant les permanences :

Les permanences sont réservées aux cas urgents, cependant il arrive que même des certificats de bonne santé y soient délivrés (Tableau XXIII et XXIV).

1.9. Les résultats :

Le tableau XXV regroupe le bilan des activités de soins de premier recours pour l'année 1985.

.../...

MALADIES SOUMISES A DECLARATION OBLIGATOIRE
DECLAREES EN 1985

XXII

Maladies Communes	Rougeole		Tuberculose		F. Typhoïde		H. virale		Méningite		Rage		TOTAL	
	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E
CHERAGA	00	61	32	01	02	07	02	04	00	00	00	01	36	74
AIN BENIAN	00	56	24	03	04	05	01	08	00	03	00	00	29	75
STAOUELI	00	27	20	00	03	01	02	05	00	01	00	00	25	34
ZERALDA	00	22	08	02	01	02	00	05	00	00	00	00	09	31
DRARIA	00	10	10	01	01	02	01	00	00	04	00	00	12	17
TOTAL	00	176	94	07	11	17	06	22	00	08	00	01	101	231

A = Adulte
E = Enfant

ACTIVITES DURANT LES PERMANENCES
DES UNITES ANNEE 1985

XXIII

Consultants Communes	Enfants	Hommes	Femmes	Total
CHERAGA	2127	1363	964	4454
AIN-BENIAN	1431	1111	946	3488
STAQUELI	1701	1310	1026	4037
TOTAL	5259	3784	2936	11979
TOTAL EN %	44%	31,6%	24,5%	100%

- 140 -

Motifs de Consultation en % pendant
les permanences des unités de soins
de base.

XXIV

Motifs de Consultation	Adulte	Enfant
Affections Respiratoires Supérieurs	16,7	41,3
Affections Respiratoires Inférieures	7,7	7,5
Affections Digestives	2,4	11,9
Affections Uro Genitales	4,2	0,6
Fièvre	2,3	5,7
Céphalées	2,5	0,6
Ophtalmologie	1,1	1,5
D.N.V	4,7	1,5
Accidents de la Circulation	4,7	2
Accidents domestiques	9,2	6,9
Maladies infectieuses	8	13
Aff. Card. Vasculaires	2,9	0,2
Rhumatologie	1,9	0,6
Certificat bonne santé	3,6	0,6
Autres	10	5,5
Total.	100%	100%

EVALUATION DES ACTIVITES DE SOINS

DE 1er RECOURS. ANNEE 1985.

T A B L E A U XXV

Communes Activités	Chéraga	Aïn Bénian	Staouéli	Zéralda	Draria	Total
Médecine adulte	27 495	25 010	19 176	10 791	11 819	94 291
Médecine Enfants	24 075	27 761	11 827	14 590	10 655	88 908
Obstétrique	3 760	2 027	1 737	1 996	342	9 862
Espacement des naissances	5 262	4 731	2 872	3 190	725	16 780
Nombre d'accoucts	569	342	324	00	00	1 234
Stomatologie	15 989	11 715	11 738	3 169	2 208	44 819
Actes de petite chirurgie	473	1 481	613	1 045	279	4 304
Pansements	15 177	8 744	16 236	12 449	3 647	56 253
Injectons	37 614	52 712	32 331	26 450	19 840	168 997
Examens de Laboratoire	00	3380	924	00	00	4304

DISCUSSION

On peut noter à travers ce chapitre que les activités de SSP ne sont pas toutes réalisées.

Les quelques unes qui le sont, sont conçues à travers les services médicaux : dépistage, diagnostic et prise en charge de la maladie jusqu'à la vaccination qui est un acte médical.

On ne relève, dans ces activités, aucune qui permette la promotion de la santé : l'éducation sanitaire n'existe pas, la promotion alimentaire non plus, l'hygiène et l'assainissement relèvent du cont-rôle et non du traitement.

Dans les activités mêmes, qui sont délivrées on note des disparités de prise en charge : les unes sont bien organisées, sur la base d'objectifs, les autres ne le sont pas. Si bien que les premières font ressortir les résultats en termes de couverture et donc de priorités. dans ce cadre le programme de prise en charge de l'enfant montre qu'il reste à faire au niveau de la diarrhée et de la malnutrition.

Le programme d'hygiène scolaire montre une faiblesse dans le système de recours.

Le programme de lutte anti-tuberculeuse par le calcul de l'incidence permet de suivre l'évolution de la tuberculose.

Les autres activités bien que très développées restent difficiles à juger.

La prise en charge maternelle malgré le grand nombre de femmes suivies reste sans efficacité. Est-ce le mode d'évaluation qu'il faut revoir ou l'activité elle-même.

De jour comme de nuit, on note une grande demande de la population en soins mais il n'existe pas d'évaluation permettant de faire ressortir les priorités. Les moyens sont déployés sans objectif .

Les activités de 2e recours sont organisées au niveau même du 1er recours, or on constate sa déficience. Là également la question reste posée : faut-il revoir le système d'évaluation ou l'activité elle-même.

Les questions posées ne peuvent trouver leur réponse que dans une meilleure organisation.

(		)
)		(
(	VII. LES INDICATEURS DE SANTE.	)
)		(

1) Indicateurs de la mortalité :

1.1. Mortalité infantile.

Les résultats préliminaires d'une enquête réalisée par le service de Médecine Sociale avec le CCE du Secteur Sanitaire et Universitaire de Chéraga, auprès des APC et des domiciles a permis de dénombrer 173 décès chez les enfants de moins de 1 an pour l'année 1985. Ce qui donne pour cette année un taux de mortalité infantile de 33%.

Les causes de ces décès sont :

- Dans 24% le décès est lié à une diarrhée, une déshydratation, une malnutrition.
- Dans 22% le décès est dû à une asphyxie néonatale, une membrane hyaline, une bronchopneumopathie dyspnéique.

Plusieurs causes de décès restent inconnues se chiffrant à 19,5%.

1.2. Mortalité de 0 à 15 ans.

L'enquête précédente a également permis de dénombrer 246 décès chez les enfants de 0 à 15 ans. Les causes n'étant pas totalement exploitées nous ne pouvons donner de précisions.

1.3. Mortalité des enfants en âge scolaire (68).

L'enquête réalisée auprès des APC des établissements scolaires et des domiciles de la Daira de Chéraga sur les décès des enfants en âge scolaire sur une période de 4 ans, 1980 à 1983, a recensé 51 décès dont 61% sont

des accidents de la circulation.

1.4. Mortalité maternelle :

Une enquête menée par le service de médecine sociale du Secteur Sanitaire et Universitaire de Chéraga auprès des APC et de Ain-Bénian et de Staouéli a permis de relever les décès des femmes en âge de procréer. L'enquête à domicile nous a permis de recueillir quelques causes.

Les décès maternels représentent un taux de 1,5%..

Cette donnée reste biaisée car les décès sont enregistrés sur le lieu du décès, non de la domiciliation.

2. La morbidité :

2.1. la malnutrition et les retards de croissance.

Le CEE du Secteur Sanitaire et Universitaire de Chéraga a relevé un taux de 4% d'enfants malnutris dans la Daira. En 1973 le taux est de 33,9% en 1978 de 14,4% (chiffres rapportés dans la thèse de Si-Ahmed (69)).

L'enquête que nous avons menée en milieu scolaire dans la Baladia de Chéraga sur les poids et les tailles des enfants scolarisés, a montré que 17% des enfants présentent un percentile inférieur au percentile 3 de Stuard et Meredith (70).

2.2. Les hématuries en milieu scolaire :

Le dépistage des hématuries que nous avons effectué auprès des enfants scolarisés de la Baladia de Chéraga dans le cadre d'une enquête a donné un taux de 2,7% d'enfants présentant une hématurie (71).

Nous avons démontré lors de cette enquête qu'il existait une relation entre l'hématurie et l'impetigo.

.../...

2.3. Les accidents chez les enfants de moins de 15 ans (72).

L'enquête menée avec le service de Médecine Sociale du Secteur Sanitaire et Universitaire de Chéraga sur une période de 3 mois concernant les accidents chez enfants de la commune de Chéraga a permis de dénombrer 351 accidents (données récoltées auprès des services sanitaire du Secteur Sanitaire et Universitaire de Chéraga et auprès des hopitaux de Sidi-M'hamed, Ait-Idir, Clinique des brulés). Ce qui représente un taux de 1,6% d'accidents en 3 mois chez les enfants de moins de 15 ans , et ces accidents dans 56,7% des cas sont domestiques.

2.4. Hypertension et diabète chez les adultes :

Nous avons dénombré en 1983, 281 adultes suivis pour diabète dans les unités de soins de base et 500 hypertendus.

3. Indicateurs de la demande en soins.

3.1. Consultation.

L'indice de consultation en 1981 - 1982 pour les adultes est de 1,96, pour les enfants (les visites systématiques exceptées) il est de 2,11 - (73).

3.2. Médicaments.

Sur le budget de 1985, 1,7% sont dépensés pour les médicaments distribués dans les unités de soins de base.

Un enfant sur trois contre un adulte sur cinq a reçu un antibiotique en 1981 - 1982.

Dans les 2 cas la cause première de cette prescription est une infection des voies respiratoires supérieures.

.../...

DISCUSSION :

Les indicateurs de santé ou les données épidémiologiques permettent de suivre l'état de santé et de dégager des priorités d'action.

Nous constatons à travers ces chiffres que l'état de santé des enfants s'est beaucoup amélioré. La malnutrition en quelques années a baissé, cependant le retard de poids par rapport aux normes des pays développés reste très sensible.

Des maladies comme l'impetigo continuent à exister avec leur complication rénale.

Les accidents occupent une place importante dans la mortalité et la morbidité des enfants.

Chez les adultes la mortalité maternelle reste importante.

Le diabète et l'hypertension font l'objet de plusieurs consultations par leur nombre et leur chronicité.

Nous n'avons pas de données sur la mortalité générale. Celle-ci est difficile à calculer car comme nous l'avons signalé plus haut les décès sont enregistrés sur le lieu du décès.

Des enquêtes mériteraient d'être menées sur l'ensemble de la Daira pour déterminer les besoins.

VIII LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

La commune de Ain-Bénian par le biais de ses responsables a montré une volonté de participation aux problèmes de santé.

Le nombre d'unités sanitaires sur son territoire est le plus important de toutes les communes par rapport à sa superficie.

Elle a détaché une ambulance à temps plein avec son chauffeur à la polyclinique.

Pendant un certain temps, dans le cadre de l'hygiène scolaire, elle a transporté les élèves des établissements vers le centre d'hygiène scolaire.

En plus des logements se situant au niveau des unités sanitaires, elle a accordé d'autres logements au sein de la commune au personnel de la Santé pour lui régler un problème social mais aussi pour lui faciliter l'accès à son travail.

Cette participation pourrait se développer par une meilleure sensibilisation de la population des organisations de masse et des décideurs de la commune de la part des personnels de santé.

Les autres communes restent d'une façon générale impassible devant les problèmes de santé.

Draria vient en tête des communes qui n'offrent pas de participation aux problèmes de santé. Ses unités sanitaires sont des habitations transformées, vétustes dans l'ensemble et pas conformes aux soins. Il n'y a pas de maternité alors que l'accès à l'hôpital est difficile, le transport en commun nécessite deux changements.

.../...

L'APC n'a jamais accepté de faciliter la tâche aux techniciens d'assainissement du Secteur Sanitaire et Universitaire par l'attribution d'un local au sein de l'APC ou d'un véhicule pour leur déplacement sur le terrain.

Les trois autres communes ne font pas beaucoup plus, mais paraissent moins hostiles.

DISCUSSION :

La participation communautaire qui fait partie de la définition même des soins de santé prémaires n'existe pas dans le Secteur Sanitaire et Universitaire de Chéraga.

Les raisons invoquées sont souvent le manque de moyens. Mais n'est-ce pas aussi et surtout, parceque la communauté n'est pas sensibilisée aux problèmes de santé et à leur solution. Et c'est là où les services sanitaires pourraient intervenir:

Developper la conscience de la population, à commencer par les écoles qui sont fréquentés par 30/ de la population, par les mosquées qui ont un impact important sur les adultes et qui sont de plus en plus fréquentées.

ANALYSE - OBSTACLES

1^o Analyse :

Les soins de santé primaires dans le secteur sanitaire et universitaire de Chéraga sont une réalité.

Appelés soins de base ou soins de premiers recours, ils associent aux activités classiques retenues par l'OMS des activités de second recours : la consultation spécialisée en ambulatoire.

Par leur gratuité et par leur nombre, les services de SSP sont rendus accessibles à la population (bien que leur répartition ne soit pas équitable).

La demande auprès de ces services prouvent qu'ils sont bien acceptés.

Ils font partie intégrante d'un système où le recours existe et est bien organisé. Il leur manque cependant la participation communautaire. En dehors de la commune de AIN-BENIAN où les décideurs communaux jouent leur rôle, la participation au niveau des autres communes reste faible et ce, malgré les textes de loi.

Les activités des soins de santé primaires représentées dans les huit composantes sont disparates:

- L'éducation pour la santé n'est pas développée.
- La promotion d'une bonne nutrition est réalisée quelque peu (dépistage et suivi des malnutris, traitement des diarrhées et vaccination contre la rougeole). Elle dépend de la disponibilité en aliments.
- L'hygiène et l'assainissement : le personnel ne se sent pas concerné par cette activité. La communauté ne fait pas d'effort.
- La protection maternelle et infantile et l'espace des naissances : se traduit par une prise en charge médicale au sein des infrastructures sanitaires ou dans les écoles pour les enfants scolarisés.

.../...

- Les vaccinations du programme élargi sont très bien assurées y compris la vaccination de la femme enceinte.

- La prévention et le contrôle des endémies : Cette activité est variable selon qu'elle s'adresse aux enfants ou aux adultes. Des actions bien ordonnées sont menées auprès des enfants, lutte contre la diarrhée, contre la malnutrition. Par contre auprès des adultes, les actions sont plus des initiatives personnelles au niveau de quelques unités sanitaires pour deux maladies, essentiellement le diabète et l'hypertension.

- Le traitement des maladies et lésions courantes occupe en fait tout le temps du personnel.

- La fourniture de médicaments essentiels : ce sont les "manques" qui entravent cette activité. Ces "manques" se situant souvent en amont du secteur sanitaire.

Par ailleurs des disparités existent entre la prise en charge de l'enfant et la prise en charge de l'adulte.

La prise en charge de l'enfant repose sur un bon système d'évaluation et d'encadrement du personnel. Des priorités sont dégagées au fur et à mesure.

La prise en charge des adultes y compris la protection de la mère et l'espacement des naissances n'a pas de système d'évaluation fiable. Aucun indicateur n'est mis en place pour dégager les priorités. Les causes de mortalité, le taux même de mortalité restent méconnus. Cependant la masse de prestations fournies semble considérable.

2. Les obstacles à la bonne application des SSP:

Un certain nombre d'obstacles s'opposent à la bonne application des soins de santé primaires dans le secteur de Chéraga.

2.1. La formation :

- La formation médicale : Le médecin n'est décidément pas préparé aux activités d'éducation sanitaire, d'hygiène du milieu, de visites à domicile. Le phénomène auquel on assiste au niveau du secteur, c'est que les médecins impliqués dans la prise en charge de l'enfant sont plus près de ces activités que les médecins qui ne sont impliqués que dans la prise en charge des adultes et ceci trouve son explication dans la motivation et la sensibilisation exercées sur les médecins par la division de pédiatrie lors des séances d'évaluation.

- La formation paramédicale : ici le phénomène est d'un autre ordre, les agents sanitaires sont pour beaucoup des vacataires formés sur le tas. Et là aussi par une formation de courte durée (2 semaines) à l'embauche, et par une formation continue lors des séances d'évaluation pour le personnel impliqué dans les programmes de pédiatrie on aboutit à un personnel plus motivé. C'est dire que la formation représente un obstacle majeur quand elle n'est pas adaptée à ce à quoi elle va servir.

2.2. La gestion des unités.

Une bonne gestion des unités renforce les programmes médicaux en évitant les pénuries, les départs de personnel sans remplacement.

Cette gestion pour être bien menée ne doit pas être dispersée sur plusieurs directions et doit être dotée de moyens.

.../...

2.3. L'évaluation des activités :

Une évaluation qui a pour base seulement la quantification des activités est mauvaise. Une évaluation de ce modèle peut représenter un obstacle dans la mesure où l'on peut se cacher derrière des chiffres inventés.

2.4. La participation communautaire :

La communauté, si elle joue le rôle passif de " receveur ", n'aide pas pas les services de santé à aller vers elle. L'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement a besoin de l'appui total de la communauté.

Stratégie

La stratégie que nous voulons développer doit tenir compte de deux aspects:

- La faisabilité.
- L'optimalisation des moyens existants.

A partir de là, nous pourrions envisager comment augmenter l'efficacité des services:

1. Participation communautaire :

La participation communautaire, jouant un rôle primordial il est important de la susciter. Nous pouvons l'aborder par le biais de l'hygiène scolaire pour toucher la collectivité des enseignants, nous pouvons également l'aborder par le biais des organisations de masse, en les invitant aux réunions d'évaluation, en les impliquant dans certaines activités : éducation sanitaire en milieu scolaire, on peut les amener tout doucement vers nous.

2. Optimalisation des moyens humains :

Les médecins et les paramédicaux doivent être préparés à leur tâche d'organisation du travail et de gestion de l'unité (les relations, les commandes de matériels...).

Par une formation continue, ils doivent être sensibilisés aux soins de santé primaires et à leur approche communautaire. (74)

Un calendrier de travail doit assurer une distribution rationnelle du personnel si celui-ci est polyvalent.

.../...

3. Optimalisation des moyens matériels :

Il faudra assurer une bonne organisation des activités au sein de l'unité.

En amont les services les services gestionnaires doivent éviter les pénuries.

4. Optimalisation technique :

Seule l'évaluation d'un objectif permet de savoir si on avance ou si on recule.

Les progrès obtenus dans la prise en charge de l'enfant sont partis de ce principe. Ce principe doit être adopté pour toutes les activités qui deviennent alors des programmes d'action.

Cette démarche par programmes nécessite une bonne connaissance du terrain, soit de tous les éléments qui constituent la situation existante. Ensuite sur la base des priorités dégagées se fixer des objectifs à atteindre. Le délai de parcours doit être déterminé raisonnablement en "tenant compte des éléments favorables au changement et ceux qui lui sont opposés et qui définissent les moyens à mettre en oeuvre "(75).

Enfin il est important d'avoir des critères d'évaluation pour suivre la situation et comparer les résultats, ce qui va nécessiter la mise en place d'un système d'information et de recueil de données

Si ces programmes représentent un outil de travail essentiel, ils représentent aussi le fruit d'un effort continu et ils nécessitent aussi la préparation du personnel médical et paramédical aux tâches qu'ils auront à réaliser.

4.1. Le système d'information :

Ce système doit être centralisé au niveau du secteur sanitaire de façon à intégrer toutes les informations épidémiologiques.

Il doit être équipé de moyens humains et matériels(76).

4.2. La formation :

La formation du personnel aux soins de santé primaires devrait être intégrée au cursus normal des études (

Mais comme nous cherchons des solutions faisables nous proposons une formation continue du personnel au niveau du Secteur Sanitaire Universitaire de Chéraga. Cette formation devra comporter des notions de statistiques et d'épidémiologie pour initier l'ensemble du personnel aux problèmes communautaires. Elle devra également comporter des notions en relations avec les programmes.

5. Proposition spécifique :

Les exemples des programmes du ministère de la santé cubain définis dans " Programas Basicos del Area de Salud y su Evaluacion " (77) sont de très bons exemples.

Ils comportent :

- Un objectif général.
- Des objectifs spécifiques
- Des sorties opérationnelles pour chacun des objectifs.
- Les activités correspondant aux objectifs.
- Un tableau d'évaluation.

6. Modèle de programme:

La carie dentaire, apparaissant comme un problème prioritaire en milieu scolaire, nous la prendrons comme exemple.

1 - Définir un objectif général :

Contribution à l'amélioration de la santé des enfants en milieu scolaire par une attention préventive et curative de la carie dentaire.

2 - Définir des objectifs spécifiques :

2.1. Prévenir la carie dentaire en élevant le niveau d'éducation sanitaire chez les enfants.

2.2. Dépister la carie dentaire.

2.3. Soigner la carie dentaire.

3 - Définir les sorties opérationnelles.

3.1. Pour l'objectif 2.1.

3.1.1. Réaliser une séance d'éducation sanitaire au niveau de chaque classe des écoles primaires par trimestre.

3.2. Pour l'objectif 2.2.

3.2.1. Examiner tous les enfants des écoles primaires soit 29182 enfants.

3.3. Pour l'objectif 2.3.

3.3.1. Traiter toutes les caries dépistées

4. Définir les activités pour les réalisation des objectifs.

4.1. Pour l'objectif 2.1.

4.1.1. Confectionner des planches expliquant la carie son étiologie, ses complications.

.../...

- 4.1.2. Préparer une brosse à dents pour la démonstration du nettoyage des dents.
- 4.1.3. Etablir un programme de visites avec le responsable de l'établissement.
- 4.2. Pour l'objectif 2.2.
 - 4.2.1. Programmer les visites avec le chef d'établissement.
 - 4.2.2. Préparer les dossiers et le matériel pour examiner les enfants.
 - 4.2.3. Préparer les lettres de liaison pour les enfants qui ont des caries et les feuilles d'évaluation.
 - 4.2.4. Examiner les enfants.
- 4.3. Pour l'objectif 2.3.
 - 4.3.1. Etablir un emploi du temps.
 - 4.3.2. Préparer les dossiers
 - 4.3.3. Traiter les enfants.
 - 4.3.4. Enregistrer les résultats.
5. Définir le mode d'évaluation.

L'évaluation sera mensuelle et portera sur le tableau suivant :

- Nombre d'enfant scolarisés.
- Nombre d'enfants examinés.
- Caries dentaires dépistées.
- Dents obturées.
- Dents absentes.
- Caries soignées.
- Dents extraites.
- Séances d'éducation sanitaires réalisées.

Le programme défini, il est important de préciser qui doit le coordonner.

.../...

The first of these is the fact that the
 the second of these is the fact that the
 the third of these is the fact that the

The fourth of these is the fact that the
 the fifth of these is the fact that the
 the sixth of these is the fact that the

The seventh of these is the fact that the
 the eighth of these is the fact that the

The ninth of these is the fact that the
 the tenth of these is the fact that the

The eleventh of these is the fact that the
 the twelfth of these is the fact that the
 the thirteenth of these is the fact that the
 the fourteenth of these is the fact that the
 the fifteenth of these is the fact that the

Conclusion

The sixteenth of these is the fact that the
 the seventeenth of these is the fact that the
 the eighteenth of these is the fact that the
 the nineteenth of these is the fact that the
 the twentieth of these is the fact that the

The twenty-first of these is the fact that the
 the twenty-second of these is the fact that the
 the twenty-third of these is the fact that the
 the twenty-fourth of these is the fact that the
 the twenty-fifth of these is the fact that the
 the twenty-sixth of these is the fact that the
 the twenty-seventh of these is the fact that the
 the twenty-eighth of these is the fact that the
 the twenty-ninth of these is the fact that the
 the thirtieth of these is the fact that the

Au terme de ce travail il apparait que le marathon vers la santé pour tous, comme l'appelle Halfdan MAHLER le Directeur de l'OMS (78), est loin d'être gagné en Algérie.

Ce n'est pas la volonté politique apparemment qui manque, ni les décisions en faveur de la santé pour tous, cependant les résultats traduits à travers quelques indicateurs sanitaire prouvent que notre pays est à la traîne.

Cette année a vu le lancement d'un programme national de lutte contre la mortalité infantile (79).

Cette stratégie qui aborde l'angle sous l'aspect de la programmation nous permettra-t-elle de décoller ? L'avenir nous le dira.

La Daira de Chéraga évolue autrement. Il est vrai que sur le plan socio-économique c'est une région qui s'est beaucoup développé ces dernières années. Il est vrai aussi que les Secteur Sanitaire parait hypertrophié par rapport aux ressources algérienne.

En 10 ans le taux de mortalité infantile est descendu de 70%. Et là, nous pouvons noter une double prouesse, d'abord d'avoir quantifié avec fiabilité le taux de mortalité infantile, ensuite d'avoir contribué à le diminuer d'autant.

Le premier point est l'affaire d'une bonne organisation et tout le mérite revient au CCE et à la division de pédiatrie du Secteur de Chéraga.

Le deuxième point est plus difficile à rattacher à un facteur précis. Cependant quelques éléments plaident en faveur du secteur santé : La bonne couverture vaccinale qui a fait disparaître plusieurs maladies, la bonne couverture de la prise de vitamine D, la surveillance de l'enfant qui permet d'informer les mères et de les prévenir sur les risques, la lutte contre la diarrhée et la malnutrition, même si c'est une prévention secondaire.

.../...

Annexes

I. Introduction

1. Par décision de l'Assemblée des Organisations Médicales des Nations Unies (OAM), et de l'Assemblée des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), l'Union des Médecins, l'Association des Médecins, la Fédération nationale des Médecins, et le Comité national des Médecins, ont décidé de se réunir à Alma-Ata, en République Socialiste d'Union Soviétique, du 25 au 31 mai 1978.

I

Déclaration d'Alma-Ata 1978 les soins de santé primaires

La Déclaration d'Alma-Ata, adoptée par l'Assemblée des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO) et l'Assemblée des Organisations Médicales des Nations Unies (OAM) le 25 mai 1978, est le résultat de la réunion de l'Union des Médecins, l'Association des Médecins, la Fédération nationale des Médecins, et le Comité national des Médecins, qui s'est tenue à Alma-Ata, en République Socialiste d'Union Soviétique, du 25 au 31 mai 1978.

1. Historique

Introduction

1. Par décision de l'Assemblée de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹ et du Conseil d'administration du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (FISE), et sur l'invitation du Gouvernement de l'Union des Républiques socialistes soviétiques, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires s'est tenue du 6 au 12 septembre 1978 à Alma-Ata, capitale de la République socialiste soviétique de Kazakhie.

Objectifs

2. Les objectifs de la Conférence étaient les suivants :

- i) promouvoir la notion de soins de santé primaires dans tous les pays ;
- ii) échanger des données d'expérience et des informations relatives au développement des soins de santé primaires dans le cadre de systèmes et services sanitaires nationaux complets ;
- iii) évaluer la situation mondiale actuelle dans le domaine de la santé et des soins de santé dans la mesure où elle se rapporte aux soins de santé primaires et peut être améliorée par ceux-ci ;
- iv) définir les principes qui doivent régir les soins de santé primaires ainsi que les moyens opérationnels à mettre en œuvre pour résoudre les problèmes pratiques que pose le développement de ces soins ;
- v) définir le rôle qui incombe aux gouvernements et aux organisations nationales et internationales en ce qui concerne la

¹ Résolutions WHA28.88, adoptée en mai 1975, et WHA29.19, adoptée en mai 1976, réaffirmant les résolutions WHA20.53, WHA23.61, WHA25.17, WHA26.35 et WHA27.44, relatives à la prestation et à la promotion de soins sanitaires efficaces et complets pour tous et soulignant la nécessité de tenir une conférence internationale pour échanger des vues sur l'expérience acquise en matière de développement des soins de santé primaires. (OMS, Recueil des résolutions et décisions, Vol. I, 1973, pages 29, 30, 31 et Vol. II, (2^e éd.), 1977, pages 19, 20, 21, 148).

coopération technique et l'appui à apporter au développement des soins de santé primaires ;

- vi) formuler des recommandations pour le développement des soins de santé primaires.

3. La Conférence internationale sur les soins de santé primaires, organisée et patronnée conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, a été précédée par plusieurs réunions nationales, régionales et internationales sur les soins de santé primaires qui se sont tenues à travers le monde en 1977 et 1978. Les réunions régionales et internationales ont été les suivantes : réunion du Comité d'experts sur les soins de santé primaires dans la Région africaine (Brazzaville, 1977), Quatrième Réunion extraordinaire de Ministres des pays Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (Washington, DC, septembre 1977), Réunion mixte FISE/OMS des pays de la Région de la Méditerranée orientale (Alexandrie, octobre 1977), Conférence sur les soins de santé primaires pour les pays de la Région du Pacifique occidental (Manille, novembre 1977), Réunion mixte FISE/OMS sur les soins de santé primaires dans la Région de l'Asie du Sud-Est (New Delhi, novembre 1977), Conférence sur les soins de santé primaires dans les pays industrialisés (New York, décembre 1977), et enfin Congrès international des organisations non gouvernementales sur les soins de santé primaires (Halifax, Canada, mai 1978).

4. La documentation établie pour la Conférence comprenait un document de travail — le rapport conjoint du Directeur général de l'OMS et du Directeur général du FISE intitulé *Les soins de santé primaires*¹ — et six rapports d'information générale sur les Régions établis par les Directeurs régionaux de l'OMS et présentant les différentes expériences et approches nationales ainsi qu'un résumé des questions critiques qui se posent à l'échelon des pays. Outre cette documentation officielle, des rapports sur ce qui s'est fait dans divers pays, divers maté-

riels d'information, publications, exemples de technologie appropriée, photographies et films ayant trait aux soins de santé primaires ont été présentés aux participants. Ces derniers ont également eu l'occasion de visiter plusieurs expositions relatives aux soins de santé primaires (y compris le système sanitaire de l'URSS), organisées par le Gouvernement hôte, et à la technologie appropriée pour la santé, organisées par le FISE et la RSS de Kazakhie.

4. Recommandations

1. Interrelations entre santé et développement

La Conférence,

Reconnaissant que la santé dépend du développement économique et social et qu'elle y contribue,

RECOMMANDE que les gouvernements fassent une place aux soins de santé primaires dans leurs plans nationaux de développement et renforcent ce type de soins en accordant une attention particulière aux programmes de développement urbain et rural et à la coordination des activités qui, dans les différents secteurs, se rapportent à la santé.

2. Participation de la communauté aux soins de santé primaires

La Conférence,

Considérant que l'autoresponsabilité nationale et communautaire et la conscience sociale sont les facteurs clés du progrès humain, et reconnaissant que les populations ont le droit et le devoir de participer à l'action visant à améliorer et à préserver leur santé,

RECOMMANDE aux gouvernements de favoriser et d'assurer une pleine participation des communautés à cette action moyennant la diffusion efficace d'informations pertinentes, l'alphabétisation et la mise en place des structures institutionnelles nécessaires pour que les individus, les familles et les communautés puissent assumer la responsabilité de leur santé et de leur bien-être.

3. Rôle des administrations nationales en matière de soins de santé primaires

La Conférence,

Constatant l'importance que revêt l'existence d'un soutien administratif et financier approprié à tous les niveaux du point de vue de la

coordination du développement national, et notamment des soins de santé primaires, ainsi que de la mise en pratique des politiques nationales,

RECOMMANDE aux gouvernements de renforcer le soutien apporté par les services administratifs généraux aux soins de santé primaires et aux activités connexes grâce à une coordination entre les différents ministères et à une délégation des compétences et des pouvoirs vers l'échelon intermédiaire et celui de la communauté, en allouant à ceux-ci les personnels et les ressources dont ils ont besoin.

4. Coordination entre le secteur sanitaire et les secteurs dont l'action intéresse la santé

La Conférence,

Reconnaissant qu'une amélioration notable de la santé de l'ensemble d'une population ne peut être obtenue sans une coordination planifiée et efficace des activités des services nationaux de santé et de celles des autres secteurs dont l'action intéresse la santé,

RECOMMANDE que, dans les politiques et plans nationaux de santé, il soit pleinement tenu compte des apports des autres secteurs qui ont des répercussions sur la santé, que des accords précis et réalistes soient conclus à tous les échelons, en particulier à l'échelon intermédiaire et à celui de la communauté, pour coordonner l'activité des services de santé et toutes les autres activités contribuant à la promotion de la santé et des soins de santé primaires, enfin que ces accords de coordination tiennent compte du rôle des services généraux d'administration et de financement.

5. Contenu des soins de santé primaires

La Conférence,

Soulignant que les soins de santé primaires doivent être axés sur les principaux problèmes de santé de la communauté, mais consciente du fait que ces problèmes et les moyens de les résoudre varieront d'un pays et d'une communauté à l'autre,

RECOMMANDE que les soins de santé primaires comprennent au minimum une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de détection, de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes, la promotion de la santé mentale et la fourniture de médicaments essentiels.

6. Soins de santé primaires complets au niveau local

La Conférence,

Confirmant que les soins de santé primaires englobent toutes les activités qui, aux points de contact entre la collectivité et le système sanitaire, contribuent à l'amélioration de la santé,

RECOMMANDE, à titre de mesure essentielle visant à assurer la complétude des soins de santé primaires, de coordonner et d'équilibrer toutes les activités orientées vers le développement en concentrant les efforts sur les problèmes perçus tant par la communauté que par les services de santé comme ayant le degré de priorité le plus élevé ; elle recommande en outre de procéder, selon des plans d'ensemble répondant aux besoins locaux, à des interventions culturellement acceptables, techniquement justifiées, susceptibles d'être correctement menées et choisies de façon judicieuse, étant entendu que les programmes à finalité unique s'intégreront aussi rapidement et harmonieusement que possible dans les activités de soins de santé primaires.

7. Soutien aux soins de santé primaires à l'intérieur du système national de santé

La Conférence,

Considérant que les soins de santé primaires constituent le fondement d'un système national de santé complet et que ce système doit être organisé de manière à soutenir les soins de santé primaires et à garantir leur efficacité,

RECOMMANDE aux gouvernements de promouvoir les soins de santé primaires et les activités de développement apparentées de manière à renforcer la capacité et la volonté des populations de résoudre leurs propres problèmes ; il faut à cet effet qu'il existe une relation étroite entre les agents de soins de santé primaires et la communauté et que chaque équipe soit responsable d'un secteur bien défini ; il faut, en particulier, réorganiser le système sanitaire existant pour faire en sorte que tous ses échelons apportent leur appui aux soins de santé primaires en facilitant l'acheminement des malades et les consultations sur les problèmes de santé, en assurant un encadrement d'appui, une orientation, un soutien logistique et les approvisionnements, et en faisant un meilleur usage des hôpitaux de recours.

8. Besoins spéciaux des groupes vulnérables et à haut risque

La Conférence,

Reconnaissant les besoins spéciaux de ceux qui, pour des raisons géographiques, politiques, sociales ou financières, sont le moins aptes à rechercher d'eux-mêmes des soins de santé, et exprimant la grande préoccupation que lui inspirent les individus les plus vulnérables ou les plus exposés,

RECOMMANDE que, dans le cadre de la couverture totale des populations par les soins de santé primaires, une priorité élevée soit accordée aux besoins spéciaux des femmes, des enfants, des travailleurs à haut risque et des couches défavorisées de la société et que soient poursuivies dans tous les foyers et lieux de travail les activités nécessaires pour identifier systématiquement les individus les plus exposés, pour leur assurer des soins suivis et pour éliminer les facteurs qui nuisent à la santé.

9. Catégories de personnel affectées aux soins de santé primaires dans le secteur sanitaire et les secteurs connexes ; leurs rôles

La Conférence,

Reconnaissant que le développement des soins de santé primaires dépend des attitudes et des capacités de l'ensemble des personnels de

santé ainsi que de l'existence d'un système sanitaire conçu pour appuyer les agents de première ligne et compléter leur action,

RECOMMANDE que les gouvernements donnent un rang élevé de priorité à la pleine utilisation des ressources humaines, d'une part en définissant le rôle technique qui incombe à chaque catégorie de personnel de santé ainsi que les compétences et les attitudes qu'exigent les soins de santé primaires pour être efficaces, et d'autre part en constituant des équipes composées d'agents de santé communautaires, d'autres agents du développement, de personnels de niveau intermédiaire, d'infirmières, de sages-femmes, de médecins et, le cas échéant, de praticiens et accoucheuses traditionnels.

10. Formation de personnels dans le secteur de la santé et les secteurs connexes pour les soins de santé primaires

La Conférence,

Reconnaissant qu'il faut disposer d'effectifs suffisants de personnels qualifiés pour appuyer et dispenser les soins de santé primaires,

RECOMMANDE que les gouvernements entreprennent ou soutiennent la réorientation ou la formation de toutes les catégories de personnel existant et appliquent des programmes révisés pour la formation de nouveaux personnels de santé communautaires ; que la formation soit telle que tous les personnels de santé, et notamment les médecins et les infirmières, reçoivent une formation sociale et technique et qu'ils soient motivés à servir la communauté ; que toutes les activités de formation comprennent des travaux pratiques sur le terrain ; que les médecins et autres personnels de santé hautement qualifiés soient instamment engagés à exercer au début de leur carrière dans des régions mal desservies ; enfin, que l'éducation permanente, l'encadrement d'appui, la formation des enseignants et la formation sanitaire des personnels d'autres secteurs reçoivent toute l'attention requise.

11. Mesures propres à encourager le personnel à servir dans les régions reculées et mal desservies

La Conférence,

Consciente que la prestation de soins de santé primaires axés sur les besoins des populations mal desservies exige un dévouement et une motivation tout particuliers et qu'il est en outre indispensable de récompenser et reconnaître par des moyens culturellement appropriés les services rendus dans des conditions difficiles et pénibles,

RECOMMANDE que des encouragements soient donnés aux personnels de santé de toutes catégories en proportion de l'isolement géographique et de la difficulté des conditions dans lesquelles ils vivent et travaillent ; que ces encouragements soient adaptés à la situation locale, prenant notamment la forme de meilleures conditions de vie et de travail ainsi que de possibilités de perfectionnement et d'éducation permanente.

12. Technologie appropriée pour la santé

La Conférence,

Reconnaissant que les soins de santé primaires nécessitent l'identification, la mise au point, l'adaptation et l'application d'une technologie appropriée,

RECOMMANDE aux gouvernements, aux établissements de recherche et d'enseignement, aux organisations non gouvernementales et, en particulier, aux communautés, de mettre au point, tant dans le système sanitaire que dans les services connexes, des techniques et des méthodes propres à améliorer la santé, scientifiquement valables, adaptées aux besoins locaux, acceptables pour la communauté et applicables, conformément au principe de l'autoresponsabilité, par la population elle-même à un coût qui soit abordable pour la communauté et le pays.

ponibles à un coût aussi peu élevé que possible, pour les soins de santé primaires aux divers niveaux, que des mesures appropriées soient prises pour prévenir l'abus des médicaments, que des remèdes traditionnels d'efficacité avérée soient utilisés, et qu'un réseau efficace d'administration et de distribution soit mis sur pied.

15. Administration et gestion pour les soins de santé primaires

La Conférence,

Considérant que pour assurer la mise en pratique des principes qui régissent les soins de santé primaires il faut renforcer la structure administrative et les méthodes de gestion,

RECOMMANDE que les gouvernements mettent en place le cadre administratif nécessaire et appliquent à tous les niveaux des méthodes de gestion appropriées pour planifier et mettre en œuvre les activités de soins de santé primaires, pour mieux allouer et répartir les ressources, pour suivre et évaluer l'exécution des programmes à l'aide d'un système d'information simple et pertinent, pour la contrôler conjointement avec la communauté, et pour donner aux différentes catégories d'agents de santé une formation appropriée en matière de gestion.

16. Recherche sur les services de santé et études opérationnelles

La Conférence,

Soulignant que l'on sait suffisamment de choses sur les soins de santé primaires pour que les gouvernements puissent les mettre en œuvre ou les développer, mais reconnaissant par ailleurs qu'il faut résoudre des problèmes nombreux et complexes qui se poseront pendant longtemps encore, que la contribution des systèmes de médecine traditionnelle doit être étudiée plus avant et que des problèmes nouveaux ne cessent de surgir au fur et à mesure que progresse l'action entreprise,

RECOMMANDE que chaque programme national consacre un certain pourcentage de ses crédits à la recherche permanente sur les services de santé, qu'il organise des unités de recherche et de développement sur les services de santé ainsi que des secteurs d'essais pratiques

fonctionnant parallèlement au processus général de mise en œuvre, qu'il encourage l'évaluation et la rétroinformation de façon à repérer rapidement les problèmes qui peuvent se poser, qu'il confie des responsabilités aux établissements d'enseignement et de recherche afin de les faire participer de très près à l'action du système de santé, et enfin qu'il s'efforce de façon soutenue de former des chercheurs afin de promouvoir l'autoresponsabilité nationale.

17. Ressources affectées aux soins de santé primaires

La Conférence,

Reconnaissant que la mise en œuvre des activités de soins de santé primaires nécessite la mobilisation effective des ressources intéressant la santé,

RECOMMANDE que, pour exprimer leur volonté politique de promouvoir l'approche « soins de santé primaires », les gouvernements, à mesure qu'ils augmenteront les crédits consacrés à la santé, donnent la priorité absolue à l'extension des soins de santé primaires aux communautés non desservies ; qu'ils encouragent et appuient différents moyens de financement des soins de santé primaires, y compris, le cas échéant, les assurances sociales, les coopératives et toutes les ressources pouvant être mobilisées à l'échelon local grâce à une participation et à un engagement actifs des communautés ; enfin, qu'ils prennent des mesures pour optimiser l'efficacité et l'efficacité des activités ayant un rapport avec la santé dans tous les secteurs.

18. Engagement national à l'égard des soins de santé primaires

La Conférence,

Affirmant que les soins de santé primaires exigent des pouvoirs publics à tous les échelons un engagement politique ferme et permanent reposant sur la compréhension et le soutien sans réserve de la population.

RECOMMANDE aux gouvernements d'exprimer leur volonté politique de réaliser la santé pour tous en s'engageant de façon permanente à mettre en œuvre les soins de santé primaires en tant que partie intégrante du système sanitaire national dans le cadre du développement socio-économique général et avec la participation de tous les secteurs intéressés, à promulguer s'il y a lieu la législation nécessaire et à stimuler, mobiliser et soutenir l'intérêt du public pour le développement des soins de santé primaires ainsi que sa participation à ce développement.

19. Stratégies nationales pour les soins de santé primaires

La Conférence,

Insistant sur la nécessité de formuler des stratégies nationales pour mettre en pratique les politiques générales adoptées en matière de soins de santé primaires,

RECOMMANDE aux gouvernements d'élaborer sans tarder des stratégies nationales ayant des buts bien définis, de développer et de mettre en œuvre des plans d'action pour garantir que les soins de santé primaires soient rendus accessibles à la population tout entière, la priorité absolue étant donnée aux zones et groupes mal desservis, et de réévaluer ces politiques, stratégies et plans de soins de santé primaires afin de les adapter aux stades successifs du développement.

20. Coopération technique en matière de soins de santé primaires

La Conférence,

Reconnaissant que tous les pays peuvent beaucoup apprendre les uns des autres dans les domaines de la santé et du développement,

RECOMMANDE aux pays de partager et d'échanger les renseignements, les données d'expérience et les compétences spécialisées qu'ils possèdent en matière de développement des soins de santé primaires dans le cadre de la coopération technique entre pays en général et entre pays en développement en particulier.

21. Soutien international en faveur des soins de santé primaires

La Conférence,

Consciente que, pour promouvoir et soutenir les soins de santé primaires tout en surmontant les obstacles qui s'opposent à leur mise en œuvre, il faut une solidarité et un soutien internationaux qui soient à la fois puissants et coordonnés, et

Accueillant avec reconnaissance les offres de collaboration émanant des organisations du système des Nations Unies ainsi que d'autres sources de coopération,

RÉCOMMANDE que les organisations internationales, les organismes bilatéraux et multilatéraux, les organisations non gouvernementales, les organismes de financement et les autres partenaires de l'action sanitaire internationale favorisent et soutiennent de façon concertée les engagements pris au niveau national en faveur des soins de santé primaires et leur procurent un appui technique et financier accru, en laissant aux pays eux-mêmes toute latitude pour coordonner l'emploi de ces ressources dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination et en utilisant au maximum les ressources disponibles sur place.

22. Rôle de l'OMS et du FISE en matière de soutien aux soins de santé primaires

La Conférence,

Consciente de la nécessité de formuler un plan d'action mondial en faveur des soins de santé primaires conçus comme l'objet d'un effort coordonné de la part de tous les pays,

RECOMMANDE que l'OMS et le FISE, s'inspirant de la Déclaration d'Alma-Ata et des recommandations de cette Conférence, continuent à encourager et à appuyer les stratégies et plans nationaux visant à promouvoir les soins de santé primaires en tant qu'élément du développement général,

RECOMMANDE que l'OMS et le FISE, se fondant sur les stratégies et les plans nationaux, élaborent le plus rapidement possible des plans d'action concertés aux niveaux régional et mondial en vue d'en-

courager et aider les pays à se soutenir mutuellement, notamment par l'intermédiaire de leurs institutions nationales, afin de favoriser le développement accéléré des soins de santé primaires,

RECOMMANDE que l'OMS et le FISE stimulent constamment la mobilisation d'autres ressources nationales en faveur des soins de santé primaires.

Résolutions sur la santé adoptées

Par le Comité Exécutif du F.I.S.E.

1980