

Les indicateurs de santé et leur impact socio-économique

Dr./ BOULAHRIK Mohand*

ملخص:

تعتبر المؤشرات الصحية من اهم الادوات الاحصائية التي تستعمل لقياس الظاهرة الصحية الاجتماعية، وقد تم الحصول عليها من البيانات الاحصائية المستخدمة ونظرا لأبعادها المختلفة فهي تساعد على التشخيص وتحديد المشاكل الصحية وعلى تخطيط الاهداف الصحية والقيام بأعمال المتابعة في الميدان والتقييم للخدمات الصحية. وبعد الاطلاع على هذه المؤشرات الصحية لاحظنا وجود نتائج ايجابية تحققت في الجزائر خلال السنوات الاخيرة وتتعلق بتطور نمو السكان وحالتهم الصحية وكذلك كل ما يتعلق بالتغطية الصحية، وهو ما نبجث فيه.

الكلمات المفتاحية: مؤشرات صحية، ظاهرة صحية اجتماعية، احصائيات، سكان، الجزائر.

Abstract:

Les indicateurs de santé sont des instruments statistiques qui permettent d'observer et de mesurer l'évolution d'un phénomène socio-sanitaire donné. Ils ont donc un caractère multidisciplinaire et considérés comme des mesures utilisées pour décrire l'état de santé et le bien-être de la population (indicateurs d'état de santé) et les facteurs déterminant ou influençant la santé (indicateur déterminant de santé).

Mots clés: Indicateurs de santé, Phénomène socio-sanitaire, Statistiques, Population, Algerie.

* Maitre de conférences «A», Université Alger 3

Plan:

Introduction

1) Notion des indicateurs de santé

- 1.1) Les indicateurs sanitaires
- 1.2) Les indicateurs démographiques
- 1.3) Les indicateurs socio-économiques
- 1.4) Les indicateurs environnementaux
- 1.5) Les Indicateurs liés à la couverture
et au fonctionnement des services de santé

2) Evolution des indicateurs de santé en Algérie

- 2.1) Les Indicateurs démographiques
- 2.2) Les indicateurs socio-économiques
- 2.3) Les indicateurs des ressources de la santé
- 2.4) Les Indicateurs d'activité sanitaire et hospitalière

Conclusion

Introduction:

Les périodes de bonne santé, des autoévaluations de santé subjectives et un état fonctionnel constituent des exemples d'indicateurs d'état de santé. Le comportement et le mode de vie, les validités d'adaptation et la situation socio-économique sont des indicateurs déterminant de santé. On distingue 1: les indicateurs sanitaires, les indicateurs démographiques, les indicateurs socio-économiques, les indicateurs environnementaux, les indicateurs de couverture et de fonctionnement des structures de santé publique*.

* Dictionnaire, «Médecine sociale et Epidémiologie», O.P.U., Alger, 1988. p 5 & p. 23.

1) Notion des indicateurs de santé:

Un **indicateur de santé** "est une variable que l'on mesure et qui permet de décrire l'état de santé d'une population. Un indicateur de santé caractérise des groupes de personnes d'une population, et certains événements de leur santé et de leur vie. Il s'agit de mesures quantitatives ou non d'une dimension particulière de l'état de santé (vue partielle et limitée de l'état de santé). Exemples : mortalité, morbidité pour une cause"¹.

1.1) Les indicateurs sanitaires:

Ce sont des variables qui permettent de fournir des informations sur l'état de santé d'une population, d'effectuer des comparaisons (pays, régions, sexe, catégorie socio professionnelle) et d'évaluer les besoins d'une population. Un indicateur de santé en général est une variable que l'on mesure et qui permet de décrire l'état de santé d'une population. Il caractérise groupes d'individus d'une population et certains événements de leur santé et de leur vie. Il s'agit des mesures quantitatives ou non d'une dimension particulière de l'état de santé (vue partielle et limitée de l'état de santé). Parmi les indicateurs de santé , on a ;

a)- Les indicateurs de morbidité:

Pour ce genre d'indicateur de morbidité, on utilise généralement ; le taux d'incidence qui est le rapport entre le nombre de nouveaux cas présentant un problème de santé et le nombre de personnes d'une population qui, pendant une période donnée, sont susceptibles d'être atteintes par ce problème. La morbidité dans une population est représentée par le nombre de personnes malades ou le nombre de cas de maladies dans une population déterminée, à un moment donné, il faut distinguer deux grands types de mesure de la morbidité en fonction du temps.

On différencie plusieurs types de morbidité²:

- morbidité objective (mesurée avec des critères définis);
- morbidité ressentie (subjective);
- morbidité exprimée;
- et morbidité diagnostiquée.

La morbidité prévalente: C'est le nombre de cas d'une maladie donnée (ou le nombre de personnes atteintes de cette maladie) existant dans une population à un moment donné. Il n'y a pas ici de distinction entre les anciens cas et les nouveaux cas.

La morbidité incidente: C'est le nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée (ou le nombre de personnes atteintes de cette maladie) dans une population pendant une période déterminée. La première est une mesure statique, figée comme un cliché photographique. A un instant donné, dans une population donnée, l'importance de la maladie est telle: c'est la prévalence.

La mortalité indique le nombre de décès ou de personnes décédées pendant une période donnée, on a:

- le taux brut de mortalité ou taux de mortalité générale qui est égale au (nombre de décès/population totale) X100;
- le taux de mortalité spécifique: âge, sexe, maladie;
- le taux de mortalité standardisée (ou comparatif);
- le taux de mortalité prématurée;
- le taux de mortalité évitable;
- le taux de mortalité par une cause de maladie qui est égale au (nombre de personnes décédées par une cause/le nombre total des décès) x 100;
- et le taux de mortalité infantile: C'est le nombre de décès des enfants de moins d'un an. Il est égal au (nombre de décès des enfants de moins de 5 ans/le nombre de naissances vivantes) pour 1000.

b)- Les indicateurs d'exposition:

Dans son ouvrage Emile LEVY les a appelés déterminants de santé, ce sont les facteurs ou événements modifiant l'état de santé de l'individu. On a³:

- les facteurs de risque: ce sont les facteurs explicatifs de la survenance du problème de santé;
- les facteurs intrinsèques sont des facteurs de risque sur lesquels les actions de prévention n'ont peu ou pas d'action (sexe, âge, genre);
- les comportements individuels, les habitudes de vie: les habitudes alimentaires et autres habitudes;
- l'environnement et ses composantes physiques (radiation, bruit..), et chimiques (air, eau...) et biologiques;

- et les indicateurs d'exposition sont influencés par l'organisation des soins, offre, qualité, accessibilité, efficacité, coût etc...

1.2) Les indicateurs démographiques:

Ils permettent de connaître le nombre d'habitants, leurs caractéristiques (âge, sexe...). Les recensements successifs mesurent l'évolution de la population et répartissent les budgets, ils sont utilisés par des projets, pour implantation des structures de santé. En plus du taux du taux de mortalité cité précédemment, nous citerons les indicateurs suivants:

a)- L'espérance de vie:

C'est un des indicateurs statistiques les plus utilisés dans les domaines de la prospective et des projections démographiques. Elle permet de quantifier les conditions de mortalité d'une année donnée. Elle est égale à la durée de vie moyenne d'une population fictive qui vivait toute son existence dans les conditions de mortalité de l'année considérée. Elle a un lien avec les dépenses de santé. Donc, c'est le nombre moyen d'années qu'une génération peut espérer de vivre à la naissance. Elle peut s'exprimer à différent âge.

b)- La natalité:

C'est l'ensemble des naissances sur une population dans un lieu donnée. Le taux de natalité est égal au (nombre de naissances/la population moyenne) pour 1000.

c)- La fécondité:

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

d)- L'excédent naturel:

Le taux d'excédent naturel (ou accroissement naturel) est le taux de croissance démographique imputable au mouvement naturel de la population, c'est-à-dire, celui qui ne résulte que des naissances et des décès. Il se calcule comme le rapport du solde naturel pendant une période à la population moyenne de cette période. Il est aussi égal à la différence entre le taux de natalité et le taux de mortalité⁴. Donc, c'est le nombre des naissances diminué du nombre des décès.

e)- Le solde migrant:

Il indique le nombre de personnes entrant sur un territoire donné diminué du nombre de personnes sortant.

f)- La nuptialité:

Le taux de nuptialité représente (le nombre des ménages par rapport à la population totale).

g)- La divortialité:

Le taux de divortialité représente le (nombre de divorces sur le nombre de mariages).

1.3) Les indicateurs socio-économiques:

Ce sont des indicateurs à caractère économique et social et qui sont en rapport avec le système de santé d'un pays considéré. On distingue les principaux indicateurs suivants⁵:

a)- Les indicateurs sociaux:

Parmi ces indicateurs, on a:

- Le taux de chômage:

C'est le nombre de chômeurs sur la population active ou population à l'âge de travailler (employés et chômeurs).

Nombre de personnes percevant le Revenu Minimum d'Insertion: C'est le nombre de personnes percevant les minimums sociaux en France: allocation, adulte handicapé, parent privé.

Nombre de personnes pauvres: Le seuil de pauvreté en Algérie est égal à la moitié du salaire médian.

- Indicateur de cohésion sociale:

Il représente le nombre de suicides et d'isolement social.

- Indicateur d'autonomie:

C'est le rapport (l'emploi/l'inégalité des revenus).

- Indicateur d'équité:

Il indique l'évolution du chômage et de pauvreté.

- Indicateur ou indice de développement humain (IDH):

Cet indicateur du PNUD est devenu le principal référent au niveau international pour mesurer les efforts déployés par chaque pays pour améliorer le niveau de vie, de santé et l'éducation de leurs populations.

D'où: $IDH = (\text{Indice Vie} \times \text{Indice éducation} \times \text{Indice revenue})^{1/3}$.

b)- Les indicateurs économiques:

Parmi ces indicateurs, on distingue⁶:

- Le pouvoir d'achat:

D'après l'INSEE Français, le pouvoir d'achat du salaire est la quantité de biens et de services que l'on peut acheter avec une unité de salaire. Son évolution est liée à celle

des prix et des salaires. En économie, le pouvoir d'achat mesure est la capacité d'achat en terme de biens et services d'une quantité donnée de monnaie. Pour les ménages, le pouvoir d'achat mesure la capacité à consommer grâce à un revenu disponible pour chaque ménage.

- Le taux de chômage:

D'après l'INSEE Français, le taux de chômage est le pourcentage de chômeurs dans la population active (actifs occupés + chômeurs). On peut calculer ce taux de chômage par âge en mettant en rapport les chômeurs d'une classe d'âge avec les actifs de cette classe d'âge. De la même manière se calculent des taux de chômages par sexe, par catégorie socio professionnelle, par nationalité, par niveau d'instruction.

- Le seuil de pauvreté:

L'expression seuil de pauvreté désigne le revenu en deçà duquel dans le pays donné, une personne est considérée comme pauvre, c'est-à-dire ne disposant pas d'un niveau de vie convenable. Le seuil de pauvreté varie fortement selon la catégorie à laquelle appartient le pays.

- Taux de dépendance alimentaire (ou d'importation):

Au cours de l'analyse de la situation alimentaire d'un pays , il importe de savoir bien quelle part des approvisionnements intérieurs disponibles provient des importations et quelle part provient de la production nationale du pays lui-même. Le TDI répond à cette question. Il se définit comme suit:

$$TDI = (Importation / (production + Importation - Exportation)) \times 100$$

Le complément de pourcentage représente la part de l'approvisionnement national produite dans le pays. Cependant, attention ces pourcentages n'ont pas de sens, si les importations servent principalement à la consommation intérieure et ne sont pas réexportées.

- Ration alimentaire:

La ration alimentaire est la quantité et la nature d'aliments qu'une personne doit consommer en un jour afin de subvenir aux besoins de son corps. La valeur énergétique d'un aliment est mesurée généralement par la calorie (cal) ou en joule (J). Il est à noter qu'un Kilocalorie est égale à 4,1866 joules.

Si la ration alimentaire est inférieure aux normes internationales, son amélioration s'avère nécessaire⁷.

1.4) Les indicateurs environnementaux:

La dégradation de l'hygiène du milieu est à l'origine de l'apparition des maladies d'origine hydrique. Depuis plusieurs années, à partir du début de l'été on assiste régulièrement à partir de début de l'été jusqu'à la fin de décembre, à des épidémies de choléra, de typhoïde et d'hépatite virale. De plus, les gastro-entérites infantiles sont à elles seules, responsables chaque année de plusieurs décès de moins d'un an. Cette dégradation de l'hygiène du milieu est due à de nombreux facteurs qui sont à l'origine, à la fois de la diminution des ressources hydriques et d'une plus grande pollution de la nappe phréatique.

a)- Les facteurs climatiques:

On enregistre chaque année en Algérie, des insuffisances et des irrégularités de la pluviométrie.

b)- Les facteurs démographiques:

La forte poussée démographique accompagnée d'une urbanisation accélérée et anarchique, effectuée sans plan directeur (58.3% en 1998) est à l'origine de plusieurs nuisances notamment, l'absence d'hygiène et d'une forte augmentation de la demande en ressources hydrauliques notamment l'eau potable (réseau *d'assainissement* en eau potable inexistant ou insuffisant) et parallèlement, d'un dépôt plus important de déchets ménagers.

Il faut ajouter à ceux-ci, les accidents domestiques qui représentent également un facteur de risque de morbidité et de mortalité non négligeable, l'état des routes et la vétusté du parc automobile sont à l'origine de nombreux accidents. Par ailleurs, le non-respect des normes d'étiquetage des produits ménagers et le manque d'information des familles en ce qui concerne leur stockage et leur utilisation est à l'origine de graves accidents en particuliers chez les petits enfants.

c)- Les facteurs économiques:

L'industrialisation rapide est responsable d'un besoin accru en eau et de l'apparition de nouvelles pollutions. Si l'industrialisation est un facteur de progrès, elle peut avoir des effets délétères sur la santé qui se traduisent par une augmentation de pathologies respiratoires et néoplasiques.

1.5) Les Indicateurs liés à la couverture et au fonctionnement des services de santé:

Ces indicateurs sont très importants pour l'organisation, le suivi et le contrôle des activités sanitaires à tous les niveaux⁸.

a)- Taux d'occupation des lits:

Cet indicateur est calculé par le rapport du nombre de journées d'hospitalisation durant une année, au nombre de lits d'observation durant la même année. Le taux d'occupation des lits est l'une des principales mesures de l'activité de service. Il peut être exprimé en pourcentage.

D'où: $\text{Taux d'occupation} = (\text{nombre de journées d'hospitalisation de l'année } t / \text{nombre de lits d'observation de l'année } t \times 365) \times 100$

b)- Durée moyenne de séjour:

La durée moyenne de séjour(DMS) indique le nombre moyen de jours qu'un malade passe dans un service d'hospitalisation durant une année, la durée moyenne de séjour est calculée par le rapport du nombre de journées d'hospitalisation au niveau de service durant une année, au nombre de malades admis durant la même année.

Cette notion de séjour moyen est importante car elle renseigne sur le fonctionnement du service.

D'où: $\text{DMS} = (\text{nombre de journées d'hospitalisation de l'année } t / \text{nombre de malades admis de l'année } t)$

c)- Taux de rotation:

Le taux de rotation (TR) est calculé par le rapport du nombre de malades admis au service de santé durant une année, au nombre de lits d'observations durant la même année.

D'où: $TR = (\text{nombre de malades admis de l'année } t / \text{nombre de lits d'observation de l'année } t)$.

d)- Taux de létalité:

Ce taux est estimé par le rapport du nombre de décès survenant au niveau d'un service de santé durant une année, au nombre de malades admis durant la même année.

Le taux de létalité est généralement pour 1000 malades admis (0/00).

D'où: $TR = (\text{nombre de décès de l'année } t / \text{nombre de malades admis de l'année } t) \times 1000$.

e)- Taux de mortinatalité:

Ce taux de mortinatalité (TM) est calculé par le rapport du nombre de morts nés d'une année donnée, à la somme des naissances vivantes et des morts nés de la même année.

D'où: $TM = (\text{nombre de morts de l'année } t / \text{nombre de naissances vivantes} + \text{nombre de morts de l'année } t) \times 1000$.

f)- Taux de mortalité néonatale:

Le taux de mortalité néonatal (TMN) est calculé par le rapport du nombre de décès après la naissance (0 -28 jours) survenant au cours d'une année donnée, au nombre de naissances vivantes de la même période.

D'où: $TMN = (\text{nombre de décès après la naissance de l'année } t / \text{nombre de naissances vivantes de l'année } t)$.

2) Evolution des indicateurs de santé en Algérie:

Totalement inexistant après l'indépendance, ils n'apparaissent qu'à partir de 1966, au niveau du Ministère des Finances et du Plan, et il est donc impossible de chiffrer en 1962, la mortalité infantile, le taux vaccinal, l'espérance de vie ou le nombre de grossesses en milieu assisté. L'état sanitaire de la population a connu une importante amélioration, depuis 1974, les indicateurs de santé tels que le niveau de la mortalité générale et plus particulièrement la mortalité infantile, ainsi que l'accroissement de l'espérance de vie montrent sans contexte cette amélioration malgré la persistance de certaines affections liées beaucoup plus aux conditions d'habitat et d'alimentation en eau potable. Les indicateurs de santé classiques pour lesquels existe un consensus international et qui sont disponibles en Algérie sont regroupés dans les rubriques suivantes⁹.

2.1) Les indicateurs démographiques:

Ils permettent de comprendre la nature des besoins de santé dans les années à venir. D'après les données du rapport annuel 2006 du Ministère de la santé, les indicateurs démographiques illustrent trois faits marquants, la baisse de la mortalité, la baisse de la natalité et la modification profonde de la structure de la population. Les indicateurs démographiques les plus utilisés sont les suivants:

a)- L'accroissement naturel :

Pour rappel, l'Algérie a connu après l'indépendance, une croissance démographique sans précédent, induisant un triplement de la population entre 1962 et 2012. La population algérienne est estimée au 31 décembre 2012 à 37495000 habitants résultant de la différence entre les naissances vivantes et les décès, le taux d'accroissement naturel (TAN) a connu un accroissement rapide de 1,96 en 2009 à 2,16 en 2017. L'augmentation sensible des naissances et le maintien du volume des décès sont à l'origine de la hausse significative de l'accroissement naturel depuis 2000. L'évolution du taux d'accroissement naturel est donné par le tableau suivant

Evolution du Taux d'accroissement naturel de 1960 à 2012

Année	TBN en (%)	Evolution annuelle en (%)
1961-1965	46,00	-
1967-1979	40,60	0,31
1985	34,60	-3,12
1990	31,10	-0,40
1995	25,33	-12,50
2000	19,76	1,37
2005	21,36	3,68
2010	24,68	3,57
2012	26,08	5,88

Tableau construit à partir des annuaires statistiques du MSPRH de 1990 à 2013.

b)- Natalité:

La décélération de la croissance démographique en Algérie est liée donc principalement à la baisse constante et rapide de la natalité de 1980 à 2000. Le nombre de naissances qui avoisine les 90000 en 1985 se situe à 600000 en 2000. L'effectif des naissances vivantes évolue progressivement depuis 2000 et atteint 978000 naissances vivantes en 2012. L'arrivée d'un nombre important de femmes aux âges de procréation et l'augmentation du nombre des mariages sont à l'origine de l'accroissement des naissances depuis l'année 2000.

Le tableau suivant retrace l'évolution du taux brut de natalité en Algérie de 1975 à 2012 comme suit:

Evolution du taux brut de natalité de 1975 à 2012

Année	TAN en (%)
1975	3,39
1980	3,15
1985	3,11
1990	2,49
1995	1,89
2000	1,48
2005	1,69
2010	2,03
2012	2,16

Tableau construit à partir des annuaires statistiques du MSPRH de 1990 à 2013.

c)- La mortalité:

- Mortalité Générale:

La mortalité générale en Algérie a connu un infléchissement important au cours des trois dernières décennies. Le taux brut de mortalité générale (ou rapport des décès annuels à la population moyenne de la même année) qui était estimé à 16,45 pour 1000 habitants en 1970, se situe à 5,46 pour 1000 habitants en 2000, à 4,37 en 2010. Estimé à 4,53 en 2012, le TBMG est en conformité avec la tendance générale observée. Le tableau suivant, retrace l'évolution du taux brut de mortalité (TBMG) de 1975 à 2014.

Evolution du taux brut de mortalité générale de 1975 à 2014

Années	TBMG en (o/oo)
1975	16.45
1980	11.77
1985	8.40
1990	9.03
1995	6.41
2000	5.46
2005	4.47
2010	4.37
2012	4.53
2014	4.31 OMS

Tableau construit à partir des annuaires statistiques du MSPRH de 1990 à 2013.

- Mortalité infantile:

La mortalité infantile a nettement régressé depuis l'indépendance de 142 pour 1000 naissances vivantes en 1970, elle passe à 84.72 pour 1000 en 1980 pour atteindre 26.8 en 2007 et 22.6 pour 1000 en 2012. Cette baisse résulte à la fois de l'amélioration des conditions générales d'existence et de la mise en œuvre du programme national de lutte contre la mortalité infantile dans lequel la vaccination occupe une place de choix. L'évolution du taux de mortalité infantile (TMI) est donnée par le tableau suivant.

Evolution du taux de mortalité infantile de 1970 à 2014

Année	TMI en (0/00)
1970	142.00
1980	102.85
1990	57.90
1995	54.87
2000	39.90
2005	30.90
2010	23.70
2012	22.60
2014	21.76 OMS

Tableau construit à partir des annuaires statistiques du MSPRH de 1990 à 2013.

- Mortalité maternelle:

La mortalité maternelle soit la mortalité des femmes dues à la grossesse ou à l'accouchement constitue toujours, un problème de santé publique, le ratio de mortalité maternelle a été estimé à 500 pour 100000 naissances vivantes en 1962 à 215 pour 100000 naissances vivantes en 1999 à 92.6 pour 100000 naissances vivantes en 2006 à 88.9 pour 100000 naissances vivantes en 2007 à 25.7 pour 100000 en 2009 et a 24.2 pour 100000 en 2011 avec d'importantes disparités régionales.

d)- Espérance de vie:

L'espérance de vie à la naissance qui constitue à la fois un indicateur de santé et de développement avoisine les 76.3 ans en 2010 et à 76.39 ans en 2014 d'après l'OMS. Le recul de la mortalité et l'amélioration des conditions de vie ont eu pour résultante l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance qui a pour

corollaire l'augmentation des chances de survies des âges avancés et le vieillissement progressif de la population. Le tableau retrace en années l'évolution de l'espérance de vie à la naissance.

Evolution de l'espérance de vie à la naissance (en années)

Année	Espérance de vie à la naissance
1970	57.84
1985	63.6
1990	66
1995	67.26
2000	72.25
2005	74.6
2010	76.3
2012	76.4
2014	76.39 OMS

Tableau construit à partir des annuaires statistiques du MSPRH de 1990 à 2014.

e)- Nuptialité:

La nuptialité est un facteur qui affecte le comportement procréateur des femmes et joue un rôle important sur le niveau de fécondité. Le schéma général de la nuptialité a connu au cours des dernières décennies des modifications profondes. Il est à relever tout particulièrement un recul important de l'âge au mariage estimé en 2006 à 29.9 ans pour les femmes et à 33.5 pour les hommes. En effet, les changements ayant affecté le mode de vie des algériens, la participation de la femme à la vie active et la scolarisation sont les des éléments majeurs participant au recul observé de l'âge moyen, au premier mariage. Le taux brut de nuptialité a connu une évolution variable de 5.84 pour 1000 à 9.90 pour 1000 en 2012.

f)- Fécondité:

La fécondité constitue le moteur principal de la transition démographique en Algérie devant la mortalité, elle est également une composante essentielle de la santé reproductive et infantile. La fécondité des Algériens a connu une baisse substantielle depuis l'indépendance et notamment au cours de la décennie 90. L'indice

synthétique de fécondité est passé de 7.8 en 1970 pour atteindre 2.54 en 2000, 2.87 en 2010, 3.02 en 2012, 2.78 en 2014 d'après l'OMS.

2.2) Les indicateurs socio-économiques:

Ils ont une importance capitale car ils conditionnent l'accès du citoyen aux soins, ils vont être à l'origine d'un environnement différent qui peut avoir des répercussions à l'échelle nationale sur la santé à court, moyen, et long terme. Le poids de la croissance démographique (40 millions en 2020) attendue laisse prévoir les besoins futurs suivants à satisfaire et qui devront bénéficier de l'attention des pouvoirs publics.

- Dans le domaine des produits alimentaires, les exigences sont très importantes et il sera difficile de les couvrir uniquement par la production nationale en céréales, viandes, légumes frais et fruits, le maintien d'une forte demande d'importation et en l'absence de réformes profondes entraînerait une facture importante selon le taux de croissance de la demande (4 ou 5% par an). La ration alimentaire telle que fixée comme objectif à l'horizon 2025 se présente comme suit:

Evolution de la ration alimentaire à l'horizon 2025 selon le CNES

Produits (kg)	Année 1988	Année 2015	Année 2025
Produits céréaliers	158	136	126
Dont produits farineux	146	120	107
Légumes frais	118	155	174
Fruits	27	36	40
Viandes rouges	12	16	18
Viandes blanches	12	20	24
Œufs	64	85	100
Poissons	3.4	5.0	6.0
Laits et dérivées	73	92	103
Huiles	156.4	13.8	13.0

Source: CNES 2015.

- En matière de logement, l'Etat doit prendre en charge la résorption du déficit actuel et la satisfaction de la demande future. Le niveau de saturation de l'habitat très élevé (2.4 personnes par pièces: 2.2 en milieu urbain et 2.6 en milieu rural) met en évidence l'ampleur de la crise de logement aussi bien sur le plan qualitatif que quantitatif. A cette situation se surajoute le développement anarchique et incohérent des agglomérations urbaines avec prolifération de l'habitat précaire insalubre, suite à un fort taux de croissance urbaine.

Le ministère de l'habitat, de l'urbanisme et de la ville prévoit pour le prochain quinquennal 2015-2019, la réalisation de 1.6 millions d'unités de logement dans le cadre du plan d'investissement d'une valeur de 4500 milliards de dinars (soit 56 milliards de dollars).

Besoins en matière de logements à l'horizon 2025

Objectifs	Besoins à satisfaire à l'horizon 2025
Taux d'occupation par logement !	
Nord: 6.5 personnes/logement	2460000 logements
Hauts plateaux: 6.3 personnes/logement	1413000 logements
Sud: 5.8 personnes/logement	668000 logements
Moyenne pour le pays: 6.3 personnes/logement	4541000 logements soit, le parc logement de 1987 multiplier par 1.5

Source: CNES 2015.

- Dans le domaine de l'enseignement, les besoins en places pédagogiques et d'hébergement dans les cycles secondaires et supérieurs augmentent d'année en année.

- Dans le domaine de l'emploi, une demande qui s'accroîtrait de 280000 annuellement soit un total additionnel de 1.4 million de postes de travail requis de 2000 à 2010.

- En ce qui concerne l'eau, des disparités importantes sont enregistrées selon la région, l'accès en sources d'eau améliorées et nettement moins importants dans les régions sud et ouest du pays. Par ailleurs 92.7% de la population est rattachée au réseau d'évacuation des eaux ; 17.2% à une fosse septique, des disparités significatives sont enregistrées selon le milieu de résidence.

- Selon l'hypothèse moyenne de croissance, les besoins en eau potable seront de l'ordre de 2.2 milliards de m³ à l'horizon 2025 pour cette dernière échéance, les besoins seront tellement de l'ordre important (70 à 90% d'ici 2025) qu'il sera nécessaire d'avoir recours aussi bien aux ressources en eau non conventionnelles qu'aux transferts interrégionaux. L'Algérie est engagée depuis plusieurs années dans un processus à l'horizon 2030 visant à couvrir 95% des besoins en alimentation en eau potable, industrielle. D'après le CNES, les principaux indicateurs économiques qui ont un lien direct avec le système national de santé Algérien sont les suivants:

a)- La croissance économique:

La relance économique entamée depuis l'année 2000 a enregistré des résultats positifs. Le taux de croissance a été respectivement de 2.2% pour l'année 2000, 2.6% pour 2001, 3.3% pour 2012 passant à 4.2% en 2013. Le PIB par habitant qui a régressé durant les années du plan d'ajustement structurel (PAS) 1994-1998 a repris sa progression depuis 1999 pour se situer en 2012 à 7600 \$ (en dollars US: valeur PPA). D'après les conclusions rendues publiques par la mission de consultation du FMI en Algérie, une croissance de 4% du PIB en 2014 contre 2.8% en 2013. D'après le rapport du FMI en 2014 le secteur des hydrocarbures devrait connaître une expansion alors que dans le reste des autres secteurs, notamment le BTP et les services, les prévisions de croissances restent optimistes.

b)- Le taux d'inflation:

Le taux d'inflation annuel moyen en Algérie a enregistré une hausse de 3.9% en 2010, 4.5% en 2011, 8.89% en 2012 et a chuté en 2013 pour atteindre 3.25% et devrait se situer à 2% en 2014, suite au resserrement de la politique monétaire. En ce qui concerne la santé et l'hygiène corporelle, une baisse relativement importante de leurs prix qui passe de 4.4% en 2011, à 4.39% en 2012, à 4.14 en 2013 et à 4.17% à fin juillet 2014, selon les chiffres de l'ONS. La maîtrise du taux d'inflation constitue une préoccupation constante des pouvoirs publics, à cet effet, le gouvernement était engagé dans une politique de préservation du pouvoir d'achat des citoyens et ce à travers le soutien des prix des produits et services de base ce qui a permis de baisser le taux d'inflation et de le maintenir un niveau raisonnables durant les prochaines années.

c)- Le pouvoir d'achat des citoyens:

Il a connu une baisse de 15% entre 1989 et 1994 et de 38.3% en 1995 pour les non-salariés et 7% pour les salariés. D'après le rapport annuel de l'année 2007, le CNES situe la moyenne annuelle de la baisse du pouvoir d'achat du salarié moyen à 1.7% depuis 2001. Le pouvoir d'achat des Algériens s'est brusquement érodé en 2011 par la baisse des prix des produits alimentaire de base. Pour sa préservation, plusieurs mesures ont été prises par les pouvoirs publics, notamment l'octroie de subventions, la révision des salaires et pensions de retraite afin de soulager les prix des produits de première nécessité au titre de la solidarité nationale.

d)- Le taux de chômage:

Le taux de chômage qui a atteint des niveaux inquiétants, 30% en 2000, et 34% en 2001 a subi un infléchissement de 31% en 2002, 26.2% en 2003, 25.4%, en 2004, 17.1 en 2005, 15.7% en 2006, 11.8% en 2007, 12.5 en 2008, 10.2% en 2009 et 9% en 2010. Il touche surtout les jeunes avec un taux de 21.5% pour les 15-24 ans. D'après la mission du FMI, le taux de chômage est resté stable avec une légère contraction de l'emploi au premier trimestre 2014. Les dispositifs en faveur de l'emploi contribuent à atténuer le problème mais des mesures sont nécessaires pour redresser, le marché de travail, la démocratisation de l'enseignement, l'élargissement de la formation professionnelle et de l'enseignement supérieur restent des priorités nationales.

e)- Taux de dépendance alimentaire:

D'après les données du CNES, il était de l'ordre de 80% et représente 2.7 milliards de dollars US en 1995. L'Algérie a importé pour 370 milliards de dollars au cours des dernières années. Pour la seule année 2014, la facture pourrait même avoir la barre de 5.5 milliards de dollars Actuellement, notre pays importe annuellement 30 à 50% de ses besoins alimentaires. Selon la FAO, 75% de ses besoins alimentaires sont assurés par les importations, l'insuffisance de la production agricole nationale associée à une demande massive et croissante en produits agro-alimentaires fait donc de l'Algérie un pays structurellement importateur. D'après le rapport de la mission du FMI du 1^{er} juillet 2014, la solidité financière de l'Algérie au regard de la consistance financière de ses réserves de change censées couvrir trois années d'importation.

f)- Dépenses sociales publiques:

Les dépenses publiques représentent l'ensemble des dépenses réalisées par les administrations publiques. Leur financement est assuré par les recettes publiques (impôts, taxes et cotisations sociales). Depuis l'année 2000, les dépenses sociales publiques sont en hausse, l'Algérie dont les ressources financières sont basées sur la rente pétrolière, se trouve dans l'obligation de serrer la ceinture, par la limitation des dépenses courantes superflues et surtout achever les chantiers lancés et éviter leur réévaluation. Si le prix du pétrole connaîtra une baisse probable, l'Algérie est tenue de réduire les dépenses sociales publiques. D'après le rapport du FMI du 1/10/2014, l'Algérie a tout intérêt à maîtriser les dépenses, élargir ses revenus des hydrocarbures, disposer d'un plancher pour le déficit budgétaire.

2.3) Les indicateurs des ressources de la santé:

L'examen du bilan de la couverture sanitaire du pays en ressources matérielles et humaines fait ressortir le nombre de structures sanitaires existantes et les normes dégagées par les infrastructures sanitaires en fonctionnement et la densité médicale et paramédicale à fin 2013. Le secteur de la santé en Algérie se compose à fin 2010 des structures suivantes¹⁰ :

a)- Structures publiques hospitalières:

- 198 Hôpitaux généraux (EPH/EH): 35218 lits;
- 01 Etablissement hospitalier universitaire: 612 lits;
- 13 Centres Hospitalo-universitaires (CHU): 11889 lits;
- 64 Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS): 10824 lits.

Total des lits: 58543

b)- Etablissements publics de santé de proximité (EPSP):

- 1491 Polycliniques;
- 5350 Salles de soins.

c)- Structures privées de santé:

- 205 Cliniques médico-chirurgicales;
- 30 Cliniques médicales;
- 121 Cliniques médicales;
- 200 Unités de transport sanitaires.
- 6208 Cabinets de consultations spécialisées dentaires;
- 6315 Cabinets de consultations généralistes;
- 5105 Cabinets de chirurgies dentaires;
- 8322 Officines pharmaceutiques.

Rapportés à la population, les ratios de couverture nationale en lits d'hospitalisation, en infrastructures et en personnels médicaux et paramédicaux à fin 2010 sont donnés comme l'indique le tableau suivant:

Evolution des normes sanitaires de 1990 à 2010

Années	1990	1995	2000	2005	2010	Remarques
1)-Taux de couvertures en infrastructures: Lits/1000 habitants	1.17	1.14	1.15		1.62	
1 Polyclinique/Habitant	56171	90387	60700		24130	
1 Centre de santé/Habitant	22599	25070	24096			
1 Salle de soins/Habitant	7575	7394	7610		6725	
1 Officine pharmaceutique/Habitant	11309	6393	5410		3884	
2)-Taux de couverture médicale et paramédicale						
1 Médecin/Habitant	1119	1154	963	969	640	
1 Chirurgien-dentiste/Habitant	3723	3815	3821	3646	3093	
1 Pharmacien/Habitant	11950	8719	6379	5389	3962	
1 Diplômé d'Etat/Habitant	1243	854	645		510	
1 Breveté/Habitant	1054	969	1195		1746	
1 Aide paramédicale/Habitant	842	1402	2770		2731	
Population en 1000 Habitants			30365		35978	
Ratio de couverture nationale en praticiens médicaux: 1 Médecin/habitants				670	565	> Norme OMS
Ratio de couverture nationale en personnels paramédicaux: 1 Paramédical/Habitants	337	343	367	367	350	> Norme OMS

Tableau construit par nous même à partir des annuaires statistiques du MSPRH de 1990 à 2013.

d)- Le nombre de lits d'hospitalisation:

Selon les statistiques du MSPRH, les disparités en matière de couverture sanitaire ont été réduites sans pour autant atténuer les déséquilibres entre les villes et certaines régions du pays enclavées. L'indice de couverture nationale en lits hospitaliers est resté constant de 1990 – 1999. Cette couverture a remonté légèrement de 2001 pour atteindre en 2010 un ratio de 1.62, soit une moyenne annuelle de (2) deux lits pour 1000 habitants.

e)- Taux de couverture en infrastructures sanitaires:

D'après les données ci-dessous, les ratios de couverture nationale moyens dégagés au titre que ceux des années précédentes:

- Une polyclinique pour 24130 habitants;
- Un (01) centre de santé et une (01) salle de soins pour 6725 habitants;
- Une (01) officine pharmaceutique pour 3884 habitants;
- Ratio lit –population 1.62 pour 1000 habitants;
- Population totale estimée en 2010;
- Nombre de lits hospitaliers: 58543 lits en 2010.

f)- Densité médicale et paramédicale:

Il ressort des effectifs médicaux tous corps confondus, les ratios de couverture médicale ont connu une progression depuis l'indépendance de (1) (praticiens: tous médecins, chirurgiens-dentistes et pharmacien) en 1962 pour 14726 habitants à un (1) (Praticien: tous médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens) à 565 habitants en 2010. Compte tenu de l'accroissement démographique, le ratio exprimant la couverture nationale moyenne qui était de un paramédical pour 2979 habitants en 1962 a passé de un paramédical pour 367 habitants en 2005 à 350 habitants en 2010.

2.4) Les Indicateurs d'activité sanitaire et hospitalière:

L'évolution de l'activité des soins et en particuliers l'activité hospitalière, est faite sur la base de deux types de démarches scientifiques, la première fait référence à ses missions qui sont en général des notions trop vagues et trop générales 'diagnostiquer, traiter, rééduquer etc..¹¹', la second se base sur des indicateurs qui expriment l'importance quantitative de cette activité telles que les admissions, les journées d'hospitalisation, les consultations etc.

a)- Activité d'hospitalisation:

Court séjour ou soins de courte durée, concernant des affectations graves pendant leur phase aigue en médecine, chirurgie, obstétrique, hospitalisation complète. Elle qualifie l'activité des unités et des services qui accueillent des malades, se caractérisent par un équipement des lits d'hospitalisation et par des équipes médicales et paramédicales qui assurent le diagnostic, les soins et la surveillance. L'évolution des activités hospitalières de 1990 à fin 2010 sont données comme suit:

Evolution des activités hospitalières

Années	1990	1995	2000	2005	2010
Nombre de lits	56356		51678	51659	54122
Admissions			17115566	1903900	2535299
Journées d'hospitalisation	10697299	9734231	9697464	9627700	10341098
Durée moyenne de séjour	6.6	6	5.67	5.06	4.07
Taux d'occupation	56.32	51.1	51.42	51.06	52.35
Taux de rotation			33.12	36.85	46.84
Taux de létalité			0.17		0.18

Source: MSPRH Année 2013.

La régression du nombre total des journées d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour (10341098) par rapport à l'année 1990 (10697299) s'est accentuée de 1995 à 2005 à l'exception des EHS pour les quels on enregistre chaque année une augmentation régulière et importante des journées d'hospitalisation. Il en est de même pour les autres indicateurs de mesure de cette activité (taux d'occupation, taux

de rotation et taux de létalité) qui ont connu une augmentation légère en 2010 par rapport aux années précédentes.

b)- Activité des urgences:

C'est une des fonctions des centres hospitaliers publics ou privés, il concerne l'accueil des malades et des blessés se présentant spontanément ou amenés par des ambulances ou véhicules de prompt-secours de la protection civile, le rôle d'une structure d'urgence est accueillir sans sélection 24 heures sur 24 heures tous les jours de l'année. Toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique et la prendre en charge notamment en cas de détresse et d'urgences vitales. L'évolution de l'activité des urgences médicales en Algérie est donnée par le tableau suivant:

Activité des urgences

Années	1990	1995	2000	2005	2010
Nombre de lits			2777	3024	3012
Admissions			1751939	2308173	1414839
Nombre de décès			10247	12658	15804
Taux de rotation			630.87	763.28	469.73
Taux de létalité (0/00)			5.85	5.48	11.2

Source: MSPRH Année 2013.

Près de la moitié de l'activité des admissions est réalisée dans les services des urgences, soit 1751939 admissions en 2000 de moins de 24 heures dont 95% sont réalisées par les EPSP et EPH. Par ailleurs, il est enregistré, un taux de létalité élevé en 2010 par rapport aux années précédentes.

c)- Activité de consultation:

Une consultation médicale est un examen d'un patient dans le cabinet d'un médecin généraliste ou spécialiste qui peut conduire à des actes techniques d'investigation, d'éducation, de prévention lors d'une consultation, le médecin émet un avis sur les symptômes ressentis par le patient, peut établir un diagnostic, peut donner des conseils, peut rédiger une ordonnance peut établir un protocole de soins, une consultation pré médicale peut-être générale, gynécologique , pédiatrique ou

ophtalmologique. L'évolution des activités de consultation dans les structures publiques de santé en Algérie est donnée comme suit:

Activité de consultations

Années	1990	1995	2000	2005	2010
Consultations spécialisées			5477773	7058200	9039942
Consultations générales			20889819	22430200	32674112
Consultations d'urgences			9894075	12547500	20723537
Total	25757640	21975449	36261667	42035900	62437591

Source: MSPRH. Année 2013.

Alors qu'en 1990, on a enregistré un peu plus d'une consultation par habitant et par an dans le secteur public, en 1975, il n'y a plus que 0.75 consultations par habitant et par an, on note en 2000, une amélioration un peu plus d'une consultation ar habitant et par an. Les consultations générales, représentent plus de la moitié du total des consultations.

d)- Activité de radiologie:

La radiologie dans le domaine médicale désigne l'ensemble des modalités diagnostiques et thérapeutiques utilisant les rayons X ou plus généralement utilisant des rayonnements. Mais la radiologie dans son sens commun, désigne la spécialité médicale exercée par un médecin radiologue (France) ou cardiologue (Canada). Un établissement de santé peut donc abriter un service de radiologie. Les activités de radiologies réalisées par les structures publiques de santé en Algérie sont données par le tableau suivant:

Activité de radiologie

Années	1990	1995	2000	2005	2010
IRM			1696	7605	14068
Scanner			57400	76766	153934
Radiologie			6507971	6507971	6244899
Echographie			361321	509712	813832
Total	1638477				6244899

Source: MSPRH. Année 2013.

Les actes de radiologie qui prennent une part importante dans l'activité de radiologie ont enregistré une diminution à partir de l'année 2000 pour atteindre en 2010, 6244899 actes de radiologie contre 1638477 en 1990.

e)- Exploration fonctionnelle :

Une exploration fonctionnelle est un examen prenant des mesures répétées ou dynamiques pendant le fonctionnement d'un organe ou d'un groupe d'organes travaillant en synergie. Les différentes explorations fonctionnelles réalisées en Algérie sont données par le tableau suivant:

Evolution des actes d'exploration fonctionnelle

1)-Endoscopie	1990	1995	2000	2006	2010
Med-Inter- Gastro			14058	39501	43537
Pneumo-phtisio			8423	35442	33809
Gynéco-obstétrique			6962	4471	10489
Examens complémentaires			4798	29581	51488
2)-Examens électriques					
ECG			385992	623545	908662
EEG			24565	22795	29476
EMG			3817	8001	8166
EFR			19837	16922	22786
PEA			5821	4567	3602
Autres			124112	135474	240551

Source: MSPRH. Année 2013.

Le nombre d'actes d'exploration fonctionnelle Endoscopie et Examens électriques dont 80% représentent les actes d'ECG qui ont connu une augmentation en 2010 de 908662, contre 837130 tout acte confondu en 1998.

f)- Actes de laboratoire:

Un laboratoire de biologie médicale ou laboratoire d'analyses médicales est un lieu où sont prélevés et analysés divers fluides biologiques d'origine humaine ou animale sous la responsabilité des biologistes médicaux qui les résultats dans le but de participer au diagnostic et au suivi de certaines maladies. L'évolution des activités de laboratoires au sein des structures publiques de santé en Algérie sont données par le tableau suivant:

Actes de laboratoire

Années	1991	1995	2000	2006	2010
Actes de laboratoires	505420		20804741	36017163	37122949

Source: MSPRH Année 2013.

Le nombre d'examens de laboratoire réalisés à fin 2010 au niveau national par les structures de santé publiques est de 37122949 examens contre 505420 en 1991 et sont regroupés en huit catégories selon la nomenclature des actes professionnelles: biochimie, hémoblogie, anapto cytopathologie, immunologie sérologie, bactériologie virologie, micro parasitologie, hormonologie et toxicologie.

g)- Actes opératoires:

Un bloc opératoire est un ensemble de locaux dédiés à la réalisation d'actes chirurgicaux. Les patients concernés sont admis en hospitalisation traditionnelle ou à l'hôpital de jour en urgence ou selon une programmation rigoureuse et concertée. Les actes réalisés nécessitent le plus souvent une anesthésie. En Algérie, l'évolution des actes opératoires réalisés à fin 2010 par les structures de santé publique est donnée comme suit:

Evolution des actes opératoires

Années	1990	1995	2000	2006	2010
Actes opératoires	259105		345139	477055	619784

Source: MSPRH année 2013.

Les principaux actes opératoires réalisés à fin 2010 par les structures publiques de soins sont essentiellement des actes de chirurgie générale, d'ophtalmologie, d'ORL, d'ortho, de gynécologie, d'urologie de neurochirurgicale, de chirurgie cardiaque, de chirurgie vasculaire, de chirurgie plastique, de chirurgie maxillo-faciale et autres actes d'urgence de chirurgie générale, la gynécologie et les urgences présentent des pourcentages importants dans ce genre d'activité. Il a recensé 619784 actes opératoires réalisés en 2010 contre 259105 en 1990.

h)- Activité d'hémodialyse:

L'hémodialyse est une méthode d'épuration du sang par la création d'une circulation extracorporelle et son passage dans un dialyseur lorsqu'il existe une insuffisance rénale sévère. L'organisme se charge progressivement de substances qu'il convient d'éliminer par la dialyse. Les centres d'hémodialyse des structures Algériennes de santé publique sont équipés à fin 2010 de 2064 reins artificiels (générateurs) dont 186 sont en panne. Le nombre de malades traités qui s'élève à 15695 malades a connu une augmentation par rapport aux années précédentes. Le nombre de séances de dialyse effectuées a atteint 1029370 en 2010 contre 462605 en 2000. Rapportés au nombre de malades dialysés, il est enregistré qu'un malade effectue en moyenne trois (03) séances de dialyse par semaine.

Conclusion:

Un indicateur de santé est une mesure utilisée pour décrire à l'instant t l'état de santé et le bien-être de la population ainsi que les facteurs déterminant ou influençant la santé. On distingue plusieurs indicateurs dans le domaine de la santé notamment:

- les indicateurs de sortie du système de santé qui décrivent les résultats des processus conçus pour traiter des objectifs de programme ou de service de santé et qui sont achevés (ex: durée moyenne de séjour);
- les indicateurs de résultat du système de santé qui mesurent les changements dans l'état de santé ou les déterminants de la santé qui peuvent être attribués à un programme ou à un service de santé;
- les indicateurs de qualité technique mesurent la qualité des soins et des services selon la perspective du professionnel ou du dispensateur de soins;
- les indicateurs de qualité de service sont des mesures de l'étendue à laquelle l'équipe médicale dispense ses services conformément aux attentes des usagers;
- les indicateurs de satisfaction des usagers représentent la réponse positive du malade ou son appréciation sur les soins prodigués;
- et les indicateurs de participation du personnel de santé ont pour objet de mesurer le comportement du personnel de santé vis-à-vis des usagers.

D'une manière générale, les indicateurs de santé sont des outils d'aides à la prise de décision en matière de santé qui servent à informer les usagers sur les offres de soins à mobiliser les professionnels de la santé pour améliorer leurs pratiques médicales, mais aussi à orienter les pouvoirs publics sur les problèmes de santé recensés, à mesurer et à évaluer la qualité des prestations fournies par les structures de santé.

L'intérêt des indicateurs de santé nous permet de prendre connaissance sur l'état de santé d'une population, de réduire les risques de santé liés aux infections émergentes, d'estimer l'importance du phénomène de santé à l'échelle nationale et d'identifier les problèmes prioritaires de santé.

L'utilité des indicateurs de santé dépend d'abord de leur capacité à refléter la réalité, mais aussi de leur simplicité d'acquisition.

En ce qui concerne l'Algérie, les résultats des indicateurs de santé mentionnés précédemment servent à informer les pouvoirs publics sur les performances du système de santé Algérien et leur évolution future et aussi sur les prestations fournies par les structures de santé. A quel moment peut-on déclarer qu'une politique de santé a atteint ses objectifs ? Ce sont tous seuls les indicateurs de santé qui définissent la réussite d'une stratégie telle la réduction ou l'éradication des maladies d'une manière générale.

C'est pourquoi l'OMS a établi son rapport annuel sur la santé dans le monde, par le biais de nombreux indicateurs de santé qui permettent de décrire l'état de santé d'une population d'un pays considéré mais aussi de suivre son évolution dans le temps et de faire des comparaisons internationales.

A partir des indicateurs de santé, on peut faire un constat sur le rendement du système de santé selon les critères suivants:

- acceptabilité: tous les soins ou les services médicaux doivent répondre aux attentes des usagers;
- accessibilité: la capacité pour que les usagers puissent bénéficier des soins ou des services à l'endroit voulu, au bon moment et selon leurs besoins respectifs;
- pertinence: les soins ou les services fournis à la population cible doivent refléter les besoins exprimés par celle-ci;
- compétence: les connaissances et l'expérience professionnelle des personnels de santé doivent convenir aux soins et aux services qu'il faut mettre à la disposition des usages;
- continuité: la capacité de fournir des soins ou des services ininterrompus et coordonnés sur une période pour chaque patient;
- efficacité: les soins et les services ou les actions doivent mener aux résultats escomptés;
- efficience: la performance d'un système de santé doit s'apprécier en termes d'efficience, c'est-à-dire en rapportant les résultats obtenus aux moyens engagés (DNS/Habitant) et au degré du développement du pays;
- et sécurité: les risques éventuels d'une intervention ou de l'environnement sont évités ou minimisés.

Références & Bibliographie:

-
- 1 Article, «Indicateurs de santé: Définition, exemples», 25/03/2013,
<http://www.santepublique.eu/indicateurs-sante-definition-exemples/>
 - 2 Article, «Indicateurs de santé: Définition, exemples», Op. cit.,
 - 3 LEVY Emile, «Economie du système de santé», Dunod, Paris, 1975, p. 00.
 - 4 Article, «Taux d'excédent naturel», Insee (Institut national de la statistique et des études économiques), France,
<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/taux-excedent-naturel.htm>
 - 5 MSPRH, «La santé des algériens et des algériennes, Rapport annuel», Alger, 2004, pp. 23-24.
 - 6 MSPRH, Op. cit., p. 24.
 - 7 MSP, «Politiques nationales de la population, de l'environnement et de la prévention», Alger, 1997, p. 83.
 - 8 Annuaire statistique du MSPRH de 1990 à 2012, Alger, 2013.
 - 9 Situation démographique et sanitaire MSPRH, Alger, 2013, p. 3.
 - 10 Situation démographique et sanitaire MSPRH, Alger, 2013, p. 17.
 - 11 Cahiers du CREAD n°19 année 1989, p. 37.