

DRS. A. OUCHFOUN ET D. HAMMOUDA [*]

Bilan de vingt-huit années de politique sanitaire en Algérie

INTRODUCTION

Les moyens énormes qui ont été investis dans le domaine de la santé publique depuis plus de deux décennies sont loin d'aboutir aux résultats espérés. Bien avant la survenue de la crise économique et des changements politiques qui s'en suivirent, un malaise de plus en plus profond se faisait ressentir, tant au niveau des consommateurs, que des professionnels de la santé. Cette contradiction était analysée de manière objective par un document de la Banque Mondiale (tableau suivant et annexe 11) qui montrait que par des dépenses nettement supérieures en matière de santé, l'Algérie atteignait des performances a peu près similaires à celles de ses voisins du Maghreb. La comparaison avec d'autres pays méditerranéens attribuant des allocations similaires aux dépenses de santé, montrait l'existence d'une inégalité flagrante au niveau des résultats.

L'étude suivante est destinée à analyser l'évolution du système de santé depuis 1963 et ses répercussions sur l'état de santé de la population. Elle n'a pas pour ambition de proposer des solutions à la crise actuelle que traverse le pays, mais simplement d'aider tous ceux qui sont concernés par la santé de la population à mieux cerner les aspects positifs et les éventuels dérapages de la politique sanitaire qui a été suivie depuis 1963.

DEPENSES E MATIERE DE SANTE AU MAGHREB

	Maroc	Algérie	Tunisie
- Total de dépenses de santé : % du PIB \$/ habitant (a)	3,3 % US\$ 26	5,4 % US\$ 125	5,0 % US\$ 55
-Dépenses publiques en de santé : % du PIB % du budget de l'Etat \$ habitant (a)	1,0 % 4,9 % US\$ 8	4,3 % 18,0 % US\$ 100	5,0 % 8,5 % IS\$ 28

a) Au taux de change officiel.
Source : Banque Mondiale.

1. LA SANTE EN ALGERIE AU LENDEMAIN DE L'INDEPENDANCE (1962-1973)

1.1. La population et son environnement socio-économique (annexe 1) :

L'Algérie indépendante compte une population de 10 millions d'habitants composée, en majeure partie de jeunes (50 % sont âgés de moins de 15 ans) ; elle est, de plus, caractérisée par une forte croissance démographique (3,4 %). Le taux de natalité est l'un des plus élevés du monde (48,5 ‰).

L'espérance de vie à la naissance ne dépasse pas 50 ans et le taux de mortalité infantile avoisine les 200 décès pour 1.000 naissances.

D'après les statistiques de l'UNESCO de l'époque, 80 % de cette population est analphabète. A partir de 1963, le quart du budget de la nation est consacré à l'éducation.

Les bouleversements subis pendant la guerre de libération (regroupement de populations, destruction de nombreux villages) favorisent un exode rural massif et une urbanisation rapide. Un prolétariat se développe dans les habitats précaires dans des banlieues insalubres. Cette population dont la composante urbaine est estimée à 22,5 % ne bénéficient pas de conditions de logements adéquates : 36 % seulement des habitations disposent d'eau courante et 23 % sont reliées à un réseau d'égout.

Sur le plan économique, l'agriculture, principale ressource du pays, fait vivre 70 % de la population et emploie les trois quarts de la main d'œuvre (1.295.000 travailleurs). La production de céréales, 16 à 17 millions de quintaux est insuffisante pour satisfaire les besoins de la population qui sont estimés à 25 millions de quintaux. Mais l'exportation des agrumes (1/5 des recettes pétrolières) et du vin (1/3 des recettes pétrolières) est suffisante pour équilibrer les importations du pays.

Les recettes pétrolières, avec 2,168 millions de DA ne représentent que 57,8 % des exportations, alors qu'elles en constitueront plus de 98 % dans les années 80.

Total en millions de DA

Exportations	3.747
Importations	3.216
Solde	+ 531

A cela, il faut ajouter les transferts de devises effectués par les travailleurs émigrés (1,7 milliards de francs français).

Cette situation explique le solde positif de notre commerce extérieur au lendemain de l'indépendance. Le budget de la nation s'élève alors à 2.914 millions de DA, dont 1.450 provenant de l'aide extérieure. Les deux tiers de ce budget sont consacrés au fonctionnement. La santé bénéficie de 194 millions de DA, soit 6,6 % du budget global.

1.2. Situation sanitaire :

Les indicateurs sanitaires de la population algérienne au lendemain de l'Indépendance sont pratiquement inexistantes. Cependant, la pathologie prédominante est constituée par les maladies transmissibles, infectieuses et parasitaires, générées par l'état de l'hygiène du milieu et aggravées par la malnutrition chronique qui affecte une partie de la population.

Parmi ces maladies prévalentes, on peut citer la tuberculose dont l'incidence annuelle est évaluée dans les années 1960 à 20.000 cas et à laquelle est réservé un lit d'hospitalisation sur six.

Le paludisme constitue le second fléau du pays, avec 70.000 à 90.000 cas annuels, officiellement recensés au début des années 60. A ces maladies qui touchent indistinctement adultes et nourrissons, il faut ajouter toutes les maladies infectieuses de l'enfance : rougeole, tétanos, coqueluche, diphtérie, poliomyélite, pneumonie et diarrhées, pour lesquelles les vaccins sont peu disponibles ou inexistantes et qui sont les premières causes de mortalité infantile et d'handicaps.

Parmi les autres maladies transmissibles posant problème, il convient de citer les zoonoses (hydatidose, rage), le typhus, la fièvre typhoïde, la méningite cérébro-spinale et le trachome, maladies présentes à l'état endémo-épidémique et pour lesquelles, il n'existe pas de données exhaustives.

Les maladies mentales, séquelles de la guerre de libération, sont d'autant plus préoccupantes qu'il existe peu de spécialistes algériens pour leur prise en charge.

Les seules données statistiques de morbidité et de mortalité pour la période, portent sur l'année 1970. Elles proviennent des structures hospitalières d'une dizaine de wilayas (50 % des lits hospitaliers) et, malgré leur insuffisance, elles permettent d'esquisser un profil épidémiologique qui confirme la prédominance des maladies infectieuses et parasitaires. Ces dernières sont au premier rang des causes de décès (36 %) hospitalier et des motifs d'hospitalisation (13,4 %) si l'on exclut les hospitalisations pour accouchements et complications obstétricales. (annexe 2).

MOTIFS D'HOSPITALISATION EN 1970

Accouchement et complications		
Obstétricales	14,5%	
1- Maladies transmissibles	7,2%] 13,4%
Tuberculose	6,2%	
2- Maladies de l'appareil respiratoire	12,7%	
3- Maladies de l'appareil digestif	12,0%	
4- Maladies de l'appareil génito-urinaire	9,1%	
5- Accidents, traumatismes, intoxications.....	9,1%	
6- Maladies cardio-vasculaires.....	7,9%	
7- Avortements	3,9%	
8- Maladies dermatologiques.....	3,0%	
9- Maladies endocriniennes et métaboliques.....	2,8%	
10- Morbidité prénatale et mal définie.....	2,8%	
11- Autres.....	8,8 %	

CAUSES DE DECES HOSPITALIER 1970

1-	Tuberculose (toutes localisations).....	5,8%	36%
	Entérites et autres maladies diarrhéiques	6,3%	
	Autres maladies infectieuses et parasitaires.....	12,1%	
	Pneumonie	11,8%	
2-	Maladies cardio-vasculaires	12,1%	
3-	Accidents (toutes causes confondues).....	11,1%	
4-	Maladies appareil respiratoire.....	7,8%	
5-	ABRT et autres complications obstétricales.....	6,7%	
6-	Autre causes de mortalité prénatale	6,3%	
7-	Symptômes états morbides mal définis.....	2,7%	
8-	Nom précisées.....	17,3%	

Cette étude montre que les causes de décès observées dans les années 1970 en Algérie étaient pratiquement les mêmes que celles des pays comme la Grande-Bretagne ou les Etats-Unis d'Amérique à la fin du XIXème siècle (annexe4).

1.3. Organisation, fonctionnement et financement du système de santé :

Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie a hérité d'un dispositif de soins non systématisé et totalement inadapté aux besoins de la population. Celui-ci se caractérise par une infrastructure relativement importante, mais hospitalo-centriste, répartie dans les grandes agglomérations du Nord du pays, et les zones agricoles riches couvrant les besoins d'une minorité alors que la quasi-totalité de la population n'a pratiquement pas accès aux soins. Le reste est constitué d'unités de l'Assistance Médicale Gratuite ou de dispensaires et d'équipes sanitaires mobiles.

A côté de ce secteur d'Etat, il existe, plus particulièrement dans les villes, un secteur privé qui possède des cliniques, des cabinets médicaux et des officines pharmaceutiques à but lucratif et curatif qui ont la même implantation que les structures du secteur public.

Le départ des Français laisse un grand vide au niveau de ces structures. En 1963, l'Algérie compte 600 médecins dont la moitié de nationaux.

Pour résorber le déficit en médecins, on fait appel à la coopération médicale étrangère, destinée à répondre aux besoins en soins curatifs de la population et aux urgences médico-chirurgicales.

L'organisation sanitaire reste centrée sur l'hôpital qui est, en majeure partie, subventionné par l'Etat. Les centres de l'Assistance Médicale Gratuite sont gérés par les communes. Enfin, les centres médicaux-sociaux sont gérés par les caisses de Sécurité Sociale et les Sociétés Nationales récemment créées. Certains ministères prennent en charge directement leurs travailleurs (dispensaire agricole, CASOMINES pour les mineurs et enfin, ONIMET pour les autres travailleurs.

Les premières mesures en vue d'améliorer l'organisation sanitaire sont prises dès le lendemain de l'Indépendance : création de l'IPA (Institut Pasteur d'Algérie), de la PCA (Pharmacie Centrale Algérienne), et de l'INSP (Institut national de Santé Publique) en 1964. Ce dernier a pour mission d'élaborer des programmes de prévention et de lutte contre les principales maladies prévalentes et d'initier des actions en faveur de certaines populations à risque (PMI/hygiène scolaire/médecine du travail).

Les équipes mobiles d'Action Sanitaire de masse sont créées, afin de diffuser la vaccination, les mesures contre le trachome, et d'assurer l'éducation sanitaire au sein des populations éparses.

Le financement des services de santé se fait de trois manières :

1. L'Etat et les collectivités locales interviennent pour 60 % dans les dépenses de santé au niveau des structures hospitalières et des A.M.G (Assistance Médicale Gratuite).

Les malades indigents ou démunis de ressources constituent la quasi-totalité des patients. Ils sont donc pris en charge gratuitement. Le remboursement de leur prise en charge est assuré par :

- le trésor public, à raison de 85 % ;
- les caisses de solidarité des départements et des communes, à raison de 15 %.

2. La caisse de Sécurité Sociale. Elle prend en charge le remboursement des soins d'une partie des salariés et de leurs ayants droit. Elle participe au financement du secteur hospitalier sur la base d'un remboursement forfaitaire de 30 % du prix de journée.

3. Les personnes autonomes en matière de prise en charge sont les petits industriels, agriculteurs, commerçants, professions libérales qui règlent directement leurs dépenses de santé : leur participation ne représente que 10 % des dépenses de santé.

EN CONCLUSION :

On assiste, à l'issue de ces douze (12) premières années de l'indépendance, à l'émergence d'une législation qui tend à unifier les structures de santé existantes.

En effet, en 1966 (ordonnance du 04 Avril 1966), une réglementation est mise en place pour obliger les médecins, pharmaciens et autres praticiens à exercer à mi-temps dans les structures de santé publique. Parallèlement, les unités de soins de l'A.M.G. sont rattachées au secteur public.

En matière de prévention et de lutte contre les maladies, de vastes programmes sont entrepris :

* Décret du 17 Juin 1969, rendant obligatoire et gratuite la vaccination

contre la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche, la poliomyélite et la

variole.

* Un autre décret (Juillet 1969) rend obligatoires et gratuits le dépistage, la prévention et la prise en charge des malades atteints de tuberculose.

* Un programme d'éradication du paludisme est entrepris, en collaboration avec l'OMS dans toute la partie Nord du pays.

* Un programme de lutte contre le trachome, principale cause de cécité, après avoir été testé dans le Nord du pays, est généralisé à l'ensemble du territoire national.

* Pour lutter contre la malnutrition, un aliment de sevrage, la SUPERAMINE, est mis au point et distribué gratuitement dans toutes les unités sanitaires du pays.

Ce sont les principales actions développées pour lutter contre les affections les plus prévalentes. Cette activité de prévention ne représente, en réalité, que 3 % des dépenses globales de santé, alors qu'à titre comparatif, elle était de 10 % dans les pays industrialisés.

Etant donné la pathologie algérienne, dès 1965, un consultant, expert de l'OMS, recommandait de privilégier les activités des AMS et de médecine préventive. Il proposait de fermer, sinon de ne plus construire d'hôpitaux et de porter les crédits de la prévention à 12,5 % du budget consacré à la Santé.

2. LA SANTE EN ALGERIE AU COURS DE LA PREMIERE PHASE D'APPLICATION DE LA GRATUITE DES SOINS (1974-1984)

2.1. La situation démographique et socio-économique (annexe 1)

:

Cette deuxième décennie se caractérise par un doublement de la population qui passe de 10,813 millions en 1962 à 20,840 millions en 1982, et par une amélioration du mode de vie de cette population. Ces phénomènes démographiques sont dus, en grande partie, à l'essor économique que va connaître le pays sous l'effet conjugué de l'accroissement des revenus pétroliers et de l'augmentation de la parité du dollar.

En effet, le premier plan quadriennal (1970-1973) avait pour ambition la relance de l'économie algérienne en privilégiant les investissements dans le secteur industriel. Mais il devait se heurter à une double contrainte : l'insuffisance des moyens d'investissements d'une part, l'absence d'ingeneering national d'autre part (achat d'usines clés en main).

Aussi, le gouvernement va prendre une série de mesures pour accélérer le processus de développement économique parmi lesquelles :

- La nationalisation des hydrocarbures qui aura pour conséquence le doublement du budget de l'Etat entre 1973 et 1974.

1973	1974	1975	1982
11,067	23,438	25,052	50,421

Parallèlement, on assiste à une diminution progressive de la part versée par l'Etat, aboutissant à un co-financement, Etat-Sécurité Sociale (cf. annexe 12).

SOURCE DE FINANCEMENT DES SECTEURS SANITAIRES
(en millions de dinars)

Année	1974		1982	
		%		%
- Etat	601	70,93	1 874	49,38
- Sécurité Sociale	199	23,44	1 800	47,38
- Collectivités locales	47,3	5,58	--	--
- Ressources propres	--	--	121	3,19

Source : Ministère de la Santé.

L'augmentation de la production interne et du Produit Interne Brut (le Produit National Brut par habitant et par an passe de 200 \$ en 1962 à 1.600 \$ en 1972) vont entraîner une amélioration générale du niveau de vie et, par voie de conséquence, une augmentation de la demande de soins.

De 1980 à 1984, la croissance des dépenses de santé est de l'ordre de 20 % par an, la part des dépenses de santé passe de 3,5 à 5 % du PIB.

2.1. Organisation, fonctionnement et financement du système de santé (1974-1984) :

En Février 1978, un Décret instaure la structuration du système de santé algérien. Désormais, le pays est découpé en secteurs sanitaires correspondant approximativement au territoire d'une Daïra, comprenant à la fois, une structure d'hospitalisation et des unités de soins périphérique (polyclinique, dispensaire, centre de santé) qui lui sont rattachées administrativement.

Cette organisation se caractérise donc par une unification des services de soins et une hiérarchisation du système de soins. Elle annonce la politique de soins de santé primaire qui sera préconisée, 5 ans plus tard, à ALMA ATA.

Mais la principale mesure prise au cours de cette période concerne le Décret sur l'instauration de la gratuité des soins à compter du 1er Janvier 1974 dans tous les services de santé publique. Progressivement, la majeure partie des personnels (hospitalo-universitaires) et des structures parapubliques (cliniques, centres médico-sociaux d'entreprises ou de la sécurité sociale) sont rattachés au secteur public.

Ordonnance 73-65 du 28 Décembre 73 portant gratuité des soins dans l'ensemble des services publics.

Décret d'Octobre 1974 portant temps plein obligatoire pour tous les praticiens hospitalo-universitaires.

Circulaire Juillet 1980 portant intégration du personnel médical et tutelle des centres médico-sociaux au sein de la santé publique.

Décembre 1983.... dissolution de l'ONIMET et intégration des activités de médecine du travail.

Si l'ensemble de ces mesures a eu un impact positif sur la santé globale de la population, notamment grâce à une meilleure accessibilité du public aux prestations de soins, il eut des effets pervers d'un autre côté. En premier lieu, la fermeture de la plupart des cabinets privés des hospitalo-universitaires et leur départ des centres médico-sociaux - alors que les unités de soins de base (polycliniques et centres de santé) étaient quasiment inexistantes dans les grands villes - provoqua un rush de la population vers les CHU.

En effet : Le taux de réalisation des infrastructures hospitalières est le plus élevé (57 %), alors que celui des structures décentralisées et de l'ordre de 20 %.

D'autre part : La part du budget du secteur sanitaire consacrée aux polycliniques et centres de santé est dérisoire.

RÉALISATIONS D'INFRASTRUCTURES SANITAIRES (1980-1984)

	Hôpitaux	Polyclinique	C/ Santé	Maternité
Programmés	18 800 lits	656	717	144
Réalisés	10 740 lits	130	276	30
%	57%	20%	38,5%	26%

Source : M.S.P

Les livraisons d'infrastructures prévues pour 1985 sont importantes, mais elles déséquilibrent le système de soins en élargissant d'abord les structures hospitalières (26 hôpitaux) au détriment des structures légères et des objectifs sanitaires affichés par le M.S.P.

C'est à cette époque que se développa la "dispensarisation" de ces hôpitaux, ainsi que les premiers symptômes de ségrégation entre malades. Il y avait d'une part, le tout venant qui devait accomplir un véritable parcours du combattant pour aboutir à une consultation spécialisée ou à une hospitalisation, d'autre part, une minorité de privilégiés ayant accès directement au service de leur ex-médecin traitant (ex mi-temps ou plein temps aménagé).

Ce surcroît d'activité des spécialistes hospitalo-universitaires s'effectue au détriment des autres prestations : formation - recherche. En matière de formation, par exemple, il devient courant de voir un étudiant ou un

résident enseigné par un résident ou un assistant pratiquement de la même promotion.

La fonctionnarisation des personnels de santé eut pour effet de supprimer tout esprit d'initiative et d'aboutir à une organisation et une gestion routinière et bureaucratique. La gratuité des soins a entraîné la suppression de la fiche navette et, par conséquent, l'impossibilité d'évaluer les coûts de santé.

L'attribution d'un budget global au Directeur du Secteur Sanitaire transforma ce dernier en un simple dépensier, d'autant plus que certaines opérations le concernant se décidaient au niveau central.

Ainsi en fut-il pour les dépenses d'équipement et la gestion de projets d'extension ou tout simplement de la réalisation de nouvelles structures de soins. Le système de financement provoque une détérioration du système financier et comptable, et en conséquence, une absence totale de contrôle des coûts.

- Etat sanitaire de la population au cours de cette phase (annexe 2-3 et 4) :

La gratuité de la médecine ayant levé la principale contrainte de l'accessibilité aux soins, la situation sanitaire de la population subit des améliorations notables. Les malades ou leur famille n'ont plus besoin d'attendre d'avoir suffisamment d'argent et/ou le stade final de la maladie pour consulter. Les malades sont vus à un stade plus précoce et donc les formes évolutives, compliquées ou mortelles diminuent ostensiblement grâce, en partie, à la manne de la Sécurité Sociale. Près de 40.000 malades en 1983, bénéficient de soins à l'étranger occasionnant une dépense de 623,2 millions de dinars, soit 7,35 % du budget global de la santé.

D'une manière générale, la plupart des indicateurs sanitaires se trouvent améliorés. C'est ainsi que l'espérance de vie fait un bond de 10 ans et passe de 50 ans en 1962 à 60 ans en 1982. Mais la persistance d'un taux élevé de mortalité infantile est un indice de l'inadéquation du système de santé.

Il faut dire que les programmes nationaux de santé (lutte anti-tuberculeuse, programme d'éradication du paludisme, programme élargi de vaccinations) instaurés à la fin des années 1960, commencent à faire ressentir leurs effets bénéfiques. La plupart des maladies contagieuses de l'enfant (diphthérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite) sont en nette régression, sinon en voie de disparition. Seules demeurent la diarrhée, les infections respiratoires et la rougeole (dont la vaccination ne sera rendue obligatoire qu'en 1985) comme principales causes de mortalité infantile. Cette dernière a régressé de 50 % en 20 ans passant de 180 ‰ en 1962 à 83 ‰ en 1982.

Elle demeure tout de même relativement élevée par rapport à des pays ayant un niveau de vie similaire ou même inférieur (voir introduction : analyse Banque Mondiale).

En effet, si de gros investissements ont été consentis pour le secteur santé, d'autres secteurs sociaux, d'importance aussi vitale, n'ont pas bénéficié des mêmes faveurs. Il s'agit en particulier de l'habitat qui en raison de la croissance démographique, accuse un déficit de 100.000 logements/an à partir de 1980, et du secteur de l'hydraulique dont le développement a été pratiquement négligé jusqu'au début des années 80. Les conséquences de cette situation, c'est qu'on assiste parallèlement à une amélioration sensible du niveau de vie et à une dégradation tout aussi sensible du cadre de cette vie et des conditions d'hygiène en particulier.

Cette situation se traduit par une progression, alarmante des maladies à transmission hydrique (dysenterie, hépatite virale, typhoïde et choléra) qui sévissent à l'état endémo-épidémique n'épargnant aucune région du pays. On assiste à une persistance des maladies infectieuses parasitaires, maladies de la misère et du sous-développement, et à une émergence des maladies chroniques dégénératives (cancer, maladies cardio-vasculaires, etc..) traduction de l'augmentation de l'espérance de vie de la population générale.

Une enquête nationale effectuée sur l'ensemble des structures sanitaires du pays confirme ces tendances de la morbidité et de la mortalité (annexe 5).

3. LA CRISE ECONOMIQUE ET SES REPERCUSSIONS SUR LA SANTE PUBLIQUE (1985-1990)

3.1. La situation socio-économique :

Les mesures de libéralisation anarchique de l'économie entamées au début des années 80, associées à la baisse brutale des revenus pétroliers (1985) vont se traduire par une grave crise financière, économique et sociale à partir de 1988.

Le début des années 80 est marqué par le démarrage de grands projets, souvent d'intérêt public, mais parfois de prestige : autoroutes, ponts, métro, barrages (mais aussi, le nouvel Institut Pasteur d'Algérie, Riad El-Feth et quartier Hamma). On assiste parallèlement à un ralentissement, sinon un arrêt, de certaines unités industrielles jugées peu performantes. Les importations de biens d'équipement et/ou de consommation se font de manière massive.

L'Etat est soumis à de fortes pressions contradictoires provenant de la société. Il y a, d'une part, "l'élite de la nation", les cadres technico-administratifs, les politiques et les militaires qui, à l'image de leurs collègues de l'Occident, réclament un cadre de vie de plus en plus coûteux et sophistiqué.

Il y a, d'autre part, une jeunesse de plus en plus nombreuse (la croissance démographique ne s'est pas ralentie) pour laquelle il faut créer des écoles de formation, des espaces de loisirs et trouver des emplois, de plus en plus rares.

Grâce à la dynamique de l'indépendance, l'Algérie a pu absorber, en 20 ans, sans trop de dommages, 10 millions d'algériens supplémentaires. Elle ne semble plus être en mesure d'intégrer les 3 ou 4 millions de nouveaux citoyens apparus au cours des années 1980 (annexe 6).

En 1990, la population est estimée à 22,800 millions d'habitants et le taux de croissance démographique (2,73 %) semble en nette régression. Mais, 75 % de cette population ont moins de 30 ans : 6 millions de jeunes (un algérien sur quatre) fréquentent théoriquement l'école ou l'université. Jusqu'à ces dernières années, à l'exception d'une frange marginale, la voie de la jeunesse était toute balisée : école fondamentale et accès direct à l'emploi ou passage à l'université. Désormais de nombreux barrages ont été installés, l'emploi n'est plus une garantie, mais presque un privilège. Même les études supérieures et les titres universitaires ne sont plus synonymes d'embauche automatique.

Par rapport à l'accroissement de la population, le parc de logements n'a pas suivi la même évolution. Il n'a même pas doublé en 30 ans. De plus, la résorption d'une partie des habitats précaires s'est faite au profit de cités dortoirs sans rapport avec le mode de vie traditionnel de la population et ne présentant aucun des "avantages" (?) de leurs homologues d'Europe.

De plus, au dernier recensement de 1987, seuls 58 % des logements disposaient d'eau courante et 52,4 % d'évacuation à l'égout. Par contre, 72,7 % étaient électrifiés.

Le taux d'occupation de ces logements est passé de 6,1 en 1966 à 7,7 personnes en 1987 et le taux d'occupation par pièce de 2,65 en 1966 à 3,2 en 1987.

Recensements	1966	1977	1987
Nombre de logements (en milliers)	1 982,1	2 290,6	2 999
Type de logements : immeubles %	7,8	8,3	13,9
Maison individuelle ou traditionnelle %	81,9	82,4	79,7
Habitat précaire %	10,3	9,3	6,4
Nombre de personnes par lgt %	6,1	7,4	7,7
Taux d'occupation par pièce	2,65	2,48	3,20

Source : ONS

Cette dégradation des conditions de vie et de l'environnement général, rajoutée à l'absence de perspectives, va entraîner une insatisfaction de la population et un rejet de tout le système.

A ce niveau, il est utile de souligner aussi, outre le ralentissement de l'industrialisation :

- l'encouragement à la surconsommation ;
- le développement progressivement croissant du secteur privé ;
- la restructuration puis l'autonomie des entreprises publiques ;
- l'accentuation de la diversification sociale.

3.2. Organisation, fonctionnement et financement du système de santé :

Le système de santé a bénéficié des mêmes investissements que les autres secteurs sociaux au début des années 80. Sur le plan des infrastructures, une trentaine de nouveaux hôpitaux préfabriqués ont été réalisés portant le nombre de lits hospitaliers de 40000 à près de 60000. L'importation d'équipements médico-chirurgicaux sophistiqués et coûteux s'est effectuée de la même manière massive. Le nombre de structures périphériques (polycliniques, centres de santé) double au cours de la même période, dépassant les 4 000 unités. Le territoire national est désormais couvert de structures sanitaires en nombre suffisant et aisément accessibles à l'ensemble de la population (annexe 7).

Le système de formation a permis la mise sur le marché d'un nombre considérable de praticiens et de techniciens de la santé. La norme de un médecin pour 1 000 habitants est déjà dépassée en 1990 (annexe 8).

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DES SECTEURS SANITAIRES

Catégorie Personnel	1980	1984	Taux d'accroissement
Médical	3 775	9 106	215 %
Paramédical	32 381	54 071	67 %
Administratif			
Technique	21 000	29 960	42 %
Services			
TOTAL	57 156	95 925	68 %

Source : MSP

L'intégration en 1984, des équipements et du personnel de la médecine du travail (ONIMET) au service de santé publique montre qu'on s'achemine vers un véritable système national de santé (généralisé et gratuit) à côté d'un secteur privé qui prend de l'ampleur.

Le financement est assuré par la Sécurité Sociale à plus de 70 %, l'Etat prenant en charge les 30 % restants. (annexes 8 et 9).

Survient la crise économique qui va ébranler cet édifice échafaudé sans planification.

Dès 1986, l'érection de certains hôpitaux régionaux en centres hospitalo-universitaires (ce qui porte leur nombre à 13) et leur

autonomisation par rapport aux autres structures sanitaires, va porter un rude coup à la politique de sectorisation et d'unification du système de santé.

Dans le cadre du financement, (annexe 9) il est à signaler que ces CHU utilisent 70 % du budget de la santé, alors que les secteurs sanitaires qui assurent 70 % des activités de prestations n'en perçoivent que 30 %.

Ce budget est consacré, dans sa quasi-totalité (3/4), à rétribuer les personnels. Depuis l'instauration de la médecine gratuite, la part attribuée aux autres chapitres, par exemple alimentation, médicament, et pour ne pas la citer prévention, n'a fait que rétrécir.

La part alimentation est passée de 5,42 % en 1974 à 3,74 % en 1990, alors que les produits alimentaires ont subi une hausse de plus de 300 % au cours de cette même période. Il en est de même pour le médicament dont la part a subi une réduction des 2/3 : de 17,7 % en 1974 à 6,3 % en 1990.

De plus, ce dernier est importé à plus de 80 % et la dévaluation du dinar a entraîné une baisse de notre pouvoir d'achat.

EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE
(en millier de dinars)

Année	1974	1982	1990
Chapitre			
Personnel	549 300 (64,82 %)	2 376 000 (62,61 %)	9 729 517 (74,40 %)
Alimentation	46 000 (5,42 %)	225 000 (5,93 %)	487 870 (4,74 %)
Médicament	150 000 (17,70 %)	480 000 (12,65 %)	824 245 (6,30 %)
Prévention	36 582 (4,11 %)	---	189 609 (1,45 %)

Source : MSP

A partir de 1988, les réformes entamées en vue d'une libéralisation des différents secteurs économiques vont toucher, à leur tour, le système national de santé. En effet, ce dernier, de par son statut à caractère administratif, a de plus en plus de difficultés à survivre dans un environnement livré aux lois de l'économie de marché, du fait de l'absence d'instruments juridiques qui lui permettraient de s'adapter aux nouvelles règles du jeu et faciliter ses interventions en matières d'achats et d'approvisionnements.

Les premières mesures adoptées "en faveur" du secteur comportent l'autorisation d'ouverture de cliniques privées, la suppression du service civil et du zoning. On assiste alors à une hémorragie importante des spécialistes hospitalo-universitaires, due autant à la dégradation des conditions de travail dans le secteur public, qu'aux perspectives de leur enrichissement rapide dans le secteur privé.

La suppression du zoning et du service civil va avoir les mêmes conséquences sur le fonctionnement des autres structures sanitaires du pays. Des régions entières, parmi les plus déshéritées, se retrouvent dépourvues de spécialistes algériens de santé publique qui sont allés s'installer à titre privé dans les grandes métropoles ou même ont émigré vers d'autres pays. Certains hôpitaux, inaugurés récemment, sont à l'abandon ou quasi-déserts.

La crise économique va contribuer à ébranler gravement l'édifice qui avait coûté plusieurs années d'efforts et de sacrifices au pays. L'autonomie accordée aux entreprises d'achat de médicaments et l'insuffisance de disponibilité de devises va complètement bouleverser le marché des consommables et du médicament. Des programmes nationaux (Programme Elargi de Vaccination - Lutte contre la croissance démographique - Lutte contre la tuberculose) sont en péril. Si cette situation se perpétue, elle risque de ramener l'état sanitaire du pays à 30 années en arrière.

L'effort impressionnant en matière de formation médicale s'est fait sans tenir compte des besoins réels et au détriment de la qualité des produits formés.

La formation en maintenance hospitalière a été négligée. En conséquence, une grande partie des équipements médicaux importés à grand renfort de devises, il y a moins de 10 ans, sont totalement paralysés.

La politique de soins de santé primaire, dont la pierre angulaire était la polyclinique, a été abandonnée au profit de l'hospitalo-centrisme. Au lieu de 1 000 polycliniques prévues pour l'horizon 90, 451, soit moins de la moitié, ont été réceptionnées. En revanche, les hôpitaux construits sont loin d'être rentabilisés : le taux d'occupation moyen varie de 49,4 % dans les secteurs sanitaires à 66,5 % dans les CHU.

La crise économique et les pénuries qu'elle engendre finiront par discréditer le secteur public et, plus particulièrement, la politique de soins de santé primaires. Les polycliniques et centres de santé, aux personnels pléthoriques et aux moyens réduits ou inexistantes (équipements, consommables, médicaments sont affectés en priorité aux hôpitaux quand ils sont disponibles) perdent progressivement leur clientèle au profit des hôpitaux et des structures privées.

3.3. Bilan de la situation sanitaire au cours de cette période de crise (cf. annexe 10) :

Les programmes de santé élaborés au cours de la première décennie, et développés dans les années 70-80, Commencent à donner leurs premiers signes d'essoufflement : baisse de la motivation du personnel de la prévention chargé de les appliquer. Ce personnel se heurte à des problèmes d'ordre statutaire (absence d'avantages par rapport aux employés du secteur curatif ; absence de perfectionnement ou de possibilité de progression) et à des contraintes objectives : difficulté d'appliquer des programmes qui font intervenir plusieurs partenaires

étrangers au système de santé : lutte contre la croissance démographique, lutte contre les maladies à transmission hydrique, Programme Elargi de Vaccination, Médecine du travail...

Sur le plan des indicateurs sanitaires, la mortalité infantile, malgré les efforts entrepris, stagne à 59 ‰. Elle est liée, d'après les résultats des différentes enquêtes nationales, aux infections respiratoires et, dans une moindre mesure, aux diarrhées et autres maladies infectieuses. L'espérance de vie à la naissance qui est passée à 65 ans explique l'apparition et la recrudescence des maladies chroniques et dégénératives (cf. annexe 11).

L'enquête Nationale de Santé effectuée en 1990, confirme cette tendance nouvelle de la pathologie. Les maladies transmissibles n'arrivent plus qu'au 5ème rang des motifs de consultation (7,4 ‰) bien après les maladies de l'appareil respiratoire (27,2 ‰). Au niveau des hospitalisations, elles sont au 4ème rang, après les maladies de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire, et les accidents et autres traumatismes.

Les maladies transmissibles, sont toujours caractérisées par la persistance des foyers épidémiques de fièvre typhoïde, d'hépatite virale ou de choléra, qui sont favorisés par les mauvaises conditions d'habitat et d'hygiène générale. A cause de la défaillance des services de prévention, on assiste encore à des flambées de rougeole ou de poliomyélite qui risquent de prendre une allure catastrophique si des mesures de renforcement ne sont pas prises dans les meilleurs délais.

CONCLUSION

La politique de santé jusqu'à la fin des années 70, tendait à l'instauration d'un système national de santé hiérarchisé et gratuit en s'appuyant sur un réseau de soins de santé primaire, et, du moins dans les textes officiels, sur une primauté à l'action préventive. Elle semble s'orienter vers une nouvelle démarche à partir des années 1980.

Au cours de cette dernière décennie, la priorité est accordée à la construction d'hôpitaux, et donc au système curatif aux dépens des infrastructures légères (poly-cliniques, centres de santé) et de la médecine ambulatoire et préventive.

Parallèlement, on assiste à une série de mesures en faveur de l'émergence d'un secteur privé : suppression du zoning et du service civil, autorisation d'ouverture de cliniques privées. L'éclatement du monopole de la Pharmacie Centrale Algérienne (PCA) aboutit à l'autonomisation de trois entreprises nationales pour l'achat et la commercialisation du médicament. La méconnaissance des besoins réels de la population, l'absence d'orientations de la part de leur tutelle, conduit ces entreprises à privilégier la commercialisation des produits de large consommation et de confort au détriment des médicaments et consommables essentiels. La pénurie de ces derniers va entraîner, à la fois, une paralysie de certains services hospitaliers et périphériques et

la mise en péril de certains malades chroniques (tuberculeux, insuffisants rénaux, diabétiques, cardiaques, ulcéreux, etc...).

L'absence d'une planification réelle fondée sur une étude quantitative et qualitative des besoins de santé de la population a abouti à une formation anarchique avec comme conséquence la mise sur le marché de praticiens en sur-effectif auxquels on a ouvert des postes budgétaires de complaisance, sans activité réelle.

L'Algérie d'aujourd'hui est l'un des pays en voie de développement ayant un vaste réseau sanitaire en structures hiérarchisées et une grande richesse en ressources humaines ; malheureusement, beaucoup de ces infrastructures sont à l'arrêt ou tournent au ralenti, faute de consommables, de médicaments essentiels, de maintenance du plateau technique.

Les réformes qui visent à donner un statut d'EPIC (Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial), risquent d'accélérer la tendance au démantèlement du secteur public. En effet, pour nombre de gestionnaires, ce statut devrait permettre de "rentabiliser" les structures de santé. Cette conception (qui n'est appliquée dans aucun pays du monde), si elle voit le jour au moment où le pouvoir d'achat de la majorité de la population est en décroissance, nous amène à nous interroger sur l'avenir du système de santé publique en Algérie.

Dans le cas, le plus probable, d'un arrêt de l'expansion du système de santé dans la décennie à venir, on peut estimer que l'augmentation des besoins financiers du système de santé publique sera de l'ordre de 10 % par an en dinars constants.

Or, à notre avis, la priorité dans le domaine de la santé ne résidera pas dans la recherche de nouvelles sources de financement. L'infrastructure sanitaire algérienne actuelle donne un accès potentiel aux soins à près de 90 % de la population. Cependant, la rentabilité du système de santé reste très en deçà des investissements consentis.

Cette situation est due, entre autres raisons, à l'inadéquation du système aux besoins de santé, aux énormes faiblesses de gestion, d'administration et d'organisation des services de santé, enfin à une absence totale de planification de leur développement.

Aujourd'hui, le problème clé est celui de l'amélioration de la performance du système de santé qui doit répondre aux critères d'efficacité et d'efficience. Il est impératif de mettre au point, rapidement, des outils rigoureux de recueil et d'analyse de l'information sanitaire, pour une gestion et une planification rationnelles, c'est à dire, conformes à des besoins identifiés.

Une attention particulière devra être apportée à la mise en place d'un système d'information sur la répartition et l'utilisation des ressources financières, sur le produit et la qualité des services de santé et sur les coûts de ces services.

C'est dire la priorité de la formation à tous les niveaux de personnels gestionnaires formés aux techniques de gestion et capables de mettre en place un système d'information sur les besoins de santé et de contrôle des coûts à la recherche constante du meilleur rapport coûts-avantage dans la répartition des dépenses de santé.

Il est urgent de réfléchir au mode de financement du système de santé.

La différenciation de l'accès aux soins ne doit pas se faire au détriment des couches les plus défavorisées, de même, que la recherche de nouvelles sources de financement ne doit pas peser sur elles. Ce qui est le cas, par exemple, avec la politique actuelle du médicament.

Cette préoccupation n'est pas seulement d'ordre social, elle est surtout d'ordre stratégique. Une baisse du niveau général de prise en charge des besoins de santé dans les conditions socio-économiques actuelles (de promiscuité, de manque d'hygiène, de malnutrition...) aurait des conséquences catastrophiques, au plan de la santé publique et obligerait à décupler les dépenses de santé dans la décennie à venir.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bulletin de l'Institut National de Santé Publique n° 1 à 10.
- Séminaire sur le développement d'un système national de santé - Alger du 07 au 08 Avril 1983.
- Annuaire statistiques de l'Algérie (PUBLICATIONS ONS) N° 1 à 14.
- Enquête Nationale de Santé – INSP (document non publié)
- Statistiques année 1990 (DIRECTION PLANIFICATION) MINISTÈRE DE LA SANTÉ.

ANNEXES

ANNEXE 1

EVOLUTION DE LA SITUATION SANITAIRE EN ALGÉRIE A PARTIR DE QUELQUES INDICATEURS

	1962	1972	1982	1990
INDICES DÉMOGRAPHIQUES				
Population totale (million)	10,813	14,170	20,840	22,800
Taux brut de natalité (°/°°)	48,5	49,2	41,8	33,91
Taux brut de mortalité (°/°°)	14,6	16,8	10,5	6,61
Taux de croissance (°/°°)	34	32,5	31,3	27,3
Taux de mortalité infantile (°/°°)	185	122	83	59
Espérance de vie à la naissance	50	53,5	60	65,7

INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES

Nombre d'enfants scolarisés (en millions)	0,849	2,898	4,600	6,300
Taux d'alphabétisation des adultes	< 20%	< 26%	< 42,8%	< 43,6%
P.I.B per capita en \$ U.S	200	1.600	2.300	2.360
Logements avec eau potable	36%	37,3 %	38,1 %	58 %
Logements avec égout	23%	44,5 %	49,2 %	52,4 %
Ration alimentaire kcal/personne/jour	2.000	2.300	2.830	3.015

BUDGET (en million de DA)

Budget de la nation	2.914	11.184	50,421	384.000
Budget de la santé	194	406	4.437	11.948

EFFECTIF DES PERSONNES

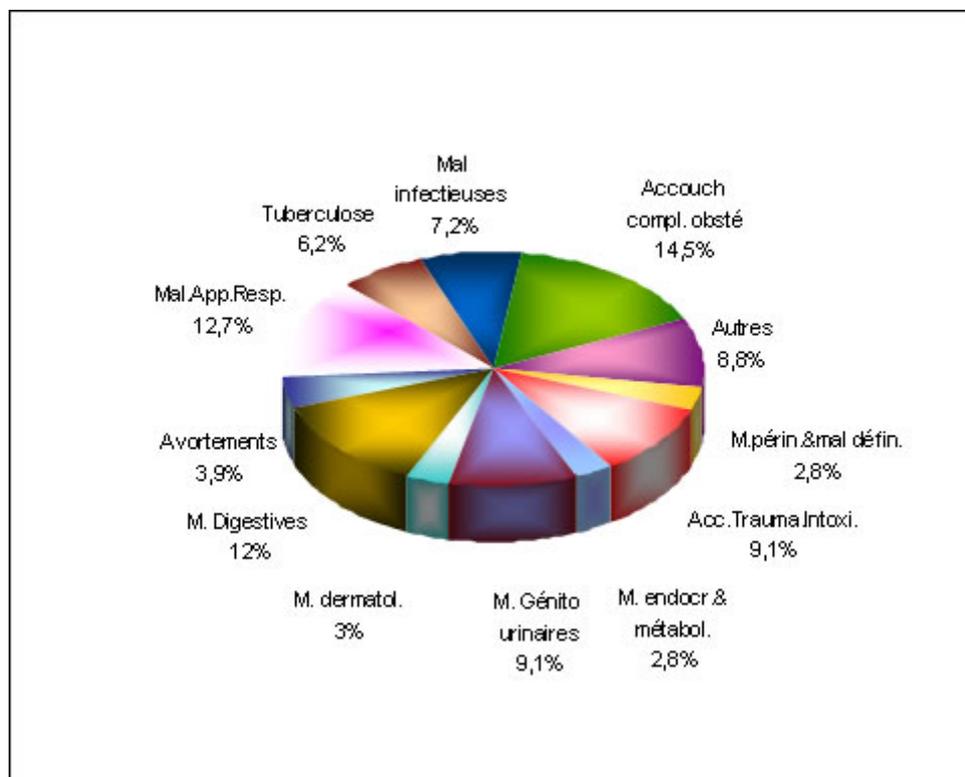
Nombre de médecins	600	1.985	9.056	23.550
Nombre de chirurgiens dentistes	135	308	2.313	7.199
Nombre de pharmaciens	266	355	1.137	2.134
Nombre de techniciens de la santé	1.380	14.373	32.640	55.145

EVOLUTION DES INFRASTRUCTURES

Nombre d'hôpitaux	156	143	173	181
Nombre de lits	37.787	38.828	43.700	55.544
Nombre de polycliniques	0	16	228	451
Nombre de centres de santé	188	307	820	1.121
nombre de salles de consultation /soins	734	1.266	1.660	3.344

ANNEXE 2

MORBIDITE HOSPITALIERE ANNEE 1970



ANNEXE 3

STATISTIQUES HOSPITALIERES CAUSES DE DECES

Causes de décès	1970	1981
Affections périnatales	6,3%	35,6%
Maladies diarrhéiques	6,3%	--
Autres maladies infectieuses et parasitaires	12,1%	16,5%
Tuberculoses	5,8%	--
Pneumonies	11,8%	
Grippe et autres maladies respiratoires	7,8%	11,5% (sont comprises toutes les affections de l'appareil respiratoire)
Complications obstétricales	6,7%	--
Maladies des organes génito-urinaires		0,2%
Accidents	11,2%	2,5%
Tumeurs malignes	--	2,6%
Maladies cardio-vasculaires	12,1%	12,13%
Etats morbides mal définis	2,7%	--

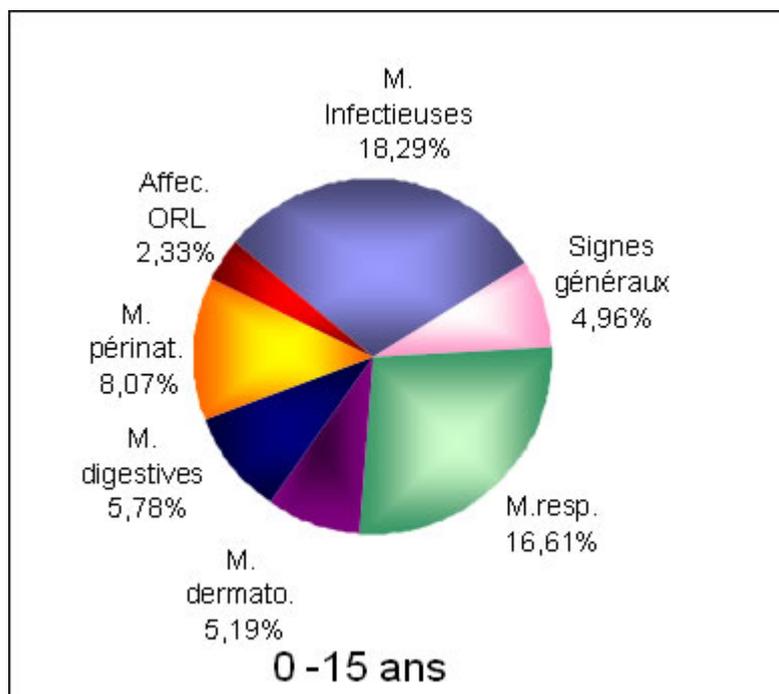
ANNEXE 4

**ÉVOLUTION COMPARATIVE DE QUELQUES CAUSES DE DECES GRANDE
BRETAGNE (GB) - ETATS UNIS (USA) ALGERIE (DZ)**

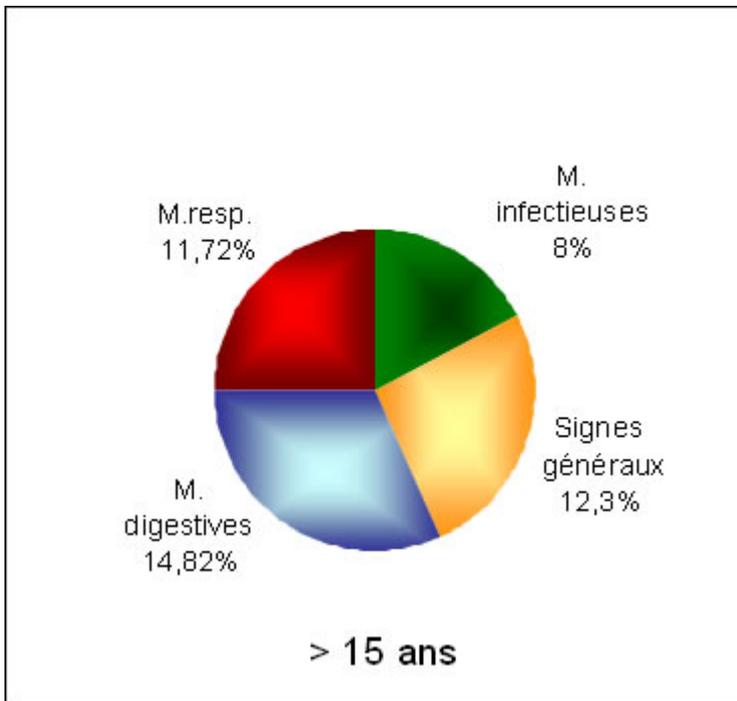
Maladies	1848 GB	1872 GB	1900 USA	1940 USA	1947 GB	1970 USA GB DZ	1973 DZ	1981 DZ
Maladies infectieuses et parasitaires	32% - 34%		37%	12% - 7 à 6%		24,2%	26,6%	16,5%
Maladies de l'appareil respiratoire	15% - 13%	20 à 21%		- 9 à 7%		12,1 à 8% 1,9% --19,6%	11,4%	11,5%
Maladies du système nerveux	13% - 12%	12%		9% - 9 à 10%		13,7% - 6,4%		
Maladie de l'appareil digestif	8% - 8%	--		- 4%		--		
Maladies cardio-vasculaires	5% - 6%	14%		29% - 39%		25%--23,5% --12,1%	9,36%	12,13%
Tumeurs malignes	1% - <u>2%</u>	7%		8% -15 à 12%		20% --7,4%	2%	<u>2,6%</u>
Accidents	-	8%	8%			3,8%--2,1% --11,2%	7%	2,5%

ANNEXE 5

MORBIDITE HOSPITALIERE ANNEE 1981

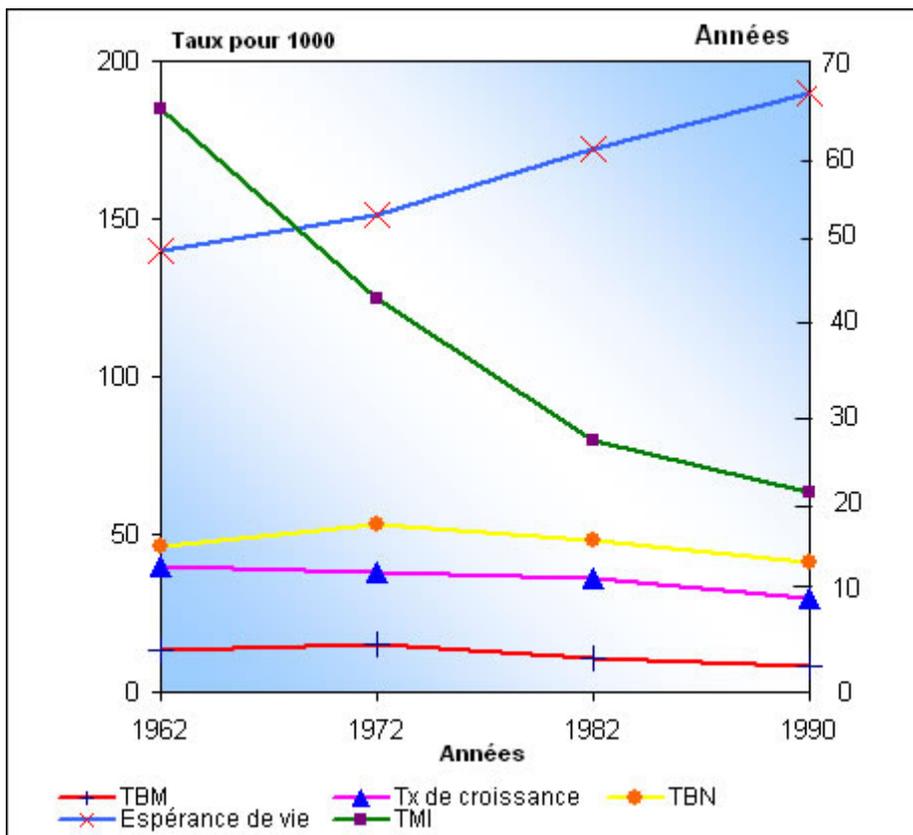


MORBIDITE HOSPITALIERE ANNEE 1981



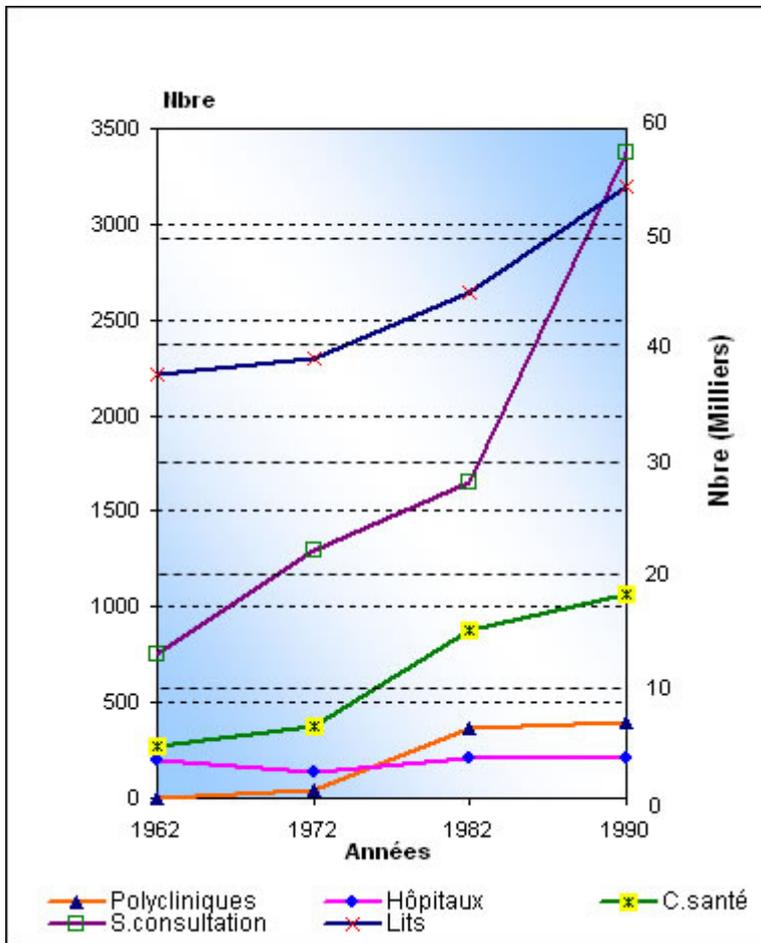
ANNEXE 6

EVOLUTION DE QUELQUES INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES EN ALGERIE



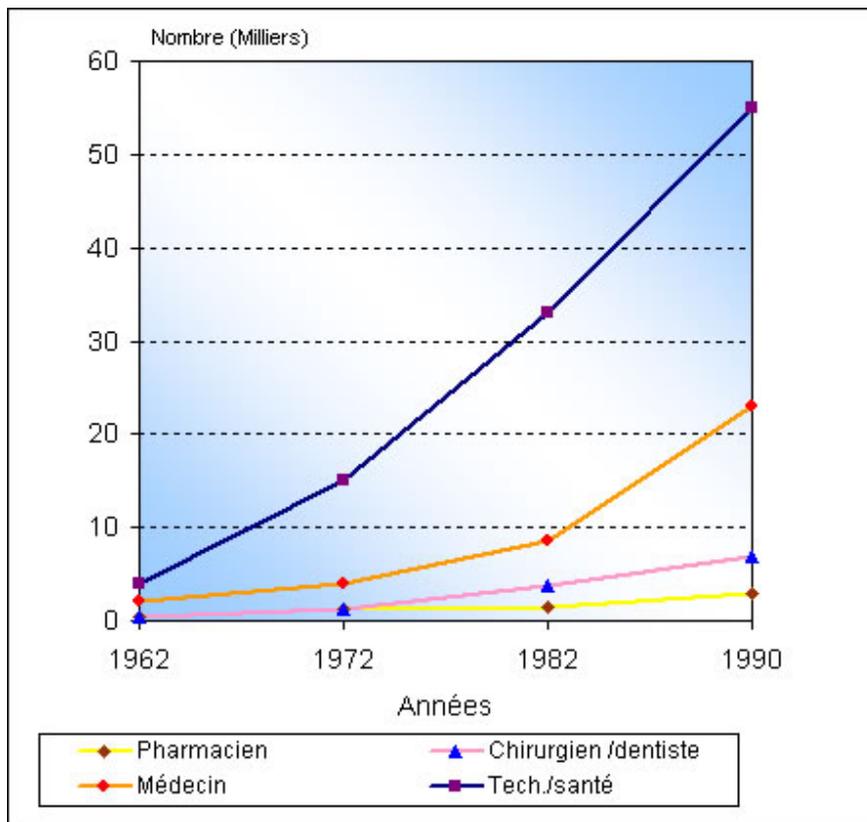
ANNEXE 7

EVOLUTION DES INFRASTRUCTURES



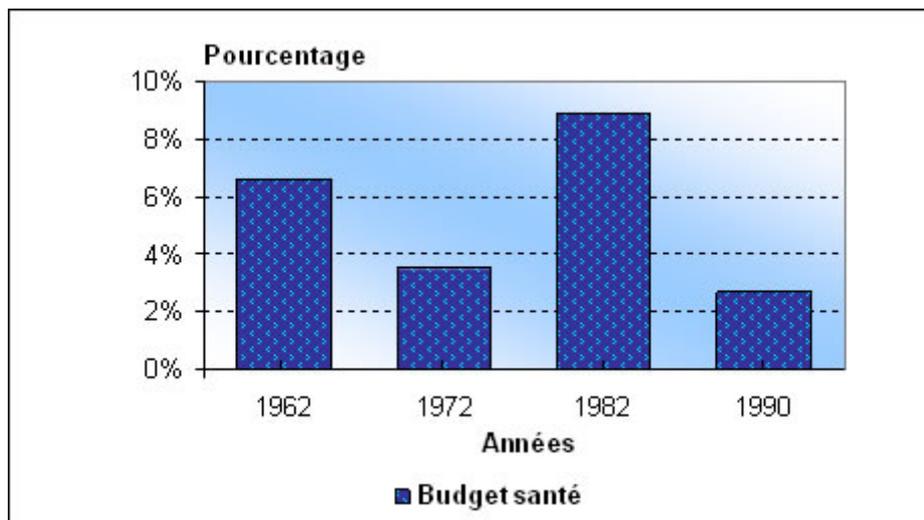
ANNEXE 8

EVOLUTION DU PERSONNEL DE SANTE



ANNEXE 9

EVOLUTION DU BUDGET DE LA SANTE PAR RAPPORT AU BUDGET NATIONAL



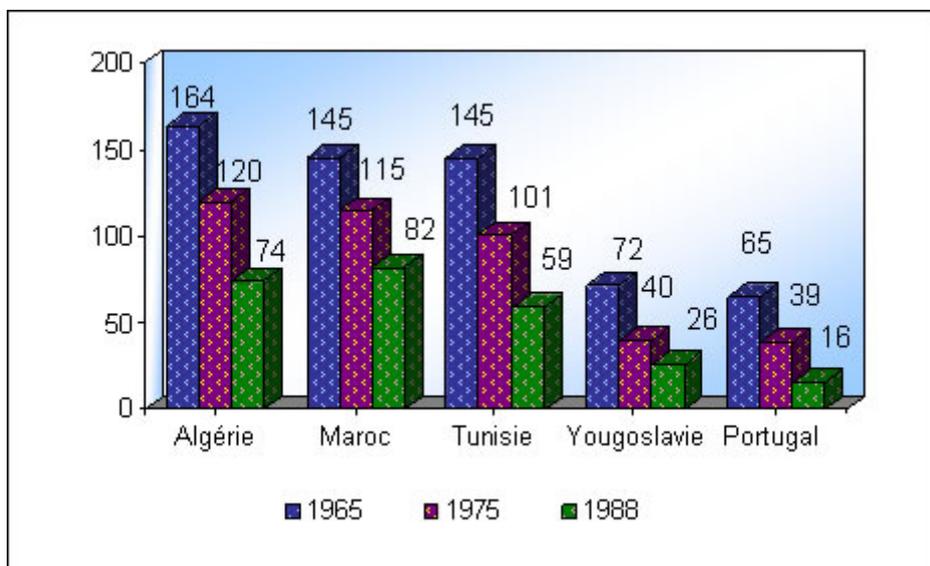
ANNEXE 10

CAUSES D'HOSPITALISATION (Données provisoires - Année 1990)

Causes	Nom- bre	% (accouche- ment normal compris)	% (accouche- ment normal exclus)
Accouchement normal	1396	--	--
Accouchement com- pliqué	218	41,5	11
Appareil digestif	409	12,1	20,8
Appareil respira- toire	234	7	12
Traumatismes - brû- lures	231	6,8	11,7
Maladies infectieu- ses et parasitaires	220	6,5	11,2
Système nerveux - sens	144	4,2	7,3
Appareil génito- urinaire	142	4,2	7,2
Appareil cardio- vasculaire	123	3,7	6,2
Maladies endocrin- niennes	69	2,1	3,5
Système ostéo-arti- culaire	68	2	3,4
Tumeurs	59	1,8	3
Troubles mentaux	51	1,5	2,6
Peau	37	1,1	1,8
Maladies du sang	29	0,5	1,5
Anomalies congéni- tales	24	0,7	1,2
Autres	127	3,8	6,4
TOTAL	3363	--	--

ANNEXE 11

TAUX DE MORTALITE INFANTILE (par millier)



Source: Indicateurs sociaux du développement 1989

Notes

[*] Institut National de Santé Publique - Alger