Transition épidémiologique en Algérie

D. Belarbi Zoubida

Université Blida 2

Résumé

Au lendemain de l'indépendance, les indicateurs sanitaires se caractérisaient par une mortalité infantile élevée, dépassant 180 pour mille, une espérance de vie qui n'atteignait pas 50 ans, et l'ampleur des maladies transmissibles qui, sévissant à l'état endémique, constituaient une importante cause de décès et de handicaps.

L'amélioration de la couverture médicale a été rapide. On est passé d'un médecin pour 7562 habitants en 1970 à un médecin pour 1106 habitants en 2007. L'évolution du nombre de praticiens témoigne de l'effort de formation réalisé dans ce domaine au point que des problèmes de recrutement se posent au nouveau médecin.

Malgré une insuffisance des données observées, il semble que l'Algérie fait face à deux types de problèmes sanitaires: le premier est l'ensemble des maladies infectieuses qui sévissent dans les pays pauvres et le second est constitué des maladies non transmissibles observées dans les pays riches

Mots cles: systeme de sante, transition epidemiologique, maladies transmissbles, maladies chroniques.

ملخص

تميزت المؤشرات الصحية بارتفاع وفيات الرضع حيث فاقت 180 وفاة لكل 1000 ولادة ومتوسط العمر المتوقع لا يزيد على 50 سنة والأمراض المنتقلة المتوطنة تسببت في العديد من الوفيات والإعاقات بعد الاستقلال.

كان التحسن في التغطية الصحية سريع حيث مؤشر التغطية قدر ب 7561 ساكن لكل طبيب في 1970 و 1106 ساكن لكل طبيب في 2007. إن تطور عدد الأطباء يبين الجهود الكبيرة لدولة في التكوين في هذا المجال ' نظرا لديمقراطية التعليم و مجانيتها سمح لأعداد معتبرة من الجزائرين ليصبحوا أطباء و نلاحظ في سنوات الأخير صعوبة توظيف هذا الكم الهائل من الأطباء.

بالرغم من نقص في البيانات لوحظ بأن الجزائر تواجه نوعين من المشاكل الصحية و تشمل المجموعة الأولى على الأمراض المعدية المتواجدة في البلدان الفقيرة و الثانية تخص الأمراض الغير معدية الموجودة في البلدان الغنية

الكلمات المفتاحية : النظام الصحي، الانتقال الوبائي، الأمراض المتنقلة، الأمراض المزمنة.

Introduction

Au lendemain de l'indépendance, le pays a hérité d'un système de santé créé principalement pour servir une minorité de la population, les infrastructures étaient localisées dans des zones bien précises. Cette situation a engendré de fortes disparités régionales même si la faible couverture médicale caractérisait presque toute l'Algérie. Le départ massif des cadres européens en général et des médecins particulièrement a aggravé la situation sanitaire des algériens. En effet, il restait moins de 500 médecins pour couvrir les besoins de santé d'une population, estimée à 10,5 millions d'habitants en 1962.

Les indicateurs sanitaires de la période considérée, se caractérisaient par une mortalité infantile élevée, dépassant 180 pour mille, une espérance de vie qui n'atteignait pas 50 ans, et l'ampleur des maladies transmissibles qui, sévissant à l'état endémique, constituaient une importante cause de décès et de handicaps.

Nous distinguons trois grandes phases d'évolution du système de santé algérien. La première phase qui couvre la première décennie de l'indépendance avant l'instauration de la gratuité des soins, la seconde étape s'étale de 1974 à 1989 et la dernière étape s'étend de 1990 à nos jours.

L'instauration de la médecine gratuite en Algérie en 1974, est sans conteste un évènement crucial de l'évolution du système de santé en Algérie. Ce projet apparaît dans tous les documents doctrinaux de la révolution algérienne (Ordonnance 73-65 du 28 Décembre 1973 portant gratuité des soins). La gratuité des soins dans les structures sanitaires publiques, a permis une généralisation de l'accès aux services de santé. «Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé, ce droit est assuré par un service de santé général et gratuit, l'extension de la médecine préventive, l'amélioration constante des conditions de vie et de travail ainsi que par la promotion de l'éducation physique, des sports et des loisirs» Boussouf (1992, p.165).

La gratuité des soins a marqué une rupture avec le passé. "En même temps, elle clôt une période de tâtonnement et d'affrontements, ouverts ou larvés, entre les pouvoirs publics et les professionnels de la santé par l'imposition de la vision des premiers. Elle coïncide avec la mise en place du second plan quadriennal, le plus ambitieux en matière de projets d'investissement industriels et de volonté de construction d'une économie nationale." Oufriha(2002, p.24) .

L'aisance financière induite par la nationalisation des hydrocarbures a permis la réalisation de plusieurs équipements.

Malgré les résultats obtenus et l'amélioration de l'état sanitaire de la population, le système de soins ne s'est pas adapté aux nouveaux besoins de santé de la population induits par les changements démographiques importants et les nouveaux modes de vie.

La première étape de la transition épidémiologique est caractérisée par une forte présence des maladies infectieuses. Nous disposons uniquement des statistiques des maladies à déclaration obligatoire. Cette liste a connu plusieurs changements depuis l'indépendance, certaines maladies initialement incluses ont disparue (la variole et la peste) et de nouvelles maladies ont fait leur apparition (le Sida). De plus, le système d'information sanitaire ne recense pas l'ensemble des pathologies qui peuvent survenir ainsi de nombreuses maladies ne sont pas recensees. Par ailleurs, il est difficile d'obtenir les informations concernant le secteur privé et de nombreux malades ont recours a la medecine privee ou les méthodes traditionnelles. Les données disponibles sont loin de représenter la réalité sanitaire de toute la population.

Malgré une insuffisance des données observées il semble que l'Algérie fait face à deux types de problèmes sanitaires: le premier est l'ensemble des maladies infectieuses qui sévissent dans les pays pauvres et le second est constitué des maladies non transmissibles observées dans les pays riches: «le profil épidémiologique de l'Algérie demeure marqué en ce début du XXI e siècle à la fois par la persistance des maladies transmissibles, dont certaines sévissent encore à l'état endémique, et par l'impact grandissant des maladies non transmissibles, dont celles liées à l'environnement social et aux modes de vie » MSPRH(2002, p.29).

1 Le système de santé en Algérie

La situation actuelle est caractérisée par une accumulation de problèmes, évoluant depuis la fin des années 80 et conduisant à une déstructuration progressive du système de

santé, un processus d'adaptation à l'évolution socio-économique du pays a été initié, avec les mesures suivantes :

1 - L'ébauche d'une régionalisation sanitaire, envisagée déjà au cours des années 80, comme cadre d'intermédiation et d'arbitrage devant consacrer l'intersectorialité, la décentralisation et la promotion d'un développement socio-sanitaire équilibré. Au plan institutionnel, la régionalisation s'appuie sur le conseil régional de la santé, organe de coordination, et sur l'observatoire régional de la santé. Cependant, la régionalisation sanitaire n'a pu répondre aux missions qui lui étaient dévolues: son cadre juridique et réglementaire, qui limite ses attributions à des prérogatives plus consultatives que décisionnelles, s'avère en effet insuffisant.

2 - La création et la mise en place de structures de soutien à l'action du Ministère de la Santé.

3 - La redynamisation des programmes nationaux de santé et de population;

4 - La redéfinition de la politique du médicament en matière d'importation, d'enregistrement, de contrôle et de distribution des produits pharmaceutiques;

5 - L'effort de valorisation des ressources humaines, par le développement de la formation continue;

6 - La création du Conseil National d'Ethique des Sciences de la Santé en 1990

7 - La mise en place du Conseil National de Déontologie Médicale (1998).

Cette période est également caractérisée par le renforcement du processus de transition démographique et épidémiologique. Les événements qui la marquent rendent par ailleurs nécessaire la prise en charge des pathologies liées à la violence.

Malgré les efforts déployés et les résultats obtenus, le système national de santé demeure confronté à de multiples contraintes, tant en matière d'organisation et de fonctionnement, que dans la prise en charge des problèmes de santé.

Comme signalé précédemment, le secteur sanitaire regroupe toutes les infrastructures publiques de son espace géographique (la daira). Certains secteurs sanitaires se retrouvent avec un grand nombre d'infrastructures tel que le secteur sanitaire de Batna qui a sous sa responsabilité quatre hôpitaux, sept polycliniques, huit centres de santé et trente trois salles de soins. Cette centralisation rend difficile une intervention efficace au niveau de toutes les structures. Une nouvelle réforme a été adoptée en 2007. Le secteur sanitaire est scindé en deux structures autonomes selon le décret exécutif n°07-

140 du 19 Mai 2007: l'établissement public hospitalier et l'établissement public de santé de proximité.

Avant l'année 2007, la formation médicale se faisait uniquement dans les centres hospitalo-universitaires et les établissements hospitaliers spécialisés. Mais comme des facultés de médecine sont ouvertes dans des wilayas qui ne disposent pas de CHU et EHS, dorénavant certains stages pourront se faire dans les établissements publics hospitaliers. Ces derniers existent dans chaque wilaya, cela permettra de réduire la pression sur les CHU et EHS et aussi les déplacements des étudiants. Cette disposition va aider les étudiants dont le nombre a connu une forte augmentation.

Les deux nouvelles structures sont autonomes administrativement et financièrement.

Les secteurs sanitaires au nombre de 231 ont donné lieu à 192 établissements publics hospitaliers et 270 établissements publics de santé de proximité. Cette nouvelle organisation a été mise en place en 2008.

Les données disponible jusqu'à 2007 sont élaborées selon l'ancienne organisation. Le nombre d'infrastructures ne va pas changer beaucoup mais le changement touchera le statut et l'organisation des infrastructures existantes.

1-1 Infrastructures

Au cours de la première période de 1992 à 1997, une baisse dans le nombre de tous les infrastructures à l'exception des EHS et les polycliniques est observée. La réduction du nombre d'infrastructure est causée par les destructions qui ont touché plusieurs édifices publiques tels que les écoles et les établissements sanitaires. Avec l'amélioration des conditions sécuritaires plusieurs structures ont été reconstruites. Les centres médicaux sociaux ont été les plus touchés. De nombreuses entreprises du secteur public ont été décentralisées avec l'autonomie des entreprises entamées à la fin des années 80. Le nombre de salariés bénéficiant des services sanitaires de ces centres a diminué mais surtout la persistance de la crise économique a conduit les entreprises à restreindre le nombre de centres de santé dont elles disposaient le coût étant devenu trop important.

De nouveaux types de structures ont été introduits aux systèmes de santé après la réforme de 2007 et d'autres ont disparus. Le secteur sanitaire qui constituait le pivot du système de santé à céder sa place à deux nouvelles structures établissement hospitalier public (EPH) et les EPSP (établissement public de santé de proximité)

Le nombre de lits a connu une baisse durant la période qui s'étale de 1992 à 1997, cette baisse est la conséquence de la conjoncture qui sévissait en Algérie durant les années 90. La plus importante hausse a été enregistrée entre 2006 et 2009.

Tableau n°1 : Evolution des infrastructures sanitaires entre 1992 et 2009

	1992	1997	2006	2009	Croissance en %		
					92-97	97-2006	2006-2009
Hôpitaux	263	223			-17,9%		
EPH				192			
EPSP				271			
Secteur sanitaire	191	185	185		-3,2%	0,0%	
CHU	13	13	13	13	0,0%	0,0%	0,0%
EHS	19	25	36	61	24,0%	30,6%	41,0%
Centre de santé	1117	1110	1248		-0,6%	11,1%	
Polyclinique	451	462	520	1436	2,4%	11,2%	63,8%
Salle de soins	3848	3601	4684	5258	-6,9%	23,1%	10,9%
Nombre de lits	53068	52968	54720	61690	-0,2%	3,2%	11,3%
Source : MSPRH, Annuaire sanitaire annees 1992, 1997, 2006 et 2009							

1-2 Personnel médical

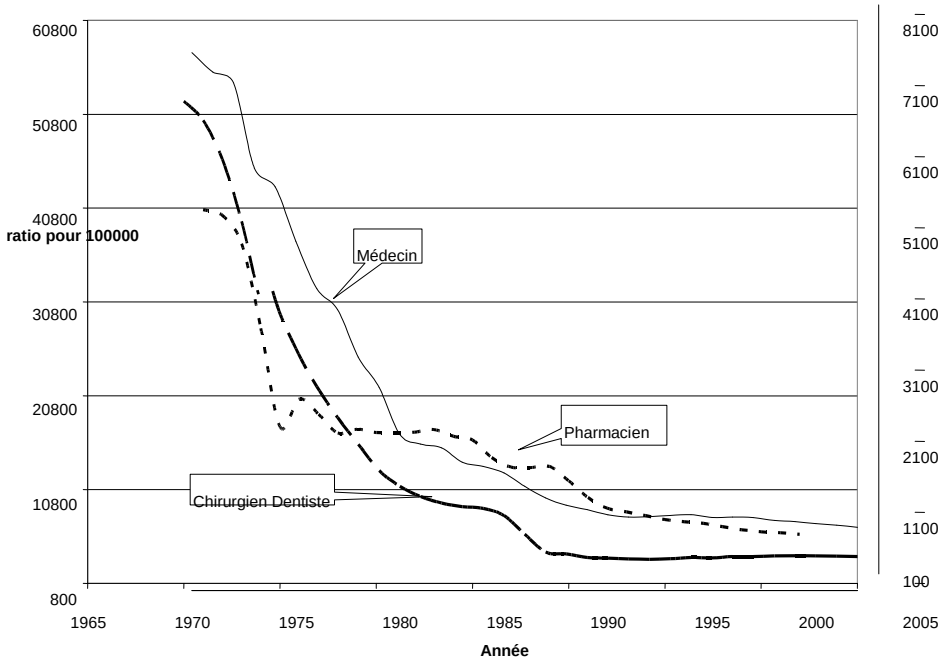
Le nombre de personnel médical a connu une forte augmentation surtout après la réforme des études médicales. Le nombre de médecins, de pharmaciens et chirurgiens dentistes a été multiplié respectivement par 13, 9,6 et 17. La plus forte croissance a été observée chez les médecins. Le statut de médecins était très convoité et les familles encouragées leurs enfants à suivre ses études. La plus faible croissance observée chez les pharmaciens s'explique par des besoins plus faibles dans ce secteur. La majorité des pharmaciens exercent dans le secteur privé ce qui exige des ressources financières et un local pour l'ouverture d'une agence pharmaceutique alors que le médecin aura plus de chance de trouver un poste dans une structure sanitaire. La répartition des médecins n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire national. Les régions du nord connaissent une pléthore de médecins, et nombreux sont ceux qui se retrouvent au chômage. La féminisation du corps médical rend difficile l'affectation

de ces dernières dans les structures du sud et les haut plateaux ou un déficit est enregistré surtout dans les différentes spécialités. Le mari ou les parents peuvent refuser à la femme de rester de longues périodes loin du domicile familial. La situation est encore plus délicate pour les femmes medecins avec enfants et la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale est difficile.

Les effectifs absolus du personnel médical ne sont pas de bons indicateurs de la couverture sanitaire. En rapportant l'effectif de la population au nombre de personnes constituant le personnel médical, on obtient des indicateurs qui tiennent compte du nombre de la population. Le nombre d'habitants a été divisé par 8 pour l'indicateur nombre d'habitants par médecin (passant de 7562 à 886 entre 1970 et 2002), par plus de 6 pour l'indicateur nombre d'habitants par pharmacien (de 40648 à 6033 entre 1971 à 2002) par 14 pour l'indicateur nombre d'habitant par chirurgien dentistes (52192 à 3639 entre 1970 et 2002) en 30 ans (Graphique n° 1).

La plus forte baisse a été observée après la réforme des études médicales qui a permis l'augmentation du personnel médical.

Graphique n°1 : Evolution du nombre d'habitants par médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes



2 Transition épidémiologique

Le concept de la transition épidémiologique a été formulé la première fois par Omran en 1971. Elle ne s'intéresse pas uniquement à la mortalité mais englobe la morbidité. Sa théorie est fondée sur l'étude des changements complexes des modèles de la santé et des maladies, l'interaction entre ces modèles et leurs déterminants et les conséquences démographiques, économiques et sociologiques, «cette théorie de transition épidémiologique concerne les changements à long terme des schémas de morbidité et mortalité, qui résultent ou accompagnent les changements sociaux, économiques et démographiques» Tabutin (2001, p.36). Les auteurs en s'inspirant du modèle général de la transition démographique distinguent trois ou quatre phases dans la transition épidémiologique. Les différents stades de la transition épidémiologique connaissent des profils morbides distincts. L'étape pré-transitionnelle qui précède la transition démographique est caractérisée par une forte mortalité et natalité. Selon Omran le développement socioéconomique entraîne une transition démographique doublée d'une transition épidémiologique ce qui a permit une progression de l'espérance de vie. Comme pour la transition démographique, le modèle de la transition épidémiologique s'est basé sur l'expérience des pays développés en général et plus particulièrement des pays européens et des Etats Unis. La disponibilité des informations sur la population ainsi que son état de santé a permis d'élaborer le modèle. L'analyse des données a montré l'évolution de la structure des maladies qui s'est produit. On est passé d'une société pré-industrielle à une société moderne. «On a observé sur le plan sanitaire une substitution des maladies chroniques non transmissibles aux maladies infectieuses comme principales causes de décès et sur le plan nutritionnel la surcharge pondérale et l'obésité ont remplacé les problèmes de carences alimentaires» (Maire et al, 2002 cité Ait Achour, 2006, p.3)

La baisse de la mortalité est due au recul des maladies infectieuses, cette dernière a précédé la baisse de la fécondité. Dans un régime de forte mortalité, la fécondité est élevée afin de remplacer les nombreux décès dans la population.

Tabutin dégage trois éléments essentiels dans cette théorie:

1- Le changement de modèle de morbidité: les maladies parasitaires et infectieuses cèdent la place aux maladies dégénératives, mentales ou accidentelles.

2- Le changement des âges: on observe un recul de l'âge à la maladie et la mortalité

3- Le changement de modèle de santé: dans la situation de départ, le facteur prédominant est le décès rapide qui suit toute maladie infectieuse aigue. Par la suite on meurt moins vite mais la durée de la maladie augmente. On observe un recul de la mortalité tandis que la morbidité augmente.

Les sociétés passent ainsi de «l'âge de la pestilence et de la famine» qui correspond au premier stade de la transition. L'espérance de vie durant cette phase ne dépasse pas les 40 ans et les principales causes de décès sont associées à la malnutrition, aux maladies infectieuses et aux complications de la grossesse et l'accouchement. La dernière étape est caractérisée par un recul des maladies infectieuses et une augmentation des maladies non transmissibles, l'espérance de vie dépasse les 50 ans et on observe un recul de la fécondité. Le passage du premier au troisième stade se fait grâce au recul des pandémies. Une baisse de la mortalité est observée durant la seconde phase et l'espérance de vie à la naissance est comprise entre 30 et 50 ans.

Ce processus a duré prés de deux siècles dans les pays occidentaux. Quant aux pays en voie de développement qui ont profité des découvertes dans le domaine sanitaire, la baisse de la mortalité s'est produite dans un laps de temps plus court. On observe une grande diversité dans les pays en développement.

L'Algérie est dans une phase de transition épidémiologique, marquée par la persistance des maladies transmissibles (maladies infectieuses de l'enfant, tuberculose, maladies à transmission hydrique, zoonoses,) dites maladies de la pauvreté, caractéristiques des pays en développement. A cette situation s'ajoute l'émergence des maladies non transmissibles, dites maladies de l'opulence (cancers, diabète, affections cardio-vasculaires, rénales, neurologiques et respiratoires chroniques), prédominantes dans les pays développés. Le poids de ces affections, qui nécessitent une prise en charge médicale lourde et onéreuse, va s'accentuer avec le vieillissement de la population. Une préoccupation supplémentaire est constituée par les problèmes de santé mentale, dont l'ampleur actuelle et les effets à moyen et long terme ne sont pas à négliger.

Le pays doit assumer ainsi un double fardeau, particulièrement ressenti par les catégories sociales défavorisées, dont la baisse du pouvoir d'achat limite l'accès aux soins.

La transition se base sur le niveau de la mortalité et morbidité. Les maladies et les causes de décès varient selon l'étape de transition atteinte. Ait Achour (2006, p.5).

3 Profil de morbidité en Algérie

Pour décrire la situation en Algérie, nous nous baserons sur les deux groupes de maladies: les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles.

La première étape de la transition épidémiologique est caractérisée par une forte présence des maladies infectieuses. Nous disposons uniquement des statistiques des maladies à déclaration obligatoire. Cette liste a connu plusieurs changements depuis l'indépendance, certaines maladies initialement incluses ont disparue telle que la variole et la peste et de nouvelles maladies ont fait leur apparition telle que le Sida. De plus, le système d'information sanitaire ne recense pas l'ensemble des pathologies qui peuvent survenir. De nombreuses maladies échappent ainsi au système d'information. Il est difficile d'obtenir les informations concernant le secteur privé. En plus du secteur privé, de nombreux malades se soignent par les méthodes traditionnelles ou par eux mêmes. Les données disponibles sont loin de représenter la réalité sanitaire de toute la population.

Malgré une insuffisance des données observées il semble que l'Algérie fait face à deux types de problèmes sanitaires: le premier est l'ensemble des maladies transmissibles qui sévissent dans les pays pauvres et le second est constitué des maladies non transmissibles observées dans les pays riches: «le profil épidémiologique de l'Algérie demeure marqué en ce début du XXI e siècle à la fois par la persistance des maladies transmissibles, dont certaines sévissent encore à l'état endémique, et par l'impact grandissant des maladies non transmissibles, dont celles liées à l'environnement social et aux modes de vie » MSPRH(2002, p.29).

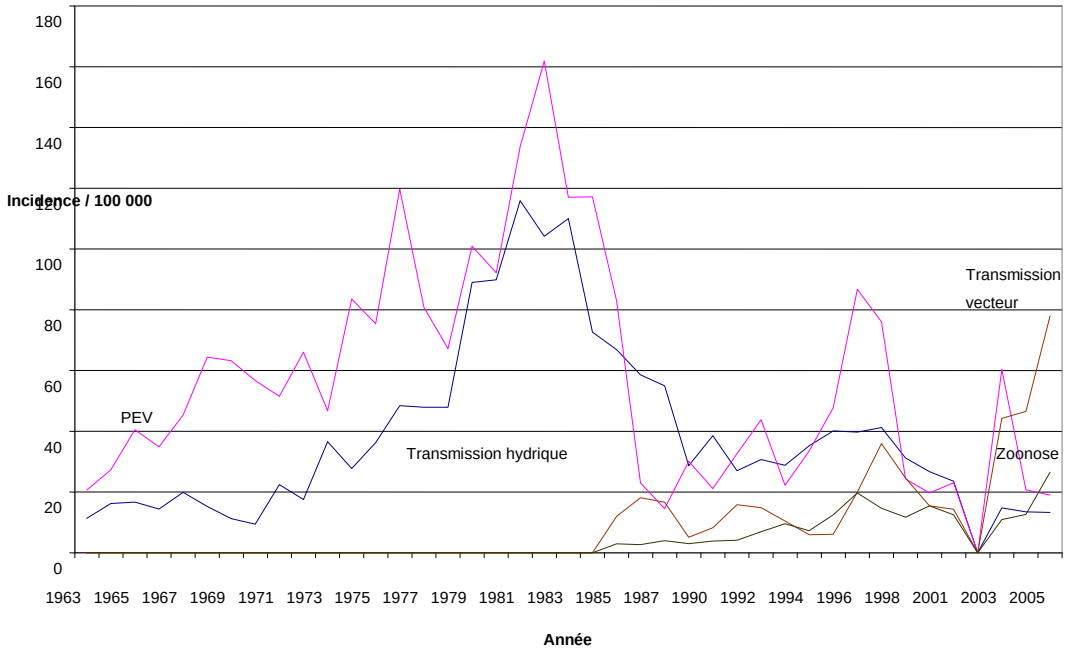
3-1 Les maladies transmissibles

Les maladies du programme élargi de vaccination[1] sont les plus fréquentes jusqu'en 1986, suivies par les maladies à transmission hydrique. La plus forte incidence durant cette période a été observée en 1982 avec une incidence de 161,8

[1] Les maladies sont: la diphtérie, le tétanos Néonatal, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole, la tuberculose Et l'hépatite B

pour 100 000 et en 2005, l'incidence étant tombée à 19 pour 100 000 habitants. Quant aux maladies à transmission hydrique, elle constitue toujours des pathologies fréquentes affectant la morbidité et la mortalité. L'incidence a dépassé les 100 pour 100 000 durant les années 1982 et 1983. Ce groupe de pathologies a connu une forte baisse entre 1982 et 2005, période au cours de laquelle le nombre de cas a été divisé par 9 (Graphique n° **2**).

Graphique n° 2: Evolution des maladies contagieuses à déclaration obligatoire entre 1963 et 2005



3-2 Les maladies non transmissibles

La situation sanitaire a été dominée par les maladies transmissibles. Comme nous l'avons vue précédemment de grands efforts ont été déployés pour venir à bout de certaines pathologies. Mais depuis plus de quinze ans, un autre type de maladie occupe les premières places dans les causes de morbidité et de décès, «les informations partielles disponibles montrent que la courbe descendante des maladies infectieuses et notamment à transmission hydrique croise celle, des affections propres aux pays développés (cancer, diabète, pathologies cardio-vasculaires…)» CNES(2000, p.77).

Les maladies chroniques les plus fréquentes, qui touchent de plus en plus les algériens sont les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies respiratoires chroniques, le cancer, le diabète et les maladies rénales. «Toutefois l'incidence de ces maladies n'est toujours pas mesurée ave rigueur en raison de l'insuffisance de données nationales annuelles MSPRH (2002, p39). La première enquête qui a mis en exergue le poids des maladies non transmissibles date de 1990 (ENSP).

Les données recueillies durant les enquêtes ENSP1990, EASF2002 et MICS32006 montrent que l'hypertension artérielle est la maladie la plus répandue, la prévalence moyenne en 1990, 2002 et 2006 était respectivement de 17,2 %, 26,0 % et 41,8%. Les hypertensions artérielles constituent un risque majeur de cardiopathie. Les maladies mentales ont régressé entre 1990 et 2002. L'hypertension a connu la plus forte hausse entre les trois enquêtes suivi du diabète.(Graphique n°8).

L'analyse des données de sortie de 19189 patients hospitalisés durant une période de 15 jours en avril de l'année 2003, dans un échantillon national de structures hospitalières (INSP, 2005) a montré que la majorité des hospitalisations concernaient des maladies non transmissibles en excluant les accouchements. Les maladies respiratoires occupent la première place avec 13% des hospitalisations suivi des maladies de l'appareil digestif.

Les maladies de l'appareil circulatoire étaient, en 2000, responsables du tiers des décès et en 2002 de 26% des décès déclarés à l'Institut National de Santé Publique. En considérant uniquement les maladies non transmissibles, les maladies cardio-vasculaires occupent la première place avec 44,5% des décès.

L'incidence du cancer augmente avec l'âge: le vieillissement de la population conduit à une augmentation des cancers ainsi que de la durée d'exposition au risque. Cette pathologie occupe une place importante parmi les maladies non transmissibles. L'incidence du cancer a connu une hausse, elle était évaluée à 50 cas pour 100 000 habitants entre 1966 et 1975, avec une prédominance des cancers de l'homme aux âges extrêmes de la vie et chez les femmes pendant la période de procréation.

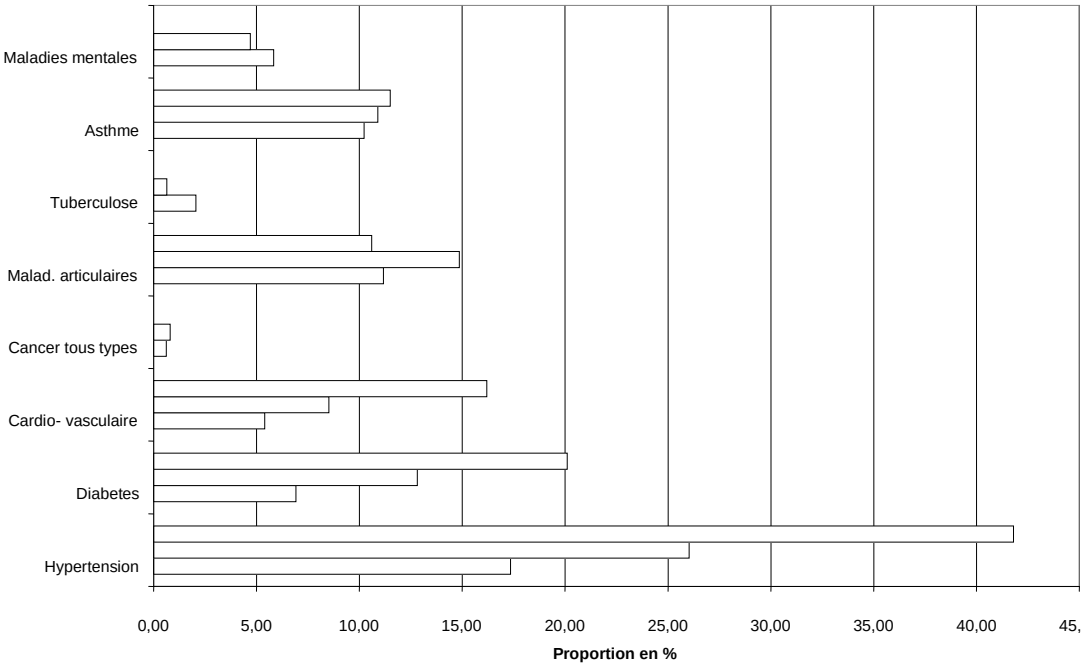
Le diabète est une maladie en expansion tant dans les pays riches que dans les pays en voie de développement. Il représentait 7% en 1990 et a atteint 20,1% en 2006.

La morbidité et la mortalité par le diabète peuvent être réduites sensiblement si les patients diagnostiqués se soumettent à un régime alimentaire, pratique du sport et ont un bon suivi médical. «Une étude réalisée en 2000 sur 2100 patients répartis en 23

wilayate a montré une nette insuffisance des examens complémentaires effectués et une disparité importante d'un centre à un autre[1]. La même enquête a montré que 26% des malades seulement pratiquent une auto-surveillance de leur maladie et 38% seulement savent reconnaître les symptômes et réagir devant une hypoglycémie» MSPRH (2002, p.43)

Selon l'EASF 2002, seulement 19% des personnes ayant déclaré souffrir du diabète sont occupés alors qu'on retrouve 40% de femmes au foyer et 26% de retraités. Les méthodes de prévention, particulièrement le régime alimentaire sont difficiles à suivre pour une majorité des patients. Les produits pour les diabétiques sont très couteux, peu variés et en faible quantité. L'alimentation des algériens se base sur les pâtes et particulièrement le pain et la pomme de terre. Un régime adéquat pour les diabétiques ne doit pas se baser sur les pates et féculents et ce régime reste inaccessible pour de nombreux malades.

Graphique n° 3 : Répartition des principales maladies chroniques en 1990 et 2002



[1] Etude Diabcare par Belhadj et al. Les créatines sont réalisées dans 60% des cas, le cholestérol 42% ; les triglycérides à 52%

Conclusion

L'insatisfaction du citoyen renvoie à des problèmes réels mais dont l'origine est multiple et en partie différente selon qu'il s'adresse au secteur public ou au secteur privé. Le secteur public de soins, qui assure notamment l'essentiel des hospitalisations souffre de carences nombreuses liées à un manque de moyens (financiers, humains et matériels) et à une attention insuffisante aux attentes réelles des malades. Le secteur privé pour sa part reste largement concentré dans les grandes agglomérations et ses tarifs ont décuplé par rapport aux tarifs réglementaires gelés depuis 1987. Le système de santé dans son ensemble manque d'une organisation cohérente de prise en charge des malades, ce qui entraîne l'absence de continuité des soins, particulièrement angoissante pour les malades chroniques ou ceux atteints de pathologies sévères. Par ailleurs il n'existe pas de procédures suffisantes de contrôle de la qualité des prestations.

Les prestations délivrées dans le secteur privé sont entièrement à la charge du patient, malgré la couverture en assurance de la majorité de la population. Cette situation est due au gel, depuis 1987, des tarifs réglementaires des actes médicaux qui servent de base aux remboursements.

L'analyse du modèle de transition en Algérie montre qu'une baisse significative de la mortalité a eu lieu après la seconde guerre mondiale, quant à la fécondité ce n'est qu'à partir de 1980 que la baisse a été amorcée. Le modèle de transition que connaît l'Algérie se rapproche de la variante intermédiaire du modèle tardif décrit par Omran.

La couverture des déclarations des causes de décès reste faible. En effet, seuls 41% des cas ont été déclarés en 2008 en plus des causes mal définies l'étude des causes de décès posent un problème et les résultats des données disponibles doivent être considéré avec précaution. Des différences importantes dans les déclarations des décès sont enregistrées à travers les différentes wilayas du pays car la formation des médecins qui s'occupent de cette opération se fait progressivement. Il serait plus opportun d'inclure un module dans le cursus universitaire des médecins afin de les sensibiliser sur l'importance du certificat de décès et que ce dernier n'est pas uniquement utilisé pour l'inhumation.

Les études sur la santé effectuées en Algérie ont montré que les maladies chroniques non transmissibles connaissent un important essor et que les maladies

transmissibles continuent à sévir. Les seuls programmes adoptés sont le programme antitabac, le programme de lutte contre la drogue, un programme de nutrition et un programme de lutte contre le rhumatisme articulaire aigu. Au niveau des structures de santé, la tendance hospitalo-centriste a, insidieusement orienté la prise en charge des maladies chroniques vers le personnel spécialisé, cette tendance aura des répercussions sur l'augmentation des couts de prise en charge.

Références Bibliographiques

1 - Ait Mohand A. (2005), Transition sanitaire : caractéristiques et conséquences sur les besoins et priorités De santé en Algérie, Mémoire de Master en santé publique, Institut de Médecine tropicale, Anvers.

2 - Boussouf R. (1992), *Géographie et santé en Algérie*, Alger, OPU.

3 - CNES (2001), *Rapport National sur le développement humain 2000*, 19 éme session Plénière Novembre 2001

4- MSPRH, ONS (2004), *Enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002*, Alger.

5- MSPRH, ONS (2007), *Suivi de la situation des enfants et des femmes. Enquête nationale à indicateurs multiples MICS3 Algérie 2006: Rapport Préliminaire*, Alger, ANDS.

6 - MSPRH (2002), *La santé des Algériennes et des Algériens en 2002 : Rapport Annuel*, Alger, ANEP.

7 - Oufriha F.Z. (1992), *Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie*, Alger, OPU.

8-Oufriha F.Z.(2002), *Système de santé et population en Algérie*, Alger, ANEP.

9 - Tabutin D. (2001) , Théorie du changement démographique, Syllabus UCL ; Diffusion universitaire CIACO, Belgique.