



EVOLUTON DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE

BOULAHRIK Mohamed

Le système national de santé se définit comme l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Son organisation est conçue afin de prendre en charge les besoins de la population en matière de santé, de manière globale, cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire.

Le système national de santé repose dans son édification sur les points suivants:

- La prédominance et le développement du secteur public
- Une planification sanitaire qui s'insère dans le processus global du développement économique et social national.
- L'intersectorialité dans l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes nationaux arrêtés en matière de santé.
- Le développement des ressources humaines, matérielles et financières en adéquation avec les objectifs nationaux arrêtés en matière de santé.
- La complémentarité des activités de prévention de soins et de réadaptation
- Des services de santé décentralisés, sectorisés et hiérarchisés, en vue d'une prise en charge totale des besoins sanitaires de la population.
- L'organisation de la participation active et effective de la population à la détermination et à l'exécution des programmes d'éducation sanitaire.
- L'intégration des activités de santé quel que soit le régime d'exercice.

La santé n'est pas seulement un droit fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel. Compte tenu de cela, l'Algérie a accompli des efforts remarquables en matière de protection et de la promotion de la santé de la population, elle a d'ailleurs consacré le principe du droit des citoyens à la protection de leur santé dans les textes fondamentaux et à

l'instar des précédentes constitutions, celle de novembre 1996, stipule : "tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. L'Etat assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques".

Cependant, les profondes mutations économiques et sociales interpellent la communauté nationale sur le nécessaire adaptation du système. Ainsi les transitions politiques, économiques, sociales et environnementales imposent à notre pays de réaffirmer sa volonté et son engagement de concrétiser dans les faits le droit des citoyens à la protection de leur santé tout en s'attachant à ce nouvel environnement.

Fondamentalement, les interrogations soulevées révèlent la nécessité de déterminer le seuil de comptabilité entre les impératifs de l'économie de marché et le degré de protection sociale dans un contexte de transition.

Une politique étant un choix entre plusieurs alternatives, elle est donc le fruit d'une négociation entre les différents intervenants appelés à être représentés dans les instances décisionnelles de la société, telles que la solidarité nationale, la justice sociale et l'accessibilité aux soins pour tous. L'expression du système national se traduit par :

- L'organisation des activités d'administration de la santé.
- L'organisation des activités de formation en sciences de santé.
- La définition d'organes de soutien
- L'organisation de la distribution des soins

Le système national de santé nécessite une redéfinition des tâches imparties au secteur de la santé en fonction des implications en amont et en aval du rôle des autres sphères (Ministères), des instances et organismes nationaux dans l'édification de la promotion de la santé dans leur secteur respectif.

Ainsi, ce système de santé apparaît-il social dans sa conception et sa finalité ? Constitué par l'ensemble des moyens et des activités qui concernent la protection et la promotion de la santé. De même, après la phase d'unification réglementaire des différentes structures de santé de santé quelle qu'en soient les modes juridiques, public ou privé, le système national de santé apparaît unifié dans son organisation, et décentralisé dans son fonctionnement, doté de moyens

de soutien efficaces lui assurant une parfaite autonomie, s'appuyant sur l'instauration de la réglementation sanitaire.

Fondé au départ sur le principe de la gratuité des soins, le système national de santé privilégie naturellement le secteur public, sans nier le rôle complémentaire d'un secteur privé défini et organisé. De l'indépendance à nos jours, on peut considérer que le système national de santé a connu une croissance en plusieurs étapes :

a)-La première période (1963-1973)

Au lendemain de l'indépendance, le pays disposait de moins de 600 médecins (dont 50% d'algériens) pour couvrir les besoins de santé d'une population estimée à dix (10) millions. Les indicateurs sanitaires de la période considérée, se caractérisaient par une mortalité infantile élevée dépassant 180 pour mille (un (1) enfant sur 5 mourrait avant son premier anniversaire), les causes principales étaient les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës et les autres maladies infectieuses, aggravées par un état de malnutrition chronique, une espérance de vie qui ne dépassait pas 50 ans, et l'ampleur des maladies transmissibles (tuberculose, paludisme, typhus, trachome...) qui sévissait à l'état endémique et constituaient d'importantes causes de mortalité et d'handicaps.

Cette étape est marquée par une série de mesures visant une unification de la tutelle administrative des structures sanitaires publiques. Ainsi les dispensaires relevant des Préfectures, les Centres d'hygiène scolaire reliés aux Académies du Ministère de l'Éducation Nationale, les dispensaires anti-tuberculeux organisés sous l'égide de l'Office Public d'Hygiène Sociale sont tous rattachés aux établissements hospitaliers formant ce qui allaient devenir peu à peu des "secteurs sanitaires".

La fin de cette opération coïncide avec la mise en œuvre effective des premiers programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles, (Paludisme, Tuberculose, Trachome, Rougeole...) destinés à protéger les catégories de population vulnérables, et à assurer la prévention des maladies prévalentes. C'est durant cette période qu'a été instituée la vaccination obligatoire de tous les enfants, et que s'est déroulée avec succès la campagne d'éradication du paludisme.

Face à cette situation sanitaire et à cause des ressources limitées, le ministère de la santé s'est fixé deux objectifs essentiels qui sont la réduction des disparités en matière de répartition du corps médical (public et privé) afin de faciliter l'accès aux soins au plus grand nombre (instauration d'une mi-temps obligatoire dans le secteur public pour les praticiens installés à titre privé, mise en place d'équipes mobiles d'action sanitaire) et la lutte contre la mortalité et la morbidité dues aux maladies transmissibles prévalentes.

Durant cette même période, la production pharmaceutique, l'importation et la distribution de gros des médicaments, étaient assurées par des sociétés nationales (Pharmacie Centrale Algérienne - PCA- en particulier) ; la distribution au détail était partagée entre les secteurs privé et public (agences de la PCA). Une commission nationale de la nomenclature créée en 1969, établissait la liste des médicaments nécessaires ; aucune procédure d'enregistrement n'était exigée et le contrôle des produits pharmaceutiques était assuré par la PCA.

La gratuité des soins pour la population accompagne la réalisation des programmes suscités, le financement est pour l'essentiel, à la charge de l'Etat. Parallèlement à ce mouvement, cette phase verra un intense débat sur le statut d'exercice des professions médicales (Public, Privé, Mi-temps, Plein-temps, Service civil ...)

Les mesures prévues par l'ordonnance de 1966 ont consisté en l'instauration de trois régimes d'exercice : Service public obligatoire à plein-temps pour les jeunes médecins, service du mi-temps pour ceux déjà installés dans le privé, plein-temps aménagé pour les hospitalo-universitaires. Ce texte marque toute l'ambiguïté qui régira les rapports entre structures publiques de soins et professions médicales. Il faut ajouter à cela, l'appel de l'Etat à la coopération médicale internationale, la mise en place d'équipes mobiles d'action sanitaire, ainsi que l'élaboration et la mise en oeuvre en collaboration avec les experts de l'OMS, de plusieurs programmes de santé destinés à protéger certaines catégories de population vulnérables et à la prévention des maladies les plus fréquentes.

b)-La deuxième période (1974-1989)

Elle a été marquée sur le plan de la politique sanitaire par trois faits majeurs :

- La décision de l'instauration de la gratuité des soins dans les structures de santé publique à partir de 1974 (Ordonnance n°73-65 du 28 décembre 1973) a permis une généralisation de l'accessibilité de la population aux services de santé. Intégration des Mutualités agricoles au Système de santé (Arrêté interministériel de janvier 1974). Promulgation du code de la santé (Ordonnance n°76-79 du 23 octobre 1976) qui consacre deux secteurs d'activité : Public (hôpitaux, secteurs sanitaires ...) et Parapublic (CMS) où le personnel exerce à temps plein complet et Secteur Privé où les praticiens sont soumis à la mi-temps, la matinée étant consacrée à une activité dans les structures publiques, renforcement des infrastructures avec la construction d'une centaine d'hôpitaux et d'un nombre très important d'unités de base, achats massifs d'équipement : 1000 tables de radiologie, sept (7) scanners ...

Concernant le secteur privé, celui-ci est limité aux soins ambulatoires mais en croissance rapide avec les progrès des effectifs médicaux et la nouvelle place des activités privées dans l'économie et la société algérienne. Celui-ci comprend essentiellement des cabinets médicaux de chirurgie dentaire, des officines, quelques laboratoires, voire des cliniques. Du recours à titre exceptionnel aux structures sanitaires étrangères.

- La réforme du système éducatif et en particulier des études médicales, visant à la fois l'amélioration de la qualité de l'enseignement et le renforcement de l'encadrement, ce qui a permis de disposer d'un grand nombre de praticiens médicaux, toutes spécialités confondues.

- La création du secteur sanitaire, pierre angulaire de l'organisation du système national de santé, auquel ont été rattachées toutes les unités de soins de base autrefois gérées par les communes ou le secteur para public.

Cette période a été également caractérisée par :

- La réalisation d'un grand nombre d'infrastructures sanitaires, en particulier d'hôpitaux généraux et de structures légères (polycliniques et centres de santé), en vue d'étendre la couverture sanitaire du pays.
- L'érection de 13 centres hospitalo-universitaires chargés d'une triple mission de soins, de formation et de recherche.
- Adoption de la carte sanitaire en 1981
- Supervision des activités curatives et tutelle des personnels des Centres Médico-sociaux (CMS) relevant de la Sécurité Sociale, des mutuelles et des Entreprises (décret de 1984).
- Mise en place du plan d'action de la santé publique de 1984.
- Promulgation de la loi sur la protection et la promotion de la santé (mai 1985) qui abroge et remplace le code de la santé de 1976.
- Lancement de grands programmes de lutte contre les principaux fléaux de santé publique (Mortalité infantile, maladie à transmission hydrique)
- Mise en place de la commission hospitalo-universitaire nationale (CHUN).
- Définition d'une liste de médicaments essentiels.
- Edition et diffusion d'un guide thérapeutique dans le but de rationaliser l'utilisation des médicaments.
- Création et suppression du zoning et du service civil pour les praticiens généralistes.
- Amendement de la loi n°85-05 visant à autoriser l'extension du secteur privé.

Dans le domaine des produits pharmaceutiques et des équipements médicaux, la PCA a fait l'objet d'une réorganisation en 1983, conduisant notamment à la séparation des fonctions d'approvisionnement et de production. Cette restructuration a donné lieu à la création des entreprises suivantes :

1)-Entreprises d'approvisionnement en produits pharmaceutiques (PHARMS).

Trois entreprises chargées de l'approvisionnement en médicaments, et ce essentiellement par l'importation, assurent également la distribution vers les établissements de santé ou vers les malades, à travers le réseau d'agences pharmaceutiques héritées de la PCA et des officines privées. Elles sont réparties à travers l'Est (ENCOPHARM), le Centre (ENAPHARM) et l'Ouest du pays

(ENOPHARME). Elles succèdent, sans que soit réglée la gestion des stocks stratégiques, au statut d'entreprises autonomes en 1989, et changent d'objectifs en se consacrant essentiellement à l'aspect commercial de leurs activités. L'agrément des spécialités et le contrôle des médicaments demeurent sous l'autorité des "PHARMS". Ils sont réalisés par le laboratoire central de contrôle de l'ENAPHARM (dépendant antérieurement de la PCA).

2)-Entreprises de production de médicaments

SAIDAL est l'entreprise assurant la production des médicaments. Elle hérite de l'ensemble des unités de productions de la PCA. Placée sous tutelle du Ministère de l'Energie et des industries chimiques et pétrochimiques en 1984, elle bénéficie d'un plan de développement gouvernemental de l'industrie pharmaceutique, en 1986. Toutefois, en raison de son ampleur et des difficultés financières et sociales auxquelles faisait face l'Algérie, ce programme n'a pu être appliqué en totalité.

Cette entreprise a connu d'une part des contraintes financières, résultant de la dévaluation du dinar et de l'impact négatif de la taxe compensatoire; elle a été confrontée d'autre part, aux problèmes de maîtrise technologique induits par la création du vaste complexe antibiotique de Médéa. Elle arrive ainsi difficilement à maintenir son niveau de production qui se situe entre 12% et 14% du marché national consacré au médicament, pour une production de 150 spécialités couvrant toutes les classes thérapeutiques.

3)-Entreprise Nationale des équipements médicaux (ENEMEDI)

L'ENEMEDI est l'entreprise chargée de l'importation et de la commercialisation des consommables, de l'instrumentation et des équipements médicochirurgicaux. Elle a été dissoute en 1997, suite à de graves problèmes financiers.

Cette période a été caractérisée aussi par la réalisation d'importantes infrastructures sanitaires, l'acquisition de nombreux équipements, l'existence d'un potentiel médical et paramédical conséquent, l'amorce de la transition épidémiologique, et les profonds bouleversements socio-économiques, qui influent négativement sur le développement des secteurs sociaux.

Au plan sanitaire, la période 1974-1989 est caractérisée par un recul de la mortalité, lié à la fois à l'amélioration du niveau de vie de la population, et à la mise en oeuvre des programmes nationaux de santé (lutte contre la tuberculose, la malnutrition, la mortalité infantile, programme élargi de vaccination...). Parallèlement, les comportements évoluent dans le sens d'une meilleure maîtrise de la fécondité, renforçant ainsi le processus de transition démographique, marquée par une baisse notable de certaines maladies transmissibles.

Lors de cette période, accompagnée d'une amélioration de l'état de santé de la population, des effets positifs ont été enregistrés avec en particulier la réduction notable de certaines pathologies prévalentes, résultats du suivi des programmes mis en place lors des années précédentes. Aussi, l'analyse de la situation du système de santé de 1963-1990 se résume ainsi :

- L'importance des ressources mobilisées depuis l'indépendance essentiellement à travers le budget de l'Etat et la contribution de la sécurité sociale, ressources ayant permis de doter le pays en moyens infrastructurels, humains et matériels qui constituent aujourd'hui un atout non négligeable.

- L'explosion démographique, associée au fait que d'autres secteurs sociaux (habitat, hydraulique...) n'ont pas bénéficié de la même attention que la santé, l'éducation et la formation de la part des pouvoirs publics, s'est traduite par l'émergence durant la deuxième décennie 1973-1983, de deux groupes de maladies transmissibles (MTH et zoonoses) qui nécessitent une prise en charge intersectorielle.

- Un bilan de santé de la population, résultat à la fois des progrès socio-économiques et des succès de la politique sanitaire, se traduisant notamment par la réduction de la mortalité et de la morbidité de plusieurs maladies infectieuses (disparition du typhus depuis 1977, éradication du paludisme un seul foyer enclavé persiste) d'une part, et d'autre part l'amélioration de certains indicateurs de santé : taux de mortalité générale (11,8 pour mille en 1980 à 6,55 pour mille en 1995), taux de mortalité infantile (150 pour mille en 1960 à 54,8 pour mille en 1995), espérance de vie (moins de 50 ans dans les années 1960 à 69,9 ans en 1984).

- Une insatisfaction exprimée par les utilisateurs des services de santé alimentée par des situations maintes fois vécues de pénuries de médicaments et autres produits de première nécessité dans le fonctionnement du système des soins.

Cette situation apparemment contradictoire entre des progrès indiscutables et une grande satisfaction a ses racines dans une rigidité fonctionnelle qui n'a pas permis la souplesse et l'adaptation aux évolutions profondes auxquelles ont été apportées des réponses, parmi lesquelles :

- La gratuité de la médecine qui indiscutablement a généralisé l'accès aux soins. Néanmoins, cette noble option a notamment engendré des effets pervers dans le domaine du financement et de la gestion financière et comptable des établissements publics de santé.

- La réforme des études médicales qui a certes atteint largement ses objectifs quantitatifs néanmoins aboutis à une situation marquée par une inadéquation entre la formation et les besoins (planification des flux et des filières),

- Le choix des investissements proportionnellement plus orienté vers la construction d'hôpitaux que de structures légères plus faciles et moins coûteuses à gérer, mieux adaptées aux besoins de la population a abouti parfois à des doubles emplois, des gaspillages et une sous utilisation des hôpitaux surdimensionnés,

- L'adoption tardive d'une politique volontariste en matière de population (1983), la décélération du taux d'accroissement démographique n'a été effective qu'à la fin de la décennie 1980,

Cette situation s'est trouvée à l'aube de la quatrième décennie 1990-2000 par l'entrée de notre pays dans la phase de transition plurielle.

b₁) - La phase de transition

1) - En matière démographique : Elle se caractérise par :

- Une extrême jeunesse de la population (50,5% des citoyens ont aujourd'hui moins de 19 ans, en 2010, ils seront 40%). Cette population jeune en bonne santé rend compte de la nécessité de la mise en oeuvre de programme de prévention et de prise en charge de leurs besoins.

- L'amorce du vieillissement de la population (6% de la population ont près de 60 ans). Cette population sera à la charge de l'Etat en matière de prévention et de santé, et nécessite l'adaptation des services de santé aux problèmes de santé liés au grand âge, et notamment la prise en charge de pathologies chroniques.

- Un déséquilibre de la répartition spatiale en raison des caractéristiques géophysiques du pays et une tendance à une urbanisation rapide : le taux d'urbanisation de 53% actuellement sera de 82% en 2020.

- Une croissance démographique qui malgré le léger infléchissement de cette dernière décennie (taux d'accroissement naturel supérieur à 3% de 1962 à 1985, supérieur à 2% de 1986 à 1994 et 1,68% en 1996) va demeurer contraignant au cours des deux prochaines décennies. La population algérienne continuera de croître (30 millions en l'an 2000, 34 millions en 2010), ce qui accroîtra la demande sociale dans tous les domaines.

2) - En matière épidémiologique :

Après une réduction de la mortalité et de la morbidité des maladies transmissibles prévalentes, notre pays se trouve confronté :

- A la persistance, voire a la recrudescence de certaines maladies transmissibles (maladies à transmission hydrique et zoonoses) sous forme endémo épidémique.

- A la résurgence de certaines maladies infectieuses notamment la diphtérie.

- Et à l'augmentation régulière des maladies chroniques tels les cancers, le diabète, les maladies cardio-vasculaires. Ces pathologies constituent de nouvelles priorités et impliquent doré et déjà que leur prévention et leur prise en charge soient intégrées dans les structures sanitaires de base, faute de quoi, elles risquent d'aboutir dans les

hôpitaux sous formes compliquées et invalidantes avec donc un coût socio-économique important.

Cette situation se trouve aggravée par le recul de l'hygiène publique, la dégradation des conditions d'habitat, l'élargissement des poches de pauvreté et la précarité croissante de l'état nutritionnel de certaines couches de la population.

3)-En matière économique et sociale.

Cette dernière décennie est marquée :

- Par des bouleversements socio-économiques importants dus aux effets conjugués de plusieurs facteurs : chute des revenus, poids de la dette extérieure, insuffisance de la productivité dans les secteurs agricoles et industriels et retard dans le développement des secteurs sociaux (logement, emploi, jeunesse ...).

- Par le passage à l'économie de marché qui s'est traduit par une récession économique avec de vives tensions dans le domaine social. La mise en oeuvre de profondes réformes économiques, de par ses répercussions, pose le problème des capacités du secteur à faire face aux besoins de santé en raison notamment de la réduction des dépenses de fonctionnement (hors salaires des établissements publics de soins) au début des années 1990, et de celle des investissements, situation aggravée par la dévaluation du dinar et donc, d'une forte augmentation des prix des médicaments, des consommables de l'équipement et de l'instrumentation médicochirurgicale. La part des dépenses de santé dans le PIB de l'ordre de 5,1% en 1987, chute à 3,8% en 1989 et 1991, pour passer à 4,7% en 1993 et 1995. Aussi, l'ère du "tout état" est révolue et une participation progressivement constante sera inéluctablement exigée de certaines catégories de citoyens pour le financement de la santé.

c)-La phase actuelle de 1990 à nos jours

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, malgré l'initiation d'un processus d'adaptation à l'évolution socio-économique du pays qui se traduit par les actions suivantes:

- Aménagement de la loi n°85-05 permettant la création d'un Conseil de l'Ordre et d'un Code de Déontologie (décret exécutif n°92-276 du 6 juillet 1992).

- Définition des modalités d'exploitation des établissements de production et/ou de distribution de produits pharmaceutiques.

- 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. Aussi, l'analyse de la situation du système national de santé de 1962 à 2000 permet d'identifier les faits saillants suivants :

A la problématique de cette phase de transition que connaît encore notre pays se sont greffés de grands dysfonctionnements :

- Les grandes disparités régionales en matière de ressources humaines et matérielles.
- L'inadaptation des statuts des établissements de santé, génératrice de lourdeurs dans la gestion et le fonctionnement.
- L'incapacité des structures de santé à suivre l'évolution de la demande en soins notamment en matière de pathologie chronique rénale, cardiaque, cancéreuse ...
- Le taux élevé des pannes des équipements (18% en 1992, 21% en 1993, et la fréquence des pénuries touchant aussi bien le médicament que le consommable).
- Le départ de praticiens, particulièrement de spécialistes de haut niveau vers notamment, le secteur privé et l'instabilité des personnels chargés de la prévention et de soins de santé primaire.
- L'insuffisance de participation, dans le cadre de l'intersectorialité, des autres secteurs.

Ainsi, la situation du système de santé actuel se trouve caractérisée notamment par les faits suivants :

- Ses performances ne sont pas en adéquation avec les investissements consentis. En effet la gestion, la répartition et l'utilisation des ressources n'ont pas tenu compte du rapport coût/rentabilité. Les

établissements de santé n'ont pas répondu aux normes d'efficience et l'augmentation des effectifs médicaux et paramédicaux ne s'est pas accompagnée d'une amélioration des prestations de services.

- Son organisation hospitalo-centrée et bureaucratisée privilégie le curatif sur le préventif, paralyse toute coordination entre les différents niveaux et les différents régimes d'exercice, ne lui permet pas de s'adapter à la réalité socio sanitaire et d'être en mesure de pouvoir supporter la prise en charge de l'ensemble des problèmes de santé sans cesse croissants.

Devant ce constat, notre pays s'est assigné depuis 1995 à la mise en place d'une politique de santé axée sur les objectifs suivants :

- Garantir le droit constitutionnel des citoyens à la protection de leur santé c'est à dire le bénéfice des soins de santé de base et de programmes de prévention organisés par les pouvoirs publics.
- Assurer un accès de plus en plus égalitaire aux prestations de soins.
- Responsabiliser les agents, organiser la participation des usagers et développer la participation des autres intervenants.

L'évolution générale des données socio-économiques du pays, les exigences d'amélioration de l'efficience du système de santé ont nécessité une adaptation organisationnelle qui s'est traduite par :

a)-La régionalisation

L'année 1996 a vu la mise en place progressive de cinq (05) régions sanitaires

(Centre, Est, Ouest, Sud Est, Sud Ouest) dont la coordination est assurée par la création de Conseils Régionaux de la Santé ; espace d'intermédiation et d'arbitrage devant consacrer l'intersectorialité, la décentralisation et la promotion d'un développement socio sanitaire équilibré. En 1997, les conseils régionaux de la santé ont été consacrés par la promulgation du décret exécutif n°007-261 du 14 juillet 1997.

Parallèlement, la région sanitaire s'est vue dotée de structures techniques que sont les annexes régionales de l'INSP dénommées Observatoires Régionaux de la Santé (sis à Alger,Oran,Constantine, Ouargla et Bechar). Actuellement, il est procédé à la décentralisation des activités de l'Institut Pasteur d'Algérie (IPA), par la création d'annexes à Oran et Constantine. Il en est de même pour la Pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH), et le Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques (LNCPP).

b)-La révision des statuts des Etablissements Publics de Santé en 1997

Elle a concerné les secteurs sanitaires (SS), les établissements hospitaliers spécialisés (EHS), et les centres hospitalo-universitaires (CHU). Elle vise à permettre aux établissements publics de disposer d'une plus grande autonomie de gestion et d'assurer la participation au sein du Conseil d'Administration de tous les intervenants, notamment les bailleurs de fonds et les représentants de la société civile et du mouvement associatif.

c)-La redéfinition de la politique nationale du médicament

Devant la problématique du médicament (pénuries chroniques Enveloppe financière importante), l'Algérie s'est attelée à mettre en place, une politique pharmaceutique nationale, dont les objectifs sont d'assurer un approvisionnement régulier et suffisant en produits pharmaceutiques de bonne qualité, de moindre coût, sans danger et efficace. Cette politique a consisté en :

- L'élaboration d'un cadre réglementaire jusque là insuffisant, concernant notamment l'importation, l'enregistrement, le contrôle et la distribution des produits pharmaceutiques.
- La mise en place d'un dispositif pour assurer la disponibilité et l'accès au médicament, action prioritaire, relancée par la création et la dynamisation du rôle de la Pharmacie Centrale des Hôpitaux, l'installation d'un comité de transparence qui a arrêté les tarifs de remboursement des 73 produits vitaux et des 20 produits les plus consommés, et l'élaboration des modalités d'accès à titre gratuit à ces médicaments pour les personnes démunies, sur la base d'une coordination intersectorielle.
- L'encouragement de la production pharmaceutique nationale et le développement de la formule de partenariat.
- La création d'organismes de soutien :

* Le Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques (LNCPP) auquel est soumis à un contrôle préalable tout médicament avant sa mise sur le marché.

* L'Agence Nationale du Sang (ANS) chargée de l'élaboration de la politique nationale du sang, et notamment de la mise en oeuvre d'un contrôle rigoureux des produits sanguins et dérivés.

* Le Centre National de Pharmacovigilance et le Centre National de Toxicologie sont en voie d'être opérationnels.

* Le Comité Interministériel chargé du suivi et de la relance de la Production Pharmaceutique.

* L'adoption des nouveaux statuts de L'IPA en 1994 et de l'INSP en 1995

d)-La valorisation des ressources humaines :

L'effort de valorisation des ressources humaines a porté essentiellement sur le développement de la formation continue qui fait l'objet d'une attention particulière par :

- La mise en place d'un dispositif organisationnel concernant toutes les catégories professionnelles du secteur, avec une augmentation substantielle du budget alloué.

- La création de l'Agence Nationale de la Documentation en Santé et celle de l'Institut National de Formation Pédagogique Paramédicale.

- La création du conseil National d'Ethique des Sciences de la Santé en 1990.

- La mise en place du Conseil National de Déontologie Médicale en 1998

e)-Le développement du réseau de la communication

L'amélioration de la gestion des structures de santé, le désenclavement des régions, l'information large des citoyens sont à l'origine de la mise en place :

- Du réseau PABX à (03) trois chiffres qui permettent de relier l'ensemble des structures de santé, des institutions sous tutelle entre elles et avec l'administration centrale.

- Du numéro vert (115) au niveau de chaque wilaya qui permet à chaque citoyen d'obtenir sur appel gratuit et anonyme les informations nécessaires concernant l'offre de soins, mais aussi celles relatives à la prévention sanitaire.

- De cellules de Communication à l'échelon central et au niveau de chaque wilaya, de chaque CHU et de chaque EHS.

e)-La normalisation de l'exercice à titre privé

Afin d'encadrer l'exercice à titre privé et d'assurer progressivement une couverture équilibrée en soins spécialisés à travers le territoire national, les mesures et actions suivantes ont été entreprises :

- La centralisation des décisions relatives à l'installation à titre privé et à l'ouverture de cliniques privées.
- L'établissement en 1997 d'un état des lieux relatif à la répartition sur le territoire national des médecins généralistes et spécialistes.
- L'ébauche du Zoning.

f)-Réforme hospitalière

Depuis l'année 2001, le processus de la réforme hospitalière initiée au titre du programme du Président de la République a pour objectif majeur, l'amélioration de la prise en charge du citoyen par le biais de la consolidation et du renforcement du secteur de la santé. En attendant la finalisation des volets liés à la nouvelle loi sanitaire, à la contractualisation et à la mise en œuvre de nouvelles règles de gestion allant dans le sens de la satisfaction de la demande par l'optimisation des ressources.

Au plan épidémiologique et démographique, cette période se caractérise par une accentuation du processus de transition : Progression des maladies non transmissibles (cancer, diabète ...) et maintien des maladies transmissibles liées à la qualité du milieu notamment les maladies à transmission hydriques et les zoonoses.

L'année 2003 a également été marquée par une implication plus effective de la société et des principaux partenaires dans la mise en œuvre des programmes nationaux de santé et dans la réflexion et les débats suscités autour des textes liés aux réformes et à l'avant projet de la loi sanitaire

Ainsi donc, notre système de santé se trouve confronté à des multiples problématiques de par les mutations qu'a connues notre pays imposant des choix profonds et stratégiques. Elles s'articulent autour d'une double contrainte :

- La nécessité de satisfaire aux besoins de santé de la population avec la garantie de l'accessibilité aux soins notamment aux catégories de populations vulnérables et démunies, d'une part,

- Et la nécessité, du fait des réformes économiques profondes, de rationaliser les dépenses de santé avec le souci d'un compromis acceptable entre la satisfaction des besoins, l'équité et le coût supportable d'autre part.

Dans le cadre des mutations en cours, un certain nombre de défis se pose, il s'agit :

- De la croissance démographique dont les taux, malgré leur baisse en 2006, imposant la satisfaction de besoins sans cesse croissant dans les domaines de l'éducation, de l'habitat, de l'eau, de l'emploi, mais aussi dans le domaine de la santé.

- De la transition épidémiologique caractérisée par la juxtaposition de problèmes sanitaires anciens (maladies endémo épidémiques et maladies réémprunter) et des problèmes sanitaires nouveaux (maladies chroniques et maladies non transmissibles qui avec le vieillissement de la population d'une part et le changement de son mode de vie d'autre part

(Urbanisation, modification des habitudes alimentaires, comportement) vont constituer une charge de plus en plus lourde sur la morbidité générale.

- De la transition économique qui a entraîné un processus de dégradation des conditions sociales par rapport au pouvoir d'achat, à l'emploi, à l'habitat et à la santé engendrant une paupérisation de couches de plus en plus larges de la population et donc d'autant plus vulnérables.

Cependant l'affirmation des choix constitutionnels de notre pays dans le domaine de la santé devra se traduire par le rééquilibrage stratégique en faveur de l'option préventive et par l'identification claire des domaines qui devront obligatoirement demeurer à l'indicatif de l'Etat. Pour cela, il convient d'opérer des choix, de définir les priorités, mais aussi d'engager tous les intervenants dans le cadre d'une concertation élargie, afin de concrétiser les droits et devoirs relatifs à la protection et à la promotion de la santé de la population conformément à la Constitution.

L'analyse du système actuel de santé, dans ses diverses composantes, fondements, structures, organisation, fonctionnement, encadrement et financement, permet de se rendre compte des grandes réalisations dans ce domaine depuis l'indépendance. Toutefois de

nombreux problèmes ont été constatés se rapportant au désordre dans la hiérarchisation et la prise en charge des soins, dans l'encadrement dans le financement et dans la gestion. Ils vont trouver leurs solutions dans le cadre de la réforme du système de santé qui aborde successivement quatorze axes se rapportant à la double transition démographique et épidémiologique, la hiérarchisation des soins, la santé de la mère et de l'enfant, la contractualisation entre les établissements de santé et les organismes de sécurité sociale, la place du secteur privé, le médicament, le management, la maintenance, la motivation des personnels, les technologies de l'information et de la communication, la recherche scientifique, la formation, ainsi que la moralisation et l'humanisation.

Bibliographie

- 1)-Séminaire sur le développement du système national de santé .MSP Avril 1983
- 2)-Loi n°85-05 du 16 janvier 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé
- 3)-Le système de santé Algérien . Mémoire de Magistère. L. LAMRI 1986
- 4)-Assises Nationales de la santé MSP. Mai 1998
- 5)-Développement du système national de santé « Stratégies et Perspectives » MSP. 2001
- 6)-La santé des Algériennes et des Algériens. Rapport annuel 2004. MSPRH.