

# **CONFLUENCES INTERNATIONALES**

**LE SYSTEME DE SANTE EN ALGERIE :  
UN ENJEU STRATEGIQUE,  
ETAT DES LIEUX, ENJEUX ET PERSPECTIVES**

**Prof. Farid CHAOUI**



L'Institut National d'Etudes de Stratégie Globale (INESG) est une institution de l'Etat algérien, placée auprès de la Présidence de la République.

Créé par Décret n°84.398 du 24 décembre 1984, l'INESG bénéficie du soutien de la plus haute institution de l'Etat algérien pour promouvoir ses activités. Il le fait avec une totale autonomie de réflexion en associant, de la façon la plus large possible, l'expertise algérienne.

INSTITUT NATIONAL D'ETUDES DE STRATEGIE GLOBALE

Route les Vergers, BP 137 Birkhadem - Alger  
ISSN 1112 - 6035

## TABLE DES MATIERES

|        |                                                                                                        |    |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|        | Introduction . . . . .                                                                                 | 05 |
| 1.     | Evolution des concepts « santé » et « protection sociale » . .                                         | 06 |
| 1.1.   | Jusqu'au XIXème siècle. . . . .                                                                        | 06 |
| 1.2.   | Allemagne, 1870 . . . . .                                                                              | 06 |
| 1.3.   | 1945-50 . . . . .                                                                                      | 06 |
| 1.4.   | New York, Juin 46 . . . . .                                                                            | 07 |
| 1.5.   | Charte d'Ottawa, 1986. . . . .                                                                         | 07 |
| 1.6.   | OMS . . . . .                                                                                          | 07 |
| 2.     | Un enjeu stratégique, une politique évolutive . . . . .                                                | 08 |
| 3.     | Particularités du système de santé algérien. . . . .                                                   | 08 |
| 4.     | Evolution du système de santé en Algérie<br>de l'indépendance à nos jours . . . . .                    | 09 |
| 4.1.   | L'Algérie en 1962 . . . . .                                                                            | 09 |
| 4.2.   | A partir de 1972. . . . .                                                                              | 11 |
| 4.3.   | 1982/1992. . . . .                                                                                     | 12 |
| 4.4.   | 1992/2002 : la guerre civile . . . . .                                                                 | 13 |
| 4.5.   | De 2002 à nos jours . . . . .                                                                          | 14 |
| 5.     | Le Défi démographique. . . . .                                                                         | 15 |
| 6.     | Effets des politiques de développement sur<br>la transformation épidémiologique . . . . .              | 17 |
| 7.     | Politiques de santé et transformations épidémiologiques<br>Mortalité infantile et maternelle . . . . . | 18 |
| 8.     | La transition épidémiologique : nouveaux défis . . . . .                                               | 19 |
| 9.     | Impératifs de la transition épidémiologique . . . . .                                                  | 20 |
| 9.1.   | Les moyens disponibles . . . . .                                                                       | 20 |
| 9.1.1. | Les lits hospitaliers . . . . .                                                                        | 20 |
| 9.1.2. | Densité des médecins . . . . .                                                                         | 21 |
| 9.1.3. | Les dépenses nationales de santé par habitant . . . . .                                                | 22 |
| 9.1.4. | La part des ménages dans les dépenses de santé . . . . .                                               | 22 |
| 9.1.5. | Les médicaments. . . . .                                                                               | 23 |
| 10.    | Que faire ? . . . . .                                                                                  | 24 |
|        | Débat. . . . .                                                                                         | 27 |

### **Résumé**

Le concept de politique de « santé » comme celui de protection sociale, au sens moderne du terme, est relativement récent. Il date du milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle avec l'avènement de l'assurance maladie, qui a été mise en place pour la première fois en Allemagne en 1870. Depuis, ce concept n'a pas cessé d'évoluer pour s'adapter à trois impératifs :

- ☐ faire face aux nouveaux défis sanitaires ;
- ☐ assurer une équité d'accès aux services de santé ;
- ☐ rationaliser les dépenses.

En Algérie, le Système national de santé a connu des évolutions irrégulières, obéissant plus aux ressources financières disponibles, qu'à une véritable politique de santé.

La survenue simultanée de la transition démographique et épidémiologique et la pression exercée sur les pouvoirs publics par les revendications sociales en faveur de plus de droit et de justice, imposent des changements structurels de la politique de santé pour être en mesure de faire face à des défis sanitaires de plus en plus complexes et coûteux avec des moyens, qui ne progressent pas à la mesure de ces défis.

**Mots clés :** santé, Algérie, système de santé algérien, protection sociale, politique de santé, démographie, urbanisation, transformation épidémiologique, espérance de vie, maladies infectieuses, mortalité infantile, mortalité maternelle, transition épidémiologique.



## LE SYSTEME DE SANTE EN ALGERIE : UN ENJEU STRATEGIQUE, ETAT DES LIEUX, ENJEUX ET PERSPECTIVES

**Prof. Farid CHAOUI\***



### Introduction

La question qui m'a été posée concerne la santé en termes d'enjeu stratégique : « Est-ce que la santé est une affaire d'individu ou de politique segmentaire ministérielle ? ou est-ce vraiment un vivier important d'une politique dans un pays ? Est-ce que cela peut être considéré comme un enjeu stratégique, un des piliers de la politique sociale ? ».

Avant d'entamer le débat, je voudrais d'abord m'étendre sur les concepts de « Santé » et de « Protection sociale », qui ont considérablement évolué depuis à peu près deux siècles.

---

\* Diplômé de médecine de la Faculté d'Alger en 1974, M. Farid Chaoui est Professeur de gastro-entérologie. Il a exercé les fonctions de Chef de service hospitalo-universitaire en 1989 (CHU Ain Taya et BEO). Il fut Chargé de mission auprès du Chef du gouvernement, chargé de la Santé et de la Sécurité sociale en 1990/91. Depuis 1993, il exerce à titre privé, et depuis 2004, il est Chef de projet « Santé » à l'Institut de prospective économique du monde méditerranéen (IPMED).

## **1. Evolution des concepts « santé » et « protection sociale » :**

### **1.1. Jusqu'au XIXème siècle :**

La santé était considérée tout simplement comme une absence de maladie, et la maladie comme une malédiction, soit une malédiction divine, soit une malédiction de personne malintentionnée qui jetait un mauvais sort sur un individu ou un groupe d'individus. Vous savez très bien comment étaient considérées les épidémies de peste et de choléra qui ont ravagé l'Europe au Moyen-âge. Il a fallu attendre les inventions et les travaux d'éminents scientifiques comme Pasteur pour comprendre que ces maladies ont des causes, qui n'ont rien à voir avec une quelconque malédiction, mais qu'elles sont réelles et sur lesquelles on peut agir, et éventuellement on peut soigner les malades, et non pas seulement les considérer comme étant des gens à fuir pour éviter toute propagation de la maladie.

### **1.2. Allemagne, 1870 :**

C'est en Allemagne que fut inventé et mis en œuvre le concept d'« assurance maladie ». C'est sur la base des travaux scientifiques du début du XIXème qui ont été faits auparavant, en particulier ceux de Pasteur, qu'on a considéré en Allemagne que la santé était un enjeu national, qu'elle méritait d'être prise en considération non pas seulement à titre individuel, mais aussi à titre collectif sur la base de la solidarité, où le riche va payer pour le pauvre, où le puissant va payer pour le plus faible. C'est ainsi que l'assurance a été mise en œuvre pour la première fois en Allemagne par le gouvernement de Bismarck.

### **1.3. 1945-50 :**

Les choses ont très peu évolué jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale, et ce n'est qu'après cette période que les concepts d'« assurance maladie » et de « protection sociale », ainsi que la prise en charge de la santé comme étant un problème national important ont été définitivement établis dans les pays européens, en commençant par l'Angleterre, la France, dans d'autres pays, et enfin dans toutes les démocraties occidentales.

#### **1.4. New York, Juin 46 :**

Lors d'une conférence internationale sur la santé à New York, on a défini la santé comme « un état de bien être physique, mental et social ». Il est très important de considérer que la santé n'est pas seulement de bonne santé physique, mais aussi de bonne santé mentale et sociale. C'est l'introduction du terme « social » qui va bouleverser complètement le concept même de la « santé », et qu'on considère que la santé n'est pas seulement le fait de médecins ou de médecine, mais aussi le fait d'autres secteurs qui interviennent dans la santé de populations, que ce soit l'habitat, l'assainissement de l'eau, l'éducation, etc. Tout ceci intervient d'une manière directe ou indirecte dans le bien-être et la santé de la population.

#### **1.5. Charte d'Ottawa, 1986 :**

Ce concept est élargi à une action transversale incluant l'ensemble des secteurs de la vie sociale. La Charte d'Ottawa a beaucoup insisté sur la notion d'« intersectorialité » qui, aujourd'hui, est consacrée par la plupart des Etats. En d'autres termes, la santé dans un pays n'est pas l'œuvre uniquement du ministère de la Santé, mais de plusieurs ministères, qui influent sur la santé de la population ; en premier lieu : la culture, l'éducation et l'environnement.

#### **1.6. OMS :**

C'est sur la base de l'ensemble de ces données que l'OMS a établi définitivement que la santé est un droit fondamental du citoyen. Aujourd'hui, dans toutes les constitutions à travers le monde, la santé est effectivement reconnue comme un droit fondamental du citoyen. Et c'est la réponse à la question sur la stratégie. La santé peut être considérée comme un enjeu stratégique fondamental dans la politique d'un pays, car elle représente un pilier de la cohésion sociale avec deux autres piliers : l'éducation nationale et la justice.

## **2. Un enjeu stratégique, une politique évolutive :**

Les politiques de santé sont des politiques évolutives. Elles sont constamment en train de changer dans tous les pays du monde; pourquoi? parce qu'il faut faire face à trois éléments qui sont en constante modification :

1. *Il faut faire face constamment à de nouveaux défis sanitaires.*  
En Europe, un défi sanitaire est survenu au XXème siècle et a imposé des changements très importants dans l'approche des politiques du pays : le SIDA. Il a complètement changé la manière de penser, l'équilibre des budgets au niveau des ministères de la Santé, il a donc amené les pays concernés à changer leurs stratégies dans le domaine de la santé.
2. *Endiguer les dépenses.* On considère globalement que pour être à la hauteur d'une politique de santé il faut situer les dépenses de santé autour de 10% à 12% du PIB. Cela déséquilibre les gros agrégats financiers du pays et la qualité de la santé d'un pays.
3. *Assurer un accès équitable à tous les citoyens aux services de santé, aux soins de base.*

Tous les pays sont régulièrement amenés à rétablir les équilibres entre ces trois objectifs majeurs. C'est sur ces trois éléments qu'on y réfléchit constamment, et qu'on développe de nouvelles stratégies en matière de santé pour être justement à la hauteur des besoins de la population à cette époque particulière. L'une des dernières réformes c'est celle de M. Obama. J'avais fait des propositions, où il y avait toutes les composantes, mais cela n'a malheureusement pas abouti à tous les résultats escomptés.

## **3. Particularités du système de santé algérien :**

Le système de santé algérien s'est construit à la sortie de la colonisation sur la base d'infrastructures au mieux inadaptées, au pire complètement dévastées par la guerre.

A la différence des pays du Nord qui ont pu affronter les effets des transitions démographiques et épidémiologiques dans des temporalités différentes, notre pays se trouve confronté en même temps à ces deux transformations démographique et épidémiologique. Les Européens ont assumé leur transition épidémiologique à peu près au début du XXème siècle et la transition démographique au-delà de la Deuxième Guerre mondiale pendant les trente glorieuses. Nous, nous sommes en plein dedans et en même temps. C'est la raison pour laquelle, et c'est l'une des caractéristiques de l'ensemble des pays du Sud et de l'Algérie en particulier. Nous devons faire face simultanément aux problèmes liés aux maladies du sous-développement, en particulier ceux qui sont liés aux maladies transmissibles et développer parallèlement des programmes de santé destinés à affronter les nouvelles maladies non transmissibles qui sont aujourd'hui en train d'émerger, en particulier le cancer, le diabète, etc.

Ce double fardeau induit déjà et va induire de plus en plus chaque année une demande très forte de soins avec des moyens à mettre en œuvre qui sont très largement en-dessous de ce qui est escompté.

A mon avis, cet écart entre cette montée des besoins et cette stagnation en matière de moyens est l'un des défis les plus importants que le système de santé algérien va devoir affronter dans les années à venir.

#### **4. Evolution du système de santé en Algérie de l'indépendance à nos jours**

Voici quelques chiffres qui montrent le désastre dans lequel l'Algérie vivait au lendemain de l'indépendance :

##### **4.1. L'Algérie en 1962 :**

- ❑ 1/3 de la population déplacée; c'est l'un des chiffres les plus importants de personnes déplacées que la planète ait connu, puisqu'il y a eu 3 millions sur 9 millions de personnes déplacées ;
- ❑ 80% d'analphabètes ;
- ❑ 15% seulement d'enfants scolarisés ;

- ❑ 85% de la population était une population rurale ; moins de 1500 médecins pour 9 millions d'habitants. En 30 ans, les médecins d'origine algérienne « les médecins indigènes » étaient autour de 400, le reste, soit 1100, c'était des médecins français qui étaient restés en Algérie après l'indépendance ;
- ❑ une épidémiologie entièrement dominée par les maladies transmissibles.
- ❑ C'est une période charnière, où il y eu, à mon sens, une prise de conscience des besoins de la santé. En effet, c'est sur cette base-ci qu'ont été développés des programmes pertinents par rapport aux besoins de la population de cette époque là.

En particulier, il a fallu :

1. Réactiver les structures sanitaires abandonnées par l'ancienne puissance coloniale et par l'ensemble du personnel médical, parce qu'il a fallu former vite un personnel de santé pour faire redémarrer ces structures et développer un certain nombre de programmes ;
2. un Programme de lutte contre les maladies transmissibles, tels le paludisme, la poliomyélite, les maladies transmissibles par l'eau, etc.;
3. un Programme national de lutte contre la tuberculose, mené par le Professeur Larbaoui et le Professeur Chaulet et qui a fait date dans l'histoire mondiale de la lutte contre la tuberculose – il faut leur rendre hommage au passage ;
4. un Programme national de vaccination des programmes nationaux de vaccination;
5. un Programme de Protection maternelle et infantile.

Pour réaliser cet ensemble de programmes, il a fallu faire appel massivement à la coopération internationale, et c'est surtout des médecins des pays de l'Est qui sont venus nous prêter main forte, et au passage, il faut leur rendre hommage, parce qu'ils ont permis effectivement la mise en place de ces programmes et de sortir d'une situation extrêmement précaire.

### **Financement de ces programmes :**

En matière de financement, pratiquement 80% proviennent du Trésor de l'Etat et 20% d'assurances maladie ; pourquoi ? parce qu'il y avait très peu d'emplois. La sécurité sociale était relativement faible, et ne couvrait donc que les assurés sociaux. Alors que la grande majorité de la population était considérée comme « indigène ». Je ne sais pas si certains parmi vous se rappellent de la « carte d'indigent », qui permettait aux Algériens d'aller à l'hôpital se soigner gratuitement. C'était les APC, les Mairies qui étaient chargées de couvrir le financement de ces dépenses.

### **4.2. A partir de 1972 :**

La situation a complètement changé. Et pour cause on a nationalisé les hydrocarbures en 1971 augmentant ainsi considérablement les revenus de l'Etat, qui a décidé de lancer un programme politique qui s'articulait sur les fameuses trois grandes révolutions :

1. La Révolution agraire ;
2. La Révolution culturelle ;
3. La Révolution industrielle.

L'implication était double :

1. Promulgation du fameux décret de la médecine gratuite. Je signale au passage qu'il s'agissait de « médecine gratuite » et non pas de « santé pour tous ». Ce qui prouve que c'était les médecins qui étaient derrière ce type de politique. Enfin peu importe. L'objectif était de permettre à l'ensemble des citoyens algériens de pouvoir accéder aux structures de santé d'une manière absolument équitable.
2. Pour pouvoir faire face à cette montée de la consommation en matière de soins, on a développé une deuxième politique qui était la formation des médecins : la fameuse politique des « 1000 médecins par an », qui a donné les résultats que vous connaissez aujourd'hui, puisqu'on a non seulement formé pour nous, mais aussi, hélas, pour l'étranger.

Le problème de cette politique est qu'elle a deux effets pervers :

- a. La modification de la structure de la dépense nationale de santé. En 1960, autant la santé était quasi exclusivement financée par l'Etat, un peu par la Sécurité sociale, et pratiquement pas par les ménages. Cette politique de santé a basculé. Parce que sous le prétexte de nationaliser l'ensemble des moyens de production et l'ensemble des financements, l'Etat a « pompé » dans les caisses de la Sécurité sociale pour financer la médecine gratuite. Le résultat c'est que la dépense nationale de santé, la structure s'est modifiée. 60% de la dépense était financée par la sécurité sociale, avec seulement 30% pour l'Etat et 10% pour les ménages.
- b. Destruction du système d'information sanitaire, dont nous payons le prix jusqu'à aujourd'hui. A l'époque, à partir des instants où la médecine était gratuite, on n'avait plus besoin de faire des fichiers, de constituer des dossiers pour les malades lors de leurs entrées et de leurs sorties, le type de traitements reçus, le type de pathologie, etc. Or toutes ces informations étaient extrêmement importantes, parce qu'elles remontaient à la DDS et de la DDS au ministère de la Santé, et c'est sur la base de ces informations, lorsqu'elles étaient traitées correctement, qu'on pouvait suivre de manière précise et rationnelle l'évolution du paysage sanitaire de l'ensemble du pays. La destruction de ce système a conduit finalement à ignorer complètement comment l'évolution des problèmes de santé de la population a évolué depuis.

#### **4.3. 1982/1992 :**

Après la mort du Président Houari Boumediene et au lendemain du boom pétrolier des années 80, on change de nouveau de politique. On passe notamment à « la politique de la vie meilleure ». Tout le monde se rappelle du « Pacte anti pénurie », dont a largement bénéficié le système de santé, puisque pendant cette période ont été construits 40 hôpitaux, et on a fait appel également à une importation massive d'équipement lourd. Je cite toujours à titre d'exemple l'acquisition de micro-



scopes électroniques, qui ne servent à rien sur le plan du diagnostic. C'est un instrument qui sert à la recherche. L'Algérie avait acheté 12. La ville de Genève s'est dotée d'un seul, qui est utilisé par l'ensemble des hôpitaux et les chercheurs genevois. Nous en avons achetés 12, qui n'ont jamais été installés, et on ne sait pas ce qu'il en est advenu. Ceci juste pour illustrer la formule dans laquelle on s'était installé à l'époque à acheter des équipements à tors et à travers, et essayer sous prétexte de l'équilibre régional à les distribuer à travers l'ensemble du territoire national sans aucune planification en ce qui concerne aussi bien les personnels qui sont chargés de les faire fonctionner que les planifications en matière de maintenance. Si bien que, on le verra plus tard, à la fin des années 80, on s'est retrouvé avec de vrais cimetières d'équipements lourds qui n'ont pratiquement servi à rien.

#### **4.4. 1992/2002 : la guerre civile :**

La période de la guerre civile avec les conséquences que vous connaissez : chute brutale des revenus de l'Etat ; restructuration économique sous l'égide du FMI ; bref ces nouvelles données ont produit un impact double sur le système de santé :

1. De 7% du PIB, qui était la part de la richesse nationale attribuée à la santé, on a chuté à 4%, voire même en dessous de 3% en raison de la restructuration de l'économie par le FMI.
2. Parce que l'Etat s'est retrouvé avec un grand nombre de médecins, qu'il avait formé, et qu'il ne pouvait plus employer, parce que les structures de santé publique se sont retrouvées en déshérence du fait du manque de budget et du départ de plus de 6000 médecins à l'étranger, l'Etat a ouvert les portes à la médecine libérale, et c'est à partir de la fin des années 80 et du début des années 90 que la médecine libérale va se développer d'une manière extrêmement importante. Au départ uniquement en ambulatoire, c'est-à-dire pour les consultations, puis très rapidement en matière de clinique et cerise sur la gâteau pour accentuer encore la pression sur la médecine libérale pour attirer plus l'offre de soi vers le secteur libéral, on a inventé « le plein temps aménagé » qui permet aux

médecins du secteur public d'exercer deux à trois fois par semaine dans le secteur privé.

Cette augmentation de l'offre de soins par le secteur libéral qui n'était pas prise en charge par la sécurité sociale va avoir un effet immédiat sur la dépense de la santé c'est l'augmentation inquiétante de la part des ménages dans la dépense globale de santé, puisque dans les années 90, on va passer de 10% à 20%, elle va doubler, et les estimations actuelles sont autour de 40%.

#### **4.5. De 2002 à nos jours :**

On est sortis de la guerre civile et du terrorisme mais on a payé un prix très lourd :

- ❑ Plus de 6000 médecins généralistes et spécialistes exercent actuellement à l'étranger. Ce qui est une saignée extrêmement importante et irrattrapable.
- ❑ On est sortis des années 90 avec des structures sanitaires en état de dégradation avancée.
- ❑ Apparition de pathologies graves liées au Trouble de Stress post-traumatique (TSPT) collectif, mal géré, en transmission trans-générationnelle. Et je pense que la violence que nous sommes en train de vivre aujourd'hui, la violence en milieu urbain, la violence au volant, la violence dans les milieux scolaire et familial, etc. doit une grande part à cet effet, qui malheureusement n'a pas été géré, parce que nous n'avons pas su faire face à la prise en charge de ce grave problème de santé publique. Et là j'interpelle absolument nos psychiatres dont la majorité a quitté le pays depuis 1990 au moment où l'Algérie avait le plus besoin d'eux. Ils sont tous aujourd'hui en train d'exercer en Europe et en particulier en France.
- ❑ Et de nouveau le baril de pétrole a augmenté et de nouveau on a commencé une politique d'investissement massive. Nous sommes aujourd'hui exactement dans la même situation que celle des années 80, c'est-à-dire nous allons construire de nouveau de nouvelles structures hospitalières modernes et de plus en plus chères, acheter

des équipements lourds, etc. Mais ce qui a manqué dans les années 80, et qui manque encore aujourd'hui c'est que tout ceci se fait un peu dans la précipitation, parce qu'il n'y a pas une politique sanitaire nationale crédible, organisée et structurée autour des vrais besoins de la population sur la base de laquelle va s'articuler l'ensemble des investissements. On investit beaucoup plus en fonction de la pression de certains lobbies, de certains impératifs politiques, l'équilibre régional, par exemple, mais pas en fonction des besoins de la population dans le domaine sanitaire, identifié de manière claire, organisée et déclinée en programmes à moyen et long termes

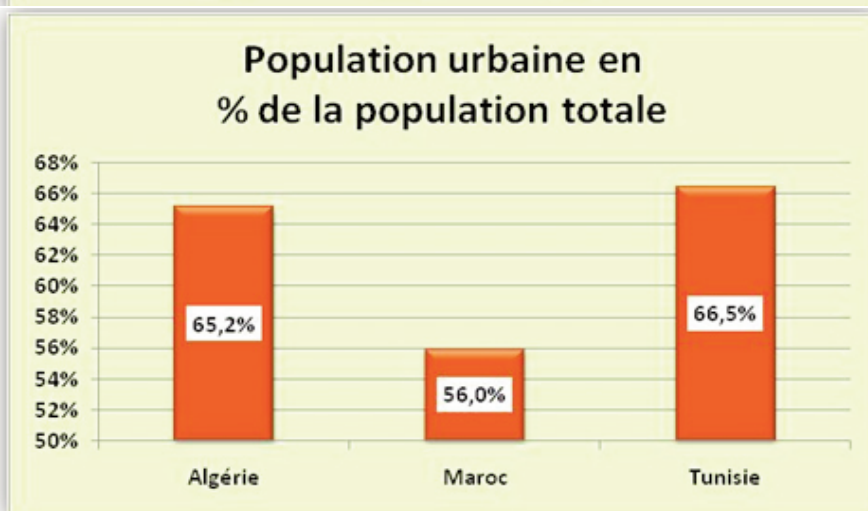
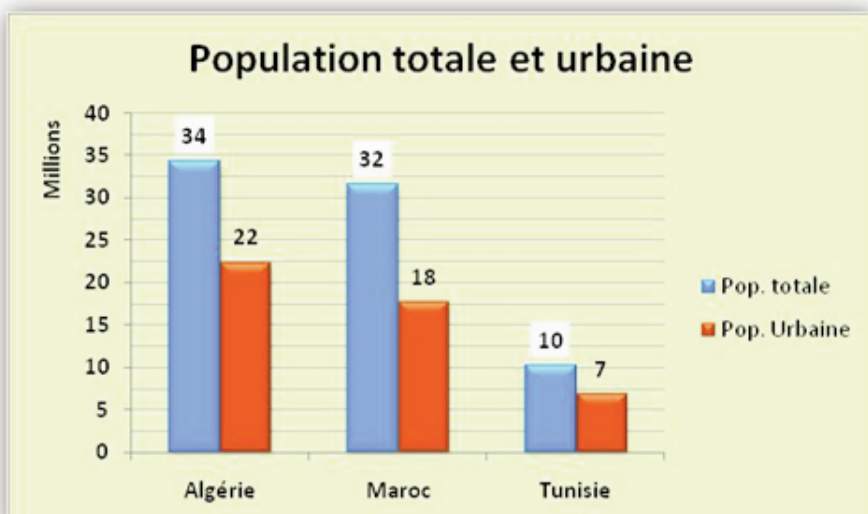
## **5. Le Défi démographique :**

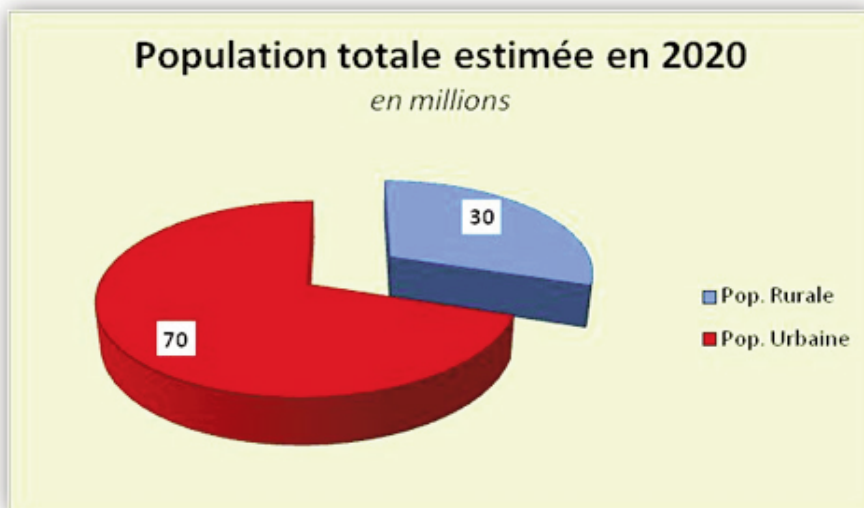
La première transformation est la transformation démographique. La pyramide des âges a changé. La pyramide des âges de l'Algérie est assez caractéristique, avec une base encore très large, puisque la population infanto-juvénile, c'est-à-dire la population de 0 à 14 ans va rester encore pendant les 10 années à venir encore très large. Elle représentera entre 25 et 30% de la population. La natalité est passée 600 000 naissances en 2008 à 900 000 naissances en 2012. Cela veut dire qu'on va avoir à prendre en charge cette population qui est une population très fragile, et en même temps la population sénior, c'est-à-dire la population qui va avoir plus de 60 ans, elle est en train de doubler. On est en train de passer de 5% à peu près en 2010, et on aura probablement le double, autour de 12% entre les années 2020 et 2025. Or, c'est cette population qui représentera environ 5 millions d'individus à cette période là, qui sera un poids énorme sur le système de santé, parce que c'est à cet âge qu'apparaîtront tous les problèmes de santé les plus lourds : le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaire, l'hypertension, etc. Vous savez qu'en Europe, on considère qu'un jeune homme de 20 ans consomme en moyenne 30 € par an pour sa santé, alors qu'un sujet de 70 ans en consomme 4 000 €. Cela vous donne une idée de l'importance du poids que va représenter sur la santé de payer cette population.

Par ailleurs, la population s'est urbanisée. Probablement en 2020, 70 % de la population sera urbanisée. Or l'urbanisation posera elle

aussi de nouveaux problèmes de santé, qui sont liés aux accidents de la route, aux accidents domestiques, aux accidents du travail, à la pollution, etc. Donc cela aussi c'est un poids supplémentaire qui va imposer une révision complète des perspectives en matière de prise en charge de la population sur le plan sanitaire.

### Transformations démographiques et urbanisation





Source : Health Systems 20/20. Octobre 2011

## 6. Effets des politiques de développement sur la transformation épidémiologique :

Toutes ces politiques, est-ce qu'elles ont malgré tout — parce que tout n'est pas noir heureusement — donné des effets ? Oui, effectivement, lorsqu'on mesure un certain nombre de paramètres de la santé de la population, on trouve indéniablement positif, comme par exemple, le passage de la durée d'espérance de vie à la naissance de la population algérienne, qui était de 48 à 50 ans en 1962, et qui est aujourd'hui autour de 75 à 76 ans. Ce qui est un paramètre important, est indéniablement une réduction importante des maladies transmissibles. Nous avions le paludisme dans les années 60, il est revenu il y a quelques années. Il s'agissait en fait d'un paludisme d'importation. La typhoïde, la poliomyélite, etc. Toutes ces maladies infectieuses ont quasiment disparu, mais elles existent encore jusqu'au jour d'aujourd'hui sous forme de flambée épidémique. La dernière en date, c'est la brucellose, qui est apparue dans l'Est du pays. Mais malheureusement, il y a une autre maladie infectieuse terrible : la tuberculose, qui n'a pas encore été éradiquée. Nous sommes toujours un pays d'endémie de tuberculose.

Cette maladie avec d'autres maladies transmises par les animaux qu'on appelle « les zoonoses » existent encore à l'état endémique, et enfin cerise sur le gâteau là aussi malheureusement d'autres maladies infectieuses sont apparues, en particuliers les hépatites virales et le sida.

## **7. Politiques de santé et transformations épidémiologiques :**

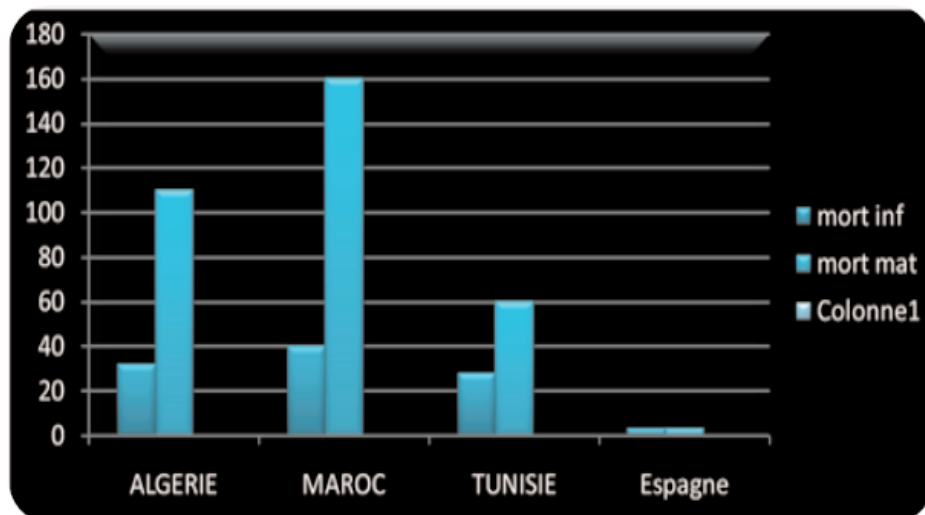
### **Mortalité infantile et maternelle :**

Le marqueur le plus important qui évalue d'une manière très précise l'état de santé d'une population ce n'est pas ce que je viens de citer, mais c'est certainement la mortalité maternelle et infantile, et vous allez voir sur le graphe ci-dessous une comparaison entre les trois pays du Maghreb et l'Espagne. Vous constaterez que malgré tous les efforts qui ont été déployés, nous sommes encore loin du compte. Nous avons encore 80 à 100 pour 100 000 décès de mamans qui vont accoucher, qui étaient des femmes en bonne santé, d'âge moyen. Donc il n'y a aucune raison à priori pour qu'elles meurent des suites d'un accouchement. La mortalité infantile tourne encore à 30 pour 10 000. Donc on est encore loin du compte. Et je crois que s'il y a une priorité qu'on devrait dégager pour les années à venir concernant les efforts à déployer dans le domaine du programme de santé, c'est bien de réduire drastiquement pour arriver autour des chiffres de l'Espagne ou de l'Europe de l'Ouest qui se situent autour de 2 à 3 pour 100 000 et pour 10 000 pour les mortalités maternelles et infantiles.

Pendant cette période, la population algérienne a profondément changé. Et vous allez voir que les transformations de la population algérienne vont influencer elles-mêmes sur ses besoins de santé.

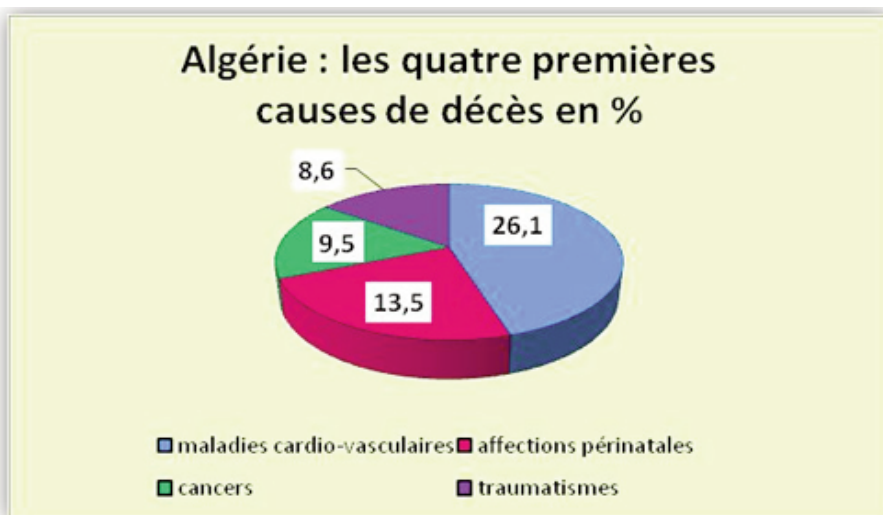
## Politiques de santé et transformations épidémiologiques :

### Mortalité infantile et maternelle



### 8. Transition épidémiologique : nouveaux défis

Autant dans les années 60, le paysage sanitaire était dominé par les maladies infectieuses, autant en 2011, 26% de la mortalité est dû aux maladies cardiovasculaires et 9,5% au cancer, contrairement à ce qu'on peut penser compte tenu de la médiatisation extraordinaire qu'on est en train de faire autour de ce sujet là. Mais 13,5% des décès sont dus aux affections périnatales, alors qu'ils ne devraient plus exister dans un pays moderne. Les statistiques algériennes montrent bien que nous sommes en pleine transition, et il va falloir encore énormément travailler pour réduire cela.



## 9. Impératifs de la transition épidémiologique

Il faut donc à la fois :

- ❑ maintenir des programmes de vaccination et d'actions conventionnelles à l'encontre des maladies transmissibles ;
- ❑ développer des programmes de prévention, de diagnostic et de traitement de pathologies non transmissibles qui sont de plus en plus fréquentes, plus complexes dans leur prise en charge et bien plus coûteuses .

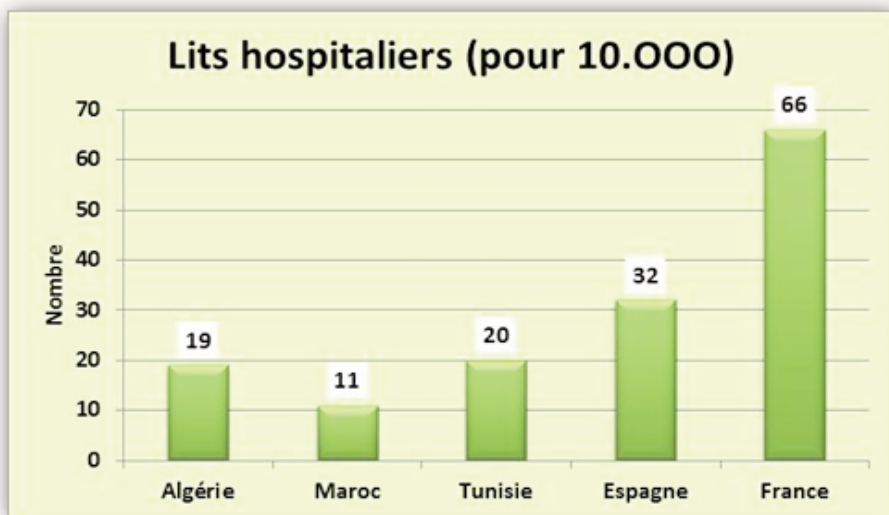
Pour faire face à ces défis, à ces à deux transitions, à ce double fardeau quels sont les moyens dont nous disposons ?

### 9.1. Les moyens disponibles :

#### 9.1.1. Les lits hospitaliers :

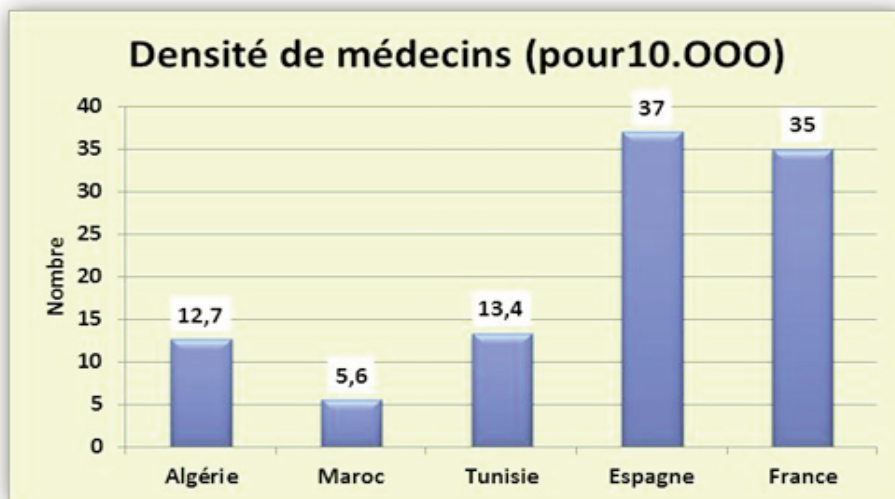
Nous sommes à 1.7 pour 1000 habitants, il en faut 3. Autrement dit d'ici 2020, pour faire face aux 40 millions d'habitants que l'Algérie comptera, il faudra 50 000 lits. Ce qui me paraît totalement irréalisable, et surtout avec un prix du baril de pétrole qui ne cesse de chuter.





#### 9.1.2. Densité des médecins :

On est encore très en retard du point de vue densité des médecins. On est très loin des pays occidentaux, contrairement à ce que l'on pense. On a beaucoup de besoins en formation, en particulier en matière de spécialistes. Mais je crois que le plus important c'est les dépenses nationales de santé par habitant.



### 9.1.3. Les dépenses nationales de santé par habitant :

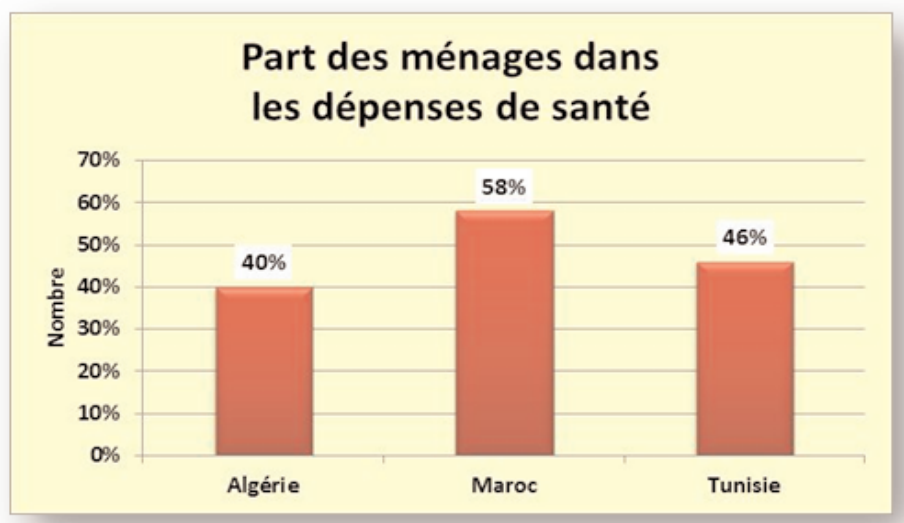
La dépense nationale de santé est de 350 dollars par habitant et par an. Parallèlement en Espagne, elle est de l'ordre de 3000 dollars et en France de 4000 dollars. Cela veut dire que nous disposons en matière de financement de 10% par rapport à ce qui se dépense dans les anciens pays de l'OCDE. Le discours consistant à dire : « Oui, l'Etat dépense beaucoup d'argent dans le domaine de la santé », est complètement faux. En réalité, nous sommes un pays sous-développé, un pays pauvre, un pays qui est très très loin de ce qu'on pourrait faire pour amener le système de santé à un niveau dont nous avons la prétention de vouloir atteindre.



### 9.1.4. La part des ménages dans les dépenses de santé :

Lorsqu'on regarde de près la dépense nationale de santé, on constate que la part des ménages, c'est-à-dire ce que vous dépensez, vous citoyens, pour vous soigner sans l'espoir d'être remboursés, elle est passée de 10% dans les années 70, à 20% dans les années 90 et à 40% aujourd'hui. Au Maroc, elle est de 60%, mais les Tunisiens se situent à peu près au même niveau que nous : 46%. Cela veut dire que l'IFP du transfert massif de l'offre de soin du secteur public vers le secteur privé.

Or, ce dernier n'est pris en charge ni au Maroc, ni en Algérie, ni en Tunisie par la sécurité sociale. Si vous alliez chez un spécialiste pour faire une radio ou un examen sanguin dans le secteur privé, vous n'êtes pas remboursés par la sécurité sociale. En d'autres termes cela sort de votre porte-monnaie, et alourdit par voie de conséquence d'une manière considérable la part des ménages. Cela aussi est un enjeu stratégique, parce que si la bourse des ménages est alourdie par un quelconque poste, l'alourdissement dudit poste se fait automatiquement au détriment des autres postes, tels l'éducation, la culture, l'habillement, la nourriture, les loisirs, etc. Ce qui va aussi, d'une manière indirecte, interférer sur la mauvaise santé de la population.



#### **9.1.5. Les médicaments :**

Quand on vous dit dans la presse : « Il y a 3 milliards de dollars, qui sont dépensés. C'est scandaleux !!... ». Et si vous rapportez cela à la population. Maintenant on se rend compte qu'on est à 75 dollars par habitant et par an. C'est à la fois beaucoup, mais aussi peu. C'est peu, lorsqu'on le compare à la France et à l'Espagne ; c'est beaucoup lorsqu'on compare la proportion de ces médicaments dans la dépense nationale de santé, c'est-à-dire sur les 350 dollars, dont nous disposons pour soigner la population, quelle est la part qui va aux médicaments ?

C'est 25 %. En clair, c'est 25 % de la dépense qui va dans les poches de l'industrie pharmaceutique. Ceci est important d'autant plus que la politique pharmaceutique est extrêmement opaque et est complètement sous l'influence des lobbies qui échappe en grande partie à l'Etat algérien.

## 10. Que faire ?

Ce qui est impossible, à mon avis, à réaliser c'est : atteindre à moyen terme le niveau de performance des systèmes de santé des pays du Nord. Le système algérien de santé n'évoluera que si l'économie productive va se mettre en place, parce que c'est la richesse induite par l'économie productive qui va donner sa part à la santé, laquelle part va tirer vers le haut le système de santé. Tant que notre vie dépend du pétrole, on aura beaucoup d'investissements quand le prix du baril de pétrole est élevé, et peu d'investissements quand le prix du baril chute, et à chaque fois on dépend de la santé de la population.

1. Il est possible de mettre à niveau notre système de santé pour être en mesure de satisfaire au mieux les besoins de santé légitimes de la population dans un esprit de solidarité et d'équité. Aujourd'hui, nous sommes vraiment dans un débat idéologique. Quel système de santé voulons-nous construire ? Voulons-nous construire un système de santé qui soit « un hypermarché de la maladie », où chacun achète selon ses moyens ? ou considère-t-on que la santé est un enjeu stratégique, un pilier de la cohésion sociale ? et par conséquent on doit construire un système s'appuyant sur les deux principes fondamentaux de la solidarité et de l'équité. Aujourd'hui on a un discours officiel qui dit que le secteur de la santé publique est pour tout le monde, qu'il est ouvert à tous; un discours qui répète inlassablement que les Algériens sont pris en charge par l'Etat, alors que dans la réalité une part de soins de plus en plus importante se déplace vers le secteur privé non conventionné. Il s'agit donc de réaffirmer la place de la santé au cœur du politique et de reconnaître qu'il s'agit d'un droit fondamental du citoyen.

2. Sur la base d'informations fiables établir et hiérarchiser des priorités : nous ne pourrons jamais soigner tout le monde et toutes les maladies en même temps. Ce n'est pas possible. Je vous donne un exemple. Sous la pression du lobby du cancer, les médecins qui sont allés au combat pour essayer d'améliorer le sort des cancéreux en Algérie. Ils ont fait un combat admirable. Mais il y a un problème. Par exemple en 2012, sur injonction du Gouvernement, la PCH a importé massivement tous les produits anticancéreux que les médecins ont demandés. Au final, sur les 250 millions de dollars dont disposait la PCH pour acheter les médicaments pour l'ensemble des hôpitaux algériens 214 millions ont été dépensés uniquement pour les médicaments. Donc on ne peut pas s'engager dans une politique sans faire évaluer ses impacts sur tous les plans, et en particulier sur le plan financier. Pour faire des soins pertinents et logiques, il nous faut aujourd'hui remettre en place un système d'information sanitaire fiable et moderne qu'on a délaissé lors de la mise en place de la médecine gratuite. Sur la base de ces informations, il faut que nous puissions développer un programme sanitaire national avec des objectifs qu'il faut atteindre sur les court, moyen et long termes.
3. Redéfinir les missions de l'administration centrale en faveur d'un ministère de la Santé plus stratégique qui dépasse son rôle actuel de gestionnaire de l'offre des soins pour devenir le chef d'orchestre assurant une logique intersectorielle et transversale des questions de santé. Cela me paraît absolument fondamental. Il faut sortir de la situation actuelle, où c'est le ministre de la Santé qui désigne l'infirmier de garde à l'hôpital de Tissemsilt.
4. Mettre en place un système d'allocation des ressources transparent, solidaire et équitable qui finance non pas des structures, comme c'est le cas aujourd'hui, mais des programmes développés à partir des objectifs de santé retenus.
5. Réformer complètement l'organisation sanitaire actuelle en faveur d'une large décentralisation qui promeut une région sanitaire responsable qui planifie et qui décide et non une région qui se limite

exécuter des instructions émanant de l'administration centrale.

6. Unifier les secteurs public et privé en les inscrivant dans l'exécution du même programme sanitaire, avec le même cahier des charges et dans les limites du même système de financement. Ceci est une urgence absolue. Il faut alléger cet énorme fardeau qui pèse sur la bourse des ménages. Il ne faut plus laisser le secteur privé se développer dans l'anarchie actuelle. Il faut l'encadrer sur le plan juridique, sur le plan réglementaire et sur le plan financier. Il faut que nous arrivions à mettre autour d'une table la sécurité sociale et les représentants du secteur privé pour établir une tarification juste pour que les malades qui s'adressent à ce secteur, puissent être remboursés.

C'est sur cette base de ces changements, que nous pourrions utiliser rationnellement nos moyens physiques et financiers même limités, et mobiliser la ressource humaine pour faire face aux défis du double fardeau transitionnel, épidémiologique et démographique.

Il est impératif de cesser de faire du « copier-coller » des actions sanitaires des pays riches pour promouvoir un programme national sanitaire pertinent, réaliste, solidaire et équitable, facteur de progrès social et pilier de la cohésion sociale.



## DEBAT

### *Premier intervenant :*

Mes remarques portent sur la comparaison que vous avez faite sur le coût des médicaments et le coût de la santé.

1. N'y aurait-il pas une différence au niveau du coût des médicaments? Il y a déjà une différence entre l'Algérie et les pays développés en matière d'accès aux médicaments. Les étrangers ont un accès plus facile aux dernières molécules. Ne faut-il pas relativiser dans ce cas la comparaison par d'autres paramètres ? Il s'agit de voir aussi pourquoi il n'y a pas un meilleur dispositif, un meilleur accès aux génériques, sachant que l'intersectorialité fait que le développement de l'industrie des médicaments permet la réduction des coûts. Par ailleurs, il n'y a pas assez de sensibilisation sur les génériques et une faible participation de l'Etat à l'industrie pharmaceutique.
2. La seconde remarque porte sur les risques. Vous avez signalé que durant la décennie noire il y a eu une forte baisse des dépenses de santé. Cela est dû surtout aux injonctions du FMI, de devoir réduire d'une manière drastique les dépenses sociales, qui vont impacter très négativement sur la santé et engendrer d'autres fléaux sociaux, telle la pauvreté, etc. N'y a-t-il pas là un risque ? Quelle est donc la meilleure manière d'éviter que la baisse des revenus ait un impact négatif sur la santé ?

### *Professeur Farid Chaoui:*

Pour ce qui est du médicament. Le médicament en lui-même mériterait une conférence à lui tout seul. C'est un problème très complexe.

Concernant le générique. Savez-vous que l'OMS a une liste des médicaments essentiels qui sont autour de 300 molécules qui permettraient de soigner 90% de la population. Ces 300 molécules sont toutes tombées dans le domaine public. Il y a un pays, qui a énormément investi dans le générique : c'est le Maroc. Au Maroc, ils satisfont théoriquement à 70 ou 80% de la demande en médicaments. Tous les fabricants marocains, qui ont produit des médicaments, ont fabriqué que des

génériques, des médicaments qui sont tombés dans le domaine public. Lorsque vous regardez la consommation des génériques au Maroc. Depuis la création de cette industrie nationale du générique, jusqu'à aujourd'hui, elle n'a jamais dépassé 20%. 80% de la consommation des médicaments, c'est des molécules princeps, des molécules importés. Cela montre bien que ce n'est pas en développant toute l'industrie nationale du générique, que vous allez régler le problème du médicament. Il y a d'autres impacts, et l'impact le plus important, c'est le prescripteur, le médecin, et le deuxième impact important c'est le consommateur, c'est-à-dire l'usager, le malade. Si vous ne faites pas ce qu'il faut pour éduquer, pour « formater » vos médecins à prescrire des génériques et que des génériques, l'industrie pharmaceutique le fera à votre place. C'est ce qui c'est passé au Maroc. L'industrie pharmaceutique, parce qu'elle est là pour vendre ses produits, a développé un tel marketing, un tel matraquage sur les médecins et sur la population que les produits génériques fabriqués par l'industrie nationale pharmaceutique marocaine n'ont pas été consommés.

Donc ce n'est pas évident, la politique du médicament est une politique globale. Elle doit d'abord s'appuyer sur le programme national de santé.

1. Quelle pathologie allons-nous prendre en charge en priorité ? Et quel médicament allons-nous produire ?
2. Il faut éduquer les médecins déjà au niveau académique pour leur apprendre à prescrire. Ce qui n'est malheureusement pas le cas aujourd'hui. Il faut les éduquer après, quand ils sont opérationnels dans le cadre de la formation postuniversitaire pour leur apprendre à soigner mieux et moins cher. C'est un programme très long et très difficile.

Pour ce qui est de la diminution des revenus de l'Etat sur la santé. Malheureusement c'est clair. Il n'y a aucune raison de penser que les budgets de la santé vont augmenter si le prix du baril de pétrole chute. C'est pour cela que la réponse est claire. A mon avis, il faut absolument que notre pays se mette à une économie productive, qu'il sorte de la dépendance pétrolière, et c'est comme cela que la santé comme tous les autres secteurs économiques et socio ne dépendront plus du pétrole.



**Deuxième intervenant :**

J'ai pris note de la progression du système de santé en Algérie. Je me suis dit que quand même, il y a des moments où on a fait des choses, par exemple, on a ouvert le secteur public vers le secteur privé. Malheureusement cette ouverture n'a eu aucun garde-fou ni passerelle entre ces deux types d'exercice dans une carte sanitaire intégrée. C'est que ça n'a pas donné les résultats escomptés.

Le second point concerne le service civil obligatoire. Il a été créé dans un sens bien défini. Malheureusement l'existence du plateau technique n'a pas été assurée. Il en est de même de sa continuité. Est-ce que tout le problème n'est pas un problème de législation ?

Par exemple dans le domaine politique du médicament :

1. Il est grand temps d'agréer des laboratoires fabricants ; chose qu'on ne trouve pas sur le terrain. Il faut vérifier l'existence réelle de cet établissement.
2. Revoir les agréments des investisseurs, et notamment les investisseurs étrangers. Nous savons par exemple que la fabrication n'est pas orientée vers les molécules dont le pays a besoin.
3. La fabrication nationale. Il faut orienter la fabrication vers les produits stratégiques qui garantiraient entre autres la disponibilité.
4. L'agrément des grossistes importateurs. Nous avons fait un semblant de statistiques. Nous avons remarqué plus de 500 grossistes pour seulement 20 pharmacies d'officines. Alors qu'à l'étranger, on avait trouvé en tout et pour tout 5 grossistes. Donc je pense qu'en matière médicamenteuse, il faut revoir la législation. La réglementation en vigueur autorise chez nous tout grossiste à devenir importateur. Ce qui est très dangereux. Dans les pays avancés, il n'existe que 5 grossistes dans une circonscription bien définie.
5. La création de l'Agence nationale du médicament. ça c'est très important, parce que les textes officiels sont là, mais l'Agence n'existe pas. Ce qui est dommage. Parce qu'il est grand temps de la créer. Ses prérogatives et moyens permettraient d'encadrer des produits et les circuits de distribution.

**Professeur Farid Chaoui:**

Je vais essayer de résumer pour ce qui concerne le médicament, parce qu'effectivement on ne peut pas soigner les patients sans médicaments.

Dans les années 70, il y avait une institution qui s'appelait la Pharmacie centrale algérienne qui importait des médicaments pour toute l'Algérie. L'importation des médicaments était le fait exclusif de l'Etat. Les Tunisiens étaient venus apprendre auprès des Algériens comment apprendre à monter leur propre pharmacie centrale tunisienne. Aujourd'hui, la pharmacie centrale tunisienne existe toujours, malgré les pressions de l'OMC, parce qu'eux sont déjà, ou sont prêts à passer à l'OMC, malgré les pressions de la Communauté européenne, parce qu'ils ont des accords de libre-échange avec cette dernière. Les Tunisiens ont défendu bec et ongles leur politique d'importation des médicaments, et grâce à un des responsables de cette pharmacie, M. Touati, la Pharmacie centrale tunisienne reste l'importateur exclusif des médicaments, du consommable et du vaccin pour l'ensemble de la Tunisie. Toute l'organisation interne à la Tunisie est coiffée par cette Pharmacie centrale. La Tunisie, aujourd'hui, est l'un des pays qui a la meilleure gestion de tous les pays arabes. Il n'y a qu'à tirer une leçon là-dessus.

On parle de générique. Aujourd'hui, il y a de plus de médicaments qui ne sont pas tombés dans le domaine public. En outre, ce sont des médicaments qui relèvent de la biothérapie. La biothérapie, cela veut dire que ce sont des médicaments issus de la biotechnologie. Ce sont de nouveaux médicaments qui coûtent très chers. C'est les seules molécules véritablement innovantes depuis à peu près un demi-siècle. L'industrie du médicament a peine à inventer de nouvelles molécules. Que fait-on ? On change un petit radical par-ci, un petit radical par-là pour vendre un produit qui est sensé avoir plus d'effets que le médicament précédent. Un exemple : le fameux Métrazol contre l'acidité gastrique. On est passé d'un médicament à plusieurs générations, alors que l'effet thérapeutique n'est absolument pas différent. Cela veut dire qu'il faut que l'Etat réfléchisse à une véritable politique nationale du médicament. Pas seulement sur le plan de la législation, mais aussi sur le

plan de l'investissement massif qui devrait être fait dans la recherche et le développement. Il ne faut pas que l'industrie travaille uniquement sur la production du générique, il faut que l'université avec les départements de pharmacie, de chimie, etc. que tous les chercheurs algériens se mettent au travail pour essayer de promouvoir cette industrie, qui est une industrie capitale. Parce qu'aujourd'hui, on va fabriquer des génériques d'hier, mais demain on va devoir fabriquer des bioéquivalents, c'est-à-dire des médicaments de la biotechnologie qui sont tombés dans le domaine public. Autant il est facile avec peu de choses de fabriquer un générique, c'est-à-dire une molécule chimique qui est tombée dans le domaine public, autant il sera extrêmement compliqué de fabriquer un bioéquivalent, c'est-à-dire une molécule issue de biotechnologie. Il faut investir massivement dans la recherche et le développement et parvenir à ce niveau de performance. On a besoin, à mon avis, d'une véritable politique régionale du médicament, parce que l'investissement est extrêmement lourd. Autant on peut investir pour 100 millions d'habitants que constitue le Maghreb, autant c'est difficile et peut-être peu rentable pour investir pour 40 millions. Donc c'est une problématique complexe.

Vous avez parlé de l'Agence nationale du médicament. Je ne sais quoi vous répondre. S'il y a bien une industrie qui fonctionne très bien au niveau de la santé, c'est l'industrie des textes. Il y en a plein. Mais il y a très peu qui sont effectivement opérationnels.

*Le service civil* : est-ce que la question mériterait d'être posée aujourd'hui ? Est-ce que cela réglerait le problème de la santé et de la population ? Est-ce que c'est efficace ? Je ne sais pas. Je pense qu'il serait urgent de faire le point, de faire une évaluation précise de l'impact du service civil sur le fonctionnement des structures de santé auxquelles ces médecins du service sont affectés ? Et voir un peu comment cela fonctionne. Pour un malade qui va à l'hôpital voir pendant une année un médecin, et l'année suivante, c'est un autre médecin qui arrive, et l'autre année c'est encore un autre médecin qui arrive, est-ce que c'est vraiment une solution ? Moi, j'estime que l'organisation sanitaire

nouvelle avec des régions sanitaires qui planifient, qui décident, elles peuvent en fonction des besoins locaux, des conditions de vie localement développer des solutions intelligentes pour attirer des médecins chez eux, plutôt que de laisser le ministère de la Santé s'occuper directement de l'affectation de médecins sortis de l'université pour les envoyer le plus loin possible, pour qu'ils aient à faire le moins de service possible. Il y a quelque chose qui ne tourne pas rond dans cette histoire.

**Troisième intervenant :**

Ma première question a trait aux comptes nationaux de la santé. Ne pensez-vous pas qu'il est temps de revenir sur ces comptes dont on ne parle plus depuis 2001 ?

Ma seconde question est relative à la contractualisation. J'aimerais avoir votre avis sur la mise en place de la contractualisation. Ne pensez-vous pas que si on mettait en place ce processus, on réussira à avoir la qualité de l'offre de soins ?

**Professeur Farid Chaoui:**

Les comptes de la santé n'existent plus. C'est quelque chose qui a disparu avec la médecine gratuite. A l'époque, on considérait qu'on avait plus besoin de cela. A ma connaissance, plusieurs ministres ont essayé de remettre cela, mais n'ont pas réussi. Il est impératif de remettre cela en place.

Pour ce qui est de la contractualisation : il y a ceux qui sont pour, et ceux qui sont contre. Que signifie contractualisation ? Cela signifie que la sécurité sociale, le principal payeur, va payer des actes produits dans des établissements du service public. Au lieu de donner un budget global, on leur a dit : « Débrouillez vous avec cela ». Il s'agissait en d'autres termes de payer des actes effectifs. Le danger de cette méthode, c'est l'inflation des coûts, parce qu'au lieu de faire une échographie à un malade, je vais lui faire un scanner. Cela rapporte plus. Donc je vais multiplier les actes pour avoir le maximum d'argent. Il n'est absolument pas certain qu'on va gagner en efficacité ou en qualité. Mais on va gagner de l'argent. Cela est sûr.

A la contractualisation, il faut opposer l'offre technique. Il faut trouver un moyen pour limiter cette inflation des coûts, c'est-à-dire il faut encadrer cette politique. En Europe, ils ont ce qu'on appelle « les normes opposables ». On ne peut pas faire n'importe quel traitement, n'importe quelle investigation, n'importe quelle chirurgie à n'importe qui. Il y a des préalables, des normes qu'il faut appliquer pour essayer de réduire les coûts. Or jusqu'à présent rien n'est fait dans ce domaine-là, et je dirais aujourd'hui, heureusement que la contractualisation n'a jamais été appliquée, parce que si elle l'avait été depuis 20 ou 25 ans, je pense qu'on aurait eu des dérapages assez graves dans ce domaine-là.

**Quatrième intervenant :**

Je voudrais savoir votre position sur la politique de contrôle des naissances suivie par les pouvoirs publics.

**Professeur Farid Chaoui:**

La seule politique de contrôle des naissances qui a été efficace de part le monde, c'est l'éducation des filles. La scolarisation des filles est le meilleur moyen de faire chuter le nombre des naissances. J'ajouterais un autre paramètre : c'est l'augmentation du niveau de vie. Plus le niveau de vie augmente, moins on fait d'enfants. Toutes les autres techniques ont échoué, y compris celles qui imposent par le haut un nombre d'enfants par famille comme en Chine. Aujourd'hui, ils ont de très très gros problèmes à maîtriser cette situation-là.

**Cinquième intervenant :**

Comment voyez-vous le rôle des technologies de l'information et de la technologie, du développement informatique dans le secteur de la santé par rapport à l'augmentation de la qualité et à l'équité, et surtout à préserver les coûts ?

**Professeur Farid Chaoui:**

Il y a un grand auteur qui a dit : « Pour les pays qui n'ont pas fait la révolution industrielle, le meilleur moyen de passer de la période préindustrielle à la période moderne et postmoderne, c'est d'utiliser les nou-

veaux moyens de l'information et de la communication qui permettent de faire un bond considérable et d'éviter les étapes que les pays développés ont suivi. Je dirais que c'est le même problème pour la santé. Il est clair que c'est un outil extrêmement important, qui permettrait non seulement d'avoir la bonne information au moment opportun pour pouvoir prendre la bonne décision, et de réduire d'une manière certaine les coûts.

**Sixième intervenant :**

Je voudrais intervenir sur un point relatif au management d'une manière générale et à l'organisation. Le constat est que la prise en charge du malade surtout au niveau des hôpitaux est pleine de difficultés. Que ce soit pour son hospitalisation, sa prise en charge d'une manière générale, les différents types de traitements. Ne pensez-vous qu'il y a d'abord à ce niveau-là ce qu'on appelle « des réserves de productivité » ? N'y a-t-il pas des gains à faire à ce niveau-là ? En Russie, une opération de la cataracte n'excède pas une demi-journée. Chez nous une telle opération dans les hôpitaux nécessite 3 à 4 jours. Ne pensez-vous pas qu'il faut mettre le paquet d'abord à ce niveau-là pour améliorer les conditions d'organisation et de fonctionnement pour une meilleure prise en charge du malade.

Ne pensez-vous pas que le moment est arrivé de penser à d'autres sources de financement du système de la santé ? On sait qu'il y a 3 sources de financement : les pouvoirs publics et les deux caisses : la CASNOS et la CNAS et le malade qui participe d'une manière très très faible.

**Professeur Farid Chaoui:**

La question du financement est très importante, parce qu'elle est en effet la colonne vertébrale de l'ensemble du système. Moi, je plaiderais plus à l'unification du système de financement. Je voudrais qu'il y ait une seule et unique source de financement ; pourquoi ? parce que plus vous multipliez les sources de financement, plus vous multipliez les inégalités. Si vous avez plusieurs institutions qui financent ; l'une pour telle catégorie de la population, l'autre pour telle autre catégorie de la population. C'est la catégorie de la population qui cotise le plus, l'ins-

titution la plus riche qui va donner le meilleur service à ses cotisants. Ce qui est en contradiction avec le principe même de la solidarité nationale. Tandis que dans le système de solidarité, celui qui paye pour lui, mais il paye aussi pour les plus pauvres. Aujourd'hui, je pense qu'un des problèmes majeurs dans la gestion du financement de la santé c'est les sources de financement. Vous l'avez souligné : on a la CASNOS, la CNAS, la Caisse militaire, le système de soins à l'étranger, quelques mutuelles, et j'en passe. Or, l'idéal — ça c'est un avis personnel — c'est d'avoir une seule caisse qui s'appelle : « L'Assurance maladie nationale » pour l'ensemble des Algériens. A charge de l'ensemble des institutions en amont qui financent, c'est-à-dire l'Etat, la sécurité sociale, la CASNOS de garder cet argent dans une caisse commune, et qu'il y ait une gestion paritaire de cette finance, une espèce de banque qui sert à financer le système de santé, et qui financerait non plus des individus, mais des programmes avec des contrôles à posteriori. Il y a tout un travail qui a été fait là-dessus, dans ce domaine-là.

Lorsqu'on étudie les systèmes de santé de par le monde, ce sont ceux qui ont une source de financement unique qui ont le système le plus solidaire. Plus vous multipliez les sources de financement, plus vous multipliez les inégalités d'accès aux soins.

Pour ce qui est du management, c'est évident. Je suis persuadé que, comme dans tous les secteurs économiques et sociaux de ce pays il y a des gens de valeur, des gens intelligents, capables de faire des choses très bien. Il faut les inscrire dans un procès de développement qui soit à la mesure de leurs compétences. Quand vous avez aujourd'hui un directeur d'un CHU qui est payé à 80 000 da par mois, je ne vois pas comment on peut attirer à la tête des hôpitaux des managers de qualité. Quand vous comparez la manière dont est gérée une clinique privée ; elles ne sont pas toutes très bien gérées. Mais en tout cas, en ce qui concerne au moins la gestion de leur personnel et surtout la gestion des équipements. Les équipements dans une clinique privée ne tombent jamais en panne ou très peu. Pourquoi dans les hôpitaux, cela ne fonctionne pas de la même manière ? Donc, à mon avis, il y a aussi une réflexion là-dessus.

Fondamentalement, il y a d'abord et avant tout un cahier des charges à imposer à tout le monde, lequel cahier des charges doit reposer sur des objectifs de santé à atteindre à court, à moyen et long termes.

Il faut unifier et organiser le financement de manière transparente à posteriori.

A partir de là, il faut donner l'autonomie nécessaire à la région, voire même à l'établissement de santé de s'organiser de manière interne, souple et intelligente pour s'adapter aux conjonctures, aux aléas, aux problèmes de santé des citoyens, aux épidémies, aux accidents, etc. Ce sont là les réformes structurelles que notre système de santé doit absolument développer. Sinon le secteur public va aller à la paralysie progressive, et on va aller vers la libéralisation davantage du système de santé vers le secteur libéral avec les problèmes que vous pouvez facilement deviner.

Septième intervenant :

1. Ne pensez-vous pas Professeur que la gratuité des soins a atteint ses limites ? En sachant pertinemment que pour avoir une consultation en chimiothérapie, il faut attendre 5 à 6 mois ?
2. Règlementation des consultations : en France par exemple, un médecin n'a pas le droit de dépasser 20 consultations par jour. Chez nous les consultations atteignent parfois des chiffres astronomiques.
3. A quand l'instauration d'un système, où le patient après une consultation ou lorsqu'il va acheter des médicaments chez le pharmacien, il ne débourse pas un centime. Cela se passe entre la caisse, le médecin et le pharmacien ?
4. Ne pensez-vous pas que le niveau de formation des médecins et du personnel paramédical a chuté d'une manière assez alarmante ? Un médecin qui ne publie dans les pays anglo-saxon au bout de deux années est automatiquement écarté.
5. On constate de plus en plus que les erreurs médicales ne se comptent plus. A quand un système judiciaire rigoureux qui protégera les patients, lorsqu'il y a erreur médicale ?



**Professeur Farid Chaoui :**

1. La gratuité des soins n'existe pas. La médecine gratuite est un slogan politique qui est vide de sens. La médecine a un coût. La différence, c'est qui paye ? Je ne dirais pas les malades, parce qu'il y a une pharmacienne qui m'a consulté pour sa grossesse. Ce n'est pas une malade. J'utilise le terme d'usager. Le problème est : est-ce que c'est l'usager qui paye de sa poche ou est-ce qu'il y a un système derrière lui qui paye pour lui ? Et est-ce que ce système est volontaire, c'est-à-dire il dépend de l'individu qui va choisir lui-même sa propre assurance ? ou est-ce que c'est un système solidaire qui couvre l'ensemble de la population ? Mais il faut que quelqu'un paye. Un acte médical coûte de l'argent. Il faut le payer.
2. Vous avez parlé du nombre de consultations. Je crois que dans la nouvelle loi sanitaire, il en est question. Dans tous les pays du monde, on considère que ceux qui génèrent le plus de soins coûteux, les soins les plus lourds, qui sont les plus gros dépensiers dans le domaine de la santé, ce sont les spécialistes comme moi. Et le meilleur moyen de réduire l'accès hospitalier, c'est de développer un système de médecins généralistes, et d'imposer aux malades ou à l'usager de voir d'abord le médecin généraliste. Et c'est le médecin généraliste qui décide si cet usager doit aller ou pas, voir le spécialiste. Là aussi, il n'y a pas de système parfait. Au Canada, cela se passe comme cela. Ils ont de très gros problèmes. C'est la même situation qui prévaut en Grande-Bretagne. Nous devons faire un choix. La plupart des spécialistes dans leurs consultations font 80% de médecine générale et 20% de travail de spécialiste, parce que les Algériens ont pour habitude d'ignorer le médecin généraliste et d'aller directement voir le médecin spécialiste. Or le médecin spécialiste, quand vous avez mal à la tête, il va vous donner du paracétamol et vous rentrez chez vous. Mais si vous allez voir un neurologue, ce sera une toute autre que vous allez avoir.

3. Les médecins ont certes des lacunes, mais ce sont des lacunes que l'on peut combler. Donc même si le niveau n'est aujourd'hui pas très satisfaisant, il est perfectible en faisant obligation de la formation postuniversitaire. C'est probablement de cela que vous parliez, lorsque vous avez évoqué le problème des publications. Un médecin n'est pas obligé de publier. Ce sont les universitaires. « C'est publier ou périr », comme disent les Américains. Si vous ne publiez pas, vous disparaissiez. Mais ce qui est imposé de par le monde aujourd'hui c'est la formation postuniversitaire. Le médecin est obligé de se former, parce que la médecine évolue très vite. Dans les pays sérieux, c'est l'Etat qui prend en charge la formation postuniversitaire des médecins, pas l'industrie pharmaceutique. Or, aujourd'hui en Algérie tous les congrès de formations postuniversitaires se font à travers les sociétés savantes des cardiologues, des gastroentérologues, se font par l'industrie pharmaceutique.
  
4. Médecin et justice : cela devient aujourd'hui un problème grave. Notre justice n'est pas préparée à cela. Je tiens cette information de personnalités de notre système judiciaire. Ils disent tous : « Nous n'avons pas les compétences nécessaires pour faire face. Le droit médical n'existe pas en Algérie. Les juges, les procureurs, les avocats ne sont pas formés dans ce domaine là. Dès qu'il y a un problème, c'est la panique. C'est un peu des dispositifs peu coûteux, qui commencent à perturber sérieusement aussi bien la vie du personnel de santé que celle des citoyens. Ceci dit les usagers ont le droit de se défendre. C'est leur droit. Il est normal que quelqu'un qui a été lésé dans ses droits, puisse porter plainte, aller au devant des instances concernées pour demander réparation. Ceci est la moindre des choses. Le problème, c'est qu'il faut développer les compétences à ce niveau là pour qu'il n'y ait pas d'arbitraire ni vis-à-vis de l'utilisateur qui se plaint, ni vis-à-vis du médecin qui est attaqué par l'utilisateur.

