

LES POLITIQUES DE SANTE DANS LE MONDE : CAS DE L'ALGERIE

Dr KAÏD TLILANE Nouara
Université Abderrahmane MIRA de Béjaia

Résumé :

Les politiques de santé des pays développés et particulièrement celles des pays de l'Union Européenne se caractérisent par leur action et leur caractère intersectoriel tourné vers la santé publique. En Europe, les politiques de santé ont connu des changements en fonction des réformes socio-économiques et politiques. Dans les pays en développement, la crise et la dégradation des perspectives économiques auxquelles une grande partie de ces pays ont été confrontés cette dernière décennie ont du adopter des mesures d'ajustement économique imposées par le FMI. Ces mesures ont pris la forme d'une compression de la demande, d'une dévaluation monétaire, d'un retrait de subventions aux combustibles et aux aliments de base et de réduction dans les dépenses publiques. Malheureusement, les mesures de redressement choisies se sont souvent soldées par l'aggravation des conditions d'existence des groupes les plus pauvres et les plus vulnérables tout particulièrement à court terme. En matière de santé, la régression se fait largement sentir. Des maladies que l'on croyait éradiquées ont réapparu et le taux de mortalité infantile est de nouveau en hausse dans certaine région du monde.

L'élaboration des politiques sanitaires, susceptibles de valoriser le potentiel existant et d'en améliorer les performances, passe nécessairement par une connaissance scientifique et rigoureuse du réel. Toute politique de santé, tout choix dans ce domaine doit être basé sur des données recueillies sur le terrain. Or, l'information sanitaire, outil nécessaire au développement de tout système de santé est peu disponible en Algérie. Une des lacunes de la politique de santé algérienne est l'absence d'un système d'information et d'évaluation. Des institutions à l'échelle wilaya doivent être créées, des enquêtes et sondages doivent être faits régulièrement pour mieux connaître les problèmes, les besoins et les insuffisances des populations et ce, dans différents domaines de la vie.

Notre objectif à travers ce papier est double :

- d'abord tenter de présenter les fondements théoriques des politiques de santé dans le monde,
- puis, tenter de d'évaluer les politiques sanitaires en Algérie.

INTRODUCTION

L'objectif premier d'une politique de santé est d'améliorer la santé des citoyens qui dépend de tout un ensemble de facteurs, dont le système de soins. Les objectifs secondaires de la politique de santé sont d'assurer un accès équitable aux soins médicaux, de gérer efficacement les établissements médicaux et de financer les programmes de santé publique de manière efficace et équitable.

Les politiques de santé des pays développés et particulièrement celles des pays de l'union européenne se caractérisent par leur action et leur caractère intersectoriel tourné vers la santé publique. Jusqu'à la fin des années quarante, la santé publique était dévolue à la protection de la population contre les épidémies, les dangers de l'environnement et l'application parfois contraignante des réglementations en la matière. Jusque là, la santé publique était largement inspirée par les théories hygiénistes et les travaux des microbiologistes de la fin du 19^{ème} siècle. A la même époque, les maladies chroniques remplacèrent progressivement les infections comme premières

causes de morbidité et de mortalité. Cette transition épidémiologique modifie l'objet de santé publique autour de deux concepts¹ :

- Epidémiologie des maladies non transmissibles qui implique le tabac comme cause première des principales affections pulmonaires, en particulier le cancer.
- Une approche communautaire de l'action médicale dont le but est une implication plus importante du citoyen dans la connaissance et la gestion de sa propre santé.

Au début des années quatre-vingt, les maladies infectieuses reviennent non seulement en force mais résistent aux traitements classiques. La santé publique est alors réorientée vers les concepts pasteurien de vaccination, systèmes de surveillance contre les épidémies, protection de la santé des populations à la faveur d'événements majeurs et/ou médiatiques tels que le sida et "la vache folle". Au niveau de la commission européenne, on assiste à la création de "la protection des consommateurs et de leur santé". Aux grands maux les grands remèdes. Le cinquième programme-cadre de l'union européenne est doté de près de 15 milliards d'euros pour la période quadriennale 1999 à 2002. 20% de cette somme sont alloués à la lutte contre les maladies transmissibles et aux problèmes assimilés. Les initiatives du secteur privé qui sont incluses dans le vaste ensemble de la santé publique se multiplient. L'Europe de la santé représente une vaste étendue géographique, un contexte socio-économique et culturel aussi varié ne peut que contenir une diversité extrême des problèmes et des besoins en matière de santé. En Europe, les politiques de santé ont connu des changements en fonction des réformes socio-économiques et politiques.

Dans les pays en développement, la crise et la dégradation des perspectives économiques auxquelles une grande partie de ces pays ont été confrontés cette dernière décennie ont du adopter des mesures d'ajustement économique imposées par le FMI. Ces mesures ont pris la forme d'une compression de la demande, d'une dévaluation monétaire, d'un retrait de subventions aux combustibles et aux aliments de base et de réduction dans les dépenses publiques. Malheureusement,

1 : Rougement A. : La santé en Europe 1 : les politiques de santé, Ed. Centre européen de la Culture, Actes Sud, 1999. P.9.

les mesures de redressement choisies se sont souvent soldées par l'aggravation des conditions d'existence des groupes les plus pauvres et les plus vulnérables tout particulièrement à court terme. En matière de santé, la régression se fait largement sentir. Des maladies que l'on croyait éradiquées ont réapparu et le taux de mortalité infantile est de nouveau en hausse dans certaine région du monde

Notre objectif à travers ce papier est de tenter de :

- 1°- présenter les fondements théoriques des politiques de santé dans le monde,
- 2°- évaluer les politiques sanitaires en Algérie.

I- LES FONDEMENTS THEORIQUES DES POLITIQUES DE SANTE DANS LE MONDE

Dans cette section, nous nous interrogeons sur le choix d'une politique de santé à savoir : sur quelles bases se fait elle ? Quelle est sa finalité ? Quelles réformes faut-il apporter et pour quel système de santé ?

1- Les bases d'une politique de santé

Les éléments à prendre en compte pour l'élaboration d'une politique de santé passe, semble-t-il, par la connaissance des déterminants de la santé et de l'évaluation médicale. La connaissance du premier permet de lutter de manière efficace contre les problèmes de santé et par conséquent aide à la détermination des facteurs de risque sur lequel le système de santé a peu ou beaucoup d'influence directe. Celle du second permet une maîtrise des coûts de la santé.

1.1- Les déterminants de la santé

Thomas Mc Keown¹ a été parmi les premiers, à insister sur l'importance extrême des déterminants non médicaux de la santé à savoir : comportement, environnement et biologie humaine. Puis, progressivement, un consensus a été établi autour de cette idée qui a été d'ailleurs réaffirmée par l'OMS dans l'une de ses publications².

Selon Mc Keown, dans le contexte actuel, le premier élément à prendre en considération dans la réforme du secteur de la santé consiste à reconnaître que, si les services de santé sont évidemment hautement concernés par les problèmes de santé, ils ont un impact relativement limité sur l'état de santé de la population, par rapport à l'influence majeure des modes et conditions de vie et de l'environnement.

En ce qui concerne l'environnement au sens large du terme, certains travaux récents ont démontré que la situation "défavorable" d'un individu dans la hiérarchie sociale et dans le monde du travail permet d'expliquer une susceptibilité accrue au stress et à la maladie et ce, par l'intermédiaire de mécanismes biologiques dont certains sont aujourd'hui connus.

Du point de vu de l'efficacité et même des coûts, la négligence des systèmes de santé vis à vis des déterminants non médicaux de la santé explique en partie la situation actuelle. Prenons un exemple : la mauvaise gestion de l'environnement a un impact direct sur la santé publique, en effet, la

1: Mc Keown T.: The role of medicine. Dream, mirage or nemesis? The nuffield provincial hospitals trust, London, 1976

Rapporté par Rougement A. : La santé en Europe 1 : les politiques de santé, déjà cité. P. 31.

2: OMS: Who Regional Publications, European Health Care Reform: Analysis of current strategies. Summary,

Copenhague, 1996, P. 6.
dégradation de l'environnement peut compromettre le développement et met en péril la santé humaine. A ce sujet, l'Algérie dépense encore des sommes considérables pour atténuer les effets de certaines graves maladies dues aux pollutions accidentelles¹

Les phénomènes de pollution sont à l'origine de vives préoccupations environnementales au niveau mondial. Il en découle aussi des préoccupations d'ordre sanitaires. Les pathologies pulmonaires occupent une place importante en santé publique. Selon l'OMS les infections respiratoires aiguës (IRA) sont l'une des trois principales causes de mortalité infantile dans les pays en voie de développement et sont responsables de 27% des cas de mortalité chez les nourrissons. En Algérie, elles constituent un motif principal de consultation, d'hospitalisation et de consommation médicamenteuse². Prenons un autre exemple : on dépense chaque année, au niveau mondial, des milliards pour la prise en charge des cas de cancer pulmonaire et autres maladies liées au tabac. Les spécialistes de la santé tirent la sonnette d'alarme sur le risque majeur que le tabagisme représente pour la santé au 21^e siècle. Partie en guerre depuis plusieurs années contre la consommation de tabac

qui est responsable de la mort de 4 millions de personnes par an, l'OMS a décidé d'ouvrir un nouveau front dans sa lutte contre le tabac en dénonçant son usage au cinéma et à la télévision, à l'occasion de la journée mondiale sans tabac, le 31 mai 2000. Peu avant cette date, une étude de l'OMS rendue publique souligne que "lorsque le tabac est présenté comme quelque chose d'attrayant au cinéma, à la télévision et dans les vidéo-clips, les jeunes en déduisent volontiers qu'il est naturel et souhaitable de fumer". Ainsi, l'OMS semble accuser l'industrie cinématographique qui, insidieusement poussée par l'industrie du tabac, valorise cette consommation, plus particulièrement auprès des jeunes. L'acceptabilité du tabac est encore plus évidente quand sa consommation est valorisée comme méthode de relaxation, de représentation sociale et d'affirmation d'indépendance. C'est pourquoi, l'agence spécialisée de l'ONU propose quatre mesures immédiates pour décourager la consommation de tabac, notamment chez les jeunes :

- éviter de le rendre attrayant,
- le remplacer par autre chose,
- montrer la réalité du tabagisme,
- et enfin, œuvrer en faveur d'une réduction globale de la consommation.

Plus généralement, la situation actuelle est caractérisée d'un côté, par les sommes colossales investies dans une répression inefficace contre les drogues illégales, de l'autre, par une promotion active de la production et de la distribution du tabac, dont les effets néfastes sur la santé se révèlent quantitativement bien plus importants. Les principes néolibéraux qui sous-tendent cette attitude sont :

- les droits acquis (un poison ayant acquis droit de cité n'est pas un poison),
- la liberté de commerce et d'industrie,
- la responsabilité individuelle de chaque citoyen vis-à-vis de ses choix (même lorsqu'il s'agit de produits reconnus pour engendrer la dépendance et donc une absence de possibilité de choix une fois la dépendance installée).

L'industrie du tabac génère certes des revenus importants à l'Etat, mais ce n'est pas pour autant qu'il ne faille pas agir en conséquence, surtout lorsque cette industrie nuit à une partie de plus en plus importante de la population et particulièrement des jeunes (chaque jour 82.000 à 100.000 adolescents allument leur première cigarette, constate l'étude de l'OMS qui dénonce le rôle de

1 Kaïd N. : Le système de santé algérien entre efficacité et équité : Essai d'évaluation à travers la santé des enfants :

Enquête dans la wilaya de Béjaïa. Thèse de Doctorat d'Etat Es Sciences Economiques, Alger 2003. PP. 169-170.

2 : MSP-INSP : Séminaire-Atelier sur les programmes de santé maternelle et infantile, Ed. ANDS, 1997. P. 131.

l'industrie du divertissement). De toutes les façons, les dépenses consacrées à la prise en charge des cas de cancer pulmonaire et autres maladies liées au tabac pourraient être bien supérieures aux revenus perçus par l'Etat de ces industries.

1.2- L'évaluation des procédures médicales

A la fin des années soixante, des médecins ont constaté que malgré l'absence totale d'intervention médicale, les épidémies réputées les plus meurtrières, comme la fièvre typhoïde et la diphtérie n'étaient responsables que d'une faible mortalité. Ce qui les a fait réfléchir sur l'efficacité de la médecine aussi bien individuelle qu'au niveau d'un système national de santé. La première conclusion qui s'est imposée à A.L. Cochrane¹ comme à d'autres, était celle de l'énorme quantité de ressources investies dans les actes médicaux et les systèmes de soins, comparée à l'incertitude quant au résultat observé. Il avait conclu à la nécessité d'évaluer sans relâche toutes les pratiques médicales.

Pour Cochrane, l'évaluation de l'efficacité de toute procédure médicale est une exigence professionnelle et civique dans une économie de remboursement public des coûts liés à la maladie. Cependant depuis le début des années soixante-dix, il a été prouvé que les coûts dans le domaine curatif étaient fortement dépendants de la variabilité des traitements proposés pour un diagnostic donné, donc de l'incertitude quant aux résultats obtenus. L'évaluation systématique de toute forme d'intervention médicale dans le cadre de protocoles comparatifs, se révèle donc un moyen de diminuer les coûts par un plus haut degré de standardisation.

Cochrane a donc été l'un des premiers à entrevoir le caractère d'exigence éthique de l'évaluation de l'efficacité et de la qualité des soins dans une situation caractérisée par un rendement de plus en plus marginal des investissements directs dans le domaine de la santé. Autrement dit, pour un dinar supplémentaire dépensé, les résultats deviennent si maigres en termes quantitatifs qu'il n'est plus acceptable de ne pas être excellents en termes de qualité et d'efficacité.

Pour soigner un problème de santé, toute une série d'actions médico-sociales sont suggérées et convergent vers un effet préventif réellement efficace. Cependant, certains problèmes de santé ont pour déterminant des facteurs de risque : le vieillissement individuel et démographique sur lequel le système de santé a peu d'influence directe.

Une véritable politique de santé est selon J. P. Grangaud² "une volonté de décideurs qui consiste à légiférer pour mettre en place un certain nombre de critères, d'ordonnancements et de procédures. C'est donner un cadre de droit, légal, clair, transparent, aux hommes de la profession pour exercer au mieux ce métier qui est de porter aide et assistances aux citoyens". Elle a un caractère fondamentalement intersectoriel pour des objectifs exprimés en termes d'amélioration de la santé. Il semble, en effet, moins bien contraignant, car moins complexe, de se donner des objectifs en termes de services ou de structures que d'imaginer des actions concertées et intersectorielles nécessaires à la diminution de l'incidence des atteintes à la santé (cancer, typhoïde, sida, suicides,...).

2- La finalité d'une politique de santé

1: Cochrane A. L.: Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services, the Nuffield Provincial

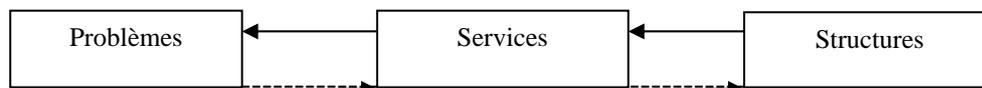
Hospitals Trust, London, 1971 (version française par A. Rougement et E. Guberan,

"L'Inflation médicale", Galilée, Paris, 1977).

2 : J. P. Grangaud : Professeur en Pédiatrie et conseiller au ministère de la santé. In Djelfaoui A. : "Grangaud

d'Alger à El-Djazair". Editions Casbah, Alger 2000. P. 204.

Le discours sur la santé est en général confus en particulier lorsqu'il est utilisé par les politiciens et par les médias. Le terme de santé est générique. Il est utilisé pour désigner des réalités diverses comme l'illustre le schéma suivant¹ :



—→ : voie habituelle.
 ---- : voie préconisée.

- "Problèmes" : concerne les atteintes à la santé : maladies, traumatismes, handicaps, etc.
- "Services" : concerne les soins, c'est à dire les services nécessaires à la prise en charge des problèmes de santé. On entend par services aussi bien les structures que les processus.
- "structures" : il s'agit des questions relatives aux structures et au fonctionnement du système (systèmes d'assurances, statut des soignants, paiement des actes préventifs, etc.)

La gestion des problèmes de santé, de services et de structures se fait selon des méthodes, des processus et des acteurs souvent différents. Le remboursement des coûts, en fonction du régime d'assurance, l'intégration des activités préventives dans la prise en charge, la compensation des pertes de gains sont des exemples de problèmes liés aux structures du système.

2.1- Les moyens utilisés

Une politique de santé peut être définie comme "un ensemble de mesures, cohérentes entre elles, susceptibles de réduire les affections pathologiques. Ces mesures étant généralement de type sanitaire, mais ne pouvant en aucun cas s'y réduire"². Une politique de santé a pour objectif premier, la définition des conditions nécessaires au maintien, à la restauration et à l'amélioration de l'état de santé d'une population et de ses membres. Sa finalité est donc une contribution à la solution des problèmes de santé.

Une politique de santé se définit plutôt comme les principes, les grands axes, les stratégies et surtout les moyens d'une action qui visent la satisfaction des patients en cas de maladie. Alors que l'énoncé le plus fréquent, concerne une "politique de santé" axée sur les moyens (problèmes de services et de structures); partant de l'hypothèse que plus les moyens sont abondants et judicieusement utilisés, meilleur sera le résultat en termes de santé. Dans ce cas, les contraintes sont moindres car les résultats sont rapportés en termes de gestion. Cependant, cette option présuppose que des moyens soient alloués à des structures capables de prendre en charge les problèmes prioritaires, correctement identifiés et quantifiés, ce qui n'est jamais le cas. Le tableau suivant schématise les deux options.

1 : Rougement A. : les politiques de santé, déjà cité, P. 43.

2 : Oufriha F. Z. : Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie, OPU, 1992. P. 247.

Tableau 1 : Schéma des deux options de politiques de santé

Objectifs d'une politique axée sur l'amélioration des solutions aux problèmes de santé	Objectifs d'une politique axée sur l'amélioration des structures et des services
1. Diminuer l'importance de la morbidité et de la mortalité due : * Aux maladies chroniques (cardio-vasculaires) pour les urgences médicales, * Aux maladies non transmissibles (exemple cancer), * Aux traumatismes.	<ul style="list-style-type: none"> • Introduire un numéro téléphonique à trois chiffres • Améliorer l'information du public sur la prévention, le diagnostic et les traitements du cancer. • Etablir un programme concernant des sièges pour les enfants.
2. Eradiquer la rougeole, la polio et la diphtérie	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la couverture vaccinale. • Promouvoir l'éducation à la santé.
3. Diminuer l'incidence et les conséquences des accidents (à domicile et de circulation).	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les soins et l'aide à domicile. • Procurer aux personnes âgées des appartements adaptés.
4. etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Etc.

Source : Rougement A. : Les politiques de santé, Ed. Centre européen de la culture Actes Sud, 1999, P. 46.

2.2- Les objectifs d'une politique de santé :

Les politiques de santé actuelles ont en général pour objectifs des éléments tirés de la colonne de droite du tableau 1. Les objectifs d'une telle politique sont doubles :

- Des objectifs qui visent uniquement le développement des services et des structures.
- Des objectifs qui impliquent que les mesures préconisées aient des effets positifs sur les principaux problèmes de santé dont certains figurent dans la colonne de gauche (amélioration de la couverture vaccinale).

Pour les pays en voie de développement, les politiques de santé axées sur l'amélioration des services et structures sont ainsi contraignantes non seulement pour les investissements importants qu'elles impliquent (moyens financiers) mais également pour les résultats positifs à atteindre (des problèmes de santé à vaincre).

Une politique de santé devrait donc comporter des éléments de la colonne de gauche du tableau, option exceptionnelle, pour les raisons suivantes et dont certaines ont déjà été évoquées :

- Depuis toujours, les systèmes sont conçus et gérés en fonction de la pression des professionnels de la santé, le corps médical en particulier, par les secteurs économiques concernés, ainsi que par les "besoins" du public.
- Un système ayant pour base une politique et des objectifs impliquant des résultats exprimés en termes de santé nécessiterait des capacités d'évaluation complexes, coûteuses et

déstabilisantes : les acteurs impliqués ne pourraient en effet plus se confiner à des résultats de gestion et à l'appréciation très subjective du public et des instances décisionnelles.

- Chaque case de la première colonne implique une multitude d'actions et donc un système intersectoriel infiniment plus complexe que les systèmes de santé actuels.

3- Quelles réformes pour quels systèmes de santé ?

La plupart des réformes se situent autour du couple solidarité / maîtrise des coûts. Faut-il raisonner en termes de maîtrise des coûts ou en termes de maintien de solidarité ?

- Certains auteurs (Hayek F.A. 1974, Moatti J.P. 1992, Rochefort R. 1993, Gadreau M. et Schneider-Brunner C. 1997) pensent que toute tentative de maîtrise des coûts implique inéluctablement un déficit dans la solidarité par le biais d'une moindre accessibilité aux soins pour les plus démunis, à une moindre qualité des soins pour les autres, et par conséquent à une dégradation de l'état de santé global d'une population.
- A l'inverse, d'autres (Gamel C. 1992, Mougeot M. 1994, Fleurbaey M. 1996) pensent que le maintien de la solidarité passe inévitablement par une augmentation du rendement et de l'efficacité des ressources, toujours trop peu importantes, affectées à la santé.

La réforme d'un système doit être à la fois structurelle et culturelle.

- Structurelle, dans le but de redresser les dysfonctionnements existants quelque soit le secteur où ils se manifestent.
- Culturelle à la fois au plan individuel et au plan collectif (l'orientation du malade vers un mausolée au lieu d'une structure de soins, la place de la médecine traditionnelle, etc.).

Ainsi, aucune réforme structurelle ne peut aboutir si les attitudes des pourvoyeurs de soins, des consommateurs et des assureurs-payeurs ne sont pas profondément modifiées. Quant à celle qui viendrait, au-delà des préoccupations politiques, administratives et financières, elle semble, encore plus lointaine dans la préoccupation réformatrice. Prétendre qu'une amélioration des soins aboutirait à la fois à une diminution des coûts et à une amélioration de la santé nécessite un débat approfondi car une telle réflexion implique une série d'hypothèses qui restent à prouver :

- La première, consiste à poser comme acquise : l'adéquation fondamentale des structures existantes aux problèmes et aux besoins de santé.
- La seconde, veut que des ressources allouées spécifiquement à la prévention et à la promotion de la santé aient une action sur l'état de santé meilleure que celles qui seraient allouées aux services de soins, comme c'est le cas actuellement.

Valider toutes les hypothèses pour en faire une action rationnellement fondée et non une opinion est un processus long et laborieux.

*** Solidarité et équité**

Le concept de solidarité qui est souvent lié à celui de l'équité, est à la base de tout système de sécurité médico-social et présente plusieurs aspects dont deux essentiels, sont fréquemment oubliés :

1. Certaines maladies sont représentées par des affections dénuées de prestige scientifique (douleurs dorsales, problèmes dermatologiques, états anxieux et dépressifs, etc.). Leur prise en

charge ne nécessite aucune structure de haute technologie et l'intérêt scientifique qu'elle suscite reste modeste par rapport à des affections, plus rare, objets de toutes les attentions (cancers, chirurgie cardio-vasculaires ...). Si l'on souhaite agir équitablement sur le fardeau de la maladie, un rééquilibrage d'urgence en matière d'allocation des ressources dans les systèmes de soins s'impose. Cette remarque a été déjà faite par A.L. Cochrane au début des années soixante dix.

2. La seconde anomalie, très répandue en matière d'efficacité et de solidarité, concerne les systèmes de sécurité médico-sociale, dans lesquels les cotisations ne sont pas proportionnelles aux ressources des cotisants.

Enfin, quelle que soit la difficulté de l'exercice, il faut admettre que les coûts extravagants des systèmes de soins font de la qualité des prestations non seulement un impératif professionnel, mais une exigence éthique, indépendamment du résultat attendu.

Une autre pression réformatrice est celle de la satisfaction des consommateurs quand à leur système de santé. Pour un même niveau de dépenses données, les consommateurs de soins peuvent avoir des comportements différents quant à la satisfaction de leurs systèmes de soins.

Pour revenir au concept de l'équité et sans entrer dans un débat sur celui-ci face à la santé qui dépasse les préoccupations de notre étude il nous paraît important de souligner un aspect fondamental du problème des inégalités sociales de santé. Il est très bien évoqué par C. Schneider-Bunner (1997) dans les interrogations suivantes¹ :

- D'abord, "quelles sont les conceptions de l'équité que l'on peut envisager pour le domaine de la santé à partir des théories contemporaines de la justice sociale ?
- Puis, parmi ces conceptions, lesquelles sont en vigueur, explicitement ou implicitement, dans les systèmes de santé européens ?"

La recherche de l'auteur présente un intérêt théorique et social. L'intérêt théorique recouvre plus particulièrement la définition de l'équité dans le domaine de la santé. L'application des théories de la justice dans ce domaine, consiste à déterminer des critères d'équité. Et, "l'analyse de l'équité des systèmes de santé nécessite de déterminer les implications de ces théories pour la santé ou l'accès aux soins"². L'intérêt social se manifeste à travers la révélation des conceptions de l'équité sous-jacentes aux systèmes de santé européens. La recherche d'une meilleure connaissance de la situation et de l'évolution de ces systèmes vise tout à la fois à apprécier les mécanismes influant sur le niveau d'équité et à clarifier les alternatives possibles. Cependant, l'équité doit reposer sur la régulation des dépenses qui, aujourd'hui, est indispensable. Il semble que le lien entre efficacité et équité devrait et pourrait être développé de façon plus constructive que conflictuelle. La question que l'on se pose est la suivante : quelles incitations faut-il mettre en place pour que le système de soins soit à la fois juste et efficace techniquement et économiquement ?

La crise économique mondiale de la fin des années 80 et les diverses réorganisations réglementaires et budgétaires induites ont provoqué une "redistribution des inégalités, désormais plus concentrées sur la population des exclus"³. En effet, la montée du chômage a eu des conséquences bien repérables sur les conditions de vie de larges couches de populations qui, par conséquent, réduisent leurs dépenses de santé dans la même proportion que l'ensemble de leur train de vie. Plus généralement, cette pression économique se manifeste par l'accroissement, au cours de cette dernière décennie, des disparités d'accès aux soins très marquées, selon le revenu, pour les plus mal couverts.

1: Schneider-Bunner C. : Santé et justice sociale : L'économie des systèmes de santé face à l'équité. Ed. Economica, 1997. pp. 3, 4, 39, 141, 254.

2 : Lachaud C. : Equité dans le financement et la prestation de soins de santé en France. In Duru G. et alii : Analyses et évaluations en économie de la santé. Ed. Hermès, Paris, 1994. P. 90

3 : Mormiche P. : Inégalités de santé et inéquité du système de soins. In Economie de la santé : trajectoires du future, sous la coordination de Jacobzone S., INSEE Méthodes n°64-65, Ed. Economica, 1997. P. 91.

A ce niveau, toutes les études convergent : L. Caussat (1992), les enquêtes du CREDES (1993), P. Aiach et D. Cebe (1994), A. Mizrahi (1993) et bien d'autres confirment que le champ sanitaire semble bien être le reflet des processus sociaux de fragilisation sociale¹.

II- TENTATIVE D'EVALUATION DES POLITIQUES SANITAIRES EN ALGERIE

A l'indépendance, le système de santé, fondé sur l'action curative au profit d'une population minoritaire concentré dans les centres urbains (Alger, Constantine, Oran), était inadapté à la réalité sociale. Au cours des années 70, le système de soins a été radicalement changé. En 1974, l'accès aux soins dans les structures publiques de santé a été institué et, la constitution de 1976 intègre le principe de gratuité. L'Etat était devenu alors l'organisateur direct des activités de soins et du financement des dépenses. La santé publique a donc bénéficié depuis l'indépendance d'importants investissements en matière d'infrastructures sanitaires, d'équipements et de formation de personnel. Cependant, tous les moyens mis à la disposition de la santé publique n'ont pas abouti aux résultats espérés. Un malaise de plus en plus profond se faisait déjà sentir dès le début des années 80 tant au niveau des consommateurs que des producteurs de la santé, ceci bien avant la survenue de la crise économique et de l'application des réformes imposées par le FMI.

Le déblocage des crédits (en infrastructures sanitaires ou en équipements) dans le but d'améliorer les capacités d'accueil du système de soins témoigne d'une grande volonté des pouvoirs publics. Cependant, il est légitime de se demander comment de tels investissements puissent être aussi peu efficaces ?

La performance du système de santé peut être mesurée par sa capacité dans l'amélioration de l'état de santé de la population et par son influence sur la prolongation de l'espérance de vie (évaluation externe). L'étude des répercussions de l'évolution d'un système de santé sur l'état de santé de la population permet de mieux cerner les éventuels dysfonctionnements de la politique sanitaire suivie.

Les décalages intervenus depuis les années 90, avec les transitions épidémiologique et économique traduites respectivement par "l'apparition prononcée de maladies chroniques lourdes d'une part et l'ouverture du marché, la désagrégation de la classe moyenne, la stratification des classes sociales, le fort écart de revenus du secteur privé médical par rapport à l'indigence des salaires versés dans le secteur public d'autre part, provoquent déjà des cassures brutales qui remettent en cause l'antérieure cohérence d'ensemble du système"².

Le financement du système de soins algérien a plutôt favorisé son orientation curative. Au cours de ces deux dernières décennies, les dépenses nationales de santé ont augmenté rapidement (en valeur absolue). Ce qui a conduit à des régulations dans les dépenses et à un malaise au niveau des prestations de soins et des malades. La crise économique qu'a traversé le pays depuis 1986 a exercé un effet négatif de plus en plus perceptible sur le niveau de vie de la population et a élargi par conséquent le champ des exclus.

Une des lacunes de la politique de santé algérienne est l'absence d'un système d'information et d'évaluation. Toute politique de santé, tout choix dans ce domaine doit être basé sur des données recueillies sur le terrain. Or, l'information sanitaire, outil nécessaire au développement de tout

1 : Tanti-Hardouin N. : Economie de la santé, Ed. Armand Colin, Paris 1994. P. 215.

2 : Lamri L. : Changeons le système de santé. Revue de l'Institut National Pédagogique de Formation Paramédicale (INFPF), édition 2001.

Le système de santé est peu disponible en Algérie¹. En effet, le système d'information statistique algérien n'est pas fiable et les données sont souvent biaisées lorsqu'elles sont disponibles². L'élaboration des politiques sanitaires, susceptibles de valoriser le potentiel existant et d'en améliorer les performances, passe nécessairement par une connaissance scientifique et rigoureuse du réel. Des institutions à l'échelle wilaya doivent être créées, des enquêtes et sondages doivent être faits régulièrement pour mieux connaître les problèmes, les besoins et les insuffisances des populations et ce, dans différents domaines de la vie. Les données régionales peuvent être regroupées pour une moyenne nationale au niveau des différents ministères relevant des domaines précis (ministère de la santé, lorsque les enquêtes portent sur la santé de la population, ministère de l'éducation, lorsque les données traitent de l'éducation, scolarisation, etc.).

Les enquêtes portant sur la santé permettent de mieux connaître les conditions de vie des populations dans la région et de pouvoir donc contribuer à mieux analyser leurs problèmes et leurs besoins, sans oublier l'amélioration du niveau sanitaire. Par ailleurs, l'expérience acquise des études faites permettra une exécution plus positive et plus efficace des recherches futures.

1- Le diagnostic de la santé en Algérie

La santé des populations algériennes a connu en moyenne une nette amélioration par rapport à la situation que l'on couvait au lendemain de l'indépendance. Les progrès réalisés entre 1967 et 1989 ne résultent pas évidemment des seules actions sanitaires. Ces avancées sont aussi et surtout le fruit d'une politique économique et sociale globale.

Grâce à la vaccination, l'action sanitaire s'est traduite par une large diminution de maladies telles que la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. D'autres maladies transmissibles ont pratiquement disparu, c'est le cas du trachome et du paludisme.

Si l'éradication de certaines affections, la baisse bien que largement insuffisante de la mortalité infantile et l'élévation de l'espérance de vie sont les signes d'une amélioration de l'état de santé des algériens, cela ne signifie pas pour autant que l'Algérie soit en mesure, aujourd'hui, de répondre aux normes définies par l'O.M.S. Nous sommes encore loin d'avoir atteint ce stade, d'autant plus que sur un fond général de progrès, se greffent des situations extrêmement disparates et nous citerons qu'un aspect de celles-ci : le caractère inégal de la répartition régionale des ressources.

Parmi les programmes nationaux de santé, le programme élargi de vaccination (PEV) et le planning familial sont des programmes réussis. Cependant, en raison des difficultés économiques et la réduction des ressources financières durant la décennie 90, la transition vers l'économie de marché et la privatisation qui concerne également le secteur de la santé ainsi que le programme

1 : Prenons quelques exemples :

- Le cancer est l'une des trois causes principales de mortalité en Algérie, mais les données statistiques relatives à ce domaine sont encore partielles ou estimatives concernant les facteurs favorisants, leurs répartitions géographiques, les âges les plus touchés, etc. Pour

pouvoir établir un programme de lutte contre ce phénomène, il est indispensable de connaître ces paramètres.

- Un autre exemple, celui de la mortalité maternelle qui est toujours importante en Algérie. Ses causes ne sont que partiellement connues. Or la prise en charge spécifique exige la nécessité de disposer d'informations précises.

2 : Lorsque les données statistiques sont disponibles elles diffèrent selon les sources (SEMEP, APC, DSP, DPAT-Béjaia, MSP, ONS). Exemple : le taux de mortalité infantile dans la wilaya de Béjaia a été disponible selon les six versions (les différentes sources que nous venons de citer). Pour certaines données, il a fallu consulter les registres de la DSP de Béjaia.

d'ajustement structurel suivi, l'accessibilité aux soins de santé de base et notamment aux services de santé de reproduction ont subi un "fléchissement" du fait du manque de moyens contraceptifs, de personnel médical et/ou paramédical, d'équipement, de médicaments, etc., entraînant la fermeture de certaines structures ou services de santé. En tenant compte des niveaux encore élevés de mortalité maternelle et infantile en Algérie, le renforcement du programme de planning familial est justifié.

La situation sanitaire de l'Algérie de cette dernière décennie est un cas particulier dans l'étude des effets des difficultés socio-économiques et financières sur la qualité de vie de la population. En effet, notre pays est actuellement touché par les deux types de maladies :

- Les maladies des pays développés : cancer, diabète, sida, etc., et d'autres phénomènes liés à la santé et spécifiques aux pays avancés tels que le stress, les suicides, et les accidents de circulation.
- Et les maladies des pays du Tiers-monde dites "maladies de la pauvreté" à savoir le retour :
 - inquiétant des infections contagieuses (méningite, tuberculose, maladies sexuellement transmissibles),
 - et en force, celles à transmission hydrique (typhoïde, ...).

Le domaine de la santé ne se limite pas aux soins et techniques prodigués aux individus malades. Il comprend tous les aspects de la vie sociale, économique et politique qui déterminent le potentiel de vie des populations et influencent leur bien-être. Ainsi les déterminants de la santé sont les facteurs qui influencent l'état de santé des populations. Schématiquement, ils peuvent être regroupés en quatre catégories : l'environnement, le comportement, la biologie et les services de santé. Ainsi, la santé d'un individu et/ou d'une population est la résultante des effets combinés de ces quatre catégories.

Depuis quelques années, les contraintes économiques de plus en plus drastiques auxquelles sont soumises les sociétés au niveau mondial comme l'impérieuse nécessité d'améliorer le bien-être de la population et la justice sociale ont conduit à s'interroger sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé. Un consensus s'est dégagé en faveur de deux critères, l'efficience et l'équité, comme objectifs de tout système de santé. Quant au système de santé national, ses caractéristiques sont les suivantes¹ :

1°- Le système de santé algérien manque cruellement d'informations fiables lorsqu'elles existent. Souvent, il fonctionne sans données statistiques réelles (par le moyen d'enquêtes) qui est la base de toute politique de santé. En effet, au niveau des statistiques mondiales de la santé, l'espace réservé à l'Algérie est souvent vide étant donné la non-disponibilité de l'information. Il s'ensuit que :

- Toute tentative d'évaluation de l'état de santé de la population est vouée à l'échec et son amélioration devient impossible.
- L'étude des besoins de santé et les prévisions projetées sont quasiment illusoirs.

2°- Un grand décalage existe entre les principes énoncés et la réalité sur le terrain. Par conséquent, le phénomène paradoxal entre discours politique et réalité sur le terrain ne permet pas de vérifier

réellement l'efficacité de l'application des politiques de santé et de l'impact de ces dernières sur l'état de santé des algériens.

3°- une répartition géographique inégale de l'encadrement sanitaire, (matériel et humain) ce qui entraîne le renforcement des différenciations sociales dans l'accès aux soins.

1 : Kaïd N. : Le système de santé algérien entre efficacité et équité : Essai d'évaluation à travers la santé des

enfants : Enquête dans la wilaya de Béjaïa. Thèse de Doctorat d'Etat Es Sciences Economiques, Alger 2003. PP. 98-99.

4°- La médecine curative est favorisée par rapport à la médecine préventive. Ce qui explique l'augmentation sans cesse croissante des dépenses attribuées aux médicaments et au matériel médical d'une part et la réduction des dépenses de prévention d'autre part.

5°- Sur le plan organisation du système de santé, la mise en oeuvre d'une politique d'encouragement de la médecine privée ne pourra ni garantir l'accès aux soins d'un nombre important d'individus, ni consolider l'extension de la médecine préventive mais plutôt accentuera les inégalités sociales et régionales. En outre, la suppression du service civil a entraîné et entraînera chaque année un nombre important de médecins sans emploi. Ces "chômeurs d'élite" augmenteront le rang des "sans-activités" alors qu'une insuffisance accrue est constatée au niveau des services de soins de santé primaire. Ces derniers sont déficitaires en corps médical qu'en auxiliaires de santé aussi bien à l'échelle des hôpitaux qu'au niveau des centres de santé surtout en milieu rural.

2- La stratégie algérienne en matière de santé

La stratégie algérienne en matière de santé se trouve essentiellement exposée dans la charte nationale et la charte de la santé. Les programmes en la matière se trouvent décrits souvent surtout dans les documents du deuxième plan quinquennal (1985-1989). La charte nationale affirme que "l'Etat a la charge d'assurer la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population". Elle part du principe que "la santé du citoyen, à son tour, une des conditions essentielles pour le succès du développement global". Pour sa part, la Constitution consacre le champ dévolu à l'Etat. Elle dispose à cet effet en son article 54 : "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". Depuis 1993, la législation met également "à la charge de l'Etat les dépenses de soins aux démunis non assurés sociaux, de formation et de recherche"¹.

Les profondes mutations économiques et sociales interpellent la communauté nationale sur la nécessaire adaptation du système de santé. Aussi une charte de la santé a été élaborée en 1998. Elle a pour objectif de définir les principes directeurs et les priorités qui doivent caractériser la politique nationale de santé, son organisation et son financement. Les principes fondamentaux de la politique nationale de santé sont : l'accessibilité aux soins, la justice sociale, l'équité et la solidarité².

Les objectifs tracés s'articulent autour des pôles majeurs liés respectivement à :

- la consolidation de la régionalisation,
- l'effectivité de l'intersectorialité,
- le développement d'un système fiable d'information,
- développement de la formation, notamment continue, et la communication.

La charte de la santé prévoit d'articuler les priorités de la santé³ à l'horizon 2005 autour de :
1°- l'engagement résolu en faveur de la prévention, notamment en matière de :

- santé mère-enfant,
- santé des jeunes,
- santé mentale,
- santé en milieux spécifiques,
- maladies chroniques, accidents et handicaps.

2°- Le développement des soins de santé de base.

1 : MSP : Charte de la santé : assises nationales de la santé, Alger, Palais des nations 26-28 mai 1998, p. 3.

2 : Idem, p. 5.

3 : Idem, pp. 5, 6.

3°- l'amélioration des indicateurs de la santé de la population,

4°- La réduction des risques liés à un environnement défavorable.

5°- La maîtrise des coûts et la réduction de la dépendance par la consolidation et le développement de l'industrie nationale en matière d'équipements et de produits pharmaceutiques.

6°- La réaffirmation du principe de la gratuité des soins dans un cadre juridique renouvelé.

Ainsi, l'actuelle politique nationale de santé met aussi l'accent sur la nécessité d'une politique active de prévention, de planification familiale et d'éducation sanitaire et une couverture sanitaire équitable. En effet, la valeur d'un système de santé ne se vérifie pas seulement à la qualité du soin dispensé, mais surtout à sa capacité à assurer une prévention efficace par des programmes de santé dirigés vers les populations exposées aux risques.

En outre, la charte insiste sur la nécessité d'une plus grande maîtrise des coûts et de la gestion du médicament et des équipements au niveau de l'importation en y favorisant le développement de la production nationale étant donnée la place stratégique du médicament.

En matière de financement, la charte stipule qu'il doit être basé sur la solidarité nationale en vue de l'accès aux soins pour tous. Les sources de financement sont les suivantes :

- le maintien de la participation de l'Etat,
- la consolidation du système de couverture sociale,
- recherche de sources alternatives, de financement des dépenses de santé,
- contribution des ménages.

Ainsi, la dynamique de développement national et la réussite d'une politique de santé dépendent :

- d'abord de la maîtrise et la protection de l'Homme par les programmes nationaux de maîtrise de la croissance démographique d'une part et de protection de la famille d'autre part.
- Puis, de la protection de l'environnement.

2.1- Les activités en matière de population et de protection de la famille

La société algérienne est fortement attachée à la famille. La cellule familiale, lieu de reproduction biologique, devra renforcer ses fonctions de "socialisation" ; car, quel que soit le contexte, elle reste la structure qui sait, encore le mieux, assurer l'équilibre et l'épanouissement de l'individu. A cet égard, dans la formulation des politiques familiales, il s'agira de trouver le juste équilibre permettant de renforcer les fonctions de la famille (éducation, solidarité, sécurité économique) sans que cela ne se traduise par un désengagement des institutions politiques et sociales.

Dans le contexte de la crise économique, la famille algérienne a joué un rôle décisif grâce à ce formidable esprit de "solidarité familiale". Elle supporte notamment le chômage particulièrement des jeunes et la crise de logement. Pour soutenir ces familles dont les capacités d'adaptation sont limitées, il convient de mettre en œuvre des dispositions qui réduiront l'extension de la pauvreté tout en tenant compte des caractéristiques d'organisation et de fonctionnement de la famille. Un des acquis majeurs en matière de population au cours des années 90 est sans conteste la progression enregistrée dans le domaine de la planification familiale. En effet, le taux de pratique contraceptive qui concerne les femmes mariées en âge de procréer est passé de 50,8% en 1992 à 56,9% en 1995 64% en 2000 selon la récente enquête EDG 2000. Le taux de prévalence de la contraception en méthodes modernes, est passé au cours de cette période de 43% à 49% puis à 50,1% respectivement.

Les programmes mis en œuvre par la CIPD¹ ont permis de consolider toutes les activités de santé ciblant la mère et l'enfant. L'activité de planification familiale est ainsi dispensée dans les structures de santé de base. Son intégration est passée de 5% en 1994 à 64% en 1997². Par ailleurs le secteur privé est impliqué de manière plus étroite à la réalisation du programme national : un projet associant les gynécologues installés à titre privé à la promotion du DIU, un des objectifs du programme national, est mis en œuvre depuis fin 1997. Un tiers de ces médecins privés est déjà intégré dans cette opération.

2.2- Les activités en matière d'environnement

L'une des composantes de la dynamique de développement national en matière de population, est le programme national de maîtrise de connaissance démographique. A cet effet, un dispositif institutionnel renforcé, tant au niveau national qu'au niveau local, a été mis en place.

L'environnement est l'un des déterminants de la santé. Tout ce qui concerne l'environnement affecte positivement ou négativement la santé de l'homme. Le contexte démographique est confronté à des défis de taille, compte tenu de la difficile adéquation entre une population en croissance rapide et sa répartition spatiale d'une part, et la valorisation et la protection des ressources naturelles et l'emploi judicieux des ressources financières d'autre part.

L'environnement devrait donc être géré comme une ressource aux fins de la santé de l'homme et de son bien être dans la perspective d'un développement durable. L'environnement est l'affaire de tous et les responsabilités pour la mise en œuvre des mesures appropriées doivent être définies à tous les niveaux. La politique de santé en matière d'environnement est indispensable³.

Nous signalons également qu'en Algérie les décharges publiques conformes aux règles d'hygiène et de protection de l'environnement sont inexistantes. Celles qui existent, elles s'apparentent plus à des dépotoirs en milieu ouvert qu'à des décharges. Pour la ville de Béjaïa, à titre d'exemple, le lieu de décharge des ordures est situé au cœur du Parc National de Gouraya et à proximité de l'une des meilleures stations balnéaires du littoral qui risque, à terme, de perdre sa notoriété.

La dégradation de l'environnement peut compromettre le développement et met en péril la santé humaine. La mauvaise santé se répercute sur la rentabilité du travailleur, ce qui provoque le ralentissement du développement, aggrave les pertes subites par le milieu et propage les maladies. Aujourd'hui le développement va de paire avec la préservation de l'environnement.

3- Les perspectives d'une politique nationale de santé

Dans les perspectives d'une politique de santé nationale, une réforme globale du secteur est

1 : Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire du 05 au 13 septembre 1994. Un rapport a été élaboré rendant compte de l'évaluation de l'état d'application en Algérie du programme d'action adopté lors de la CIPD. Ce rapport s'intitule : Population et développement en Algérie, MSP, 1998.

2 : MSP : Population et développement en Algérie, 1998. P. 34.

3 : En matière des traitements des eaux usées, assainissement et environnement, dans la wilaya de Béjaia, à titre d'exemple, les 74 rejets des agglomérations urbaines et des unités industrielles situées de part et d'autre de la route nationale n° 26 déversent (37.000M³/Jour) dans l'oued Soummam dont la nappe fournit l'essentiel en eau pour les populations de la région et l'irrigation. Les plages situées sur la "Côte EST" sont aussi sérieusement menacées de pollution par les 15 rejets d'un volume quotidien de 5000 M³ qui risquent de compromettre les richesses touristiques de toute la région. En matière d'assainissement, la ville de Béjaia ne répond plus aux besoins de 150.000 habitants et les collecteurs d'eaux usées et pluviales sont inefficaces durant les journées de pluie. Aujourd'hui un programme de "réaménagement et d'embellissement" de la wilaya de Béjaia a été entamé.

préconisée et vise les objectifs suivants :

- Equité en matière de droit à la santé,
- L'accès à tous les soins curatifs et préventifs,
- Stabilité du système et amélioration de sa performance.

Pour ce faire, plusieurs propositions et actions sont envisagées et concernent les volets organisation, gestion et financier¹. En matière d'environnement, la stratégie à suivre pour préserver la santé peut être la suivante :

- Promouvoir un environnement propice à la santé et au bien-être de l'individu dépend essentiellement des instruments fiscaux, administratifs, juridiques et des plans d'occupation des sols.
- Limiter les risques provoqués par l'industrie, entraînant la détérioration de la santé, en encourageant les technologies les moins polluantes.
- Mettre en place un système d'information qui facilite les contrôles de l'efficacité des mesures et la prise de décision.
- Les disciplines médicales doivent être plus attentives aux aspects de la protection de l'environnement.
- Le secteur de la santé doit se charger de la surveillance épidémiologique en collectant et en analysant les données et en évaluant les risques pour la santé du fait des facteurs environnementaux. De ce fait il informera les autres secteurs et les citoyens des tendances des besoins prioritaires. D'ailleurs, dans le cadre de la nouvelle politique d'aménagement du territoire, "la dimension environnementale doit revêtir la priorité et s'intégrer à l'action globale de développement et de maîtrise des incidences des activités sur la promotion et l'équilibre des régions"².

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La politique sanitaire algérienne tendait jusqu'à 1980 à l'instauration d'un système national de santé hiérarchisé et gratuit se basant sur les soins de santé primaire. Puis, on assiste à une série de mesures en faveur de l'émergence d'un secteur privé qui s'est développé, surtout durant cette dernière décennie. Un secteur qui non seulement ne répond pas au besoin d'une population dont le pouvoir d'achat est sans cesse décroissant en raison du fort taux de chômage, mais qui risque de devenir fortement contraignant pour son propre développement.

Aujourd'hui, l'Algérie est l'un des pays en voie de développement qui possède un vaste réseau sanitaire et une grande richesse en ressources humaines. Malheureusement, la crise économique a ralenti tous les efforts et a entraîné l'arrêt de certaines infrastructures faute de consommables, de médicaments essentiels et de maintenances de plateau technique d'une part et la réémergence de certaines "maladies dite de pauvreté" d'une part.

Ainsi, les mutations socio-économiques (libéralisation de l'économie, désengagement graduel de

1 : Kaïd Tlilane N. : Pauvreté et santé : quelle politique de lutte pour l'équité ? In Revue Economie et Management :

Pauvreté et Coopération, Tlemcen, mars 2003, n° 2. PP. 104-105.

2 : Extrait du journal officiel n° 21-9 avril 1997 cadre général d'une stratégie de l'Aménagement du Territoire et de

l'Environnement (Conseil National Economique et Social). In Population et développement en Algérie, 1998. P. 44.

l'Etat dans le domaine social) et sanitaires (émergence de maladies dégénératives, de problèmes psychosociaux, accidents et traumatisme, violence, toxicomanie...) que connaît l'Algérie nécessitent une approche nouvelle de la politique de santé.

En matière de financement, la maîtrise de la croissance des dépenses de santé doit consister en une rationalisation de dépenses et non au rationnement de l'accès aux soins. Il s'agit de réduire les surcoûts et de réfléchir aux nouvelles sources de financement.

Le volume de la demande importante oblige à concentrer les moyens disponibles pour les groupes cibles susceptibles de générer de meilleurs rapports coûts- efficacité. Une attention particulière doit être accordée aux groupes les plus vulnérables, exposés au risque d'altération de la santé à savoir : des enfants de moins de 5 ans, les enfants en milieu scolaire, les femmes en âge de procréation, etc.

Le système curatif qui draine continuellement d'importantes ressources financières dépasse largement les capacités de financement de tout pays sous-développé. Les maladies spécifiques aux pays pauvres sont celles qui peuvent être évitées grâce à la prévention. Il est donc plus avantageux, pour eux, de privilégier et de développer le système préventif plutôt que le système curatif. Toute politique devant intégrer les aspects préventifs médicaux et non médicaux est subordonnée à un choix politique et ne peut être menée qu'avec une connaissance suffisante de l'épidémiologie de la population. Sa mise en œuvre nécessite¹ :

- une réelle coordination intersectorielle,
- une mobilisation des ressources nécessaires,
- une évaluation permanente des programmes,
- et enfin une participation de la communauté.

Enfin, la croissance économique n'a de portée que si elle devait profiter à l'ensemble des membres de la collectivité et contribuer durablement à l'amélioration de leurs conditions générales

de vie. Cet objectif crucial ne peut être atteint, aujourd'hui, par de simples ajustements techniques. Ce sont les fondements même de la politique sociale qui doivent être repensées autour de trois exigences fondamentales : efficacité, stabilité et justice sociale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Cochrane A. L.: Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services, the Nuffield Provincial Hospitals Trust, London, 1971.
- Djelfaoui A.: ''Grangaud d'Alger à El-Djazair''. Editions Casbah, Alger 2000.
- Duriez M. et Lequet-Slama D. : Les systèmes de santé en Europe, Edition PUF, 1998.
- Duru G. et alii : Analyses et évaluations en économie de la santé. Ed. Hermès, Paris, 1994.
- Fellah L. : Etude exploratoire du système de prévention algérien : Déterminisme et problématique. Thèse pour le doctorat ès Sciences Economiques, Université Montesquieu Bordeaux IV, Décembre 1998.
- Journal officiel n° 21-9 avril 1997 : cadre général d'une stratégie de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement (Conseil National Economique et Social). In Population et développement en Algérie, 1998.
-
- 1 : Fellah L. : Etude exploratoire du système de prévention algérien : Déterminisme et problématique. Thèse pour le doctorat ès Sciences Economiques, Université Montesquieu Bordeaux IV, Décembre 1998. P. 269.
- Kaïd N. : Le système de santé algérien entre efficacité et équité : Essai d'évaluation à travers la santé des enfants : Enquête dans le département de Béjaïa. Thèse de Doctorat d'Etat Es Sciences Economiques, Alger 2003.
- Kaïd Tlilane N. : Pauvreté et santé : quelle politique de lutte pour l'équité ? In Revue Economie et Management : Pauvreté et Coopération, Tlemcen, mars 2003, n° 2.
- Lachaud C. : Equité dans le financement et la prestation de soins de santé en France. In Duru G. et alii : Analyses et évaluations en économie de la santé. Ed. Hermès, Paris, 1994.
- Lamri L. : Changeons le système de santé. Revue de l'Institut National Pédagogique de Formation Paramédicale (INFPF), édition 2001.
- Mc Keown T.: The role of medicine. Dream, mirage or nemesis? The nuffield provincial hospitals trust, London, 1976
- Mormiche P. : Inégalités de santé et inéquité du système de soins. In Economie de la santé : trajectoires du futur, sous la coordination de Jacobzone S., INSEE Méthodes n°64-65, Ed. Economica, 1997.
- MSP-INSP : Séminaire-Atelier sur les programmes de santé maternelle et infantile, Ed. ANDS, 1997.
- MSP : Charte de la santé : assises nationales de la santé, Alger, Palais des nations 26-28 mai 1998.
- MSP : Population et développement en Algérie, 1998.
- OMS: Who Regional Publications, European Health Care Reform: Analysis of current strategies. Summary, Copenhagen, 1996.
- Oufriha F. Z. : Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie, OPU, 1992.
- Rougement A. et Guberan E. : ''L'Inflation médicale'', Galilée, Paris, 1977).
- Rougement A. : La santé en Europe 1 : les politiques de santé, Ed. Centre européen de la Culture, Actes Sud, 1999.
- Schneider-Bunner C. : Santé et justice sociale : L'économie des systèmes de santé face à l'équité. Ed. Economica, 1997.
- Tanti-Hardouin N. : Economie de la santé, Ed. Armand Colin, Paris 1994.