

L'organisation territoriale de l'offre de soins : quelles réalités en Algérie

Par : **Dr BOUYOUCHEF-BARR Djamila**
Maître de Conférences à EHEC Alger

Résumé :

L'amélioration de l'état de santé des populations appelle à un grand effort de lutte contre les inégalités. En Algérie cette tendance se dessine à grand trait car dans le cadre de l'aménagement du territoire à l'horizon 2025, l'Algérie a fixé des objectifs, dans lesquels elle intègre le concept du développement durable. A cet effet, l'évolution et l'organisation de l'offre de soins sur des territoires fortement disparates conduit à réexaminer les politiques de santé publique, en s'appuyant sur les principes offerts par le développement durable. Ainsi dans un raisonnement et une réflexion portée au niveau régional, la prise en charge sanitaire est liée à l'émergence de nouveaux outils de planification sanitaire tels que actions locales de santé, constitution de nouveaux acteurs de santé publique agissant localement au niveau d'une région avec la participation des différents intervenants et acteurs locaux.

Mots clés : offre de soins, disparités, régionalisation, planification sanitaire, développement durable.

Abstract:

The improvement of the healthiness of populations, and the aim of a sustainable development represent important issues that require great effort to fight against inequality. In Algeria this trend is emerging, and integrated the sustainable development in its set of objectives, particularly in Health field, in the context of the Regional Planning for 2025. The evolution and organization of health care provision, and the inequalities of spreading over territory led to reconsider the public health policies, relying on the principles provided by sustainable development. In a regional consideration of the context, health management is directly linked to the emergence of new tools and health actions such as local health planning, creation of new public health organizations, with the participation of various stakeholders and local actors.

Keywords : care provision, disparities, regionalization, health planning, sustainable

Introduction

En Algérie, le développement du système national de santé a été à l'origine de progrès incontestables en matière d'évolution des principaux indicateurs démographiques et épidémiologiques et a enregistré des acquis majeurs dans le domaine du développement des ressources humaines, matérielles et infrastructurelles. Néanmoins il ne faut pas occulter les insuffisances que connaît le système de santé notamment en matière d'offre de soins au niveau territorial.

En effet, la carte sanitaire adoptée en 1983 et qui avait vocation à atteindre différents ratios de couverture dans le cadre d'un système pyramidal hiérarchisé, n'a pas atteint tous ses objectifs à cause non seulement de projections trop ambitieuses mais aussi parce que ces dernières ne reflétaient pas les besoins réels des populations, d'où la mauvaise répartition des ressources sanitaires et l'inadéquation de l'offre à la demande ce qui risque de remettre en cause le principe de l'équité. Néanmoins il ne faut pas perdre de vue que plusieurs déterminants des problèmes de santé et leurs solutions relèvent d'autres secteurs, par conséquent échappent au contrôle du secteur de la santé et renforcent les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins.

Le présent travail vise donc à évoquer la problématique des inégalités de l'offre de soins à partir d'une analyse des réalités locales qu'une approche macro pourrait occulter. Se basant sur une recherche documentaire, sur l'exploitation des données chiffrées du ministère de la santé et de la réforme hospitalière, et notamment sur l'utilisation d'outils statistiques nous dressons en premier lieu le constat et les perspectives en la matière tout en identifiant les insuffisances des dispositifs existants, puis nous concluons par une réflexion sur les pistes susceptibles d'accroître le niveau sanitaire général du pays et de réduire durablement les inégalités dans ce domaine.

I- Etat des lieux de la situation sanitaire en Algérie : faire un éclairage sur la situation sanitaire en Algérie, nous permettra de prendre conscience des inégalités existantes au niveau territorial. Bien entendu, il faut préciser ici que notre étude se basera sur les régions de planification sanitaire telles que prévues par le schéma d'aménagement du territoire.

A- Evolutions démographique et épidémiologique

Les médecines de santé publique se sont développées en réponse aux problèmes posés à des collectivités nationales et locales confrontées aux épidémies et aux endémies. Les initiatives politiques face aux fléaux sanitaires qui frappent les sociétés ne peuvent voir le jour que lorsqu'elles disposent de ressources techniques susceptibles d'être mobilisées pour leur éradication. Les formes d'éradication dépendent de la nature même de ces ressources et de leur efficacité. Elles dépendent également d'autres facteurs de l'environnement social, économique, ... etc.

A cet effet, pour mettre en place des mécanismes appropriés de l'organisation de l'offre de soins au niveau d'une région, l'analyse des situations démographique et épidémiologique est incontournable.

a : Quelques repères démographiques à l'échelle nationale :

La mise en œuvre d'une politique visant à réguler le rythme d'accroissement démographique, remonte en Algérie au début des années 80. La croissance démographique était perçue comme "un effet" et non "une cause" du sous développement; on considérait que le phénomène était donc appelé à évoluer vers une situation d'équilibre, avec l'influence du développement économique du pays et l'amélioration des conditions de vie des citoyens.

Comme il faut noter que l'accroissement de la population n'est pas dû à une augmentation de la natalité, c'est dans la réduction de la mortalité qu'il faut trouver l'origine de la poussée démographique. Ce constat a été motivé par le fait que le taux d'accroissement naturel a régressé de 3,39% en 1962 à environ 1,8% en 2007 pour varier entre 1,2% et 1,4% en 2025 selon les estimations du MSPRH¹. Alors qu'en parallèle l'estimation de l'accroissement de la population avoisinera les 42000 000 d'habitants pour la même année.²

b-Evolution de la situation épidémiologique :

La morbidité et la mortalité infectieuses existent toujours, elles ont néanmoins massivement reculé grâce aux campagnes de dépistage, aux procédures de vaccination, aux thérapeutiques anti-microbiennes et notamment en raison également des progrès réalisés au plan des conditions de vie. En effet, les maux dont souffrent les populations ne peuvent plus être simplement référés à des dérèglements d'un organisme particulier, ou encore au manque de vigilance des individus dans leur comportement quotidien : ils sont imputés inévitablement aux conditions de vie et aux structures sociales génératrices de mal-être et même aux effets pervers des politiques mises en œuvre. De multiples recherches mettent le point sur la responsabilité de l'environnement socio-économique dans la détérioration de la santé des populations

Ainsi les déterminants sociaux de la santé doivent être pris en compte dans la conception d'une politique globale de santé publique dans le cadre du développement d'une région.

Afin de présenter l'évolution de la situation sanitaire en Algérie, nous présentons quelques indicateurs démographiques dans ce qui suit :

Evolution des indicateurs de mortalité : Le taux de mortalité représente le nombre de décès pendant une certaine période, pour le total de la population (en général il est établi pour 1000 habitants, pendant un an) ³

1 MSPRH, schéma directeur sectoriel : diagnostic et perspective, volume 1, Novembre 2007, Alger, p 57

2 IDEM, p 105.

3 Morichau-Beauchant.J, la santé dans le monde, Que sais-je, presses universitaires de France, 1958,p 8

Tableau n°1 : Evolution des indicateurs de mortalité

Indicateurs	Unité	1962	2000	2005	2010	2015*	2025*
Taux brut de mortalité	p. 1000	14,60	4,2	4,3	4,3	4,4	4,5
Taux de mortalité maternelle	P. 100 000	500	117,6	96,5	30,8	15,4	8,8
Espérance de vie à la naissance	Ans	47	71,9	75,7	76,2	-	80
Taux de mortalité infantile	P. 1000	171	34,5	29,7	16,9	7,8	5

* estimation MSPRH, sous hypothèse de développement des wilayas et la réduction des disparités

Source : -MSPRH, rapport : prise en charge de la transition démographique et épidémiologique, Octobre 2007, p 13

-MSPRH, Schéma directeur sectoriel : diagnostic et perspectives, volume 1, Novembre 2007, PP 56,58 113, 117,119

La mortalité générale qui comprend tous sexes et âges confondus accuse une baisse forte et rapide depuis l'indépendance. En 1962, son taux a représenté 14,60%, pour accuser une régression de 4,30% en 2010. L'espérance de vie à la naissance a évolué pour atteindre un taux de 76,2 ans en 2010 contre un taux de 47 ans en 1962. Le taux de mortalité maternelle est passé de 500 pour 100 000 en 1962 à 30,8 en 2010. La mortalité maternelle est l'un des indicateurs édifiants des disparités actuelles en matière de santé. Bien entendu sous l'hypothèse de la réduction sensible des écarts entre les wilayas (hauts plateaux et sud) ce taux atteindra selon les prévisions 8.8 pour 100 000 ce qui nous rapprochera du niveau actuel des pays développés.

Même constat pour le taux de mortalité infantile qui est passé de 171 pour 1000 enfants à 17 pour 1000. Cette tendance future retenue pour la mortalité infantile notamment pour la période 2015-2025 où le taux de mortalité infantile atteindra à l'horizon 2025 un taux de 5 pour 1000 fera rapprocher l'Algérie du niveau observé actuellement chez les pays développés.

L'allongement de l'espérance de vie, principal indicateur de développement illustré par l'amélioration de la couverture sanitaire, l'accès renforcé aux soins, à l'éducation, l'amélioration du réseau d'assainissement... situe l'Algérie au niveau de la moyenne des pays de l'OCDE⁴. Notons que cette situation s'explique en grande partie par la diminution des maladies transmissibles grâce aux programmes particulièrement de vaccination.

Ces objectifs fixés pour supprimer les inégalités territoriales à l'horizon 2025 se déclinent en ensembles régionaux comportant les neuf régions de planification contenues dans le Schéma national d'aménagement du territoire (SNAT). Ce qui semble permettre, par rapport à un ratio national, la prise en charge des inégalités enregistrées en matière d'offre de soins entre les régions sans omettre la prise en charge des spécificités locales liées au phénomènes des grandes distances et d'enclavement.

4 MSPRH, schéma directeur sectoriel, op cit, p 56

Notons qu'à l'heure actuelle, certaines maladies particulièrement en milieu rural à faible niveau de vie sont de retour. Cela peut s'expliquer par le manque de moyens dont disposent les services de prévention chargés des activités de vaccination dû principalement aux arbitrages en termes d'affectation des ressources financières. A titre d'illustration nous citons les pannes fréquentes des chaînes de froid donc mauvaise conservation des vaccins, à cela s'ajoute le manque de moyens de transports suffisants et adéquats pour assurer la couverture vaccinale intégrale.

Pour les maladies transmissibles qui nécessitent une coordination et implication des différents autres secteurs sont en progression en particulier suite à la dégradation des conditions d'hygiène, et l'assainissement du milieu de vie d'où la nécessité de ne pas occulter les déterminants sociaux responsables de la détérioration du champ sanitaire lui-même.

Ainsi la question à se poser me semble t-il au niveau local ou régional dans une perspective de développement durable est : quelle était la position de la population dans le système social avant d'avoir les problèmes de santé. Au lieu de s'enfermer dans un « présentisme épidémiologique »⁵, c'est alors toute la question de l'amont, de la genèse socio-économique de la maladie qu'il convient d'interroger.

L'accès aux soins médicaux pose problème, et cela peut en partie fournir une explication à la dégradation de la santé des populations. Ainsi se pose la question de lien entre les questions de santé et les différents problèmes sociaux, et également la question de mobilisation d'acteurs politiques locaux en faveur des actions de santé.

Le recours au local devient ainsi le moyen de moderniser l'action publique par une globalisation à l'échelle territoriale des fins poursuivies et des moyens mobilisés. C'est principalement pour les populations en difficulté économique et sociale que se trouve d'emblée motivé un recours à une action de proximité en matière de santé.

II - Les territoires comme expression d'une réalité sanitaire diversifiée selon les zones géographiques :

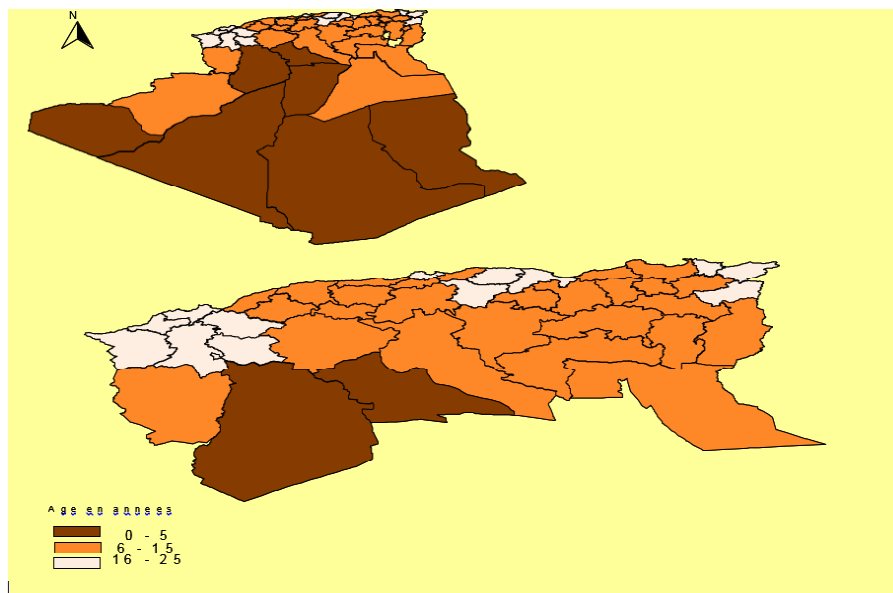
Mieux connaître les inégalités sociales et spatiales d'accès aux soins peut contribuer au développement du territoire. Il s'agit ici de focaliser sur les caractéristiques de l'offre sanitaire.

Cerner la problématique des inégalités régionales de l'offre de soins nécessite une analyse des disparités régionales en matière de développement démographiques, épidémiologiques afin de pouvoir les confronter à l'offre de soins, dont l'analyse comportera trois aspects principaux à savoir : la couverture en lits d'hospitalisation, les ressources humaines et les équipements lourds.

⁵ Idem p 79

a - Inégalités démographiques : la transition démographique n'est pas homogène au plan régional :

Figure 1: Age de la transition démographique par wilaya- 2005



*Source : MSPRH, schéma directeur sectoriel : diagnostic et perspective, volume 1, Novembre 2007, Alger, p 24.

Parmi les 48 wilayas que compte l'Algérie, trente-deux (32) wilayas ont déjà dix (10) ans de transition démographique, neuf (09) wilayas cinq (05) ans et sept (07) wilayas regroupant 6.2% de la population n'ont pas enregistré de baisse significative de la natalité, entre 1993 et 1998.

Pour sept wilayas (Adrar, Laghouat, Tamanrasset, Ouargla, Illizi, Tindouf, Ghardaïa), la transition n'a pas été amorcée ou est très récente. Ces wilayas enregistrent un poids des générations de moins de 10 ans nettement supérieur à la moyenne nationale qui est de l'ordre de 18% en 2005. Les vingt-huit (28) wilayas restantes sont de niveau intermédiaire ; l'âge de la transition étant compris entre 6 et 15 ans. La répartition par grands groupes d'âges confirme ce décalage et révèle un poids plus important d'enfants de 0-4 ans dans le Sud.⁶

L'accès inégalitaire à la deuxième phase de la transition démographique résulte de l'effet conjugué de plusieurs facteurs à la fois démographiques, sociaux et économiques. Les écarts ainsi enregistrés entre les régions sanitaires et les wilayas, sont révélateurs des disparités et des inégalités dans l'accès aux ressources et au développement.

Nous pouvons dire que le déficit en matière de prise en charge des populations serait, au delà de l'inadéquation de l'offre de soins, imputable

⁶ IDEM, p 23.

aux caractéristiques de la population au niveau territorial de plus en plus en situation de pauvreté et de précarité.

En 2005, l'analyse de l'évolution structurelle liée à la transition démographique au niveau des wilayas révèle la persistance de certains écarts intéressants de la quasi-totalité des wilayas du Sud du pays (excepté les wilayas de Bechar, Naama et Biskra) et de certaines wilayas des hauts plateaux.

Pour 13 wilayas situées en grande partie dans la bande du littoral mais également du centre et des hauts plateaux, l'âge de la transition dépasse 15 ans et peut atteindre jusqu'à 25 ans.

La prise en compte de l'évolution de la transition démographique est nécessaire dans la mesure où elle permettra de planifier au niveau local certains soins spécialisés à titre d'exemple les soins gériatriques.

En somme on peut dire que la politique de population dans son lien avec le développement cible la réduction des écarts et inégalités et doit s'inscrire au plan de la traduction des objectifs et des priorités, dans la reconnaissance et en conformité avec les spécificités, sociales, économiques et géographiques des wilayas.

b - Inégalités de transitions épidémiologiques :

D'autres indicateurs s'ajoutent aux inégalités démographiques et sont également évocateurs. A titre d'illustration, si globalement dans les métropoles, la mortalité générale est réduite, elle atteint des niveaux très élevés pour des wilayas du sud et des Hauts Plateaux. Il ressort en effet qu'autour de la moyenne nationale enregistrée à l'état civil, de 4,19 pour mille habitants, sept (07) wilayas enregistrent des niveaux supérieurs à la moyenne nationale; une vingtaine d'entre elles, des niveaux plus faibles, atteignant pour le plus bas niveau 2,77 pour mille. Pour une vingtaine de wilayas, le taux brut de mortalité se situe à un niveau intermédiaire, autour de la moyenne nationale⁷

Ces mêmes wilayas, accusent des indicateurs écartés de la moyenne nationale, tels que l'analphabétisme, notamment féminin, la scolarisation.....

c - Inégalités au niveau de la couverture sanitaire :

- Les infrastructures sanitaires :

Nous apprécierons la couverture en matière d'infrastructure en lits d'hospitalisation pour 1000 habitants, mais aussi en infrastructures extra hospitalières appelées aussi unités sanitaires de base.

⁷ IDEM

Inégalités d'accès aux soins entre zones géographiques :

Le système de santé en Algérie a consenti d'importants efforts pour doter l'ensemble du pays d'infrastructures nécessaires. Le nombre de lits pour 1000 habitants est supérieur à la moyenne nationale dans le sud-ouest, et proche de la moyenne nationale dans le sud-est, comme le montre le tableau suivant :

Tableau n°2 : Evolution des ratios régionaux en lits d'hospitalisation

Régions	Lits en 2005	ratios 2005	lits attendus 2010	lits attendus 2010	ratios 2010	ratios attendus 2015*	total lits attendus 2015*	lits à réaliser**
Nord Centre	20813	1.98	24301	24301	2.15	2.9	35569	11268
Nord Ouest	11462	2.11	14099	14099	2.40	3.1	19744	5645
Nord Est	9870	1.94	12302	12302	2.24	3.0	17547	5245
Hauts Plateaux centres	2876	1.27	4135	4135	1.65	2.9	8132	3997
Hauts Plateaux Ouest	3751	2.10	4591	4591	2.36	3.1	6527	1936
Hauts plateaux Est	8665	1.81	10640	10640	2.04	2.9	16627	5987
Sud Est	3293	1.53	4954	4954	2.06	2.9	7812	2858
Sud Ouest	1754	2.69	2694	2694	3.76	4.5	3529	835
Hoggar Tassili	470	2.62	774	774	3.30	4.0	1056	282
Total National	62954	1.93	78490	78490	2.20	3.0	116543	38053

Source : Construit à partir : MSPRH, Schéma directeur sanitaire, 2007, pp 30, 81

NB : a - Seuls les lits du secteur public sont pris en compte, les lits du secteur privé n'étant pas connus.

* estimation MSPRH

** lits à réaliser en sus de ceux réceptionnés en 2010.

On constate que le ratio national a une tendance positive. Les ratios par région globalement sont satisfaisants (dans les régions hauts plateaux centre (Laghouat, Djelfa, Msila) et sud-est (Ghardaïa, Biskra, Ouargla, el Oued). Néanmoins une grande disparité entre les wilayas existe si on se réfère au critère d'équité : l'analyse par wilaya montre que 29 d'entre elles ont un ratio inférieur au ratio national contre 19 seulement avec un ratio supérieur⁸.

Dans le sud, les ratios satisfaisants (2 lits pour 1000 habitants), s'expliquent en réalité par la faible densité de la population résidente.

Les inégalités vont forcément s'accroître du fait l'éloignement des populations des structures hospitalières, le manque de moyens en équipes mobiles et notamment le développement des cliniques privées qui s'implantent principalement dans les wilayas « riches ».

L'objectif arrêté pour 2025 prévoit de privilégier en priorité les régions Hauts Plateaux et Sud tout en veillant à développer l'offre en lits spécialisés.

8 IDEM, p 29

Ainsi les projections faites donnent un ratio national moyen de 3,4 lits pour 1000 habitants, soit 73163 lits à réaliser entre 2015 et 2025. Pour atteindre en 2025 le ratio de 4 lits pour 1000 habitants, il faudrait prévoir 27700 lits⁹.

Cependant, au cours de la dernière décennie, certaines pathologies classées par la carte sanitaire de 1983 comme soins de haut niveau, sont devenues aujourd'hui des problèmes de santé publique (fréquence élevée, mortalité élevée). L'organisation de leur prise en charge au niveau des seuls CHU ne permettra plus de répondre à la demande sans cesse croissante.

Cette situation nous amène à identifier une étape intermédiaire que nous appellerons «étape régionale». Il s'agira d'identifier des structures à l'échelle régionale qui, outre la prise en charge des spécialités de base (pédiatrie, gynécologie obstétrique, médecine interne et chirurgie générale) prendra en charge les nouvelles pathologies (ex : oncologie). C'est dans cet objectif que l'appréciation de la couverture lit/population doit également se faire à l'échelle régionale, «d'autant qu'à l'échelle de la wilaya, l'observation des indicateurs d'activités montre bien que les lits d'hospitalisation ne sont pas saturés c'est à dire que l'offre est supérieure à la demande»¹⁰. Donc identification fine des besoins réels des populations en matière de spécialités demandées pour les différentes régions afin adapter l'offre est primordiale.

Les disparités régionales incitent, donc, à la mise en place de nouveau mode de gouvernance. Ainsi l'émergence de la région comme un nouvel outil de pilotage des actions de santé au niveau local est indispensable.

Les structures extra hospitalières :

La couverture en structures extra hospitalières a atteint le ratio de 1 pour 18190 habitants. Ce dernier est considéré comme satisfaisant mais très disparate entre les wilayas, d'où la nécessité d'œuvrer pour la réduction des inégalités régionales. Dans ce sens un programme pour la construction de structures hospitalières a été mis en place pour la période 2005-2009, dont la réalisation et l'achèvement est de l'ordre de 25,12% pour l'année 2009¹¹. Ce retard est le résultat de différentes contraintes tels que la non disponibilité du foncier, l'inflation des prix des matériaux de construction, l'absence de qualification de la maîtrise d'œuvre....

Dans l'objectif d'atteindre le ratio 1/17000 habitants pour l'effacement des disparités régionales en structures de proximité et selon les projections du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, le nombre de structures à réaliser entre 2010 et 2025 est de 588. Ainsi s'élèvera le nombre de polycliniques attendues en 2025 à 2638.¹²

9 IDEM,

10 IDEM, p 31

11 MSPRH, communication du ministre de la santé Dr Said Barkat, septembre 2009, p 26

12 MSPRH, Schéma directeur sectoriel, op cit, p132

Cet objectif d'augmentation du nombre de structures extra hospitalières vise à rapprocher les soins des populations. Néanmoins il faut signaler qu'il faudra aussi renforcer leur autonomie au niveau régional ce qui leur permettra d'être efficace dans la prise d'initiative au niveau local.

- Les ressources humaines :

Les disparités territoriales de l'offre de soins prennent aujourd'hui un relief nouveau et tout à fait considérable, en raison de l'installation anarchique du secteur privé, et d'une crise à venir de la démographie médicale et paramédicale (formation non adaptée aux besoins, manque de paramédicaux...).

Aux problèmes que pose l'évolution des effectifs de soignants, correspond en effet le problème de leur répartition sur le territoire national.

Toutefois les inégalités les plus importantes s'observent dans la répartition des professionnels de santé. Ces écarts s'expliquent par le fait que les médecins ne souhaitent pas exercer dans les régions rurales et se concentrent dans les grandes villes. Ainsi la vraie question est celle de la maîtrise de la répartition géographique de l'offre de soins.

Si les ratios de couverture en ressources humaines enregistrés sont satisfaisants, il n'en demeure pas moins qu'il y a lieu d'envisager les calculs de ratios par rapport à des spécialités posant des problèmes de santé publique, telles que la cardiologie, la gynécologie, la pédiatrie, l'imagerie médicale ainsi que par rapport à des spécialités requises pour la prise en charge des soins de haut niveau, tels que la cancérologie, les greffes, la chirurgie cardiaque, etc.

Tableau 3 : Evolution des ratios de couverture sanitaire en ressources humaines

indicateurs /habitants public et privés)	1962	2005	2009	2015*
médecin spécialiste	-	1/2240	1/2052	1/1400
médecin généraliste	-	1/1708	1/1457	1/770
médecin (généraliste et spécialiste)	1/25643	1/969	-	1/500
chirurgien dentiste	1/72848	1/3646	1/3241	1/2000
Pharmacien	1/41667	1/5369	1/4492	1/2200
Paramédical	1/2979	1/367	1/370	1/240

Source : Construit à partir : -MSPRH, communication du Dr SAID BARKAT ministre de la santé, septembre 2009, p16, MSPRH, schéma directeur sectoriel, 2007, pp32, 69.

Rapporté à la population, l'effectif des professions médicales (secteurs public et privé) donne les ratios nationaux suivants pour l'année 2010 : 1 médecin généraliste pour 1457 habitants, 1 spécialiste pour 2052, 1 pharmacien pour 4492 habitants et 1 chirurgien dentiste pour 3241 habitants

et 1 paramédical pour 370. Toutefois, malgré ces ratios, un déséquilibre régional persiste en matière de couverture médicale, en effet on enregistre à titre d'exemple un médecin pour 318 habitants à Alger contre un médecin pour 2103 habitants à Adrar¹³. Le tableau suivant illustre les ratios par région :

Tableau 4 : ratios régionaux de couverture en personnels année 2005

Région	ratio med spé	ratios med géné	Ratio chir dent	ratios pharma	ratios par-med	ratios médecins
nord centre	1689	1502	2541	3575	518	795
nord ouest	2060	1529	3344	4194	596	878
région nord est	2400	1881	3336	3963	666	1054
hauts plateaux centre	9061	2718	8514	1379	8514	2091
hauts plateaux ouest	7862	2738	7597	1373	227	1608
hauts plateaux est	4020	1933	4830	5163	857	1305
sud est	5397	2189	6387	6368	1046	1557
sud ouest	6276	2065	7679	12087	1168	1554
Hoggar tassili	4831	1717	6492	8310	940	1267
Total	2240	1748	3646	5389	674	969

Source : MSPRH, Schéma directeur, op cit, p 33

Des mesures transitoires (primes, service civil) ont été prises par les pouvoirs publics afin de pallier au manque des médecins au niveau des territoires fortement disparates. Mais les objectifs n'ont pas été atteints et les médecins refusent de quitter les zones côtières vu le manque de mesures motivantes.

Notons que les inégalités de répartition de l'offre de santé ne concernent pas que les seuls médecins. L'offre de santé est le fait, faut-il le rappeler, de l'ensemble des professions médicales et paramédicales ainsi que des infrastructures hospitalières et des équipements médicaux qui concourent à la prévention, à la conservation ou à la restauration de l'état de santé.

Constats relatifs aux équipements lourds : l'évolution de la technologie a induit de nouveaux appareils et de nouveaux équipements de diagnostic et thérapeutique. Des difficultés entachent l'accès à l'information plus fine en la matière, pour pouvoir faire une analyse réelle de la situation au niveau des différentes régions du territoire national. Ainsi nous présentons le tableau suivant :

13 www.santétropicale.com/algérie/manage/manage5.pdf la réforme hospitalière

Tableau n°5 : couverture sanitaire en équipements lourds :

type d'équipement	secteur public	secteur privé	Total	Ratio (1/habs)
Scanner	37	111	148	222331
IRM	4	12	16	2056563
Radiographie numérisée	16	28	44	-
Angiographie	4	1	5	
Salle de cathétérisme*	5	0	5	

Source : Schéma directeur, op cit, p 35.

* bloc opératoire dans laquelle se pratique une angiographie cardiaque avec enregistrement vidéo.

A titre d'exemple l'analyse des données montre un ratio de 1 scanner pour 220331, ce qui traduit l'effort qu'il y a lieu à faire dans le domaine des équipements lourds au niveau national, et plus particulièrement au niveau régional d'autant plus que si l'on sait que la pluparts des équipements lourds (IRM, Scanner, Angiographie...) se trouvent au niveau des grandes villes(Alger, Oran, Constantine), ce qui induit leur sur- utilisation donc par conséquences des pannes fréquentes combinées avec une mauvaise gestion d'où la non satisfaction de la demande par rapport à ce type de services de santé.

III - La nécessité d'une planification sanitaire régionale :

Il y a peu de temps encore tout projet de planification sanitaire reposait sur un découpage purement administratif de l'espace sans la prise en compte des mouvements de populations, des spécificités ou des comportements locaux. De plus, ces démarches ne s'inscrivaient pas dans le temps, en ignorant toute évolution potentielle dans une dimension spatio-temporelle. Enfin, l'organisation spatiale de l'offre n'était soumise à aucune logique d'implantation et de localisation, ce qui provoquait une inadéquation totale entre l'offre et les usagers.

Dans ce sens et dans une perspective de développement, le milieu sanitaire et médico-social doit intégrer dans toute démarche à entreprendre les attentes des différents acteurs sociaux pour investir d'avantage dans le capital humain, l'environnement et les relations avec les parties intéressées. Ce qui impose une transversalité entre les différents établissements et système de santé. Celle-ci ne fonctionnera que si les parties impliquées coopèrent et que tous les professionnels s'impliquent (pas seulement les décideurs) et participent activement aux démarches.

Nous examinerons, dans ce qui suit, comment l'Algérie s'emploie déjà et à tous les niveaux à lutter contre les inégalités en matière de l'offre de soins en apportant une analyse des limites auxquelles se heurtent cependant les politiques de lutte contre les inégalités dans le domaine de la santé.

A - Vers des politiques de proximité : quelques instruments sont déjà mis en place en Algérie afin de concilier entre les objectifs de santé et de développement dans le sens d'une répartition optimale et équitable des ressources de la santé au niveau régional.

a - La régionalisation outil de pilotage territorial :

L'émergence du niveau régional comme échelon fort de pilotage du système de santé est une dynamique nouvelle. La région sanitaire deviendra progressivement le lieu du dialogue de proximité permettant d'organiser une concertation sur les choix qui sont faits en matière d'offre de soins de santé.

Toute action sanitaire doit nécessairement être issue de cette concertation afin d'optimiser la réponse à la demande.

En Algérie il y a eu création de cinq régions sanitaires (sud-est, est, sud-ouest, ouest et centre du pays) et de 48 directions départementale Wilayas. Les régions sanitaires sont pourvues d'un conseil régional de la santé, organe consultatif, qui a pour mission de développer la coordination intersectorielle, d'assurer la protection, la promotion et la réhabilitation de la santé de la population relevant de sa compétence. Ces nouvelles régions sont dotées d'observatoires régionaux de la santé chargés de recueillir et d'analyser l'information épidémiologique. Les directions de la santé et de la population de Wilaya sont chargées de l'organisation des structures de santé et de la coordination de la mise en œuvre de la politique sanitaire.

Cependant, la limitation de la décentralisation du système rend incapable l'administration centrale de remplir ce qui est sa mission principale, à savoir, le pilotage du système de santé.

L'absence d'acteur fort au niveau local porte préjudice à la gestion du système. Aussi les relais de l'administration centrale au niveau local (conseil régional de la santé, observatoire régional de la santé) qui devraient constituer une structure d'organisation et de concertation dans le domaine de la santé, leurs responsabilités opérationnelles sont limitées.

Aussi, au niveau de chaque wilaya existe une direction de la santé et de la population qui, en pratique doit être une antenne du ministère de la santé au niveau local. Cependant, et vu les missions larges qu'on incombe à celles-ci, et l'indisponibilité des moyens nécessaires pour l'accomplissement de leurs missions, ne peuvent constituer un relais efficace au niveau local. En réalité elles constituent une forme de bureaucratie freinant les initiatives locales.

b) Réforme de la carte sanitaire :

La carte sanitaire, qui représente une photographie actualisée des structures et des équipements de santé (publics et privés) sur l'ensemble du territoire national et leur localisation géographique, a été révisée.

Un instrument nouveau relevant d'une planification décentralisée a été introduit ; c'est le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Cet instrument introduit une souplesse dans l'appréciation des besoins et dans la définition des moyens qu'il convient de leur apporter.

La tentative de ce nouvel instrument (SROS) apparaît comme un outil efficace pour la maîtrise de l'offre hospitalière déterminant la répartition géographique des installations et des activités de soins qui permettrait d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population

c- L'intersectorialité :

L'action intersectorielle est essentielle pour aborder les enjeux complexes des multiples domaines de la santé publique. En coordination et en coopération avec les différents secteurs qui peuvent avoir un impact sur la santé les résultats seront meilleurs que si les actions sont entreprises par le seul secteur de la santé.

Ainsi dans le cadre de la prévention il semble opportun d'encourager au plan local l'information en matière d'hygiène et de santé publique. Une politique de prévention territoriale apparaît essentielle; une telle politique ne peut en effet qu'améliorer l'état sanitaire d'un pays (suicides, accidents de la route, consommation excessive de tabac et d'alcool...).

Certes depuis longtemps l'accent a été mis sur la nécessité de coopération entre les différents secteurs pour prévenir un certain nombre de maladies et de fléaux sociaux. En Algérie cette approche avance timidement, ce qui est préjudiciable à l'amélioration de l'état de santé de population.

Donc, la stratégie en matière de santé doit intégrer les initiatives liées à la santé dans le cadre d'autres politiques sectorielles parce qu'il est essentiel de garantir une cohérence entre la santé et les autres politiques publiques et aussi de faire en sorte que toutes les activités sectorielles ayant une incidence sur la santé contribuent à la stratégie globale du ministère de la santé.

A cet effet le développement d'un système d'information reliant les différents intervenants est indispensable pour la réussite de toute politique intersectorielle.

Conclusion

La promotion de la santé et la poursuite des objectifs du développement sur des régions fortement disparates conduit donc bien à réexaminer les politiques de santé publique. Ce qui pourrait conduire à une modification des comportements des différents intervenants et acteurs dans le domaine de la santé et où chacun serait nécessairement responsabilisé dans le sens d'une meilleure prise en charge sanitaire et de la réduction durable des inégalités. En Algérie cette tendance se dessine à grand trait car l'Algérie a fixé des objectifs, notamment de santé publique, à l'horizon 2025 dans le cadre de l'aménagement du territoire, mais cela nécessitera un grand effort sur différents plans.

C'est dans cette perspective que nous avons tenté de faire une analyse de l'offre territoriale de soins en Algérie et de mettre en relief les disparités régionales dans ce domaine. De même mettre le point sur les nouveaux outils mis en place afin de réduire ces inégalités dans le futur. En effet, des progrès ont été réalisés dans le resserrement des liens entre le secteur de la santé et les autres secteurs grâce notamment à la mise en place aux niveaux local et national des plans intersectoriels dans le domaine de la santé et le recours à des instruments de planification. Néanmoins beaucoup reste à faire en pratique et plus particulièrement au niveau régional.

Bibliographie :

Badache Farid : le développement durable, Eyrolles, 2010

Barr-Bouyoucef Djamila : La réforme hospitalière en Algérie : analyse critique, thèse de doctorat, université des sciences économiques et de gestion, Alger, 2008-2009 ;

Delchet, Karen : développement durable : l'intégrer pour réussir, AFNOR, 2007

ENSP, Revue le gestionnaire : la contractualisation, n° :2, Alger, Juillet 1998 ;

Fouilleu, Eve, Fortier, Agnès, Alphonandéry, Pierre, Editions Quae, 2012

La santé publique un enjeu de politique municipale, Guyot, Jean-Claude, éditions de la MSHA, France, 2001

Libaert, Thierry, Guérin, André-Jean : le développement durable, Dunod, 2008

Michell Griffon : développement durable, ensemble?, éditions Quae, 2004.

Mammeri Driss, un système national de santé publique pour protéger et améliorer la santé des habitants, ENAG/éditions, Alger 1991 ;

Morichau-Beauchant, J., la santé dans le monde, Que sais-je, presses universitaires de France, 1958

MSPRH, Diagnostic du système national de santé et programme d'action 2005-2009, Alger, Décembre 2004

MSP, développement du système national de santé : stratégie et perspectives, Alger, Mai 2001 ;

MSPRH, Prise en charge de la transition démographique et épidémiologique, Alger, Octobre 2007 ;

MSPRH, Politique nationale de santé : Evaluation et perspectives, version actualisée, Alger, Octobre 2007 ;

MSPRH : rapport du conseil national de la réforme : réforme hospitalière, septembre 2003

MSPRH, Direction de la planification et de la normalisation, Carte sanitaire 2004 : Horizons 2010, Tome II, Alger 2004.

MSPRH, communication du ministre de la santé Dr Said Barkat, septembre 2009

MSPRH, schéma directeur sectoriel : diagnostic et perspective, volume 1, Novembre 2007, Alger, p 57

MSPRH, rapport : prise en charge de la transition démographique et épidémiologique, Octobre 2007

Olivier Gadard, la question de la précaution en milieu professionnel, EDP Sciences, 2006

Poutout, G : les outils de la réforme, Masson, Paris 2000

www.santétropicale.com/algérie/manage/manage5.pdf + la réforme hospitalière