

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET
POPULAIRE**

**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA
REFORME HOSPITALIERE**

Projection du développement du secteur de la santé : perspective décennale

Juillet-2003

Projection du développement du secteur de la santé

Perspective décennale

Sommaire

	page
Introduction	3
Chapitre 1 :	4
Etat des lieux : situation épidémiologique, offre de soins et enjeux des prochaines années	
1.1 La situation épidémiologique	5
1.1.1 Les facteurs susceptibles d'influencer l'état de santé des algériens	5
1.1.1.1 Les facteurs démographiques	5
1.1.1.2 Les facteurs économiques	5
1.1.1.3 Les facteurs environnementaux	6
1.1.1.4 Les données sociétales	6
1.1.2 Les répercussions sur l'état de santé	7
1.1.2.1 Les maladies transmissibles	7
1.1.2.2 Les maladies cardiovasculaires et leurs conséquences	8
1.1.2.3 Les autres maladies non transmissibles	9
1.1.2.4 Les cancers	9
1.1.2.5 Les accidents	9
1.1.2.6 Les affections touchant à la santé mentale	10
1.2 Les ressources humaines	10
1.2.1 Les praticiens médicaux	11
1.2.1.1 Les caractéristiques des médecins	11
1.2.2 Le personnel paramédical	15
1.2.3 Les personnels administratif et de service	15
1.3 Les infrastructures et les équipements	16
1.3.1 Les infrastructures	16
1.3.1.1 L'hospitalisation	16
1.3.1.2 Les structures de consultation	15
1.3.2 Les équipements	16
1.4 Les activités de soins	18
1.4-1 Les activités de prévention	18
1.4-1-1 Le programme élargi de vaccination (PEV)	19
1.4-1-2 La santé scolaire	19
1.4-1-3 La lutte anti-tuberculeuse	19
1.4-2 Les activités curatives	19
1.4-2-1 Les activités hospitalières	20
1.4.2.2 Les consultations	21

1.4.2.3 Les soins dentaires	21
1.5 Les moyens financiers	21
1.6 Les principaux défis en matière de santé	23
Chapitre 2 :	27
Stratégie de développement du secteur de la santé	
2.1 Améliorer la couverture médicale	29
2.1.1 Les besoins en personnel médical	29
2.1.1.1 Les besoins en médecins spécialistes	29
2.1.1.2 Les besoins en médecins généralistes	30
2.1.1.3 Les besoins en chirurgiens dentistes	31
2.1.1.4 Les besoins en pharmaciens	32
2.1.2 Les besoins en personnel paramédical	32
2.1.3 Les besoins en personnels administratif, technique et de service	33
2.1.4 Les besoins en lits d'hospitalisation	34
2.1.5 Les besoins en unités de soins de base	34
2.1.6 Les besoins en soins par types de pathologie	35
2.1.7 Les besoins en équipements médicaux lourds	36
2.1.8 Développement d'une stratégie de soins spécifiques	37
2.2 Améliorer la qualité des soins dispensés et la prise en charge médicale	41
2.2.1 Améliorer la qualité et l'efficacité des soins dispensés	41
2.2.2 Améliorer la prise en charge médicale	41
2.2.3 Améliorer l'accès aux médicaments essentiels	41
2.3 Améliorer la situation épidémiologique	42
2.3.1 La maîtrise des maladies transmissibles	42
2.3.1.1 La poursuite du programme de vaccination	42
2.3.1.2 La disponibilité de certains médicaments anti-infectieux	42
2.3.1.3 Le renforcement de la surveillance du risque infectieux	43
2.3.2 Le traitement des maladies chroniques	43
2.4 Renforcer la coordination avec les autres secteurs	43
Chapitre 3 :	44
Estimation financière de la stratégie de développement envisagée pour le secteur de la santé	
Conclusion	47
Annexe	48
1- Les structures de santé	48
2- Les équipements médicaux	56

Introduction

L'Algérie a inscrit, dans ses Constitutions successives, le droit des citoyens à la protection de leur santé. La concrétisation de ce droit s'est traduite, dès janvier 1974, par le développement du système national de santé basé sur la gratuité des soins pour tous les citoyens.

Cette politique a eu pour conséquence un effort gigantesque se traduisant par le développement de programmes nationaux de prévention ayant pour but de maîtriser les épidémies (programme d'éradication du paludisme, programme de lutte contre la tuberculose, programme élargi de vaccinations), par une formation massive dans le domaine médical et paramédical, par la construction et l'équipement de nombreuses infrastructures pour les soins, et par la mise à la disposition du citoyen des produits pharmaceutiques nécessaires aux soins de santé de base.

Cependant, l'ambition de l'Algérie de soigner la totalité de sa population gratuitement a montré ses limites face à un accroissement démographique important qui s'est traduit par le doublement de la population en l'espace de vingt ans (11.3 millions en 1966 et 22.8 millions en 1987) et des coûts de plus en plus élevés, du fait du contexte international d'une part, et des progrès technologiques d'autre part. Aujourd'hui, le pays se trouve placé devant un certain nombre de choix qui dépendent des ressources disponibles et des priorités de santé.

Ainsi, l'identification des besoins futurs des citoyens en matière de santé et l'élaboration d'une stratégie de prise en charge optimale de ces besoins constituent, pour la décennie qui vient, un impératif auquel le secteur doit répondre afin de continuer à assurer ce principe de santé universelle entériné par la Constitution Algérienne. Une telle stratégie ne peut que s'inscrire dans le cadre des réformes annoncées et engagées par l'Etat au cours de ces dernières années.

Dans un document antérieur édité en 2001, portant sur la stratégie du développement du secteur¹, les objectifs fondamentaux du système étaient les suivants :

- 1- Assurer l'équité en matière de droit à la santé
- 2- Permettre à tous les citoyens l'accès aux soins préventifs et curatifs essentiels
- 3- Stabiliser le système de santé et améliorer ses performances

C'est dans cette même stratégie que le présent rapport s'inscrit, en reprenant les points essentiels de la réflexion sur le développement du secteur et en présentant les objectifs et les besoins quantifiés à l'horizon 2012 sur la base d'un état des lieux.

¹ Ministère de la Santé et de la Population, « Développement du système national de santé : Stratégie et perspectives », Mai, 2001.

Chapitre 1

**Etat des lieux : situation épidémiologique, offre de soins et enjeux
des prochaines années**

1.1 La situation épidémiologique

Pendant longtemps la situation sanitaire en Algérie a été dominée par les maladies transmissibles. Depuis une vingtaine d'années, on assiste à une modification des problèmes de santé prévalents avec une place de plus en plus grande occupée par les maladies non transmissibles, notamment les affections chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, etc). Cette modification du paysage sanitaire, connue sous l'appellation de «transition épidémiologique», se caractérise par une situation où se superposent les maladies liées à la pauvreté, et au manque d'hygiène, et celles liées au développement (stress, urbanisation, mode de vie, mode d'alimentation, etc.)

1.1.1 Les facteurs susceptibles d'influencer l'état de santé des algériens

L'état de santé des Algériens est la résultante d'un certain nombre de facteurs que l'on peut rassembler en quatre grands groupes :

- les facteurs démographiques ;
- les facteurs économiques ;
- les facteurs environnementaux ;
- les données sociétales.

1.1.1.1 Les facteurs démographiques

Deux indicateurs sont fondamentaux. Car ils permettent de comprendre la nature des besoins de santé dans les années à venir :

a- L'espérance de vie qui est passée de 52,6 ans en 1970 à 70,7 ans en 2001. En parallèle, on assiste depuis le début des années 90 à une diminution de l'accroissement démographique qui a chuté de près de moitié. Ces deux phénomènes conjugués ont eu pour résultat une modification de la pyramide des âges. Si le groupe des moins de vingt ans constitue encore une part importante de la population algérienne, pour la première fois depuis l'indépendance, il se situe en dessous de la barre des 50% de la population. Les conséquences directes en terme de santé vont se traduire par une augmentation des pathologies liées à l'âge (affections cardiovasculaires, cancers, démences...) et par l'émergence d'une pathologie gériatrique dont il faudra prévoir la prise en charge.

b- L'âge moyen au mariage qui est de plus en plus tardif passant respectivement de 18,3 ans pour les femmes et 23,8 ans pour les hommes en 1987 respectivement à 27,6 ans et 31,3 ans en 1998. L'enquête nationale sur la santé de la famille (Papfam-2002) a donné des âges moyens encore plus reculés, de 33 ans pour les hommes et de 29.6 ans pour les femmes. Ceci a eu comme résultat un recul de l'âge au premier enfant avec de plus en plus de grossesses tardives.

1.1.1.2 Les facteurs économiques

Les facteurs économiques ont une importance capitale car ils conditionnent souvent l'accès du citoyen aux soins. Ils vont être à l'origine d'un environnement différent qui peut avoir des répercussions sur la santé à court, moyen et long terme.

La baisse du pouvoir d'achat entraîne la baisse du budget consacré à la santé pour beaucoup de ménages. D'une manière générale, la paupérisation va favoriser l'émergence et le développement de populations marginales plus fragiles.

La répartition des dépenses de consommation en 2000² montre que les dépenses totales des ménages représentent le double dans le milieu urbain des dépenses en milieu rural (65% vs 35%), alors qu'en 1988, ces valeurs étaient respectivement de l'ordre de 52% et 48%³. La structure des dépenses montre que la part réservée à la santé et à l'hygiène corporelle est en bas de l'échelle (6.3%) après celles de l'éducation et loisirs et des articles ménagers.

Structure des dépenses des ménages en 1988 et 2000 (%)

	1988	2000
Alimentaire et boissons	52.53	44.60
Habillement et chaussures	8.17	8.60
Transports et communications	11.39	9.40
Meubles et articles ménagers	4.29	3.40
Logement et charges	7.74	13.60
Education, culture et loisirs	4.35	3.90
Santé et hygiène corporelle	2.71	6.30
Produits divers et autres dépenses	8.83	10.40
Dépense annuelle moyenne par personne (DA)	8873	49927
Source : ONS		

1.1.1.3 Les facteurs environnementaux :

Si l'industrialisation est en soi un facteur de progrès, elle peut avoir des effets délétères sur la santé notamment lorsque des normes ne sont pas édictées pour l'extension et le développement de cette industrie et surtout lorsque ces normes ne sont pas respectées. Les conséquences sur la santé se traduisent par une augmentation de pathologies respiratoires et néoplasiques.

Un autre volet concernant l'environnement est représenté par les effets d'une urbanisation accélérée (passée de 31,4 % en 1966 à 58,3 % en 1998) qui s'effectue souvent sans plan directeur, et est source de nombreuses nuisances. Ainsi, le nombre d'agglomérations totalisant plus de 100.000 habitants a plus que doublé depuis 1977. Parmi les répercussions enregistrées de ce changement, on note une prolifération de quartiers insalubres et de constructions anarchiques à la base de nombreux problèmes liés au manque ou à l'insuffisance d'hygiène (réseau d'assainissement en eau potable inexistant ou insuffisant, contamination de ceux-ci, dépôt illicite des déchets ménagers...).

Les accidents, tant domestiques que liés à la circulation, représentent également un facteur de risque de morbidité et de mortalité non négligeable. L'état général des routes et la vétusté du parc automobile sont à l'origine de nombreux accidents. Près de 4000 décès recensés et 40.000 accidentés sont enregistrés chaque année. Par ailleurs, le non respect des normes d'étiquetage des produits ménagers et le manque d'information des familles en ce qui concerne leur stockage et leur utilisation, est à l'origine de graves accidents, en particulier chez les enfants.

² «Les dépenses des ménages en 2000», In Données Statistiques, n° 352, ONS

³ Notons qu'entre temps il y a eu augmentation des zones dites urbaines (58.3% en 1998 et 49.9% en 1987).

1.1.1.4 Données sociétales

La décennie que nous venons de vivre aura et a déjà sans aucun doute des répercussions notables sur la santé des Algériens. Les violences subies par le citoyen, notamment les enfants, nous ont fragilisés et sont susceptibles d'engendrer des affections liées à la détérioration de la santé mentale mais également de favoriser la survenue de pathologies liées au stress (hypertension, diabète...). Les retombées des catastrophes, notamment celles du dernier séisme du 21 mai 2003 subi par la population de la région centre du pays, sont à analyser et à prendre en considération dans l'identification de la santé de la population.

1.1.2 Les répercussions sur l'état de santé

A partir de ces éléments, on peut identifier les pathologies ou les problèmes de santé qui seront prévalents ou pourront être considérés comme des priorités de santé d'ici une dizaine d'années et pèseront lourdement sur le système de santé en général, et sur les structures d'hospitalisation en particulier.

Il est fort probable que, dans les années à venir, six grandes catégories d'affections occuperont le devant de la scène :

- les maladies transmissibles ;
- les affections cardiovasculaires ;
- les autres maladies non transmissibles
- les cancers ;
- les accidents de la route ;
- les affections touchant à la santé mentale dont les violences et les séquelles de traumatismes.

1.1.2.1 Les maladies transmissibles

Bien que l'on enregistre une baisse de l'incidence et de la létalité de ces maladies sur les trois dernières décennies, le risque de leur ré-extension ou de leur développement n'est pas nul et ce quel que soit le groupe considéré, les conditions générales pour leur diffusion étant toujours présentes. Les maladies ou groupes de maladies pour lesquels des efforts soutenus doivent être maintenus sont représentés essentiellement par les maladies relevant du programme élargi de vaccinations, les maladies liées à l'hygiène du milieu, la tuberculose, certaines zoonoses et les maladies sexuellement transmissibles. Cela ne veut pas dire pour autant que les autres affections devront être négligées.

Une amélioration tangible des taux de couverture vaccinale au niveau national (actuellement aux alentours de 80 % pour l'ensemble des affections) a permis de réduire de manière significative leur incidence : de plusieurs milliers de cas par an pour la rougeole, la diphtérie et la poliomyélite observés dans les années 1970, on est passé à zéro cas pour la poliomyélite, quelques cas pour la diphtérie et moins de deux mille cas pour la rougeole en 2000.

Concernant les maladies à transmission hydrique et les zoonoses, l'environnement général est favorable à leur diffusion si ce n'est à leur extension. **Si l'incidence enregistrée en 2000 (27 cas pour 100.000 habitants) qui ne correspond qu'aux cas déclarés, se confirme on peut s'attendre à avoir à traiter autour 10.300 cas de zoonoses en 2010 et 3400 cas de fièvre typhoïde.**

Zoonoses

	2000	2001	2002
Brucellose : Incidence pour 100 000 habitants	10,97	10,42	9.92
Leishmaniose : Incidence pour 100 000 habitants	14,44	14,03	23.45
Rage humaine : Nombre de cas	14	20	25

L'évolution de certaines maladies, directement en rapport avec l'intensification des échanges par l'intermédiaire de la route transsaharienne nécessite une vigilance accrue. Ce sont entre autres le paludisme et les maladies sexuellement transmissibles mais également certaines affections dont la transmission était jusque là improbable du fait de la barrière naturelle saharienne.

On enregistre chaque année, depuis 1999, des cas de paludisme autochtone à plasmodium falciparum qui est la forme la plus virulente de la maladie. Le sida et les maladies sexuellement transmissibles sont également des affections qui risquent de poser des problèmes de santé dans un proche avenir. Si le nombre de cas cumulés déclarés de SIDA est faible depuis 1985 (527 cas dont 43 nouveaux cas en 2001), ce chiffre peut facilement se multiplier et exploser et ce d'autant qu'il a été observé dans bon nombre de pays une extension exponentielle de l'infection HIV.

Les hépatites virales, notamment B et C, sont des affections qui sont également en recrudescence et qui posent des problèmes quant à leur évolution et leur gravité.

Parmi les autres maladies transmissibles qui poseront encore des problèmes de santé publique dans les années à venir, on citera la tuberculose, les méningites purulentes qui surviennent sous forme d'épidémies, les infections respiratoires aiguës.

	2000	2001	2002
Tuberculose : Nombre de cas déclarés	18294	18250	18878
: Incidence pour 100 000 habitants	60,7	60,1	60.8
Méningite : Incidence pour 100 000 habitants	7,16	10,73	8,31
Paludisme : Nombre de cas enregistrés	541	435	271*
Dont cas importés	478	382	261*
SIDA : Cumul des infections au 31/12/..	1356	1524	1888

1.1.2.2 Les maladies cardiovasculaires et leurs conséquences

Elles sont représentées essentiellement par l'hypertension artérielle (HTA) : 20% de la population adulte (≥ 20 ans) ⁴ en souffrirait, soit en 2010 une estimation dépassant les quatre

⁴ Extrait de « Données épidémiologiques sur l'hypertension artérielle en Algérie, partie I » - Dr E.G. Fares, INSP – REM N°5, 1997.

millions de sujets chez les plus de vingt ans. L'hypertension artérielle est un facteur de risque majeur des cardiopathies ischémiques (angor, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral). En 2000, un décès sur trois est attribué aux maladies cardiovasculaires. Chez les femmes de 15 à 49 ans, c'est la deuxième cause de décès après les tumeurs et près de 40 % des décès pour maladies cardiovasculaires sont dus à une HTA. Lors de l'enquête « papfam-2002 », l'hypertension artérielle a été retrouvée dans 3% de la population enquêtée, tous âges confondus, et de surcroît, les autres maladies cardio-vasculaires ont été retrouvées dans 1% des cas. **Rapportés à la population totale, ces chiffres montrent que dans le pays, plus d'un million de personnes présentent des affections cardio-vasculaires et près de 50000 cas supplémentaires sont attendus d'ici l'an 2010.**

1.1.2.3 Les autres maladies non transmissibles

La prévalence du diabète non insulino-dépendant (DNID) se situe aux alentours de 9 % parmi la population des plus de 15 ans. **On estime à plus de trois millions de sujets les personnes âgées de plus de 15 ans qui souffriront de DNID en 2010.** Outre les complications immédiates auxquelles sont exposés les malades, le diabète est responsable de près de 10% des insuffisances rénales chroniques et constitue dans les pays industrialisés la deuxième cause de cécité⁵.

Les maladies respiratoires chroniques dont l'asthme sont en pleine extension. Plus d'un demi million de personnes sont touchées par cette affection. Celle-ci fait partie des principaux motifs de consultation. Elle vient en troisième position après l'hypertension artérielle et les maladies liées à l'hygiène du milieu.

Le nombre de malades souffrant d'insuffisance rénale est en augmentation constante (environ 1000 nouveaux cas par an) ce qui nous mène à l'horizon 2010 à environ 12.000 malades à prendre en charge

En 1998, le nombre d'handicapés était de l'ordre du million et demi de personnes, il sera voisin de deux millions en 2010. Près de la moitié des handicaps sont dus aux maladies chroniques (32,2 %) et aux handicaps moteurs (14,2 %).

1.1.2.4 Les cancers

Leur évolution peut être étudiée à travers les registres des tumeurs mis en place au début des années 1990 à Alger, Oran et Sétif. Les plus forts taux d'incidence sont enregistrés à Oran et Alger avec une incidence de 80 nouveaux cas et plus pour 100.000 habitants. **Il est attendu, à l'orée de la décennie 2010, entre 15.000 et 30.000 nouveaux cas de cancer chaque année en Algérie.**

Près de la moitié des cancers sont représentés chez l'homme par les tumeurs du poumon, de la vessie, du côlo-rectum et de l'estomac alors que chez la femme, ce sont les tumeurs du sein, du col de l'utérus et du côlo-rectum.

Pour illustrer les problèmes qui se posent, nous prendrons l'exemple du cancer du sein : en supposant que son incidence reste identique à celle observée à Alger durant l'année 1999, on

⁵ Extrait de « Profil de la rétinopathie diabétique – Stratégie de prise en charge » - Dr F. Karaouat - Thèse de doctorat en sciences médicales – Soutenue le 11 juillet 2001 – Université d'Alger, Faculté de médecine d'Alger.

peut s'attendre à devoir traiter 3.900 nouveaux cas de cancer du sein chez la femme en 2010. Actuellement, les principaux centres anticancéreux d'Algérie prennent en charge entre 1.500 et 2.000 cancers du sein et n'arrivent plus à répondre à la demande sans cesse croissante.

1.1.2.5 Les accidents

Les accidents de la route sont cause non seulement d'une mortalité importante (première cause de décès chez les hommes de 15 à 29 ans et chez les femmes de 40-49 ans) mais également d'une morbidité non négligeable, parfois source de handicaps à vie (environ 50.500 blessés en 2000) avec toutes les implications que cela représente en termes de soins de haut niveau. Les projections en l'an 2010 donnent 5.000 morts par accidents de la route et 63.500 blessés dont certains seront handicapés à vie.

Les accidents domestiques sont également des causes non négligeables de mortalité et de morbidité grave. Les ingestions de caustiques chez l'enfant représentent un véritable fléau qui nécessite des soins lourds et coûteux.

1.1.2.6 Les affections touchant à la santé mentale dont les violences et les séquelles de traumatismes psychologiques

La décennie qui vient de s'écouler avec son lot de violence, l'urbanisation effrénée, l'accroissement démographique sont autant d'éléments qui concourent à une dégradation de la santé mentale.

Si l'on se réfère à l'enquête nationale de santé qui a eu lieu au début des années 1990, les maladies mentales sont retrouvées parmi les dix premières affections chroniques mentionnées par la population. Elles représentent presque 6% de l'ensemble des maladies chroniques, devant les cardiopathies avec un taux de prévalence de 457 cas pour 100.000 habitants. L'enquête « papfam » a confirmé les chiffres concernant le handicap mental, obtenus lors du recensement général de la population, et a montré que les maladies mentales concernaient 0,5% de la population. Cela veut dire qu'il faudrait s'attendre à devoir prendre en charge au minimum 174.000 sujets présentant une affection au long cours touchant la santé mentale. Ce chiffre est sûrement en deçà de la réalité eu égard à la décennie qui s'est écoulée. Or, les structures d'accueil de nos hôpitaux de secteur sont pratiquement inexistantes.

De plus, parmi les maladies affectant la santé mentale qui verront probablement leur incidence augmenter, on peut citer les états dépressifs liés à la mal-vie de manière générale et les démences qui sont fortement corrélées au vieillissement de la population (selon l'OMS, l'incidence de la maladie d'Alzheimer est de 5% au-delà de 60 ans)⁶.

Les traumatismes liés à la violence sont également importants puisque l'enquête EDG réalisée en l'an 2000 montre que 31,6 % des enfants de moins de 15 ans ont subi un traumatisme dont 14 % intentionnels et que 2,5 % de ces enfants garderont des séquelles durables. Ce qui donnerait à l'horizon 2010 près de 364.000 enfants victimes de violence dont 9.000 avec des séquelles durables à condition que les incidences observées soient maintenues.

Au total, ce bref survol de la situation épidémiologique permet de constater que la prise en charge et le contrôle des différentes maladies nécessitent, certes, des soins dont la qualité dépend des personnels, des infrastructures, et des équipements disponibles, mais

⁶ OMS Rapport sur la santé dans le monde 2001 ; la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs.

surtout, de la poursuite et du renforcement des efforts consentis dans le domaine de la prévention en matière de veille sanitaire, de vaccination, de chimio-prophylaxie, et de contrôle de l'environnement ainsi que d'un investissement particulier en matière de communication sociale et d'information des citoyens.

1.2 Les ressources humaines

Au sein des structures de soins, les personnels peuvent être regroupés en trois catégories : les praticiens (médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes), les auxiliaires médicaux et enfin les gestionnaires des établissements de soins.

Evolution des effectifs et des ratios de médecins, de chirurgiens dentistes et de pharmaciens

Année	Population (X1000)	Médecins	Ratio	Chirurgiens dentistes	Ratio	Pharmaciens	Ratio
2001	30810	31875	1/967	8430	1/3656	4963	1/6210

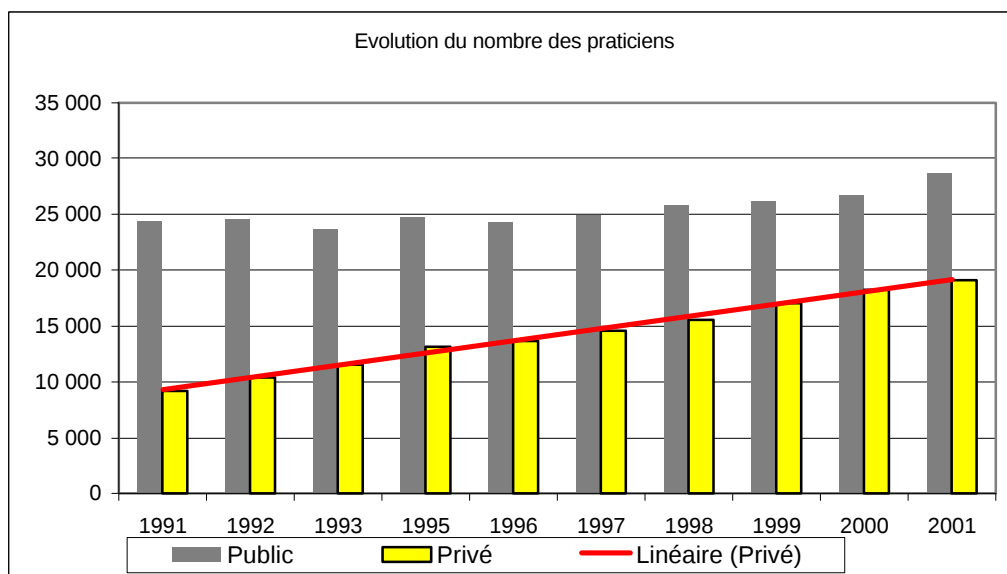
1.2.1 Les praticiens médicaux

Le nombre total des praticiens en activité augmente régulièrement : ils étaient 38.000 en 1991, ils sont 48.000 en 2001.

Evolution du nombre de praticiens

	Spécialistes			Résidents	Généralistes		Dentistes		Pharmaciens		Total		
	Hosp-U	Santé publique	Privé		Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Total
1995	2 062	3 554	2 528	3 151	10 296	4 950	5 188	2 473	460	3 183	24 711	13 134	37 845
2000	2 139	4 155	4 522	4 316	11 275	5 803	4 647	3 346	202	4 587	26 734	18 258	44 992
2001	2 569	4 291	4 861	5239	11 569	5 915	4 833	3 580	185	4 778	28 686	19 134	47 820

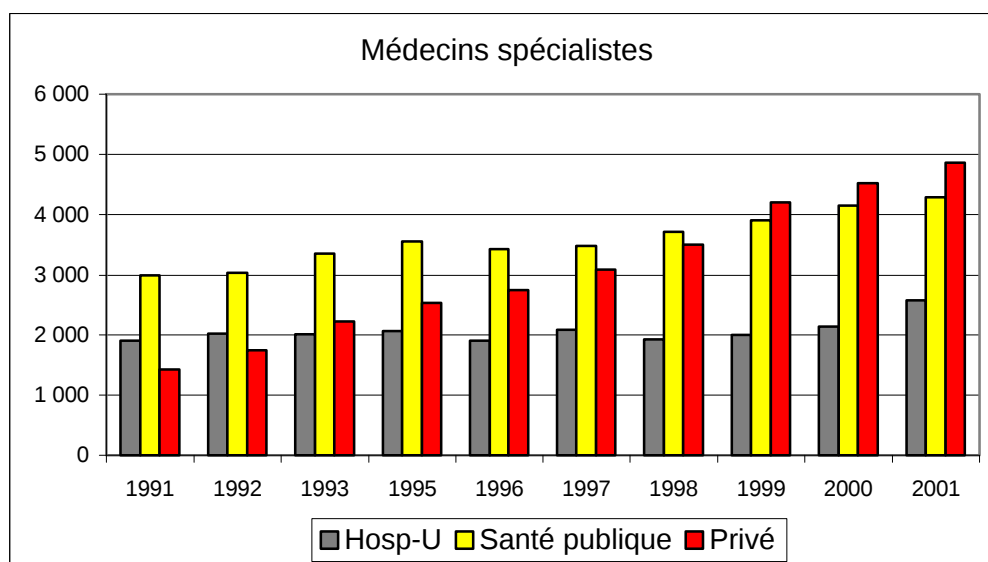
Cette progression est essentiellement le fait des praticiens privés comme l'indique le graphique suivant :



1.2.1.1 Caractéristiques des médecins

a- Les spécialistes

L'évolution du nombre des médecins spécialistes par statut d'exercice au cours des dix dernières années se caractérise par une croissance rapide des spécialistes privés dont le nombre dépasse désormais celui des spécialistes de santé publique.



Les médecins spécialistes représentent à la fin de l'année 2000, 39% des médecins (non compris les résidents).

Dans les structures publiques, les 13 CHU disposent de davantage de spécialistes que les 185 secteurs sanitaires. Le secteur privé représente 45% de l'ensemble des spécialistes, hospitalo-

universitaires inclus. En 2001, la part du privé en médecins spécialistes s'élève à 53% et celle des CHU recule nettement à 13%.

Nombre de spécialistes par structure (année 2001)

Secteur sanitaire	CHU	EHS	Tot Public	Privé	Total
2569	1222	500	4291	4861	9152
28%	13%	5%	47%	53%	100%

La répartition spatiale des spécialistes montre de grandes inégalités : En moyenne on compte 3000 habitants pour un spécialiste. Ce ratio varie de 1 spécialiste pour 860 personnes à Alger à 1 pour 17800 à Tissemsilt. En tout, dix wilayas ont un encadrement de spécialistes plus élevé que la moyenne nationale. A l'autre extrême il y a douze wilayas dans lesquelles on compte plus de 10000 habitants pour un spécialiste.

Dans 31 des 48 wilayas (66%), les spécialistes sont plus nombreux à exercer dans le secteur privé que dans le secteur public. Or parmi les dix wilaya les mieux pourvues en spécialistes, le privé ne domine que dans une wilaya ; c'est dire que l'accessibilité physique au spécialiste se double dans ces wilaya d'une accessibilité financière (et vice versa pour les wilayas dépourvues).

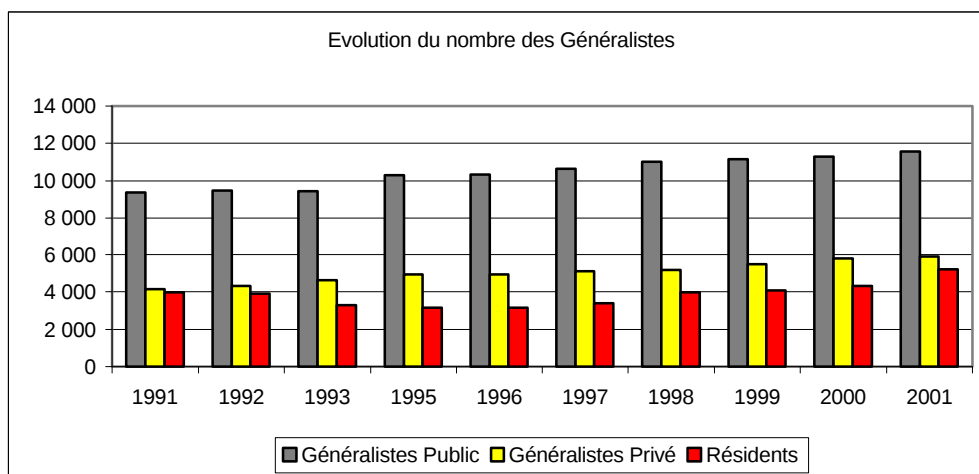
Le secteur public est dominant et parfois exclusif dans les wilayas du sud.

Si on prend en considération quatre spécialités de base (médecine interne, pédiatrie, chirurgie générale et gynécologie obstétrique) : les spécialistes de ces spécialités manquent au sein de nombreux établissements publics ; dans certaines wilaya il n'y a aucun, dans d'autres plusieurs structures en sont dépourvues ; autrement dit une grande partie des services hospitaliers publics fonctionnent en absence de tout spécialiste.

	Pop-2001	Pédiatrie		Méd Interne		Chir géné		Gynéco		Ensemble		
		Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	HB/tot
Algérie	30810006	364	431	361	329	575	312	292	636	1592	1708	9336

b- Les médecins généralistes

Les médecins généralistes exercent en très forte majorité au sein du secteur public. En 2001, 61% des médecins (non compris les résidents) sont des généralistes, avec un effectif de 10.719 médecins.



La répartition par lieu d'exercice des généralistes se présente comme suit :

Nombre de généralistes par structure (année 2001)

Secteur sanitaire	CHU	EHS	Tot Public	Privé	Total
10719	675	193	11.569	5915	17484
61%	4%	1%	66%	34%	100%

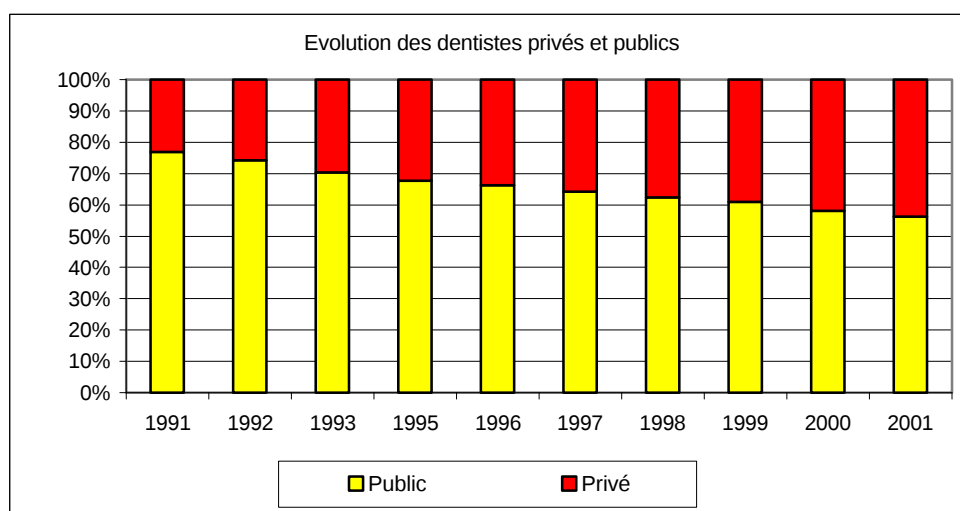
Les généralistes exercent massivement au sein des secteurs sanitaires, le secteur privé ne comprend que 34% des généralistes en exercice.

La répartition spatiale des généralistes est nettement plus équilibrée que celle des spécialistes. On compte en moyenne un généraliste pour 1800 habitants. Ce ratio oscille entre 910 et 3630.

Il faut signaler que de très nombreux généralistes occupent actuellement des postes qui devraient être dévolus à des spécialistes : c'est notamment le cas des services de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique, de la transfusion sanguine, des urgences médico-chirurgicales, des services d'épidémiologie et de médecine du travail. C'est ce qui a poussé le ministère de la santé à ouvrir un certain nombre de filières de certification validées par l'université de façon à donner à ces médecins les compétences leur permettant d'exercer de façon performante au niveau d'un certain nombre de postes de travail.

c- Les chirurgiens dentistes

Le nombre total de chirurgiens dentistes a augmenté de façon limitée au cours des dix dernières années. Leur poids au sein des praticiens est passé de 21% en 1991 à 18% en 2000. Le nombre de ceux qui exercent dans le secteur public s'est réduit, tandis le nombre de dentistes privés a doublé. La courbe suivante montre clairement l'augmentation du nombre de dentistes privés depuis 1999, pour atteindre 44% des dentistes exerçant en 2001.



Le secteur sanitaire reste le principal lieu d'exercice des dentistes. Cependant l'activité des dentistes exerçant dans les structures publiques est limitée notamment par le manque d'équipement : dans beaucoup de secteurs sanitaires, plusieurs dentistes disposent d'un seul fauteuil dentaire.

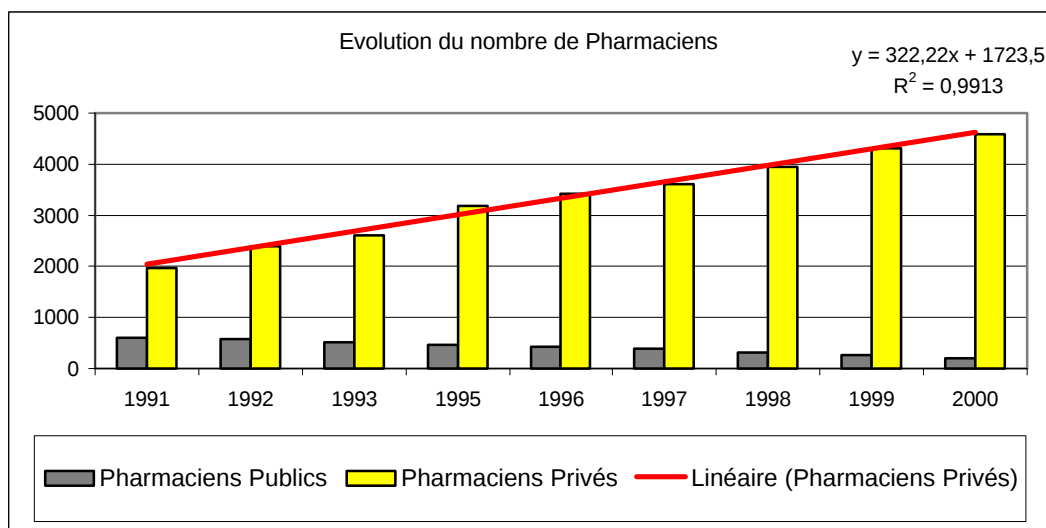
Répartition des dentistes par structure en 2001

	Sect. sanitaires	CHU	EHS	S/T Public	Privé	Total
Dentistes	4504	80	24	4608	3580	8188
Répartition/Structures	55%	1%	0%	56%	44%	100%
Fauteuils dentaires	2118	409	12	2539	3346*	5821*

(*) Année 2000

d- Les pharmaciens

Au cours des dix dernières années, le nombre de pharmaciens exerçant dans les structures publiques a diminué régulièrement et atteint actuellement un niveau inquiétant : un bon nombre d'établissements en sont totalement dépourvus.



1.2.2 Le personnel paramédical

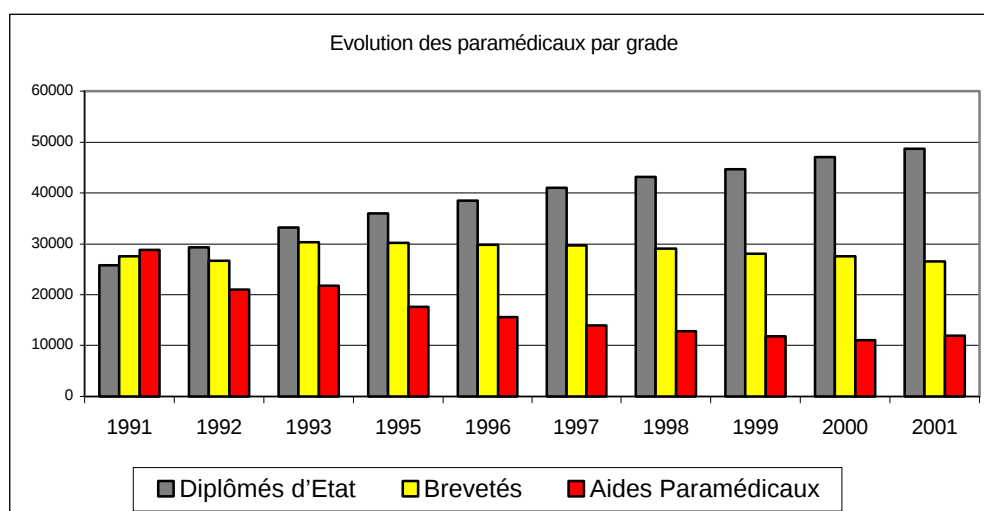
Les seuls paramédicaux recensés de façon exhaustive sont ceux qui exercent au sein des établissements publics de soins.

Le nombre total de paramédicaux a peu augmenté en dix ans, mais sa structure par grade s'est considérablement modifiée. En 1991, les corps des diplômés d'Etat, des brevetés et des aides paramédicaux étaient grossièrement égaux en nombre ; en 2000, les diplômés d'Etat représentent 55% des paramédicaux, les brevetés 32% et les aides paramédicaux seulement 13%. Cette tendance devra être inversée pour avoir à terme plus de d'aides médicaux que de diplômés d'Etat.

Evolution des effectifs paramédicaux selon la qualification

	Diplômés d'Etat	Brevetés	Aides Paramédicaux	Total
1991	25 911	27 640	28 811	82 362
1996	38 554	29 911	15 600	84 065
2001	48 755	26 655	10 433	85 843

Source : MSPRH Statistiques sanitaires, années 1991 à 2001



En 2001 les paramédicaux représentent près de la moitié des effectifs des établissements publics de soins. On compte en moyenne 3,2 paramédicaux par praticien.

1.2.3 Les personnels administratif, technique et de service

Le personnel administratif, technique et de service représente environ 35% des effectifs des établissements publics de soins. Les effectifs globaux des personnels administratifs et de service ont connu une croissance faible (la décroissance observée pour les années 1999 et 2000 tient peut-être à ce que, à partir de 1999, le personnel vacataire est comptabilisé à part). Le personnel technique, très rare en 1991 a augmenté dans des proportions importantes.

Evolution des effectifs du personnel administratif, technique et de service

	Administratif	Technique	Service	Ensemble
1991	11908	Inclus dans service	39128	51036
1996	11671	734	46109	58514
2001	14270	2071	42784	59125

1.3 Les infrastructures et les équipements

1.3.1 Les infrastructures

1.3.1.1 Hospitalisation

A la fin de l'année 2001, le nombre de lits, y compris le privé, s'élève à près de 60.000 lits, soit 2 lits pour 1000 habitants. 96% des lits d'hospitalisation relèvent du secteur public. La répartition spatiale des lits d'hospitalisation, rapportée à la population montre que mises à part deux wilaya du Sud nettement suréquipées en lits (pour des raisons d'ordre plus politiques que sanitaires (Tindouf et Illizi),) le nombre de lits pour 1000 habitants oscille entre 3,4 à Alger et 1 à Chlef.

1.3.1.2 Les structures de consultation

Avec 497 polycliniques, 1252 centres de santé et 3964 salles de soins, le secteur public dispose d'un réseau relativement dense de structures de consultation (1 pour 5000 habitants).

Evolution des ratios de couverture sanitaire en unités de soins de base

	1990	1995	2000	2001
Polyclinique	154	460	497	504
Ratio polyclinique	60455	60435	61097	61131
CS +SS	4465	4865	5216	5368
Ratio CS+SS	5534	5714	5822	5740
Population	24710000	27800000	30365000	30810000

1.3.2 Les équipements

Malgré toutes les limites qui entachent les informations sur les équipements médicaux, les statistiques qui existent apportent néanmoins un éclairage intéressant sur la situation du système de santé.

Concernant la chirurgie, l'information recensée dans les établissements publics de soins porte sur le nombre de tables d'opération fonctionnelles, tandis que pour les cliniques privées c'est le nombre de salles d'opération qui est recensé.

Blocs chirurgicaux

Secteur sanitaire	CHU	EHS	Cliniques privées	Ensemble
672	277	70	167	1186
57%	23%	6%	14%	100%

En matière d'imagerie médicale, la situation des équipements à la fin de l'année 2000 est la suivante :

Imagerie médicale en fonctionnement par type de structure sanitaire en 2000

	Scanner	Radio	Echographe
CHU	5	230	88
EHS	1	61	17
Secteurs sanitaires	0	1037	159
S/Total Public	6	1328	264
Cliniques	11	77	30
Centres diagnostic	4	7	6
Cabinets médicaux	30	182	174
S/Total Privé	47	277	212
Total	53	1605	476

On constate que :

- Le secteur public dispose des équipements traditionnels de radiologie ;
- Les plateaux techniques des cliniques privés sont loin d'être négligeables ; celles-ci disposent en particulier de plus d'équipement de pointe que les structures publiques, CHU compris ;
- Les cabinets médicaux privés, incluant les centres d'imagerie médicale, disposent d'un équipement radiologique important notamment dans les technologies récentes.

Equipements médicaux

Famille	Type	Etat	1990	2001
Imagerie médicale	Appareils de radio mobiles	M	352	552
		P	132	83
	Appareils de radio fixes	M	970	882
		P	281	239
	Appareils de radio dentaires	M	941	485
		P	145	117
Anesthésie-soins intensifs	Echographes	M	217	156
		P	56	50
	Scannographes	M	0	0
		P	1	0
	Scanners	M	3	0
		P	3	0
	Appareils d’anesthésie	M	404	448
		P	57	95
	Appareils respirateurs	M	489	397
		P	100	60
	Evaporateurs d’anesthésie	M	359	26
		P	75	4
	Aspirateurs Médico chirurgicaux	M	915	1617
		P	152	257
	Défibrillateurs cardiaques	M	294	267
		P	74	40
	Couveuses	M	646	628
		P	218	210
	Tables de réanim ation du nouveau né	M	265	234
		P	57	43
	Moniteurs de surveillance	M	491	445
		P	69	92
Techniques operatoires	Scialytiques	M	1781	939
		P	244	74
	Tables d’opérations	M	843	686
		P	52	56
	Fauteuils dentaires	M	2095	2118
		P	199	240
M= en marche, P= en panne				

1.4 Les activités de soins

Le système de santé délivre des prestations de prévention et des prestations curatives.

1.4-1 Les activités de prévention

Elles sont pour l'essentiel délivrées par les personnels médicaux et paramédicaux en poste dans les secteurs sanitaires et de manière accessoire dans les CHU et les EHS.

Les données sur les activités de prévention sont organisées par programme. Un programme regroupant des activités ayant une finalité précise pour l'amélioration d'un problème de santé.

1.4-1-1 Programme élargi de vaccination PEV

La vaccination est l'activité de prévention la plus connue et probablement la plus importante en termes de moyens mobilisés. Elle se déroule en totalité dans les structures publiques de soins. Quel que soit le type de vaccin, le taux de couverture dépasse les 80% en 2002.

Evolution des taux de couverture vaccinale de routine (%)

	1991	1996	2002
BCG	91	94	98
DTC P1	88	88	93
DTC P2	86	83	89
DTC P3	82	77	86
ANTI-ROUGEOLEUX	74	75	81

1.4-1-2 Santé scolaire

Les programmes de santé scolaire sont réalisés par des personnels relevant dans leur grande majorité du ministère de la santé. Il est important de souligner le déficit en psychologues, orthophonistes et travailleurs sociaux. Un programme de santé bucco-dentaire a également été mis en place en 1999.

Activités de santé scolaire au cours des cinq dernières années

Années scolaires	1995/1996	1999/2000
Effectif des élèves des classes cibles	2.477.556	2.670.763
Nombre d'élèves examinés en classes cibles	1.902.331	2.464.140
Taux de couverture en classes cibles	76,78 %	92,26 %
Effectif des élèves des classes intercalaires	4.529.206	4.971.022
Nombre d'élèves examinés en classes intercalaires	1.261.616	1.999.125
Taux de couverture en classe intercalaires	27,85 %	40,22 %
Effectif global des élèves scolarisés	7.001.428	7.641.785
Nombre total d'élèves examinés	3.163.947	4.463.265
Taux de couverture globale	45,19 %	58,41 %

1.4-1-3 Lutte anti-tuberculeuse

Le traitement des malades tuberculeux entre dans le cadre des programmes de prévention dans la mesure où leur prise en charge évite qu'ils transmettent l'affection à d'autres personnes. Le dépistage et traitement antituberculeux sont obligatoire et gratuit.

Ce programme, qui fonctionne depuis le début des années 1970 a permis de réduire notablement l'incidence de la tuberculose, mais depuis le début de la décennie 90, cette incidence ne s'est plus modifiée.

1.4-2 Activités curatives

Malgré l'importance grandissante du secteur privé en matière de soins, les données existantes sur les activités de soins disponibles portent exclusivement sur le secteur public.

1.4-2-1 Activités hospitalières

Les activités hospitalières sont largement concentrées dans le secteur public de soins puisque ce dernier renferme la presque totalité des lits d'hospitalisation.

Au niveau des établissements publics de soins, on constate une stagnation de l'hospitalisation dans au cours des dix dernières années, ce qui signifie, compte tenu de l'augmentation de la population, une réduction des admissions par habitant. (5,5% de la population hospitalisée en 2000, contre 6,1% en 1991).

Evolution des activités hospitalières du secteur public de soins

Etablissements	Nombre	1990	2001
Secteurs Sanitaires	Lits	29628	32575
	Admissions	1046148	1238145
	Jours d'hospitalisation	5342282	5068469
	D.M.S	5,1	4.09
C.H.U	Lits	16916	12967
	Admissions	537688	433379
	Jours d'hospitalisation	4106403	3069490
	D.M.S	7,6	7.08
E.H.S	Lits	5493	6062
	Admissions	30683	111174
	Jours d'hospitalisation	1248614	1499694
	D.M.S	34	13.48
Ensemble (SS+CHU+EHS)	Lits	52037	51604
	Admissions	1614519	1782698
	Jours d'hospitalisation	10697299	9637653
	D.M.S	6,63	5.40

En 2000, les admissions par type de structure et par groupe de disciplines se présentent comme suit :

Admissions hospitalières (année 2000)

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Ensemble
Secteur sanitaire	492 863	205 504	491 057	1 189 424
CHU	167 808	120 597	108 675	397 080
EHS	58 613	31 019	17 715	107 347
Ensemble	719 284	357 120	617 447	1 693 851

70% des admissions se font au niveau des secteurs sanitaires, 23% au niveau des CHU et 6% dans les EHS. La médecine représente 42% des admissions totales, la chirurgie 21% et la gynécologie-obstétrique 36%.

Le taux d'occupation des lits est très faible au niveau des secteurs sanitaires (45%) et notamment en chirurgie (36%) ; il est meilleur au niveau des CHU (67%), et particulièrement en gynécologie-obstétrique, et des EHS (70%). Cependant, en dehors de l'obstétrique le taux d'occupation relativement élevé des lits dans les CHU et les EHS s'explique en partie par des durées d'hospitalisation excessivement longues, souvent motivées par l'indisponibilité de moyens (appareils et équipements d'aide au diagnostic en panne).

1.4.2.2 Les consultations

Le secteur public de soins fournit 35 millions de consultations, dont 86% de généralistes.

28% de consultations sont délivrées dans le cadre des urgences hospitalières.

Les consultations par structures

	Spécialisée			Généraliste			Ensemble
	Hôpital	Extra-hosp	Total	Urgence	Extra-hosp	Total	
Secteur sanitaire	1 039 934	1 724 095	2 764 029	8 516 825	20429986	28946811	31710840
CHU	1 938 480		1 938 480	1 220 193		1 220 193	3 158 673
EHS	640 936		640 936	172 631			172 631
Ensemble	3 619 350	1 724 095	5 343 445	9 909 649	20429986	30167004	35042144

Concernant l'activité des généralistes, ces données indiquent une activité de consultation de 2800 par médecin et par an, ce qui est faible (la norme admise est de 6000 consultations/an).

1.4.2.3 Les soins dentaires

Dans le secteur public de soins l'activité de stomatologie reste dominée par les extractions

	Consultation	Consult spé	Soins	Extractions	Prothèses
Sect Sanitaires	1 875 079	60 327	828 480	2 335 878	9 585
CHU	20 843	126 466	65 365	50 425	26 582
EHS	2 327		6 770	3 360	28
Ensemble	1 898 249	186 793	900 615	2 389 663	36 195

1.5 Les moyens financiers

Le budget de la santé a connu au cours de la période allant de 1989-2001 une augmentation notable en termes absolus de 11.140 millions DA à 45.747,6 millions DA. En revanche, la part de ce budget par rapport, au budget global de l'Etat et au Produit Intérieur Brut ont, quant à eux nettement reculé. En effet, en 1989, le budget de la santé représentait 2,2% du PIB, alors qu'en 2001, il n'est que de 1,4%. Aussi, la participation de l'Etat est nettement revue à la baisse en passant de 7.2% en 1991 et 6% en 1993 à 3.6% en 2000. En 2001, une légère amélioration est constatée en matière de la contribution de l'Etat, avec une part de 4,8%.

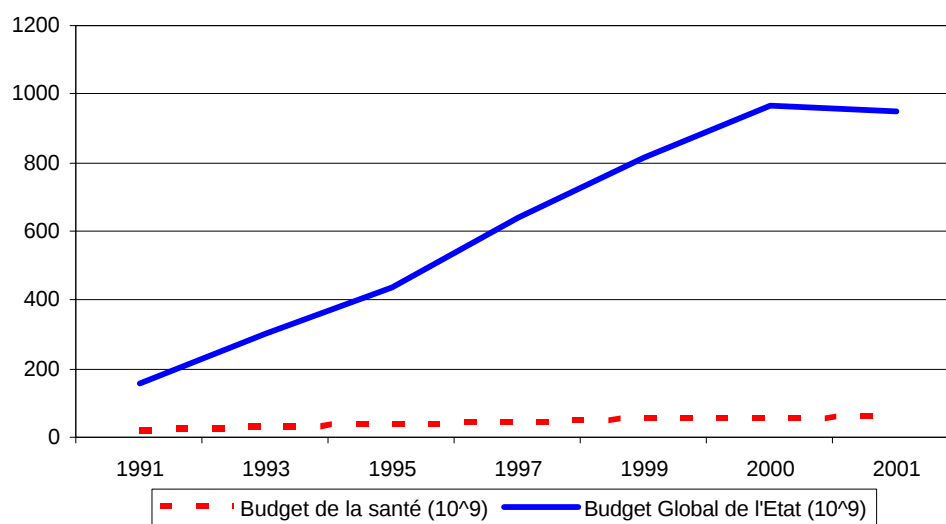
Ce fardeau financier constitue un frein sérieux pour toute entreprise de réforme du secteur. Pour les années à venir, il est impératif de revoir à la hausse la part du secteur de la santé dans le PIB, afin de pouvoir réaliser les objectifs prévus par la réforme. Une part autour de 6% peut constituer une bouffée d'oxygène considérable au secteur dans ses efforts d'amélioration de l'offre de soins. Il sera possible de mener des travaux de rénovation sur les vieilles structures, de procéder aux recrutements des personnels et des achats d'équipements nécessaires aux unités de soins.

Quelques indicateurs économiques (1991-2001)

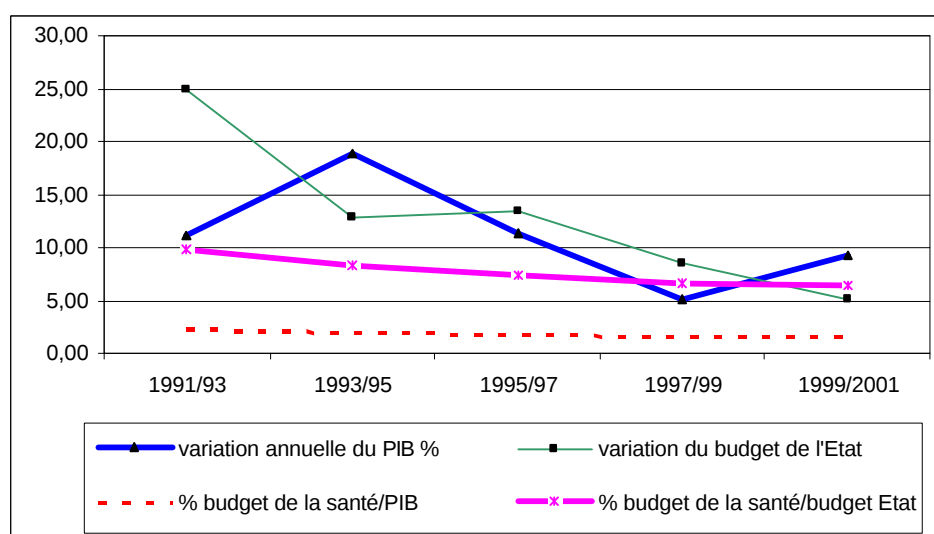
	1991	1993	1995	1997	1999	2000	2001
Budget de la santé (10 ⁹)	18,725	26,362	35,928	42,755	52,135	53,345	61
Participation de l'Etat (10 ⁹)	11,14	17,785	25,582	32,867	35,754	35,144	45,748
Budget Global de l'Etat (10 ⁹)	154,7	303,95	437,976	640	817,693	965,328	948,76
PIB (10 ⁹)	862,1	1189,725	2004,995	2780,168	3238,197	4098,816	4241,802
% (B.santé/B.global)	12,1	8,7	8,2	6,7	6,4	5,5	6,4
% (Participation de l'Etat/Budget Global)	7,2	5,9	5,8	5,1	4,4	3,6	4,8
% (Budget santé/PIB)	2,2	2,2	1,8	1,5	1,6	1,3	1,4

Le graphique suivant montre clairement les deux tendances des budgets de l'Etat et celui alloué à la santé, notamment avant 2000. Le fossé qui ne cesse de s'élargir entre les deux courbes témoigne du retard dans l'investissement en santé qu'il faudrait absolument rattraper.

Données économiques



Variations annuelles de quelques indicateurs économiques



1.6 Les principaux défis en matière de santé

Pour les dix années qui viennent, notre système de santé va être confronté à deux catégories de défis :

- Prendre en charge l'évolution des problèmes de santé liés à la modification de la structure de la population par âge,
- Renforcer la capacité des pouvoirs publics à maîtriser les coûts, à protéger l'environnement, et à promouvoir l'information des citoyens et la formation des personnels.

1.6.1 Les problèmes de santé de la population :

Dans les années à venir, la population Algérienne gardera longtemps sa jeunesse en ce sens que la frange des enfants de moins de 15 ans qui constitue 36% de la population recensée en 1998, avec un effectif de 10.500.000 enfants, passera à près de 26% en 2010 (9.000.000) et ensuite à 24% en 2020 (9.400.000). En dépit de cette baisse, d'ici 2020, il y aura annuellement plus de 9 millions jeunes à prendre entièrement en charge, notamment en matière de santé.

1.6.1.1 Les moins de cinq ans

Ils seront 3.846.000 en 2010, soit 10% de la population totale. Trois grandes catégories d'affections caractériseront ce groupe : la morbidité et mortalité périnatale ; les affections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques ; et les accidents domestiques.

Les avancées faites en matière de mortalité infantile ne pourront continuer à progresser que si l'on maintient les efforts actuels (vaccination, éducation sanitaire...) mais également si l'on axe la réflexion vers la lutte contre la mortalité périnatale, avec le développement de structures prenant en charge le nouveau-né, à savoir des services de néonatalogie performants.

Les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques continueront à être une cause majeure de morbidité et de mortalité dans cette catégorie de population.

Concernant, les accidents domestiques, ceux-ci surviennent actuellement en majorité chez l'enfant de moins de cinq ans avec une incidence aux alentours de 66 cas %, soit en extrapolant à la population de 2010, une moyenne minimale de 254 000 enfants touchés. Le taux de mortalité maternelle estimé à 117 pour 100.000 en 1999, devrait être réduit de moitié d'ici 2010. Toutefois, même à 55 pour 100.000, le taux de mortalité restera élevé (puisqu'il se situe actuellement à moins de 10 pour 100.000 dans les pays développés.) La morbidité liée à la maternité constituera toujours une préoccupation majeure.

1.6.1.2 Les 5-19 ans

En 2010, moins du tiers de la population algérienne aura entre 5 et 20 ans (11 364 000 individus). En dehors des maladies transmissibles qui continueront à occuper une place non négligeable, les problèmes de santé prévalents seront dominés par les accidents (domestiques et de circulation) et leurs conséquences (handicaps), un certain nombre de maladies chroniques (diabète insulino-dépendant, insuffisance respiratoire, hémoglobinopathies ...) et certains états touchant à la santé mentale (suicide et tendance suicidaire, toxicomanie...) Il faut de surcroît insister sur le fait qu'actuellement, les structures hospitalières ne sont pas aménagées pour répondre aux besoins des adolescents (services et consultations spécifiques à cette tranche d'âge).

1.6.1.3 La population en âge d'activité

Les 20-44 ans

Plus de quinze millions (15.442.000) d'individus appartiendront à cette tranche d'âge (40,7%). Les maladies non transmissibles prédomineront quel que soit le sexe.

Chez les hommes, une des premières causes de mortalité sera représentée par les accidents et principalement ceux de la voie publique. En 1996, ces taux (ensemble des accidents : circulation, en milieu du travail et autres) étaient respectivement de 78 et 133 décès pour 100.000 sujets chez les 20-29 ans et les 30-44 ans. Rapportés à la population de 2010, 8438 décès pourraient être attribués aux accidents uniquement pour cette tranche d'âge chez les sujets de sexe masculin si les taux observés restent identiques.

L'enquête EDG, menée en 2000, estime à 18% le nombre de femmes ayant subi un traumatisme chez les 15-49 ans. Ces données extrapolées à la population des 20-44 ans en 2010, situeraient à 133.500 le nombre de femmes qui souffriront d'un psychotraumatisme dont 8411 seront graves.

Pour les deux sexes, les maladies non transmissibles dont les affections de l'appareil cardiovasculaire et les cancers, commenceront à apparaître.

Les 45-64 ans

Représenteront 14,5 % de la population algérienne avec 5 507 000 individus.

Les pathologies chroniques seront prédominantes. Les principales causes de mortalité seront liées aux maladies cardiovasculaires, les tumeurs, les affections respiratoires et digestives et les néphropathies.

1.6.1.4 La population âgée

Cette situation s'accompagnera d'une augmentation progressive de la population âgée de 60 ans et plus qui passera de 6.6% en 1998 (1.929.000) à 7% en 2010 et à 9% en 2020. La population âgée attendue dans les prochaines années sera différente de l'actuelle essentiellement par son niveau d'instruction et ses qualifications professionnelles, et sera plus «exigeante» en matière de services de santé et de soins.

Les plus de 65 ans

Leur nombre atteindra presque deux millions (1.745.000) en 2010, soit 4,6 % de la population générale. L'espérance de vie à la naissance sera proche de 75 ans pour les femmes et de 72 ans pour les hommes. Les maladies cardiovasculaires, les tumeurs, les affections respiratoires et digestives et les néphropathies occuperont encore une place plus grande avec des taux s'élevant avec l'âge auxquelles viendront s'ajouter les affections touchant la santé mentale (démences, états dépressifs, suicide...). Si celles-ci ne peuvent à l'heure actuelle être chiffrées, elles nécessiteront des soins spécifiques et des structures de prise en charge adéquates.

A titre d'exemple, les pics d'incidence observés des cancers chez la femme sont respectivement pour les tranches d'âge 65-69 ans, 70-74 ans et 75 ans et plus de 88,8 - 149,2 et 117,9 cas pour 100.000 habitants en 1999. Ces taux rapportés à la population de 2010 donneraient aux alentours de 1080 nouveaux cas de cancer dans cette population. De la même manière chez les hommes, on peut évaluer à 1182 le nombre de nouveaux cas de cancers.

Evolution de la population dépendante, des groupes des moins de 15 ans et des personnes âgées de 60 ans et plus (%)

Groupes d'âges	25/06/1998	01.01.2002	01.01.2010	01.01.2020
0-14 ⁽¹⁾	36,19	31,90	26,19	24,03
60 & + ⁽²⁾	6,61	6,74	6,98	9,14
Population dépendante ⁽¹⁺²⁾	42.8	38.64	33.17	33.17

1.6.2 Les capacités d'adaptation de l'Etat

Au delà des problèmes spécifiques de santé, un certain nombre de défis sont lancés, dans la mesure où la santé des citoyens dépendra largement des capacités de l'Etat à contrôler la situation dans un certain nombre de secteurs. C'est ainsi que, la disparité régionale devant l'accès aux soins est une préoccupation qui s'inscrit dans la réforme du secteur qui tend à réduire dans les années à venir cette iniquité face aux soins de santé. En effet, l'examen de la couverture sanitaire par wilaya au travers par exemple le ratio de couverture en médecins (généralistes ou spécialistes), permet de constater des écarts très importants allant de 1 médecin pour 395 habitants à Alger à 1 pour 2.589 à Djelfa. Ce constat s'applique aussi aux autres composantes de l'offre de soins, à savoir les infrastructures et les équipements.

1.6.2.1 Le contrôle des coûts

Les risques inflationnistes en termes d'économie de santé tiennent, d'une part, au développement non contrôlé du secteur privé, et d'autre part, aux progrès technologiques qui mettent à la disposition des citoyens des moyens d'investigations, et des traitements certes efficaces et performants, mais de plus en plus coûteux. Dans tous les pays du monde, le contrôle des coûts de santé revient à l'Etat, qui intervient en régulant la consommation médicale, et en mettant en place des mécanismes permettant une complémentarité entre les secteurs public et privé. De telles orientations figurent aussi bien dans le rapport du Conseil National de la Réforme Hospitalière, que dans l'avant projet de loi sanitaire largement diffusés et débattus depuis six mois.

1.6.2.2 La protection de l'environnement

Dans les années à venir, la qualité de l'environnement continuera à jouer un rôle déterminant vis à vis de l'état de santé de la population : les risques microbiologiques et chimiques seront inversement proportionnels à la qualité de l'eau et des aliments, et les zoonoses ne pourront être maîtrisées que dans la mesure où des procédures faisant appel à la désinsectisation et au contrôle des animaux errants seront respectées. Dans ce domaine, les services de santé, dont le rôle est d'animer le système de veille sanitaire, sont appelés à collaborer activement avec, entre autres, les secteurs chargés de l'intérieur et des collectivités locales, de l'environnement, de l'agriculture, du commerce, des transports et de l'hydraulique.

1.6.2.3 La promotion de la formation, l'information et la communication :

Dans ce domaine également, le rôle du ministère de la santé est subordonné à la qualité de sa coopération avec les instances dont la mission est de contribuer à la formation, à l'information et à la communication, à savoir les ministères de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, de l'éducation, de la formation professionnelle, de la jeunesse, de la communication, ainsi qu'avec les médias et le mouvement associatif.

Cette présentation des défis en matière de santé permet de cerner déjà les besoins de santé auxquels le pays devra s'adapter d'ici dix ans : l'effort en matière de surveillance de l'environnement devra être plus important, les programmes de prévention devront bénéficier d'un meilleur encadrement en termes de personnels, la surveillance de la grossesse et de l'accouchement devra bénéficier d'un meilleur soutien logistique en termes d'équipements. Il en ira de même pour les maladies chroniques. Enfin, des alternatives à l'hospitalisation classique devront être proposées aux citoyens.

Chapitre 2

Stratégie de développement du secteur de la santé

La stratégie du développement du secteur de la santé, comme il a été annoncé dans l'introduction, est axée sur l'accès équitable à tous les citoyens et sur l'amélioration de la qualité des soins dispensés.

A l'horizon 2012, les besoins de la population qui sera de 36 millions d'habitants auront changé, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. On peut également considérer que les ressources se seront modifiées, d'une part parce que la part du PIB consacrée à la santé devrait, si l'on s'en tient aux recommandations des agences internationales, avoisiner les 6%, et d'autre part, parce qu'un taux de croissance de 3% devrait amener le PIB aux alentours de 1800 \$ US par habitant.

Sur de telles bases, , on peut identifier quatre volets sur lesquels portera notre analyse, à savoir :

- L'amélioration de la couverture sanitaire, aussi bien en infrastructures et équipements lourds qu'en personnels.
- L'amélioration de la qualité des soins dispensés, notamment en introduisant les nouvelles techniques d'exploration et le renforcement de la formation professionnelle et universitaire.
- L'amélioration de la situation épidémiologique, en dressant des priorités en matière de pathologies à surveiller.
- Le renforcement de la coordination avec les autres secteurs, notamment avec le secteur de l'environnement pour la prise en charge des facteurs de risques liés à la salubrité du milieu.

2.1 Améliorer la couverture médicale

L'identification des besoins en santé dans les années à venir se base sur des estimations qui consistent soit à prolonger la tendance observée jusque-là ou bien à se fixer des normes que l'on escompte atteindre aux dates prévues. Le prolongement des tendances observées, permettra d'apprécier l'offre probable de soins si les efforts actuels se maintiennent dans l'avenir. L'autre scénario consiste à identifier des ratios de couverture améliorés, susceptibles d'avoir un effet tangible sur la prise en charge de la santé des citoyens.

La démarche qui consiste à dresser une espèce d'intervalle de vraisemblance entre l'offre probable de soins et l'approximation de la demande, au travers l'amélioration des ratios, tend à estimer les répercussions, notamment financières, d'une politique visant à améliorer l'offre de soins en Algérie

Ces estimations perspectives ne tiennent pas compte des remplacements et des rénovations indispensables qu'il faudrait opérer au niveau de certaines offres de soins actuellement disponibles. Ce point sera traité ultérieurement sous le titre de l'amélioration des soins dispensés et de la prise en charge des patients.

2.1.1 Besoins en personnel médical

Compte tenu de la disparité importante entre la couverture en médecins généralistes et médecins spécialistes, d'une part, et les médecins exerçant en privé et ceux en secteur public d'autre part, les besoins futurs en la matière seront prévus à plusieurs niveaux comme suit :

- Besoin en médecins spécialistes, toutes les spécialités confondues,
- Besoin en médecins généralistes,
- Besoin en chirurgiens dentistes
- Besoin en pharmaciens.

2.1.1.1 Besoins en médecins spécialistes

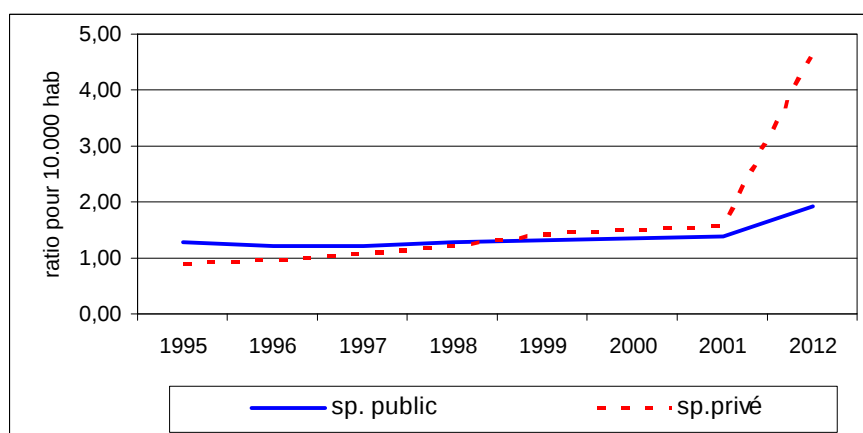
Afin de rester sur la lancée de la densité en médecins spécialistes assurée actuellement, il faudrait renforcer ce corps de quelques 23.375 spécialistes en 2012. Avec le poids actuel du privé au sein de ce corps (près de 53% des spécialistes) et sa tendance vers l'augmentation, le privé est appelé à être renforcé davantage pour atteindre 16.566 spécialistes en 2012, soit 71% de l'ensemble des médecins spécialistes. A cette date, il faudra augmenter le nombre actuel de praticiens de près de 14000 médecins, dont 11700 en privé.

Tendance attendue pour 2012

	Médecins spécialistes en 2012			
	Hôpital universitaire	Santé publique	Privé	Ensemble médecins spécialistes
Ratio (1/habitants)	1/7374	1/5211	1/2142	1/1518
Effectif attendu	4812	6809	16566	23375
Besoin	2243	2518	11705	14233

Evolution des ratios de couverture en médecins spécialistes (pour 10.000 habitants),

1995-2012



En vue d'atteindre un ratio de 1 médecin spécialiste pour 1000 habitants, il faudra près de 23000 spécialistes de plus que ceux exerçant aujourd'hui.

Amélioration de la couverture sanitaire nationale en 2012

	Médecins spécialistes en 2012			
	CHU	Santé publique	Privé	Ensemble médecins spécialistes
Ratio souhaité (1/habitants)	1/6000	1/4000	1/1500	1/1000
Effectif nécessaire	5913	8870	23653	35480
Besoin	3344	4579	18792	23371
besoin supplémentaire	1102	2061	7088	9149

En fait, ces prévisions globales restent insuffisantes, car il y a également lieu d'envisager la nature des spécialités à former. Il faut rappeler qu'actuellement, plus de la moitié des secteurs sanitaires sont dépourvus de chirurgiens, de gynéco-obstétriciens, et de pédiatres. Il faut également noter que du fait du vieillissement de la population, la gériatrie devrait faire partie des disciplines enseignées et la rééducation fonctionnelle devrait connaître un certain développement. Enfin, vu la place prédominante qu'occuperont les plateaux techniques, les spécialités concernant le laboratoire et la radiologie, et plus particulièrement, la radiologie interventionnelle devraient être développées.

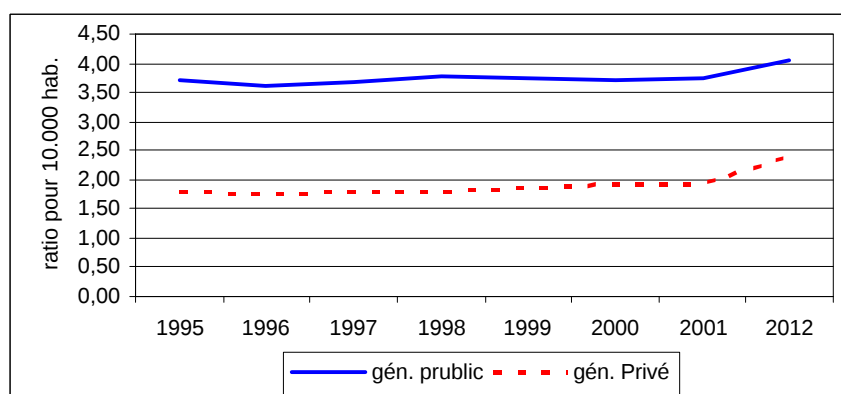
2.1.1.2 Besoins en médecins généralistes

Les médecins généralistes garderont au terme des projections, leur présence dans le secteur public avec un ratio de 1 pour 2462 habitants contre 1 pour 4171 pour le privé (voir état des lieux). Cela se traduira par un besoin global de 5357 médecins généralistes de plus, dont 53% exerceront dans le secteur public.

Tendance attendue pour 2012

	Médecins généralistes en 2012		
	Public	Privé	ensemble
Ratio (1/habitants)	1/2462	1/4171	1/1548
Effectif attendu	14412	8506	22918
Besoin	2843	2591	5357

Evolution des ratios de couverture en médecins généralistes (pour 10.000 habitants), 1995-2012



Pour ramener en 2012 la densité en médecins généralistes à 1 pour 1000 habitants, il faudra augmenter leur nombre de près de 12000 praticiens.

Amélioration de la couverture sanitaire nationale en 2012

	Médecins généralistes en 2012		
	Public	Privé	ensemble
Ratio souhaité (1/habitants)	1/2000	1/3000	1/1000
Effectif nécessaire	17740	11827	29567
Besoin	6171	5912	12083
besoin supplémentaire	3328	3321	6649

Là aussi, ces prévisions ne sauraient occulter, ni la répartition spatiale de ces médecins, ni leur mode de rémunération, quel que soit leur statut d'exercice. Par ailleurs, il sera indispensable de développer pour les généralistes des certifications reconnues sur le plan de leur statut et de leur progression, le nombre des spécialistes formés ne permettant pas, à l'heure actuelle, mais également, pour les années à venir, de répondre de façon satisfaisante aux besoins de santé.

2.1.1.3 Besoins en chirurgiens dentistes

La tendance probable des chirurgiens dentistes doit engendrer un effectif d'environ 10.000 dentistes en 2012, soit un ratio de 1 pour 3700. La part du privé sera encore plus importante si l'on tient compte de la tendance des cinq dernières années (voir état des lieux.)

Evolution des effectifs et ratios des chirurgiens dentistes de 1996 à 2012

Année	Population	Chirurgiens dentistes	Ratio
1996	28500000	7837	1/3636
1998	29272000	7953	1/3681
2000	30365000	8253	1/3679
2001	30810000	8430	1/3656
2012	35480000	9597	1/3697
besoins attendus-2012		1167	*

2.1.1.4 Besoins en pharmaciens

La pharmacie est prédominée quasi-exclusivement par le secteur privé, d'après les chiffres de cette dernière décennie, en ce sens que les pharmaciens privés constituaient en 2001, 97% des praticiens de ce corps. En 2012, le nombre prévu sera de 8340 pharmaciens, soit 1 pour 4254 habitants.

Evolution des effectifs et ratios des pharmaciens de 1996 à 2012

Année	Population	Pharmaciens	Ratio
1996	28500	3866	1/7372
1998	29272	4299	1/6809
2000	30365	4814	1/6308
2001	30810	4963	1/6210
2012	35480000	8340	1/4254
besoins attendus-2012		3377	*

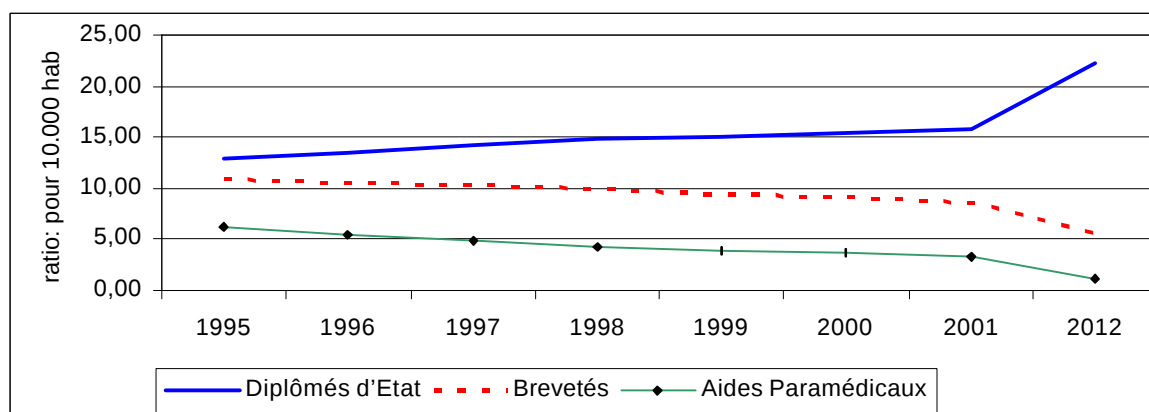
2.1.2 Besoins en personnel paramédical

Selon la tendance observée sur les cinq dernières années, le corps paramédical est appelé à être renforcé de près de 18000 postes, soit au total près de 103500 paramédicaux. Ainsi, si l'on projetait la tendance passée, seuls les diplômés d'Etat connaîtront une augmentation de près de 30400 personnes : les brevetés et les aides médicaux sont et seront en diminution continue (voir état des lieux.)

Tendance attendue pour 2012

	Personnels paramédicaux en 2012			
	Diplômés d'Etat	Brevetés	Aides Paramédicaux	Ensemble des paramédicaux
Ratio (1/habitants)	1/448	1/1768	1/8494	1/343
Effectif attendu	79275	20067	4177	103520
Besoin	30441	-6588	-6256	-

Evolution des ratios de couverture en personnel paramédical (pour 10.000 habitants), 1995-2012



Pour parer à cette éventualité, le corps paramédical devra se renforcer de quelques 37.000 personnes, avec une augmentation dans les trois groupes de diplômés d'Etat, de Brevetés et d'aides paramédicaux. Une priorité sera accordée aux aides paramédicaux pour atteindre en 2012 un ratio de 1 pour 2000 habitants.

Amélioration de la couverture sanitaire nationale en 2012

	Personnels paramédicaux en 2012			
	Diplômés d'Etat	Brevetés	Aides Paramédicaux	Ensemble des paramédicaux
Ratio souhaité (1/habitants)	1/448	1/1768	1/2000	1/300
Effectif nécessaire	79275	20067	17740	117004
Besoin	30441	-6588	7307	37448
besoin supplémentaire	-	-	11376	-

2.1.3 Besoins en personnels administratif, technique et de service

La situation passée traduit une quasi-dominance des personnels de service et la rareté des techniciens entre 1991 et 1996. En 2012, la configuration de ce corps connaîtra une augmentation de près de 17000 personnes, avec un renforcement en personnels techniques au détriment de ceux de service.

Tendance attendue pour 2012

	Personnels administratif, technique et service en 2012			
	Administratif	Technique	Service	Ensemble
Ratio (1/habitants)	1/1647	1/1803	1/1008	1/465
Effectif attendu	21545	19682	35205	76432
Besoin	7275	17611	-7579	17307

L'amélioration de la densité en personnels administratifs et techniques suppose le renforcement de ce corps de quelques 62500 personnes à l'horizon 2012.

Amélioration de la couverture sanitaire nationale en 2012

	Personnels administratif, technique et service en 2012			
	Administratif	Technique	Service	Ensemble
Ratio souhaité (1/habitants)	1/1000	1/15000	1/700	1/500
Effectif nécessaire	35480	35480	50686	121646
Besoin	21210	33409	7902	62521

2.1.4 Besoins en lits d'hospitalisation

La projection de la tendance observée entre 1995 et 2001, en termes de densité en lits d'hospitalisation dans le secteur public, engendre un recul en couverture qui se traduit par un ratio de 1.66 lits pour 1.000 habitants en 2012, et ce malgré le renforcement du système de santé à cette date de près de 2200 lits supplémentaires.

Afin d'assurer une meilleure disponibilité en lits pour les usagers potentiels, de 2.0 pour 1000 au lieu de 1.66 prévu, soit revenir au ratio de 1995, il faudrait placer en 2012, près de 12900 lits supplémentaires par rapport à ceux qui existent en 2001. Autrement dit, si l'on considère le nombre standard de lits par structure de soins, cela aidera à identifier le nombre et le type idoines de structures à mettre en place.

	Valeurs en 2012	Besoins 2012
Tendance attendue pour 2012		
Ratio (lits/1000 habitants) attendu	1.66	-
Nombre de lits attendus	60210	2171
Amélioration de la couverture sanitaire nationale en 2012		
Ratio (lits/1000 habitants) souhaité	2.0	-
Nombre de lits nécessaires	70960	12921
Population en 2012	35480000	-

* lits= somme des lits (SS+CHU+EHS+maternité intégrée+ maternité autonome)

2.1.5 Besoins en unités de soins de base

Pour les polycliniques, entre 1995 et 2001, 44 nouvelles structures ont été mises en service. Dans le même temps on est passé d'une densité d'une polyclinique pour 60.435 habitants à 1 pour 61.131. Si cette tendance reste la même, nous aurons à 2012 un ratio d'une polyclinique pour 62431 habitants, alors que pendant cette période on aura construit 52 unités. La situation serait identique pour les centres de santé et les salles de soins.

Evolution des ratios de couverture sanitaire en unités de soins de base

	1990	1995	2000	2001
Polyclinique	154	460	497	504
Ratio polyclinique (1/habitants)	1/60455	1/60435	1/61097	1/61131
CS +SS	4465	4865	5216	5368
Ratio CS+SS (1/habitants)	1/5534	1/5714	1/5822	1/5740
Population	24710000	27800000	30365000	30810000

L'amélioration de la densité en structures de soins de santé de base suppose un investissement plus consistant. En effet, pour atteindre à terme un ratio de 1 polyclinique pour 60.000 habitants (au lieu de 1/62431 attendu), il faudrait réaliser encore 35 structures supplémentaires, soit 87 au total. De même, la demande supplémentaire en centres de santé sera aussi plus importante.

	Valeurs en 2012	Besoins 2012
Tendance attendue pour 2012		
Ratio polycliniques attendu (1/habitants)	1/62431	-
Nombre de polycliniques attendues	568	52
Ratio (centre de santé+salle de soins) attendu (1/habitants)	1/5788	-
Nombre (centre de santé+salle de soins) attendus	6130	762
Amélioration de la couverture sanitaire nationale en 2012		
Ratio polycliniques souhaité (1/habitants)	1/60000	-
Nombre de Polycliniques nécessaire	591	87
Ratio (CS+SS) souhaité (1/habitants)	1/5000	-
Nombre (CS +SS) nécessaire	7096	1728
Population en 2012	35480000	-

2.1.6 Besoins en soins par types de pathologie

Les données actuelles concernant la morbidité et la mortalité en Algérie sont relativement incomplètes et se rattachent aux maladies traitées dans les hôpitaux et celles faisant objet de

déclaration obligatoire. Les enquêtes auprès des population sont indispensables pour collecter les données concernant les malades traités en dehors des hôpitaux, notamment dans le secteur privé, les invalidités chroniques, les maladies non dépistées et les infections faisant l'objet d'auto médication, ainsi que pour évaluer le niveau de santé et reconnaître les changements qui surviennent d'année en année.

Les causes de mortalité restent cependant dominées par les maladies chroniques, les accidents notamment de la route et les maladies infectieuses telles que les maladies à transmission hydrique, la tuberculose et les infections virales respiratoires, notamment chez le nourrisson et les sujets âgés.

Les maladies chroniques non transmissibles sont dominées par les quatre affections :

- Les affections cardio-vasculaires, notamment les valvuloplasties d'origine rhumatismale (infectieuse), congénitale, l'hypertension artérielle et la pathologie coronaire,
- Les cancers, souvent reconnus à un stade avancé,
- Le diabète, avec son corollaire de complications, cardiaques, vasculaires et rénales.
- l'insuffisance rénale chronique au stade terminal qui constitue un défi de distribution de soin en matière de stratégie de prise en charge des pathologies conduisant à ce stade.

L'organisation de la distribution des soins, à travers les indicateurs généraux, à savoir le rapport entre le nombre de professionnels de santé (public et privé) et l'ensemble de la population, le rapport entre les établissements de soins et la population, enfin l'accessibilité aux soins (proportion de soins dispensés gratuitement), montrent une disparité régionale en termes de répartition des ressources en faveur des régions du nord du pays et une vétusté du parc hospitalier et d'équipements non renouvelé pour la plupart depuis longtemps, donc non adaptés aux besoins en soins tant quantitatifs que qualitatifs. Au cours des 20 dernières années, il a été mis l'accent sur la construction d'hôpitaux généraux et de structures de soins de santé de base mais pas suffisamment sur d'autres établissements de soins par ailleurs nécessaires. On se trouve en excédent en lits par malades en terme global et en nombre insuffisant dans certaines spécialités, en d'établissements de soins auxiliaires de convalescence et de services hospitaliers d'urgence.

Les services médicaux ne sont pas également accessibles à toute la population, par ce que les médecins spécialistes tendent à se concentrer dans les villes et ne sont pas attirés par les régions rurales et les zones enclavées. De même que la planification du personnel de santé se trouve gênée de la déperdition et la mobilité continue de ce personnel.

Par ailleurs le plateau technique du secteur public est en général défectueux, occasionnant des surcoûts pour les établissements, et conduisant à une orientation « obligatoire » des patients vers le secteur privé, donc les coûts sont à la charge du citoyen en l'absence de la réactualisation des tarifs des actes élaborés en 1987.

A travers ces éléments, l'organisation de notre système de santé doit prendre en compte non seulement sur les aspects quantitatifs et qualitatifs des ressources, l'agencement et la nature des soins, mais aussi sur les rapports entre la population et les ressources engagées, appelant de surcroît à une régulation inéluctable des ressources, notamment humaines.

2.1.7 Besoins en équipements médicaux lourds

On entend par équipement lourd, un appareillage coûteux, aux impératifs liés à son installation et au coût élevé de sa maintenance.

L'efficacité du système de soins de santé est liée en partie à la qualité des équipements d'exploration et de soins ainsi qu'à l'organisation du fonctionnement de ce plateau technique.

Dans ce domaine, le secteur public accuse un retard important par rapport au secteur libéral qui a connu une avancée exponentielle en adéquation avec la demande en soins, bien que l'offre ne soit pas à la portée de tous.

Les besoins en équipements sont fondés sur la demande des populations en matière de soins, notamment pour la prise en charge des pathologies prévalentes, les besoins de formation et de recherche opérationnelle.

Dans ce cadre, le domaine de la cancérologie accuse le déficit le plus important d'autant qu'aucun investissement n'a, à ce jour, été consenti par le secteur libéral. L'Algérie possède 12 machines pour le traitement du cancer pour 30 millions d'habitants, pour des besoins estimés à 6 machines pour un million d'habitants, dans les pays développés. **L'objectif de la réforme hospitalière est de passer à l'horizon de 2012 à une machine au moins pour un million d'habitants.**

En terme de pathologie cardiaque, qui se situe parmi les premières causes de mortalité et de morbidité, le développement dans ce domaine vise essentiellement l'acquisition de moyens d'investigation et de traitement privilégiant la thérapie interventionnelle, non chirurgicale, chaque fois que la technologie le permet. **L'objectif est de développer cet axe de cardiologie interventionnelle dans chacun des 13 CHU du pays.**

Aussi, les explorations communes à toutes les disciplines, à savoir l'IRM, le scanner, l'angéographie numérisée, doivent être développées dans les 13 CHU, voire même dans certains hôpitaux régionaux des villes siège de chef lieu de wilaya.

Ailleurs, tous les équipements d'exploration et de soins répondant à la prise en charge des pathologies prévalentes, doivent être accessibles soit au niveau du secteur public ou privé telles que : Angéographes et lasers ophtalmologiques, mammographes, équipements pour la procréation médicalement assistée et appareillages de laboratoire pour les explorations courantes.

Dans le domaine des maladies transmissibles, il est impératif de doter le secteur public de laboratoires en mesure de répondre à l'identification des agents pathogènes, notamment ceux de haute virulence. **A ce titre, la mise sur pied d'un laboratoire de référence P3 dans chacune des trois grandes régions du pays et d'un P4 pour la capitale s'impose tant pour la prise en charge des patients que pour la recherche.**

2.1.8 Développement d'une stratégie de soins spécifiques

La stratégie sanitaire, dans le cadre de la réforme hospitalière, vise notamment à améliorer la prise en charge des maladies chroniques, non transmissibles. L'offre de soins doit être en adéquation avec les attentes de la population, répondant aux critères de qualité et de sécurité des soins et de maîtrise des coûts.

Le concept «santé» doit être fondé sur une vision globale et intégrée de la reconnaissance de ses déterminants, notamment la biologie, l'environnement, le mode de vie, l'organisation et le financement des soins ainsi que la réglementation. Ainsi, la stratégie future doit prendre en compte, de manière intégrée, l'ensemble de ces facteurs et mettre en interaction la population, les acteurs de santé et les pouvoirs publics. Le financement du système de soins de santé, la communication, l'éducation du patient, la formation du personnel et la recherche opérationnelle, constituent les axes prioritaires autour desquels s'articule la vision stratégique de secteur de la santé.

En matière de soins, hormis les actions préventives, les priorités portent sur les principales causes de morbidité et de mortalité dominées par la pathologie cardiaque, la traumatologie, routière notamment, les affections cancérologiques et les insuffisances rénales.

2.1.8.1 Le cœur

La pathologie cardiaque occupe les premières places des dépenses de santé, tant au niveau exploratoire que de prise en charge thérapeutique (chirurgie lourde, transfert des devises et médicament coûteux). La stratégie à développer dans ce cadre porte sur les aspects préventifs, curatifs et de réhabilitation.

Dans le domaine préventif, la stratégie est axée sur l'information et l'éducation du patient et les mesures visant à réduire les facteurs de risque. Dans le domaine curatif, il s'agit de développer les structures, les technologies et le savoir faire en adéquation avec les avancées scientifiques dans le monde. Dans le domaine de la réhabilitation physique et sociale, on fait appel au partenariat interne et intersectoriel.

Le plan d'action intégrera :

- Les activités de communication et d'élaboration de textes réglementaires régissant l'utilisation de substances toxiques pour la santé,
- La réalisation de structures intégrant les moyens d'exploration, de soins, de réhabilitation physique et fonctionnelle ainsi que les activités de formation et de recherche.

Les grandes lignes du projet de loi sanitaire prévoient la décentralisation du système de santé en régions sanitaires. Outre la mise en service prochaine du nouveau CHU d'Oran, il faudra prévoir deux hôpitaux pour le centre et l'est du pays intégrant les soins de cardiologie et retenir un institut national du cœur au niveau de la capitale, orienté sur les soins de haute technicité et la recherche en santé publique.

2.1.8.2 Le rein

L'incidence actuelle de l'insuffisance rénale chronique au stade terminal est de l'ordre de 600 à 800 cas par an. Ces derniers sont essentiellement liés à la pathologie infectieuse due aux uropathies obstructives d'origines diabétiques, toxiques et métaboliques. Sa prise en charge actuelle est fondée sur l'épuration extra-rénale (hémodialyse) dont le coût est l'ordre de 1.250.000 DA par individu. Pour une population de 7000 patients en 2003, le coût s'élève à 8000 millions de dinars. En l'absence d'alternatives à l'hémodialyse (greffe rénale), l'équipement doit évoluer de manière proportionnelle à l'incidence annuelle.

Dans ce cadre, la stratégie est orientée vers les aspects préventifs (information et éducation sanitaire de la population portant sur les déterminants de l'affection et les moyens de

préservation de la santé). L'approche thérapeutique porte sur le développement de centres de greffe et la stratégie orientée vers les dons d'organes vivants et cadavériques.

Le plan d'action intégrera :

- Les activités de communication et de formation,
- La réalisation d'un institut national du rein prenant en charge les aspects d'exploration, de soins, de réhabilitation physique et fonctionnelle ainsi que les activités de formation et de recherche opérationnelle.
- Le développement de la greffe rénale chez l'enfant et de cinq autres services rénaux à l'échelle nationale.

2.1.8.3 Le cancer

Le vieillissement de la population, engendré par la transition démographique, le changement de mode de vie et la pollution de l'environnement expliquent l'augmentation de l'incidence des cancers parmi la population. L'incidence actuelle étant de 1 pour 1000 habitants. Sa prise en charge est onéreuse. Elle nécessite des centres spécialisés, dotés d'équipements lourds, notamment de radiothérapie.

La stratégie de prise en charge doit être articulée sur :

- La prévention,
- Le dépistage précoce,
- Le développement de soins curatifs et palliatifs.

Le plan d'action projeté consiste en :

- La mise place d'un réseau d'une prise en charge hiérarchisée des cancéreux,
- La formation du personnel pour la mise en œuvre du réseau de prise en charge
- L'élaboration d'un registre national de cancer
- La mise œuvre de la stratégie de dépistage du cancer du col utérin
- L'acquisition d'une à deux machines de traitement pour un million d'habitant, y compris le secteur privé
- L'acquisition de moyens d'exploration spécifique du cancer (Gama-Caméra et PET-scan),
- Les réunions d'élaboration, de consensus et de recommandations de pratiques cliniques dans le domaine,
- La mise en place d'un institut fonctionnel du cancer doté de missions, de recherche, de formation et d'élaboration de partenariat technique et scientifique.

2.1.8.4 La santé mentale

Au cours de la dernière décennie, les événements que subit le pays depuis plus d'une décennie se traduiront à moyen et long terme par une détérioration de comportements chez un nombre important de population, liée au psycho-traumatisme, nécessitant la mise en œuvre de la stratégie axée sur :

- Le développement de moyens et de structures permettant une prise en charge de proximité des problèmes de santé mentale,
- La formation de psychiatres, de psychologues et d'auxiliaires spécialisés en santé mentale.

Le plan d'action dans ce domaine prévoit :

- La création de 20 services de psychiatrie,
- La création de 185 centres intermédiaires dans les secteurs sanitaires,

- La création 20 centres spécialisés de prise en charge de la toxicomanie et des conséquences de la violence.

2.1.8.5 Les soins d'urgence

La traumatologie, notamment routière, est pourvoyeuse d'un fort taux de mortalité, de morbidité et d'handicap moto-sensoriel, à l'origine de dépenses de santé grevant le budget des établissements de santé et touchant une population souvent jeune, en âge d'être productive.

Dans ce cadre le système de soins se situe en aval de la problématique de l'urgence et nécessite une interaction effective entre la population des acteurs de santé du secteur des transports et des collectivités locales.

La stratégie est axée fondamentalement sur :

- L'éducation et l'information des citoyens
- Les aspects réglementaires prévoyant les dispositions qui régissent le contrôle de l'état des véhicules les dispositifs de sécurité intégrés au véhicule (air-bag, frein, lumière, etc), la conduite en état d'ivresse et le respect du code de la route.
- Le développement de la prise en charge des patients sur le lieu de l'accident, les moyens d'évacuation et les centres de prise en charge hospitalière intégrant les moyens d'exploration et les prestations de soins.
- Le développement des centres de réadaptation physique et de rééducation fonctionnelle pour les handicapés sensoriels et moteurs.

Le plan d'action prévoit :

- La réalisation de services réunissant des activités intégrées de prise charge des urgences, notamment d'accidentés.
- Le développement d'alternative à la chirurgie classique par l'introduction de nouvelles technologies, notamment la radiologie interventionnelle, la vidéo-chirurgie,...
- Le développement de centres de transfusion sanguine et de production de dérivés du sang
- La formation de spécialistes en traumatologie

En résumé

En vue de synthétiser la démarche adoptée, le tableau suivant présente d'une part les estimations de l'offre de soins probable à l'horizon 2012, et d'autre part, l'approximation de la demande à travers l'amélioration de ces ratios.

Besoin en ressources humaines à l'horizon 2012				
Composant	catégorie		Offre attendue	Offre souhaitée
Ressources humaines	Corps médical	Médecins généralistes	22918	29567
		Médecins spécialistes	23375	35480
		Chirurgiens densités	9597	
		Pharmaciens	8340	
	Corps médical	Diplômés d'Etat	79249	118267
		Brevetés	20060	35480
		Aides paramédicaux	6364	17740
	Corps d'administration	Personnel administratif	21545	35480
		Personnel technique	19682	35480
		Personnel de service	35205	50686

Besoin en équipements lourds à l'horizon 2012			
Composant	Equipement	Offre souhaitée	Observations
Equipements lourds	Scanners	50 de plus	2 pour 1.000.000 habitants
	IRM	13	01 par CHU
	Accélérateurs	50 de plus	2 pour 1.000.000 habitants
	angéographes	13	01 par CHU
	Mammographes	13	01 par CHU
	Equipements pour explorations non invasives	06	Pour 06 CHU
	Equipements pour la procréation médicalement assistée	03	01 par région
	Equipements de la pathogénétique	13	Pour les 13 CHU

Besoin en structures d'hospitalisation à l'horizon 2012			
Composant	Catégorie	Offre souhaitée	Localisation
Structures d'hospitalisation	CHU	02 nouveaux CHU	Alger et Constantine
	EHS	02 EHS pédiatriques	Alger et Constantine
	Hopitaux	02 hôpitaux	Boumerdes et Thénia
		10 hôpitaux	En remplacement aux 42 hôpitaux préfabriqués
	Instituts et centres	04 Centes Anti-Cancereux	Batna, Sétif, Tizi-Ouzou et Tlemcen
		03 Centres régionaux des brûlés	Oran, Alger et Constantine
		01 institut du rein	Blida
		01 institut national du coeur	Alger
	Services	185 centres intermédiaires de santé mentale	Dans les 185 secteurs sanitaires
		09 services des brûlés	Sétif, Bejaia, Alger, Tizi-Ouzou, Chlef, Tiaret, Tlemcen, Ghardaia, SBA
		20 services de psychiatrie	Dans les hôpitaux chefs-lieux de wilaya

2.2 Améliorer la qualité et l'efficacité des soins dispensés et la prise en charge médicale

Le fait de disposer de personnel soignant ainsi que d'infrastructures et d'équipements en quantité suffisante ne permet pas pour autant de garantir l'efficacité en termes de prise en charge des citoyens. Il est également nécessaire de s'assurer du recyclage régulier des personnels, ainsi que de l'accessibilité aux opérateurs et aux structures.

2.2.1 Améliorer la qualité et l'efficacité des soins dispensés :

L'atteinte d'un tel objectif suppose que la formation des personnels prenne en considération les aspects économiques de la santé, et que la qualité de cette formation soit régulièrement contrôlée. Les professionnels de la santé, tous corps confondus, doivent être astreints à une formation continue dont l'observance conditionne l'autorisation d'exercer. Une telle condition relève évidemment d'un encadrement réglementaire adéquat. Ce dernier est prévu dans le projet de loi sanitaire qui a été largement discuté au sein des différentes instances représentatives des professionnels de la santé. Une telle orientation suppose également que des budgets conséquents soient dégagés, aussi bien pour réaliser la mise à niveau des établissements dans un premier temps, que pour permettre un accès réel à la formation continue par la suite.

2.2.2 Améliorer la prise en charge médicale

L'amélioration de la prise en charge médicale dépend dans une large mesure de l'accessibilité des citoyens aux soins. C'est la raison pour laquelle le développement d'un système d'information performant, la régionalisation, le développement d'actions de proximité, et la réalisation de réseaux de soins constituent des objectifs qui figurent dans les rapports concernant la réforme hospitalière et qui sont prévus dans le projet de loi sanitaire. Dans ce domaine également, une budgétisation adéquate des actions à entreprendre est indispensable : la mise en place d'un câblage national qui permettra de disposer de l'information sanitaire en temps réel, la création d'agences régionales sanitaires chargées de l'accréditation des établissements, de l'allocation des ressources, et de l'évaluation, et le développement des moyens de communications sont des actions qui nécessitent un investissement lourd, seul à même de permettre à moyen terme de faire des économies appréciables.

2.2.3 Améliorer l'accès aux médicaments essentiels

L'accès sera assuré par la disponibilité à travers :

➤ **La disponibilité des médicaments essentiels** : à travers notamment :

- L'orientation de la production vers la fabrication de médicaments génériques essentiels, en vue de permettre, à moyen terme, la couverture au minimum de 45% des besoins nationaux ;
- La révision des textes réglementaires relatifs à l'importation de médicaments, pour encourager les entreprises qui commercialisent, dans le pays, les médicaments génériques essentiels, et celles qui ont une capacité de production locale, en propre ou en partenariat ;
- La réorganisation de la pharmacie hospitalière, en mettant en place des nomenclatures spécifiques, axées sur les médicaments essentiels pour les établissements hospitaliers extra-hospitaliers, en améliorant la gestion des stocks et les circuits de distribution par la généralisation de l'outil informatique, en assurant l'organisation et le financement d'un stock stratégique national.

- **La rationalisation des dépenses en produits pharmaceutiques :** elle sera obtenue à travers :
 - L'établissement du remboursement du médicament, en fonction du service médical rendu et l'amélioration qu'il apporte ;
 - La promotion de l'utilisation du générique, par l'établissement d'un tarif de référence par dénomination commune internationale (DCI) comme base de remboursement et par l'introduction de mesures incitatives pour motiver les pharmaciens distributeurs ;
 - Le développement, en direction des secteurs public et privé, d'actions (consensus thérapeutique, formation, information) favorisant l'usage rationnel du médicament en fonction des critères d'innocuité, d'efficacité et de coût.
- **La consolidation du contrôle des produits pharmaceutiques :** Cette procédure sera renforcée par :
 - L'élaboration de normes et la mise en place de procédures d'enregistrement ;
 - L'extension du réseau de pharmacovigilance.
- **Le renforcement de la sécurité transfusionnelle et du contrôle des dérivés du sang :** en développant la formation des personnels et en garantissant la disponibilité des moyens nécessaires.
- **La mise en place des procédures d'enregistrement et d'homologation des produits dentaires, des réactifs de laboratoire et du consommable médico-chirurgical :** cette mesure s'inscrivant dans la politique pharmaceutique notamment en matière d'uniformisation dans l'utilisation de ces produits, permettra d'envisager dans une étape ultérieure la promotion de la fabrication locale.

2.3 Améliorer la situation épidémiologique

L'amélioration de la situation épidémiologique passe par la mise en œuvre de politiques visant d'une part, à contrôler les maladies transmissibles, et d'autre part, à créer les conditions de vie réduisant les risques de maladies non transmissibles par la promotion d'habitudes de vie saine.

2.3.1 La maîtrise des maladies transmissibles

Cette maîtrise passe par trois axes.

2.3.1.1 La poursuite du programme de vaccination

Un des paradoxes de la vaccination est qu'elle doit s'intensifier au fur et à mesure que les maladies contre lesquelles elle protège disparaissent. Les allocations budgétaires consacrées aux vaccinations devront aller en augmentant dans les dix ans à venir, d'une part parce que de nouveaux rappels seront nécessaires pour consolider l'immunité (cela a déjà été le cas de la lutte contre la diphtérie et contre la rougeole), et d'autre part, parce que de nouvelles vaccinations devront concerner toute la population. Il faut en particulier prévoir que notre pays devra rendre la vaccination contre la rubéole obligatoire, mais d'autres antigènes seront également concernés en fonction des aspects « coût/efficacité » : c'est en particulier le cas des méningites.

2.3.1.2 La disponibilité des certains médicaments anti-infectieux

De la même façon que les médicaments anti-tuberculeux sont disponibles pour tout sujet atteint de l'affection, ou devant en être prémuni, cette disposition devrait également concerner d'autres maladies infectieuses ou parasitaires dont le traitement constitue une mesure préventive indispensable à l'ensemble de la population : c'est le cas entre autre du paludisme, de la tuberculose et du VIH/SIDA.

2.3.1.3 Le renforcement de la surveillance du risque infectieux

Le développement des structures ayant pour mission d'instaurer une veille sanitaire dans le domaine du risque infectieux doit constituer un axe majeur de l'action sanitaire dans les années à venir. Il est impératif que les structures frontalières, les structures de wilaya, et les structures communales soient dotées des moyens nécessaires pour dépister, chez les individus, chez les animaux, dans les aliments, et dans l'environnement, les agents infectieux susceptibles d'entraîner une épidémie.

2.3.2 Le traitement des maladies chroniques

Sur le plan épidémiologique, la maîtrise des maladies non transmissibles passe par la promotion d'habitude de vie saines. A ce titre, la lutte contre la violence et contre ses effets, la relance d'un programme national de nutrition, la promotion d'habitudes de vie saine et la prévention des effets toxiques des substances chimiques de divers ordre (alimentaire, ménager..) constituent les grands axes d'une prévention qui devrait livrer une large place à la communication et aux activités intersectorielles.

2.4 Renforcer la coordination avec les autres secteurs

Dans de très nombreuses situations vécues dans tous les pays du monde, le secteur de la santé est le réceptacle des échecs ou des effets induits par des actions engagées par d'autres secteurs de la société. Ceci est particulièrement vrai pour l'environnement, mais également, pour l'industrialisation ou l'habitat. Cette situation est d'autant plus inconfortable que bien souvent, ce n'est qu'à terme que les effets adverses de certaines décisions se manifestent (amiante, pollution chimique...)

La coordination avec les autres secteurs de la société peut en fait revêtir plusieurs formes, qui peuvent concerner une collaboration dans le domaine de la surveillance de l'environnement (bureaux communaux d'hygiène, contrôle sanitaire aux frontières...), ou des actions d'éducation et de communication qui peuvent concerner le grand public dans son ensemble, ou des populations bien identifiées (milieux scolaires et universitaires, milieu du travail, personnes en difficulté...) Ces différentes situations ont été identifiées dans le projet de loi sanitaire.

Chapitre 3

Estimation financière des projets à réaliser à l'horizon 2012

Le secteur de la santé a subi, au cours de la dernière décennie, une restriction économique importante alors que la population était confrontée à une situation sanitaire très difficile. Depuis le système de soins de santé a surtout servi à accueillir les victimes des différentes catastrophes qui se sont succédées dans le temps et des conséquences sanitaires néfastes liées au progrès économique : pollution de l'environnement, mode de vie déséquilibré obésité, alcool, tabac, drogue, stress, ..) ; mais il reste, cependant, le dernier recours visant à conserver et à améliorer la santé.

Pour le long terme, et dans le prolongement des recommandations du conseil national de la réforme hospitalière, le secteur de la santé a élaboré une stratégie globale qui prend compte en même temps les questions de l'organisation des soins fondée sur les besoins de population, du financement et des responsabilités des différents acteurs de la santé.

La qualité de l'offre de soins est confrontée à plusieurs facteurs délétères entravant le bon fonctionnement et l'efficacité du système. Parmi ces facteurs on soulignera la vétusté des infrastructures notamment hospitalières qui datent pour la plupart de l'ère coloniale et conçue sur le mode pavillonnaire réduisant les possibilités d'optimisation des ressources en terme de durée de vie. A ce titre on retiendra les 42 hôpitaux généraux en préfabriqué arrivant à échéance (construits durant les années 1980), les hôpitaux détruits ou déclassés au cours du séisme du 21 mai 2003, les CHU (Annaba, Blida, Sétif, Batna, Tizi Ouzou) à structures éparpillées générant des surcoûts de fonctionnement à cause notamment du saupoudrage des ressources et enfin le manque de structures spécifiques d'urgence conduisant souvent à des pratiques improvisées, risquées, onéreuses et de qualité aléatoire.

Le domaine des équipements pose les mêmes problématiques en terme de vétusté, de politique d'entretien et de renouvellement et d'adaptation des nouvelles technologies aux besoins en soins de santé et de formation. Actuellement une part importante du parc d'équipement médical et logistique est en arrêt définitif ou temporaire pour défaut de pièces de rechange ou d'accessoires en raison notamment de l'obsolescence des équipements.

Au plan épidémiologique la poussée des maladies chroniques impose de reconsidérer l'offre de soins fondés sur les principes de pratiques médicales de qualité, efficaces et conformes aux avancées scientifiques et technologiques. Ceci nécessite une adaptation de toute nouvelle construction aux conceptions architecturales de l'époque, des nouvelles technologies d'explorations, de soins et de communication, le développement d'alternatives à l'hospitalisation classique, la répartition équitable des ressources et la maîtrise des coûts.

A l'échéance 2012 il est prévu les réalisations suivantes :

Infrastructure hospitalière

- remplacement d'hôpitaux détruits ou déclassés suite au séisme de mai 2003
- construction de deux grands hôpitaux hospitalo-universitaires au centre et à l'est du pays
- remplacement de 10 hôpitaux préfabriqués
- construction et équipement de 06 centres anticancéreux
- construction et équipement de 03 centres régionaux pour brûlés
- construction et équipement d'un institut national du rein
- construction et équipement d'un institut national du cœur
- construction et équipement de 03 centres de pédopsychiatrie de 20 services de psychiatrie et de 185 centres intermédiaires de santé mentale,
- construction de structures extra-hospitalières dans les communes classées démunies : 40 polycliniques et 100 centres de santé

Estimation financière pour la réalisation de structures d'hospitalisation, de structures extra-hospitalières et pour la réhabilitation de structures de santé, 2004-2012

(En milliers de DA)

Besoins en CP pour la réalisation de structures d'hospitalisation									
2004/2012	Année 04	Année 05	Année 06	Année 07	Année 08	Année 09	Année 10	Année 11	Année 12
55.980.000	1.450.000	8.075.000	7.080.000	6.677.000	13.255.000	12.652.000	4.337.000	2.447.000	7.000
Besoins en CP pour la réalisation de structures extra-hospitalières									
5.400.000	0	450.000	600.000	750.000	750.000	600.000	900.000	750.000	600.000
Besoins en CP pour la réhabilitation de structures de santé									
2.200.000	0	550.000	850.000	550.000	250.000	0	0	0	0
Besoins en CP (ensemble)									
63.580.000	1.450.000	9.075.000	8.530.000	7.977.000	14.255.000	13.252.000	5.237.000	3.197.000	607.000

Equipements médicaux et logistiques

Acquisition de :

- 18 machines de traitement du cancer
- 12 simulateurs
- 12 gamma caméra
- 03 PET-scan
- 07 résonances magnétiques
- 32 scanners
- 13 angéographes

Estimation financière pour l'acquisition d'équipements lourds par année, 2005-2012

(En milliers de DA)

Besoins en CP pour l'acquisition d'équipements lourds									
2004/2012	Année 04	Année 05	Année 06	Année 07	Année 08	Année 09	Année 10	Année 11	Année 12
42.117.000	0	6.270.000	6.050.000	5.650.000	5.345.000	5.305.000	5.217.000	4.225.000	4.055.000

L'estimation financière global, en termes de réalisation de structure hospitalières et extra-hospitalières, de réhabilitation de structures fragilisées et d'acquisition d'équipements médicaux lourds pour la période allant jusqu'à 2012 s'élève à 105.697.000.000 DA, dont la somme de 42.117.000.000 DA est prévue pour la dotation des structures d'un équipement médical lourd essentiel. L'estimation détaillée de ces réalisations est donnée en annexe.

A ces réalisations s'ajoutent les projets en cours de réalisation et les projets inscrits non encore lancés, selon le tableau ci-après.

Intitulé de l'opération	Localisation	capacité	OBS
Etudes, réalisation et équipement d'un nouveau CHU	Oran	740 lits	En cours de réalisation
Etudes, réalisation et équipement d'un centre anti-cancéreux	Oran	100 lits	
Etudes, réalisation et équipement d'hôpitaux	Bechar, Skikda et Ain-Timouchent	240 lits	
	Ain-El-Bey (constantine), Nedrouma (Tlemcen)	60 lits	
	Rahouia (Tiaret)	80 lits	
Etudes, réalisation et équipement d'hôpitaux	Chlef	240 lits	Inscrits non lancés
	Ain-Azel (Sétif)	120 lits	
	Khenchela	120 lits	
	Azeffoun (Tizi-Ouzou)	60 lits	
	Tablat (Médéa)	60 lits	
Etudes, réalisation et équipement de centres anti-cancéreux	Ourgla	80 lits	
	Annaba	80 lits	

Conclusion

Ce rapport présente les grandes lignes de la stratégie du secteur de la santé pour les années à venir en matière d'amélioration de l'offre de soins et de la prise en charge médicale des citoyens. Ces orientations, se basant sur l'analyse de la situation actuelle, tendent de prévoir les moyens humains, matériels et financiers susceptibles d'apporter le changement qualitatif escompté, conformément aux recommandations du conseil national de la réforme hospitalière.

Ce rapport rappelle un certain nombre de mesures urgentes, à savoir :

- La dotation des structures de santé publique d'équipements médicaux nécessaires à leur fonctionnement,
- La réhabilitation d'un nombre de structures de santé qui datent pour la plupart de l'époque coloniale
- la promotion de la santé de proximité pour certaines pathologies, notamment la santé mentale,
- la mise en place de laboratoires performants de recherche opérationnelle,
- la création d'instituts spécialisés pour les pathologies lourdes, telles que la cardiologie, le rein et le cancer.

Un certain nombre de chantiers sont aujourd'hui ouverts par le ministère et qui donneront, au terme de leur réalisation, une meilleure visibilité à la stratégie du secteur de la santé. Il s'agit notamment de l'élaboration de la carte sanitaire nationale, du projet de loi sanitaire avec le principe de la régionalisation et la décentralisation de la santé. Aussi, les prévisions établies doivent-elles servir à asseoir le principe de l'accessibilité équitable aux soins de santé, à travers la réduction des écarts entre les différentes wilayas du pays.

ANNEXE

1- Les structures de santé (En milliers DA)

Intitulé de l'opération	Localisation	capacité	A.P	Délais réalis.	Besoins annuels en C.P									Année de mise en Sce	OBS
					An 04	An 05	An 06	An 07	An 08	An 09	An 10	An 11	An 12		
Structures hospitalières															
Etude, réalisation et équip. Hop à Boumerdes	Boumerdes Chef lieu de wilaya	240 lits	2.500.000	36 mois	950.000	550.000	1.000.000	/	/	/	/	/	/	2007	Ratio couvert ure sanitaire 0,71 lit / 1400 hab.
Etude, réalisation et équip. Hop	Thénia (W. Boumerdes)	120 lits	1.200.000	26 mois	500.000	600.000	100.000	/	/	/	/	/	/	2006	//
Etude, réalisation et équip d'un nouveau CHU à Alger	Alger	500 lits	10.000.000	40 mois	/	/		2.000.000	3.000.000	3.000.000	1.000.000	1.000.000	/	2012	
Etude, réalisation et équip d'un nouveau CHU à Constantine	Constantine	500 lits	10.000.000	40 mois	/	/		2.000.000	3.000.000	3.000.000	1.000.000	1.000.000	/	2012	

(En milliers DA)

Intitulé de l'opération	Localisation	capacité	A.P	Délais de réalis.	Besoins annuels en C.P									Année de mise en Sce	OBS
					An 04	An 05	An 06	An 07	An 08	An 09	An 10	An 11	An 12		
Etude, réalisation et équipement de 10 hôpitaux Différentes wilayas		240 lits chacun	2.500.000 chacun	36 mois chacun	/	5.000.000	4.000.000	1.250.000	/	/	/	/	/	2008 (05 hop)	En remplacement des 42 hôpitaux construits avec un procédé industrialisé (préfabriqués)
					/	/			5.000.000	4.000.000	1.250.000	/	/	2011 (05 hop)	

(En milliers DA)

Intitulé de l'opération	Localisation	capacité	A.P	Délais de réalis	Besoins annuels en C.P									Année de mise en Sce	OBS
					An 04	An 05	An 06	An 07	An 08	An 09	An 10	An 11	Année 12		
Etude, réalisation et équip d'un Centre Anti Cancereux (CAC)	Setif	80 lits	1.200.000	30 mois	/	600.000	400.000	200.000	/	/	/	/	/	2008	
Etude, réalisation et équip d'un CAC	Batna	80 lits	1.200.000	30 mois	/	/	/	600.000	400.000	200.000	/	/	/	2010	
Etude, réalisation et équip d'un CAC	Tlemcen	80 lits	1.200.000	30 mois	/	/	/	/	/	600.000	400.000	200.000	/	2012	
Etude, réalisation et équip d'un CAC	Tizi-Ouzou	80 lits	1.200.000	30 mois	/	/	/	/	/	600.000	400.000	200.000	/	2012	

(En milliers DA)

Intitulé de l'opération	Localisation	capacité	A.P	Délais réalisés	Besoins annuels en C.P									Année de mise en Sce	OBS
					An 04	An 05	An 06	An 07	An 08	An 09	An 10	An 11	An 12		
Etude, construction et équipements d'un EHS pédiatrique	Constantine	120 lits	1.200.000	30 mois	/	/	500.000	500.000	200.000	/	/	/	/	2009	
Etude, construction et équipements d'un EHS pédiatrique	Alger	120 lits	1.200.000	30 mois	/	/	/	/	500.000	500.000	200.000	/	/	2011	
Etude, réalisation et équipement de services des brûlés	Alger Setif, Bejaia, T-Ouzou, Chlef, Tiaret, Tlemcen, SBA, Ghardaia	15 lits chacun	30..000 chacun	12 mois chacun	/	60.000	60.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	/	2012	
Etude, réalisation et équipement de 03 centres régionaux des brûlés	Alger Oran Constantine	10 lits par centre	50.000 chacun	18 mois chacun	/	30.000	20.000	/	/	/	/	/	/	2007 (01 centre)	
					/	/	/	30.000	20.000	/	/	/	/	2009 (01 centre)	
					/	/	/	/	/	30.000	20.000	/	/	2011 (01 centre)	

(En milliers DA)

Intitulé de l'opération	Localisation	capacité	A.P	Délais de réalis	Besoins annuels en C.P									Année de mise en Sce	OBS
					An 04	An 05	An 06	An 07	An 08	An 09	An 10	An 11	An 12		
Etude, réalisation et équipement d'un institut national du rein	Blida	120 lits	2.000.000	24 mois	/	1200.000	800.000	/	/	/	/	/	/	2007	
Etude, réalisation et équipements d'un institut national du cœur	Alger	120 lits	1.500.000	24 mois	/	/	/	/	900.000	600.000	/	/	/	2010	Recherche opérationnelle + soins d'urgences

(En milliers DA)

Intitulé de l'opération	Localisation	capacité	A.P	Délais de réalis	Besoins annuels en C.P									Année de mise en Sce	OBS
					An 04	An 05	An 06	An 07	An 08	An 09	An 10	An 11	An 12		
Etude, réalisation et équipements de structures de psychiatrie infantile	Alger, Oran Constantine, Ouragla, Annaba	15 lits pour chaque service	15.000 par service	12 mois chacun	/	15.000	/	/	/	/	/	/	/	2006	Alger
					/	/	15.000	/	/	/	/	/	/	2007	Ouagla
					/	/	15.000	/	15.000	/	/	/	/	2007 & 2009	Constantine
					/	/	/	/	/	15.000	/	/	/	2010	Oran
Etudes, réalisation et équipement des centres intermédiaires de santé mentale	48 wilayas	185 centres (1 par secteur sanitaire)	10.000 chaque centre	36 mois pour 35 centres	/	20.000	10.000	7.000	/	/	/	/	/	2008	37 centres
					/	/	/	20.000	10.000	7.000	/	/	/	2010	37 centres
					/	/	/	/	20.000	10.000	7.000	/	/	2011	37 centres
					/	/	/	/	/	20.000	10.000	7.000	/	2011	37 centres
					/	/	/	/	/	/	20.000	10.000	7.000	2012	37 centres
Etude, réalisation et équipements de services de psychiatrie des hôpitaux généraux	20 services dans hôpitaux chefs lieu de wilaya	20 lits par services (400 lits)	20.000 par services (400.000)	18 mois chaque service	/	/	160.000	40.000	/	/	/	/	/	2008	10 services
					/	/	/	/	160.000	40.000	/	/	/	2010	10 autres services

(En milliers DA)

Intitulé de l'opération	Localisation	capacité	A.P	Délais de réalisation	Besoins annuels en C.P									Année de mise en Sce	OBS
					An 04	An 05	An 06	An 07	An 08	An 09	An 10	An 11	An 12		
Structures de santé de base															
Etude, construction et équipement de 40 polycliniques	A travers le territoire national	10 structures	60.000 chacune	18 mois par structure	/	300.000	300.000	/	/	/	/	/	/	2007	Implantées dans les communes classées pauvres
		10 structures			/	/	/	300.000	300.000	/	/	/	/	2009	
		10 structures			/	/	/	/	/	300.000	300.000	/	/	2011	
		10 structures			/	/	/	/	/	/	/	300.000	300.000	2012	
Etude, construction et équipement de 100 centres de santé	A travers le territoire national	20 structures	30.000 chacune	12 mois par structure	/	150.000	150.000	300.000	/	/	/	/	/	2008	Implantées dans les communes classées pauvres
		20 structures			/	/	150.000	150.000	300.000	/	/	/	/	2009	
		20 structures			/	/	/	/	150.000	150.000	300.000	/	/	2010	
		20 structures			/	/	/	/	/	150.000	150.000	300.000	/	2011	
		20 structures			/	/	/	/	/	/	150.000	150.000	300.000	1012	

(En milliers DA)

Intitulé de l'opération	Localisation	capacité	A.P	Délais de réalis	Besoins annuels en C.P										Année de mise en Sce	OBS
					An 04	An 05	An 06	An 07	An 08	An 09	An 10	An 11	An 12			
Réhabilitation différentes structures d'hospitalisation	A travers le territoire national	30 structures	20.000 par structure	24 mois chacune	/	300.000	300.000	/	/	/	/	/	/	2007	Structures vétustes nécessitant réhabilitation	
		30 structures			/	/	300.000	300.000	/	/	/	/	/	2008		
Réhabilitation différentes structures de base (polyclinique et CS)	A travers le territoire national	50 structures	10.000 par structure	24 mois chacune	/	250.000	250.000	/	/	/	/	/	/	2007		
		50 structures			/	/	/	250.000	250.000	/	/	/	/	2009		

2- Les équipements médicaux (En milliers DA)

Intitulé de l'opération	Nombre	Objectif	A.P	Besoins annuels en C.P									OBS
				An 04	An 05	An 06	An 07	An 08	An 09	An 10	An 11	An 12	
Acquisition de scanners	50	2 pour 1.000.000 habitants	40..000 l'unité	/	280.000	280.000	280.000	280.000	280.000	280.000	280.000	40.000	Acquisition de 07 unités par année et 01 en 2012
Acquisition d'IRM	13	01 par CHU + 01 au CPMC	85..000 l'unité	/	170.000	170.000	170.000	170.000	170.000	85.000	85.000	85.000	Acquisition de 02 unités en 2005, 2006 et 2007, puis 01 par année
Acquisition d'accélérateurs	50	2 pour 1.000.000 habitants	120.000 l'unité	/	1.000.000	1.000.000	1000.000	1000.000	1000.000	1000.000	/	/	Acquisition de 08 par année
Acquisition d'angéographes	13	01 par CHU	70.000 l'unité	/	210.000	70.000	70.000	70.000	70.000	70.000	140.000	210.000	-
	16 Simulateurs scan	-	40.000 l'unité	/	80.000	80.000	80.000	80.000	80.000	80.000	80.000	80.000	-
	16 simulateurs standard	-	70.000 l'unité	/	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	-

Intitulé de l'opération	Nombre	Objectif	A.P	Besoins annuels en C.P									OBS
				An 04	An 05	An 06	An 07	An 08	An 09	An 10	An 11	An 12	
Acquisition d'équipements pour exploration non invasive - Echo-doppler - Epreuve d'effort - Echo-vasculaire - Echo-stresse	Pour 06 CHU	1 par CHU	50.000 l'ensemble (300.000 total)	/	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	-	-	01 par année
Acquisition d'équipements de dialyse	1200	Couvrir 6000 cas	20..000 par équipement	/	3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000	Soit 150 machines par année
Acquisition de lithiase reinale	13	01 par CHU	20.000 l'unité	/	60.000	60.000	40.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	-
Acquisition de mammographie	13	01 par CHU	15..000 l'unité	/	60..000	60.000	60.000	15.000	/	/	/	/	-
Acquisition d'équipements de paroscopie	70	01 par service de chirurgie	5.000 l'unité	/	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	/	-
Acquisition d'équipements de labo de pathologies infectueuses	04 (1 P4 à Alger + 03 P3)	01 par région	30..000 l'unité	/	60.000	60.000	/	/	/	/	/	/	Soit 02 par année
Acquisition d'équipements de la pathogénique	13	Pour les 13 CHU	60.000 par CHU	/	180.000	180.000	60.000	60.000	60.000	60.000	60.000	120.000	-
Acquisition d'un PET-scan	03	01 par région	120.000 l'unité	/	120.000	120.000	120.000	/	/	/	/	/	-

Intitulé de l'opération	Nombre	Objectif	A.P	Besoins annuels en C.P									OBS
				An 04	An 05	An 06	An 07	An 08	An 09	An 10	An 11	An 12	
Acquisitions d'équipements de la procréation médicalement assistée (PMA)	03	01 par région	60.000 l'unité	/	60.000	60.000	60.000	/	/	/	/	/	-
Acquisition de clino-mobiles pour la collecte du sang	50	Couvrir tout le territoire	20.000 l'unité	/	160.000	120.000	120.000	120.000	120.000	120.000	120.000	120.000	-
Acquisition d'équipements pour la séparation du sang	48	01 par chef lieu de wilaya	30.000 l'unité	/	180 000	180 000	180 000	180 000	180 000	180 000	180.000	180.000	Soit 06 wilayas par année
Acquisition de laser soculaires	13	01 par CHU	20.000 l'unité	/	80.000	40.000	40.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	
Acquisition d'angéographes oculaires	13	01 par CHU	40.000 l'unité	/	80.000	160.000	80 000	40.000	40.000	40.000	40.000	40.000	
Equipements pour IPA	-	Equipements de labo + locaux + réaménagement	577.000	/	250.000	170.000	50.000	50.000	25.000	22.000	10.000	/	-