

La place du développement durable dans la politique de santé algérienne; quelle équité réalisée pour la population?

The place of sustainable development in Algerian health policy; what equity achieved for the population?

Selma LECHAB^{*1}

¹Maitre de conférences -B-(Université blida 2, laboratoire RICOI), Sa.lechab@univ-blida2.dz,

Reçu le : 21/10/2021

Accepté le 20/11/2021

Publié le : 01/12/2021

Résumé

L'objectif de cet article est d'analyser et de comparer les indicateurs de santé algériens avec les objectifs de développement durable en matière de santé en mettant à contribution les recherches effectuées dans les domaines de développement économique et humain.

En particulier, nous aborderons une dimension importante du développement durable, qui est « l'équité » où nous tenterons de savoir si cette dimension est correctement appliquée dans la politique de santé algérienne.

D'après notre analyse la lutte contre les inégalités en matière de santé ne peut se limiter à la lutte pour l'accès aux soins ; elle doit prendre en compte les inégalités dans l'ordre du revenu, de l'éducation et de l'emploi.

Mots clés : Développement durable, Politique de santé, Système de santé algérien.

Codes de classification Jel : I-I3-38

Abstract

The objective of this article is to analyze and compare Algerian health indicators with the objectives of sustainable development in the field of health by drawing on the research carried out in the fields of economic development and human.

In particular, we will address an important dimension of sustainable development, which is "equity" where we will try to find out whether this dimension is correctly applied in Algerian health policy.

According to our analysis, the fight against health inequalities cannot be limited to the fight for access to care; it must take into account inequalities in income, education and employment.

Keywords: Sustainable development, Health policy, Algerian health system.

Jel classification codes: I-I3-38.

*lechab selma

1. Introduction :

Cette corrélation qui existe entre la santé et le développement ne date pas d'aujourd'hui. Déjà, M. Guillaumont l'a évoquée en 1985. La notion de développement a évolué en s'appropriant d'abord la notion de croissance économique, puis celle du développement dit humain avant d'adopter celle du développement "durable".

Les préoccupations des organisations internationales portant sur les questions sanitaires font partie du développement durable depuis une décennie. La Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (CNUED, 1992, chap. 6) appuie l'idée qu'il existe une étroite corrélation entre la santé et le développement. Aussi, la communauté internationale, aux termes de la résolution prise à l'Assemblée Générale des Nations Unies a s'est déclaré unanimement favorable à une couverture sanitaire englobant sans exclusion tous les habitants de la planète, mettant en exergue la santé comme un préalable indiscutable à tout développement dans le monde.

Ainsi, La résolution du 12 décembre 2012 exhorte sans tergiverser les gouvernements du monde à permettre un accès général aux soins non seulement de qualité mais également abordables en mettant en place des mécanismes de protection sociale appropriée. Cette résolution réitéréeénonce le rôle de la santé dans tout développement international et appelle les pays, les organisations de la société civile et les organisations internationales à adhérer au programme de développement international en matière de santé. En outre, l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies a adopté en 2015 dix-sept (17) objectifs de développement durable pour soutenir l'initiative prise depuis déjà une quinzaine d'années par un certain nombre de gouvernements lors du Sommet du millénaire en faveur des objectifs du millénaire pour le développement, entre autres l'objectif N° 3 : « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».

Parmi les objectifs escomptés par les nations, on citera celui de la "satisfaction des besoins en termes de soins de santé primaires, en particulier dans les zones rurales, et la protection des franges de la société les plus démunies. Cependant, la définition même du développement durable ne semble pas stabilisée : il est possible de retrouver cette expression dans des domaines forts éloignés de l'économie du développement, tels que, par exemple, la stratégie d'entreprise, la climatologie ou encore l'écologie (Grade-Bentaleb, F, 2002,) car cette notion de développement durable est utilisée dans le domaine de l'environnement (préservation des écosystèmes), dans l'économie dont le but est le profit et la productivité, dans le domaine social dont le but est la quête d'une justice sociale, et dans la perception du développement propre à chaque société.

Il s'agit ici de mettre en exergue le rôle capital des politiques de Santé dans l'entretien d'un processus de développement durable. Aussi, notre approche se fera principalement autour de l'Algérie et nous allons se concentrer sur la dimension « équité » du développement durable puisque c'est une dimension reliait à la justice sociale. En effet, En mars 2005, l'Organisation mondiale de la santé a créé une commission internationale sur les déterminants sociaux de la santé, qui avait pour but « de soutenir les nations dans le but de faire de l'équité en santé un objectif commun » (WHO, 2006).

A cet effet nous avons posé la problématique suivante : **La politique de santé algérienne a-t-elle suivi les objectifs du développement durable ?**

De cette problématique centrale découlent les questions secondaires suivantes :

- Quels sont les programmes de santé qui ont été adoptés par le gouvernement algérien dans le but de la réalisation des objectifs du développement durable ?

La place du développement durable dans la politique de santé algérienne ; quelle équité réalisée pour la population ?

- La dimension « équité » est -elle assurée dans le fonctionnement et l'évolution du système de santé algérien ?

Afin de répondre à notre problématique nous avons posé les hypothèses suivantes :

- Le gouvernement algérien a adopté une stratégie en alignement avec les cibles et les indicateurs de l'ODD3 pour structurer le système national de santé.

- L'Algérie a opté pour le principe de « la médecine gratuite pour tous » afin d'assurer une certaine équité et égalité d'accès aux soins mais les objectifs n'ont pas été escomptés.

Pour répondre à ces questions, l'étude dressera un bilan sur les réalisations de l'Algérie en matière de santé en les comparant à l'ODD N°3 du développement durable. Pour décrire la situation nous appuierons sur des statistiques, des enquêtes et des rapports nationaux. Nous évoquerons par la suite la question de l'équité dans la politique de santé algérienne. On va mettre également l'accent sur les principaux défis et priorités de l'Algérie pour assurer une vraie équité.

2. Le développement durable : un concept ancré pour les générations futures :

On a beau ne pas faire l'unanimité au sujet du concept du développement durable, mais toujours est-il que la définition qui s'impose à tous est celle de Brundtland citée dans son rapport et qui est exprimée comme suit :

« Le développement durable est un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs. Il comporte deux concepts essentiels : le concept de besoins, en particulier les besoins essentiels des personnes démunies qui devraient avoir priorité absolue ; l'idée de limites, imposées par l'état de la technologie et l'organisation sociale, à la capacité de l'environnement de répondre aux besoins présents et à venir. »(CMED, 1988, p. 51).

Suite à la conférence de Rio en 1992 le concept de DD commençait à être adopté et utilisé, notamment dans les médias. Néanmoins, la définition énoncée dans le rapport de Brundtland est tronquée par le fait des médias et des institutions car fréquemment limitée à la première phrase de la définition. Du coup, cette définition prête à confusion car insuffisamment explicitée (Lechab.S, 2015, p. 345). Toutefois, sa signification devient moins vague si l'on se place d'un point de vue plus pratique, ce qui permet aux institutions de l'appliquer à différents secteurs d'activités.

Le développement durable est une approche intergénérationnelle et qualitative de l'évolution des sociétés selon laquelle il est important de léguer aux générations futures un environnement écologique, économique et social au moins aussi bon qu'aujourd'hui (Tizio.S, 2004, p. 2).

Le DD englobe à la fois et indépendamment l'une de l'autre, la sphère sociale, économique et environnementale. Au-delà de sa faisabilité, le projet économique doit recueillir l'aval de la société et être écologiquement acceptable ; ce qui induit une certaine éthique et un engagement envers l'Homme et la nature.

La dimension sociale englobe le principe **fondateur** d'accès pour tous à l'habitat, aux moyens de subvenir aux besoins essentiels et basiques mais surtout à l'éducation et à la santé, lesquelles doivent être au premier rang des besoins des nations tel que mentionné par J. Rawls dès 1971. Le souci est d'assurer tout ceci à la population de façon pérenne. L'objectif de la dimension sociale est de lutter contre l'exclusion et de mettre en place un système d'équité comme nous l'avons mentionné précédemment.

La dimension économique consiste à ce que nul ne soit lésé quand il s'agit de salaire juste et équitable en contrepartie d'un travail fourni, de transaction commerciale... etc. Il faut mentionner à ce sujet qu'un projet économique, donc un investissement, doit à la fois s'inscrire dans la durée et aboutir à une population aussi large que possible.

Lepilier environnemental du développement durable se traduit par la lutte contre la pollution selon de nombreux auteurs (Carroll.A.B, 1999, p. 279). La dimension environnementale repose principalement sur les ressources naturelles. Or, il convient d'y adjoindre, dans la perspective de développement durable, la connaissance et les savoirs des individus. Bien au-delà d'une dimension purement et uniquement écologique, le capital humain joue un rôle tout aussi important qui est en étroite corrélation avec les autres dimensions préalablement identifiées.

Ces trois piliers concourent à concevoir le développement durable et sont nécessaires quant à sa compréhension dans sa totalité et des différents rouages qui le composent (Dahlsrud.A, 2008). Les valeurs morales éthiques et équitables sont à la fois le socle du développement durable et les préalables incontournables quand il s'agit d'améliorer qualitativement et quantitativement les conditions des individus.

3. Qu'est-ce que la santé publique ?

Comme son nom l'indique, le but de la santé publique est de dispenser des soins à la population sans distinction ni exclusion. Elle comporte plusieurs spécialités et vise à s'occuper de l'état de santé des citoyens à titre curative et préventive (notamment en cas d'épidémie et d'infection) pour les maintenir en bonne santé et leur éviter, autant que faire se peut, de se déplacer aux hôpitaux et à fortiori l'hospitalisation. Pour ce faire, des programmes de vaccination et des campagnes de sensibilisation sur une alimentation saine et sur les bienfaits de l'activité physique sont organisés. Par ailleurs, on procède dans le cadre de la santé publique au dépistage des maladies et aux essais de laboratoire. Enfin, elle contribue à mettre en place une réglementation régissant les interventions en cas d'épidémies et des situations d'urgence.

De l'avis même de l'agence de santé publique du Canada (2007), la santé publique met l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et la sécurité pour des populations entières et les groupes à risque élevé et non seulement sur le traitement des maladies. Pour illustrer cette confirmation, on dira que la sensibilisation sur les méfaits du tabac a entraîné une chute du taux de cancer du poumon. Il en est de même concernant le problème d'obésité (surcharge pondérale) où la promotion de l'activité physique a entraîné une diminution des cas de remplacement articulaire (donc moins d'intervention), laquelle diminution des cas a permis de gagner du temps et par voie de conséquence, d'écourter les temps d'attente pour les interventions chirurgicales.

4. La santé publique ; un préalable au développement durable :

Tel qu'il ressort de la figure 1, il existe une étroite corrélation entre la santé publique et le développement durable. A priori, les deux requièrent une perspective de longue haleine pour intégrer des facteurs environnementaux, sociaux et économiques dans le processus décisionnel. Aussi, la santé publique est non seulement un baromètre mais également un déterminant du développement économique. Donc, le constat est le suivant : le développement durable ne vaut que si la population est en bonne santé. En revanche, la santé de la population court le risque de se voir détériorer en dehors d'un environnement sain.

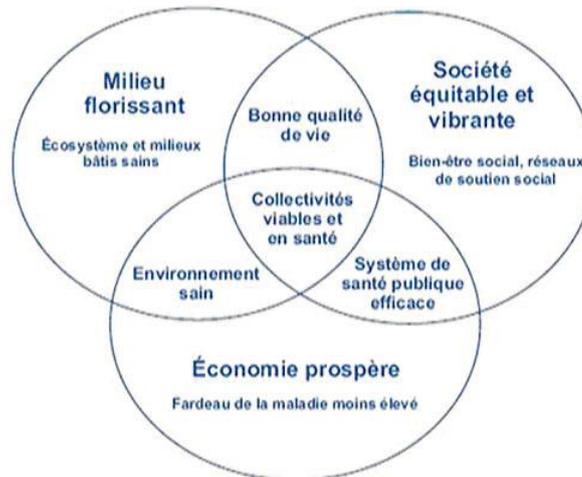
Cette symbiose entre santé publique et développement durable est une vérité bien établie, voire indiscutable, reposant sur le long terme et tenant compte des facteurs environnementaux, sociaux et économiques. Le développement durable s'inscrit dans une co-construction indissociable de la santé publique et de solidarité nationale (OMS,

La place du développement durable dans la politique de santé algérienne ; quelle équité réalisée pour la population ?

Macroeconomic and health: Investing in health for Economic Development,, 20 décembre 2001).(OMS, Health and sustainable development Key health Trends, 2002).

**Figure N° 1.Santé
piliers du
durable**

**publique et les trois
développement**



Source : (stratégie de développement durable 2007-2010, développement durable dans la santé publique: le début d'un long périple, 2007)

La figure ci-dessus donne ingénieusement une présentation de l'imbrication des différentes composantes du développement durable s'inscrivant dans le cadre du maintien et de l'amélioration de la santé publique. Chaque composante influence sur l'autre tout en gardant respectivement leur indépendance. Nous ne cessons de l'affirmer, un niveau favorable et acceptable de santé publique ne peut exister que dans un climat de développement durable propice, c'est-à-dire un climat sain, et en même temps, la mise en place des conditions favorables à un environnement sain, et la garantie des principes fondamentaux liés au développement durable ne peuvent s'inscrire que dans des conditions de santé optimales pour la population (Castellano.S, 2012, p. 110).

Dans la perspective durable, l'investissement en santé publique devient un catalyseur du développement économique d'un pays, permettant de juguler la pauvreté et les inégalités. Appliqué au développement durable les trois piliers composant ce concept peuvent être identifiés de la façon suivante :

La dimension sociale dans le domaine de la santé publique s'apparente au mode d'éducation des individus. Elle sert à fédérer les citoyens autour d'un choix de santé, à maintenir une vie saine et à aspirer ensemble à toutes techniques de pointes et innovantes dans le domaine de la santé.

La dimension économique dans le domaine de la santé a souvent trait au niveau de vie des patients. Généralement, une personne démunie (chômage, salaire bas...) est, à priori, plus exposée au risque sanitaire qu'une personne aisée financièrement. Pour l'Insee (2011), le lien

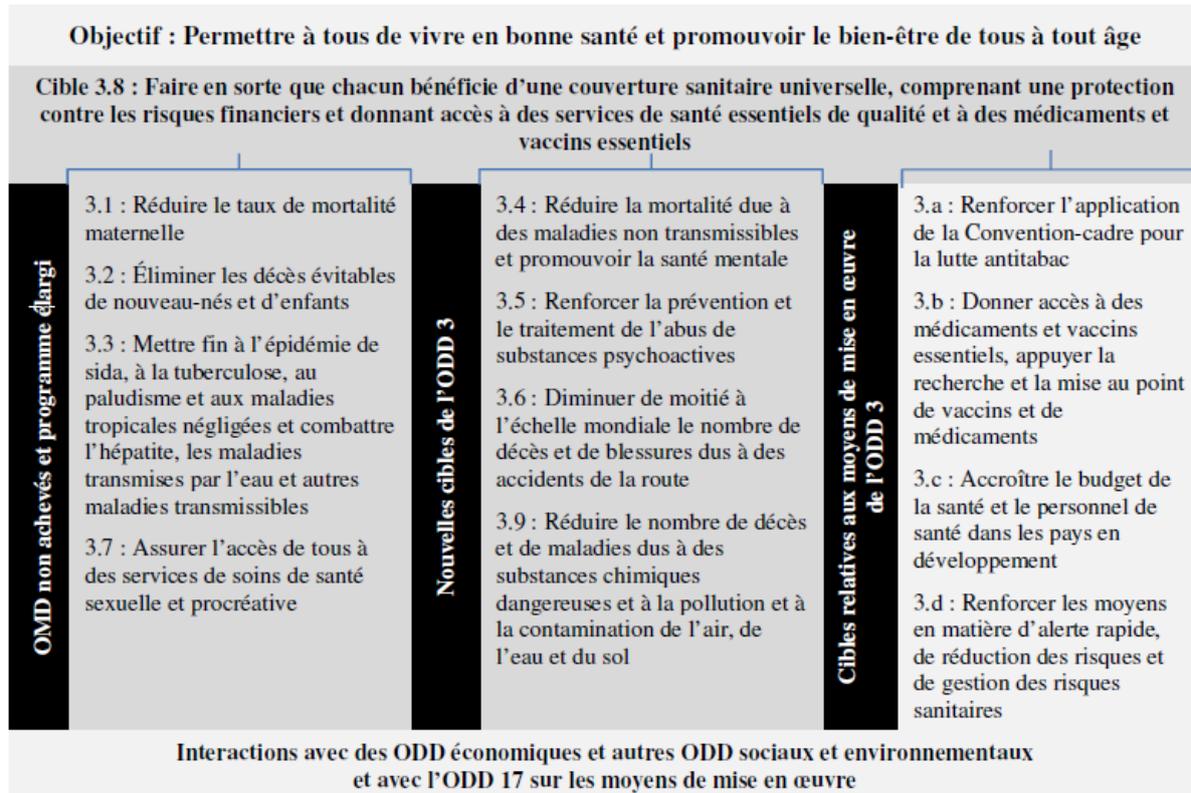
entre santé et statut social est évident : « *les cadres appartiennent à un groupe social dont les modes de vie sont favorables à une bonne santé : les comportements de santé à risques, le moindre recours et accès aux soins, ou encore l'obésité sont plus fréquents chez les ouvriers que chez les cadres* » (INSEE, 2011, p. 2). Il va sans dire qu'une population dont la santé est fragile ne peut avancer sur le plan économique. Ceci va inéluctablement compromettre l'avenir de la personne concernée et par ricochet, sa famille, précisément ses enfants dont l'avenir serait incertain. La mauvaise santé d'une population affecte non seulement l'avenir des individus mais hypothèque l'avenir des générations à venir faute croissance économique et de coûts sociaux découlant justement de cette situation sanitaire critique et précaire.

La dimension environnementale n'est pas en reste. L'état de santé des personnes est aussi fonction du lieu dans lequel ils vivent. La dégradation des composantes de la biosphère a une incidence sur les espèces et sur le devenir ainsi que sur la survie des individus (Santé Canada, 2005). Par ailleurs, les catastrophes naturelles dues au climat (tempêtes, sécheresses...) peuvent donner lieu à d'innombrables fléaux (maladies respiratoires, cancers et mélanomes causés par les rayons ultraviolets... etc.).

Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge - est l'un des 17 objectifs du Millénaire. Certains observateurs ont estimé que la santé a perdu du terrain. Pire encore, elle a régressé par rapport à la place qu'elle occupait dans les objectifs du Millénaire pour le développement où trois des huit objectifs avaient trait à la santé. C'est dire l'importance accordée à la santé, en même temps que tous les autres objectifs, et l'impérieuse nécessité de réduire les inégalités sociales dans un même pays et d'un pays à l'autre, (objectif 10). Même si on ne fixe pas la santé comme objectif principal, celle-ci demeure un élément déterminant pour les autres objectifs de développement durable. En effet, comme indiqué plus haut, en l'absence d'une bonne santé de la population, les autres objectifs ne peuvent être atteints. Constat : La santé, en tirant profit des progrès réalisés dans diverses technologies, contribue en retour aux autres objectifs de développement durable

La Figure suivante présente les cibles au titre de l'objectif 3 de développement durable en distinguant celles qui proviennent des objectifs du Millénaire pour le développement et qui ont été confortées, celles qui ont été ajoutées et celles qui sont désignées comme des « Moyens de mise en œuvre » spécifiques. L'objectif 17 est un objectif transversal (en fonction des disciplines) sur les moyens de mise en œuvre qui concerne tous les autres. Il englobe le financement, les partenariats, l'évaluation des technologies ainsi que les données, le suivi et l'application du principe de responsabilité.

Figure N° 2. Cadre applicable aux objectifs et aux cibles liés à la santé dans le Programme de Développement durable à l'horizon 2030



Source : (OMS, la santé dans le programme de développement durable à l'horizon 2030, 2015, p. 5)

5. Méthodologie :

Pour répondre à notre problématique, l'étude dressera le bilan global des réalisations de l'objectif N° 3 du millénaire en Algérie. Afin de brosser un tableau de la situation, nous nous baserons sur les éléments d'information mis à notre disposition, issus des enquêtes nationales sur la consommation et les dépenses des ménages ainsi que sur les rapports nationaux rendus régulièrement publiques. Notre souci est de partir en quête des conditions permettant d'asseoir les mécanismes d'accès à la santé pour tous, en tous lieux et en tout temps. Pour ce faire, nous tenterons humblement de proposer des réformes indispensables pour que la population, toutes conditions confondues, ait les mêmes opportunités d'accès aux soins.

6. Résultats et discussion :

6.1 Résultats de l'analyse des réalisations sanitaire en Algérie

La situation sanitaire en Algérie a connu un progrès indéniable qualitatif et quantitatif ces derniers temps. Ceci constitue un point de départ pour les décideurs à partir duquel ils consolident ces acquis et améliorent les indicateurs de référence.

A la faveur de la médecine gratuite et à la généralisation des soins en termes de quantité, aidée en cela par la réalisation des infrastructures sanitaires et un personnel bien formé, le taux de mortalité dans notre pays a chuté de plus 16 pour mille dans les années 70 à moins de 5 pour mille en 2018 (Rapport National Volontaire Algérie, 2019, p. 55). L'espérance de vie,

quant à elle, n'a rien à envier à celle des pays développés : elle est de 77.7ans (78.4 ans pour les femmes et 77.1 ans pour les hommes)(Rapport National Volontaire Algérie , 2019).

La stratégie que le Gouvernement a adoptée pour structurer le système national de santé est fondée sur les dimensions prioritaires suivantes, en alignement avec les cibles et les indicateurs de l'ODD3 :

- La prise en charge de la santé de la femme et de l'enfant et la réduction de la mortalité néonatale ;
- La lutte contre les maladies transmissibles et leur éradication ;
- La réduction, par la prévention et le traitement, de la mortalité due à des maladies chroniques en mettant l'accent sur les facteurs de risque communs à ces maladies comme certaines habitudes alimentaires et le tabagisme ;
- L'amélioration de la santé mentale.

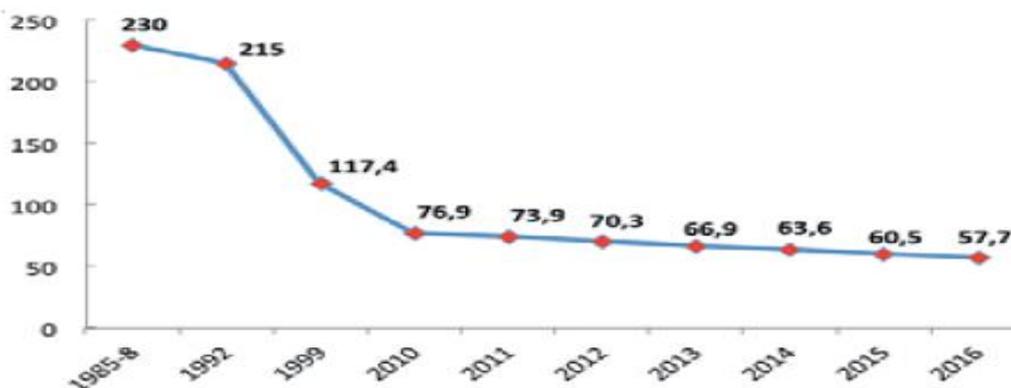
6.1.1 Qu'en est-il de la santé maternelle et infantile ?

La santé maternelle a toujours été au cœur de la santé publique. L'Algérie a mis en place un Plan National de réduction accélérée de la mortalité maternelle pour la période 2015-2019, emboitant le pas et encourageant les initiatives régionales, notamment la campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA).

Les statistiques sont là : le taux de mortalité maternelle est passé de 117,4 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1999 à 57.7 en 2016 (Rapport National Volontaire Algérie , 2019, p. 55) alors que l'objectif était de réduire de trois quarts, entre 1990 et 2016, le taux de mortalité maternelle qui est le cinquième objectif ciblé par le sommet mondial.

Le taux de contraception qui était de 35.5 % en 1986 a augmenté à 57.1 % en 2013 ; la proportion des femmes enceintes de huit mois qui ont eu recours à une consultation prénatale (au moins une fois par un personnel qualifié) s'élève à 92.7 % en 2013 (contre 57.5 % en 1992) (Lakrouf.Ali, 2018, p. 396) alors que la majorité des accouchements assistés par un personnel qualifié est estimée à 96.6 %, et 96.8% des accouchements ont eu lieu dans un milieu médical (contre 76 % en 1992).

Figure N°3. Évolution des taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)



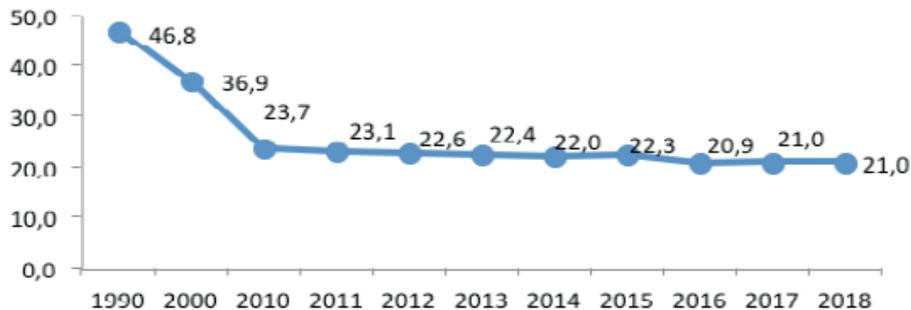
Source :(Rapport National Volontaire Algérie , 2019, p. 57)

Au niveau régional et en matière sanitaire, le MICS 4 (Multiple Indicator Cluster Surveys) ou Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples, a révélé une disparité quant aux personnes ayant apporté leur assistance pendant l'accouchement selon la région. Alors que

dans les hauts plateaux centre le taux d'assistance est de 12.9%, celui du sud est de 11.5% alors qu'au nord centre il est de 34 %.(MSPRH, plan national de réduction de la mortalité maternelle (2015-2019), 2015, p. 141).

Le taux de mortalité infantile a connu une baisse significative passant de 46.8 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 36.9 ‰ en 2000, puis à 23.7 ‰ et 22.3 ‰ en 2010 et 2015 pour arriver à 21 pour mille naissances vivantes en 2018.

Figure N° 4. Évolution de la mortalité infantile 1990-2018



Source :(ONS),(MSPRH, à partir des enquêtes PAPCHILD (1992), PAPFAM (2000) et MICS (2012-2013))

En 2016, l'Algérie a réactivé le programme national de périnatalité afin de conforter ces acquis. Pour ce faire, elle a adopté un programme (2016-2020) visant à ramener la mortalité infanto-juvénile à 20 pour mille en 2020.

Même en matière de soins infanto-juvéniles, beaucoup de travail reste à faire pour réduire l'écart entre le milieu urbain et milieu rural et entre niveaux socio-économiques. Surtout lorsque l'on sait que les enfants des familles nanties sont nettement plus avantagés que ceux des familles démunies. Au niveau régional, c'est le même constat que celui évoqué plus haut : Le taux de mortalité infanto-juvénile est 2.2 fois plus élevé chez les enfants des ménages de sud du pays (34.5 ‰) que chez ceux de Nord centre (15.7 ‰), il est 1.75 fois plus élevé chez les enfants des ménages du quintile le plus pauvre (35 ‰) que chez ceux du quintile le plus aisé (20 ‰), et 1,3 fois plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (21.7 ‰, 27.7‰)(MSPRH, plan national de réduction de la mortalité maternelle (2015-2019), 2015, p. 56)

La nutrition reste le parent pauvre de la santé publique en Algérie. Toujours selon l'enquête MICS4, 4,3% des enfants de moins de cinq (5) ans présentaient une insuffisance pondérale modère ou sévère. Cette proportion s'accroît au sud du pays (4.9 %) et chez les ménages les plus pauvres (3.9 %).

6.1.2 Qu'en est-il de l'état épidémiologique en Algérie (maladie transmissible et non transmissible) ?

Nous allons faire une analyse sommaire des différents programmes de prévention des maladies transmissibles et non transmissibles qu'a connus l'Algérie.

➤ Les maladies transmissibles

Les programmes nationaux de prévention, l'élargissement de la couverture sanitaire (cible 3.8) et l'amélioration du niveau de vie du citoyen ont été à l'origine de la chute du nombre de maladies transmissibles (cible 3.3).

Quant au SIDA, quoique relativement peu répandue en Algérie avec une prévalence de 0,1%, de risque, la vigilance est toujours de mise. L'Algérie dispose d'un large arsenal de mesures pour répondre à l'épidémie du sida. Les principales sont les suivantes :

-1987 : Création du Laboratoire National de Référence (LNR) pour le diagnostic de l'infection VIH et pour le contrôle des dérivés sanguins ;

-1989 : Création du Comité Médical National de lutte contre les MST (Maladie Sexuellement Transmissibles) et le Sida (CNLS) ;

-1991 : Instauration du contrôle obligatoire du don de sang et des dons d'organes ;

-1995 : Création de l'Agence Nationale du Sang (ANS) chargée de la sécurité transfusionnelle ;

-1996 : Mise en place de Centres de Référence pour la prise en charge de l'infection VIH/Sida (CDR) dotés d'une allocation budgétaire spéciale ;

- 2002 : la mise en place des plans quinquennaux et triennaux de lutte contre le sida jusqu' à 2020 ;

-2012 : Création du Comité National de Prévention et de Lutte contre les MST/Sida par décret exécutif du Premier Ministre ;

- 2015 : Elaboration du guide national du diagnostic biologique de l'infection à VIH/Sida.

A titre préventif, 62 centres de dépistage anonymes et gratuits ont été ouverts au niveau de l'ensemble des wilayas du pays. L'Algérie aspire d'ici à 2030 à éradiquer le SIDA. En attendant, depuis 2013, et lors des deux plans (2013- 2015 et 2016- 2020), elle tente de ramener les nouveaux cas d'infections à moins de 500 personnes. Cette maladie occultée, dite « de la honte » ou taboue dans notre société et dont le nombre est loin d'être alarmant en comparaison aux sociétés occidentales ou africaines peut cacher des cas inconnus et/ou insoupçonnés, d'où un risque de contamination.

L'enquête MICS4 avait révélé que seulement 5.3 % de femmes en âge de reproduction ont effectué un test de dépistage du Sida. Et seulement 3 % avoir déclaré connaître pour se faire le test. (MSPRH, plan national de réduction de la mortalité maternelle (2015-2019), 2015, p. 211)

Quant au paludisme, connu pour être essentiellement une maladie des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes, Dieu merci, L'OMS a déclaré solennellement le 22 mai 2019, lors de sa 72^{ème} Assemblée Générale puis certifié que l'Algérie l'avait éradiqué. Aujourd'hui, la maîtrise et l'éradication du paludisme dépend du degré de vigilance et de surveillance des zones à risque, notamment les régions frontalières où le risque d'importation d'épidémie est très élevé. Ce phénomène se renforce encore avec l'exode des populations des pays frontaliers à cause de l'insécurité politique qui règne.

Quant à la tuberculose, l'Algérie n'a pas pu stopper sa propagation. L'incidence annuelle de la tuberculose, toutes formes confondues, est passé de 60.7 cas pour 100000 en 2010 à 54.6 pour 100 000 en 2018 (Rapport National Volontaire Algérie , 2019, p. 58)

Pour l'hépatite virale B et C, l'OMS a déclaré comme moyennement répandue en Algérie, elle a été quand même estimée respectivement à 8.4 et 2.7 cas pour 100000 habitants en 2018.

➤ Qu'en est-il des maladies non transmissibles ?

La tension artérielle et le diabète sont des maladies qui touchent essentiellement la population âgée de 18 de 69 ans et concernent respectivement 23.6% et 14.4 % de cette même

La place du développement durable dans la politique de santé algérienne ; quelle équité réalisée pour la population ?

population. Les coupables sont tout indiqués : le tabac, l'inactivité physique et le déficit en portions de fruits et légumes au nombre de cinq (5) par jour (27.2 % parmi les hommes et 32.1% chez les femmes). (Enquête STEPwi réalisée en 2017).

Face au taux alarmant de la mortalité hospitalière (54,5%), l'Algérie a pris depuis l'année 2000 une batterie de mesures pour endiguer ce fléau qui n'en est pas moins un grand problème de santé publique.

Il s'agissait essentiellement de connaître au moyen de recherches et de suivi des maladies transmissibles et non transmissibles dans le schéma de mortalité du pays. S'imprégnant des normes internationales relatives à la 10^{ème} classification internationale des maladies (CIM10), un Système Central d'Enregistrement des causes de décès a été mis en œuvre.

En juin 2002, en adhérant à l'approche STEPS de l'OMS, une approche intégrée de surveillance, de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles, l'Algérie a souscrit au programme mondial de lutte contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles.

En perspective d'une diminution de la mortalité et de la morbidité du cancer, l'Algérie a également élaboré un « Plan National Cancer » composé de huit (8) axes stratégiques pour la période 2015-2019.

La santé mentale, pour sa part, n'est pas en reste. Elle a été prise en charge, voire soutenue, en vertu de la loi sanitaire 2018. Dans la même année, un comité national multisectoriel de la promotion de la santé mentale (cible 3.4) a été mis sur pied. Il est lui incombé de coordonner, d'assurer le suivi et de faire l'évaluation des activités du plan national de promotion de la santé mentale. L'Algérie accorde une importance non moins importante à la lutte anti-tabac, réputé pour être une des causes évitables de décès. (Cible 3.a). Il ressort de l'enquête réalisée par GYTS, réalisée en 2007 dans trois grandes villes algériennes que sont Constantine, Sétif et Oran que 27,2 % des élèves âgés de 13 à 15 ans sont fumeurs ou ont tendance à la cigarette. A l'instar des pays conscients des méfaits du tabac, l'Algérie, en vertu des articles 51, 56 et 57 de la loi N°18-11 du 02 juillet relative à la santé, a interdit la vente du tabac et des boissons alcoolisées aux mineurs tout comme elle a interdit toute forme de promotion, de parrainage et de publicité en faveur des produits du tabac. Comme il a été également interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, sauf dans les emplacements spécialement réservés aux fumeurs. C'est dire l'importance accordée à ce fléau, surtout quand on sait que l'Algérie déplore quelque 5000 morts chaque année à cause du cancer du poumon dû au tabac. C'est donc, tout-à-fait naturelle que l'Algérie ait ratifié la Convention Cadre de l'OMS pour la lutte Anti-tabac (CCLAT) en 2006 et énoncé plusieurs dispositions de loi pour enrayer ce fléau encore plus nocif que coûteux (voir loi N°18-11 du 02 juillet relative à la santé citée ci-dessus).

L'Algérie n'a pas cessé au cours des quinze dernières années à prendre en charge les problèmes de la santé en mettant le paquet en termes de structures d'accueil réalisées et à réaliser et en personnel formé et qualifié. Rien qu'en 2018, le secteur de la santé comptait un effectif de 302545 personnes (personnel médical, paramédical, administratif et autres) alors que le secteur privé disposait de 302545 personnes, à la différence que celui-ci emploie 91 % de personnel soignant exclusivement. En termes d'infrastructures, le secteur de la santé comptait 599 établissements publics de santé totalisant 76868 lits. Le secteur libéral, quant à lui, compte actuellement 208 établissements hospitaliers et 391 établissements de jour. Force

est de constater ceci : Le secteur libéral représente presque un quart (1/4) des établissements hospitaliers en Algérie mais a fait une percée remarquable en termes de nombre (croissant) de ces établissements hospitaliers.

En matière de ratio de couverture, notamment au plan des ressources humaines, les données révèlent une amélioration constante. Le nombre de médecins (généralistes et spécialistes) pour 100 000 habitants est passé de 139 médecins pour 100 000 habitants en 2015 à 144 médecins en 2018. Mais des différences régionales significatives ont été enregistrées. Par exemple, la couverture médicale était estimée à 220 médecins / 100 000 habitants dans la capitale, contre seulement 58/100 000 à Djelfa (Zehnat, A., 2016).

Mais là où le bât blesse, comme nous l'avons évoqué plus haut, c'est la disparité entre moyens et qualité des soins offerts au niveau régional. Le tableau ci-après renseigne sur cette carence.

Tableau N° 1. La répartition des structures de soins par régions sanitaires (2014)

| | Régions sud | Régions des hauts plateaux | Régions centre |
|------------------------------------|---|---|--|
| Nombre de wilayas | 09 | 14 | 25 |
| Surface (km²) | 1 911 668 83% | 304 086 (13%) | 94 247 (% 4,0) |
| Nombre d'habitants | 3 328 05 (% 10) | 11 012 117 (% 30) | 21 813 361 (% 60) |
| Les établissements de santé | 34 00 CHU 27 EPH+07 EHS Lits 5829 1.6/ 1000 habitants | 71 02 CHU 60 EPH+19 EHS 16 340 lits 1.5/ 1000 habitants | 162 12 CHU EHU+ 05EH01 115 EPH+ 42 EHS 44590 lits 02/1000 habitants |
| Polycliniques | 190 1/191120 habitants | 493 1/22336 habitants | 933 1/ 23380 habitants |
| Salles de soins | 770 4718/habitants | 1 663 6 621/habitants | 3338 6 438/habitants |
| Maternités | 68 374 lits | 166 1023 lits | 211 1775 lits |
| Centres de cancérologie | 01 | 02 | 06 |

Source : établis par nos soins sur la base des travaux de (Fortaki, M., 2018, p. 3)

Au regard de l'état ci-dessus, il apparaît clairement que les populations du Sud sont défavorisées par rapport aux populations des hauts plateaux et du Nord. Tout le sud du pays est privé de soins de santé hautement spécialisés vu l'absence de CHU et d'EH. Ces populations se déplacent au prix de longues et coûteuses traversées au Nord pour recevoir les soins hautement spécialisés et de pointe. Disproportionnellement, 60% de la population algérienne occupent 4% de la superficie du pays au Nord alors que le reste, 83%, soit 1 911 668 kilomètres carrés de la superficie, est occupé par 10% de la population du Sud qui ne dispose que de peu d'établissements de santé et n'a ni établissements hospitaliers (CHU) ni hôpitaux (EH).

6.2 Discussion :

La place du développement durable dans la politique de santé algérienne ; quelle équité réalisée pour la population ?

Quand il s'agissait de la promotion des soins de santé primaires pour tous, l'Algérie a adhéré à la déclaration d'Alma Atade 1978, de Manama (2003) puis dans celle d'Alger en 2008 (Aoumeur.A.A, 2015, p. 93). Mais quel que soit la région et/ou le niveau de vie des individus, ceci ne garantit pas pour autant et systématiquement des soins de haute qualité, voire de pointe, et accessibles à tous. La problématique récurrente de ce phénomène réside généralement dans la gestion des structures de soins et de gouvernance sanitaire.

Il est indéniable que depuis l'année 2000, notre pays a enregistré des progrès considérables en matière de santé. Ceci, il est vrai, a été aidé par la manne pétrolière qui a injecté des crédits assez importants dans le secteur public de la santé, faut-il le préciser, mais il reste encore du chemin à parcourir pour espérer atteindre les objectifs assignés. Nos ressources proviennent essentiellement de la manne pétrolière et notre système de santé dépend dangereusement de celle-ci. Par voie de conséquence, l'instabilité de ce système de santé est fonction de la fluctuation des cours des hydrocarbures ; ce qui amène à prendre les décisions politiques courageuses qui s'imposent.

La politique de la gratuité des soins n'est pas sans conséquence sur le budget de l'Etat (gaspillage, absence de comptabilité précise...). Les ressources budgétaires s'amenuisent proportionnellement à la croissance, voire, à l'explosion démographique. Le pays qui a alloué de fortes ressources durant la période faste des années 70 ne dispose plus des mêmes facilités de mobilisation.

La crise économique que traverse l'Algérie et les multiples transitions, qui ont impliqué une augmentation tendancielle des dépenses de santé, doivent amener l'Etat à procéder à la débudgétisation, c'est-à-dire à un désengagement total de la gestion et du financement des hôpitaux et des structures légères (les polycliniques sont assimilées à des hôpitaux du jour).

Ainsi, si on part à la recherche de l'équité et de la préservation des ressources pour les générations futures—c'est l'essence même et le principe fondamental du développement durable— on doit se poser des questions du genre « comment peut-on continuer à l'orée du troisième millénaire à traiter sur un même pied d'égalité des personnes de niveaux sociaux diamétralement opposés en matière de soins ?

Même si la gratuité des soins semble être une bonne et louable chose en soi, décidée dans le cadre d'une politique protectionniste et d'aide sociale, la question demeure toujours posée quant à savoir si cette gratuité rime avec efficience.

Les soins gratuits ne sont pas si gratuits qu'ils n'y paraissent si on prend en considération les frais occasionnés tels que le transport, la restauration, les examens... Surtout pour ceux qui se déplacent de loin.

L'Etat ne doit pas intervenir directement en offrant lui-même des soins, mais gagnerait à se contenter de payer ces soins pour les plus démunis et de s'occuper des programmes de prévention.

A cet effet, l'Etat doit s'aligner nécessairement sur ce qui se fait ailleurs, c'est-à-dire rénover la politique sanitaire dans le bon sens. Il faudra adopter une batterie de mesures, quitte à prendre des décisions pas forcément populaires, voire contraignantes, conformément à l'adage qui dit : « pour faire des omelettes, il faut casser des œufs. », mais qui, au final, apportera sûrement ses fruits. Nous n'avons qu'à prendre l'exemple des pays qui disposent de

beaucoup plus de moyens que nous, mais qui ne badinent pas avec la rigueur économique et la discipline, surtout quand il s'agit de la santé humaine.

La politique de santé doit aller au fond des choses, à l'essentiel, au lieu de rafistoler et de bricoler. Le statut des établissements sanitaires, le financement du système de santé et la gestion du personnel de santé doivent faire partie de cette politique.

La centralisation à outrance a tendance à desservir l'Etat qui, d'un côté, demeure une tutelle « envahissante » qu'il assure maladroitement, voire inefficacement, d'autant plus qu'il n'a pas les coudées franches en ces temps de vaches maigres, c'est-à-dire en temps de crise économique, et ne peut même pas plaider pour une augmentation ou un changement du système de salaire. Donc, on ne s'étonne pas lorsque le système de santé accuse le retard que l'on sait.

La tutelle gagnerait à céder la place aux gestionnaires en les dotant tout simplement d'un véritable pouvoir de décision et de gestion dans le cadre de la décentralisation.

Ainsi, l'Etat devrait se délester de la gestion directe des finances de la santé publique et devrait en charger d'autres entités : le département des affaires sociales aurait à s'occuper des couches démunies et des services en charge de la sécurité sociale des personnes affiliées à leurs différentes caisses et à leurs ayants droit. Assurer un financement perpétuel n'est certainement pas la bonne solution.

L'Etat devrait plutôt aider les plus démunis par le biais des structures légères (centres de santé et salles de soins et de consultations...) en les dotant d'un budget qui leur serait individuellement et exclusivement alloué répondant à un programme de prévention préalablement arrêté. Les communes et les wilayas en assureraient la tutelle, donc le financement du fonctionnement. Il y va de l'intérêt de la population locale en matière de santé. Donc, supporter le coût des soins de cette population locale par la collectivité locale dans un élan de solidarité est loin d'être improductif. L'Etat doit supporter financièrement l'accès aux soins et aux programmes de prévention au profit des plus démunis plutôt que de les produire.

Il faut admettre que la santé a un prix et représente un coût qui doit rester supportable par la communauté dans un système de santé solidaire. « *La santé a bien un prix mais il ne saurait être exclusivement établi par le jeu de l'offre et de la demande. Parce qu'elle est une marchandise politique, la santé requiert des médiations sociales, fussent-elles décentralisées.* » (Hours.B, 2001)

Le développement durable ne peut avoir lieu dans une société marquée par des inégalités socioéconomiques persistantes, une dégradation environnementale à grande échelle ou une forte prévalence de la maladie. De même, la promotion de la santé publique exige un milieu physique et un milieu en bon état d'hygiène, une économie prospère et une société où règne l'équité.

7. Conclusion :

Les organisations internationales font de la pérennité du développement, soit le développement durable, leur cheval de bataille. Hélas, les politiques ne vont pas forcément

La place du développement durable dans la politique de santé algérienne ; quelle équité réalisée pour la population ?

dans le sens d'une mise en œuvre des stratégies de développement. Même si le sommet du millénaire a adopté des objectifs et des politiques dont le but est de se rapprocher des conditions normatives de la contribution des politiques de santé au développement durable, l'engagement démocratique des populations dans de telles stratégies se fait désirer

Il est vivement recommandé de sensibiliser les acteurs concernés sur tout ce qui touche à la santé et qui l'impacte par le fait des individus, du milieu social et de l'environnement.

Des progrès notables sont accomplis en matière de santé en Algérie. Néanmoins, le pays est encore loin de son objectif initial dans ce domaine. Les inégalités entre zones rurales et zones urbaines restent marquées en matière d'accès aux soins.

La lutte contre les inégalités en matière de santé ne peut se limiter à la lutte pour l'accès aux soins ; elle doit prendre en compte les inégalités dans l'ordre du revenu, de l'éducation et de l'emploi. C'est ainsi qu'une amélioration de la qualification de la main-d'œuvre peut faire décroître à terme le niveau de dépenses en soins de santé ainsi que les inégalités de santé. Les problèmes de santé devraient être au centre de toute politique économique et de développement. Seul le « politique » peut prendre en compte cette conception intégrée de la santé.

8. Liste Bibliographique :

- Aoumeur.A.A. (2015). pour un système de santé qui profite à tous: l'Algérie face au défi de l'approche systémique. *Pensée plurielle*(39), pp. 93-107.
- Carroll.A.B. (1999). Corporate social responsibility: evolution of definitional construct. *business society*(38), pp. 268-295.
- Castellano.S, e. a. (2012). Développement durable et santé publique vers un nouveau modèle d'une santé égalitaire? *la revue des sciences de gestion*(253), pp. 107-113.
- CMED. (1988). *Notre avenir commun*. Québec: du Fleuve.
- Dahlsrud.A. (2008, N°15). How corporate social responsibility is defined: an analysis of 37 definitions. *corporate social responsibility and social management*, pp. 1-13.
- Fortaki.M. (2018). la nouvelle loi sur la santé comme moyen de réformer le système de santé en Algérie; à la lumière de la transition en cours sur la santé. *colloque national sur la créativité et l'innovation comme moyen de réforme du système de santé en Algérie*. université Blida -2-.
- Grade-Bentaleb.F. (2002., vol 34, N°5). Bringing scientific knowledge from research to the professional fields: the case of the thermal and airflow design of building in tropical climates. *energy and buildings*, pp. 511-521.
- Hours.B. (2001). de l'offre de soins au prix de la santé et à la marchandise. *économie et sociétés, série F*(39), pp. 9-10.
- INSEE. (2011). *l'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à mort demeurent*. Enquête et études démographiques de l'Insee, N°1372. Récupéré sur <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1372/ip1372.pdf> (8/01/2012)
- Lakrouf.Ali. (2018, juillet). le développement durable en Algérie à la lumière des objectifs du millénaires pour le développement les acquis, les contraintes et les défis. *Algerian Review of Security and Development*(13), pp. 389-403.
- Lechab.S, B. M.-P. (2015). la stratégie de développement durable: quelles conséquences sur le contrôle de gestion des organisations touristiques. *biemes journée scientifiques du tourisme durable, 10/12 juin*, (pp. 343-353). Québec, Canada .
- MSPRH. (2015). *plan national de réduction de la mortalité maternelle (2015-2019)*. Alger.

MSPRH. (s.d.). *à partir des enquetes PAPCHILD (1992), PAPFAM (2000) et MICS (2012-2013).*

OMS. (20 décembre 2001). *Macroeconomic and health: Investing in health for Economic Development.*, report of the Commission on Macroeconomics and health. Retrieved from <http://www.paho.org/english/hdd/sachs.pdf> (02/01/2012)

OMS. (2002). *Health and sustainable development Key health Trends.*

OMS. (2015). *la santé dans le programme de développement durable à l'horizon 2030.* Rapport du secrétariat.

ONS. (s.d.).

(2019). *Rapport National Volontaire Algérie* . progression de la mise en oeuvre des ODD.

Santé.canada. (2005). *Comment contrer les effets des changements climatiques sur la santé? En s'y préparant bien...Recherche sur les politique de santé.* canada. Récupéré sur <http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt-formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2005-climat/2005-climat-fra.PDF> (23/12/2011)

(2007). *stratégie de développement durable 2007-2010, développement durable dans la santé publique: le début d'un long périple.* canada: Agence de santé public du canada. Récupéré sur www.pharc-aspc.gc.ca

Tizio.S. (2004, dossier 3). *quelle légitimité pour les politique de santé face aux objectifs de développement durable? développement durable et territoires,* pp. 1-14.

WHO. (2006).

Zehnati.A. (2016). *Analyse des inégalité de répartition territoriale des médcins spécialistes libéraux en Algérie. 2em Atelier du Réseau Africain de Formation en Territoire et Santé.* constantine 24-25 et 26 mai.