



منشورات
مجلس الأمة

« Journée Parlementaire sur la Santé »

Journée Parlementaire sur la Santé



Conseil de la Nation, Palais Zirout Youcef - Alger

Journée Parlementaire sur la Santé

Conseil de la Nation, Palais Zirout Youcef - Alger

Dépôt Légal : 2848-2010
ISBN : 978-9947-961-02-5

SOMMAIRE

- ♦ **Introduction ,**

Pr. Rachid BOUGHERBAL, Service Cardiologie - EHS Maouche – Alger –
Membre du Conseil de la Nation 5

- ♦ **La transition épidémiologique en Algérie**

Pr. Rachid BOUGHERBAL, Service Cardiologie - EHS Maouche – Alger –
Membre du Conseil de la Nation 7

- ♦ **Aperçu sur l'organisation du système de santé**

Pr. Mourad BAGHRICHE, Service Pédiatrie – Hôpital El Atassi – Bainem –
Alger. 19

- ♦ **Santé et cancérologie : réalités et défis**

Pr. Boudjemaa MANSOURI, Service Imagerie Médicale, Lamine Debaghine –
Alger 31

- ♦ **La greffe d'organes, de tissus et de cellules : état des lieux et perspectives**

Pr. Abdelaziz GRABA, Service Chirurgie Pierre et Marie Curie - Alger 41

- ♦ **La santé mentale en Algérie**

Pr. Farid KACHA, EHS de Psychiatrie – Chéraga 55

- ♦ **Les maladies transmissibles et les pathologies respiratoires chroniques : enjeux et défis**

Pr. Habib DOUAGUI, Service Pneumologie - CHU Issad Hassani - Beni Messous –
Alger. Ex membre du Conseil de la Nation 63

- ♦ **Synthèse des débats** 75

- ♦ **Conclusion**

Pr. Messaoud ZITOUNI, Membre du Conseil de la Nation, Ancien Ministre de
la Santé 95

Introduction

Nous sommes réunis pour partager nos réflexions et amorcer un débat que j'espère fructueux sur le système de santé dans notre pays. Cette réunion a lieu grâce aux encouragements et à l'aide précieuse de Monsieur Abdelkader BENSALAH, Président du Conseil de la Nation, et celle des membres de la Commission de la Santé, des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité de notre honorable Conseil.

L'OMS définit la santé comme étant « un état de complet bien être physique et psychique permettant une vie active ». Ce n'est donc pas seulement l'absence de maladie. Pour atteindre ce but, une politique de santé est mise en œuvre. Cela concerne « l'ensemble des mesures prises par un gouvernement pour permettre à toute la population d'un pays d'accéder au meilleur état de santé possible, compte tenu des ressources disponibles lui permettant de mener une vie socialement et économiquement productive ».

Pour approcher cet objectif, cette journée se propose d'aborder avec objectivité des questions importantes en matière de santé publique. Et pour animer celle-ci, nous avons fait appel à des collègues, professeurs en médecine, qui ont en commun d'être à la fin d'une carrière reconnue, entièrement consacrée au secteur public de leur pays. Et sans prétendre à la certitude, ils nous feront part de leur expérience et de leur vision sur ce que devait être la politique nationale de santé.

Le programme comporte 5 thèmes qui vous seront successivement exposés :

En premier, je vous présenterai la transition épidémiologique qui explique notre situation actuelle et semble surtout présager un avenir difficile si rien n'est entrepris.

Monsieur M. BAGHRICHE, grâce à son expérience de praticien pédiatre, mais aussi d'ancien directeur des structures de santé

au Ministère de la Santé et de la Réforme Hospitalière, nous fera l'analyse du système national de santé et ses limites. Monsieur B. MANSOURI nous exposera les enjeux des affections cancéreuses qui se développent rapidement sous l'effet de la transition déjà évoquée, alors que notre système de santé n'y est pas préparé et qui ici ou là, on continue de voir les cancers comme des affections ordinaires frappant tel ou tel organe, sans arriver à dégager une réflexion globale centrée sur le malade avant de l'être sur la maladie. Monsieur A. GRABA mettra en évidence la nécessité de promouvoir et développer la transplantation d'organes et de tissus, de plus en plus attendue par nos malades. Monsieur F. KACHA insistera sur la place que devrait occuper la santé mentale dans notre système de santé, et enfin Monsieur H. DOUAGUI nous entretiendra des affections transmissibles, dont la grippe A H1 N1 .

Pr. Rachid BOUGHERBAL
Président de la Commission de la Santé,
des Affaires Sociales, du Travail
et de la Solidarité Nationale

LA TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE EN ALGÉRIE

Pr. Rachid BOUGHERBAL,
Service de Cardiologie EHS MAOUCHE

L'Algérie connaît inéluctablement une évolution caractérisée par une double transition démographique et épidémiologique, ce qui amène des conséquences primordiales tant sur le plan social qu'économique et même politique, comme nous allons le voir.

***1/La transition démographique:** Au lendemain de l'indépendance, en Juillet 1962, notre pays comprenait environ 8 millions d'habitants. Sortant d'une longue et meurtrière guerre de sept ans et demi, cette population était souvent localisée dans des zones de regroupements forcés de l'armée française ou agglutinée dans les banlieue des grandes villes. Elle ne connaissait ni hygiène ni scolarité des enfants ni même la protection contre la sous-alimentation et la mortalité infantile était très élevée.*

Les différents programmes nationaux de développement qu'a connu le pays depuis, ont donnés des résultats que nul ne peut contester :

L'espérance de vie est passée de 52,6 ans en 1970 à 73,14 ans en 2008 (données OMS et Recensement Général de la Population 2008). Cela entraîne une drastique diminution du taux de natalité qui passe de 47/1000 dans les années 1970 à 25/1000 en 2008 ; la pyramide des âges se modifie et, aujourd'hui, la majorité des Algériens est âgée de plus de 25 ans (âge médian, en 2008 :25,5 ans). Cette transition a de multiples raisons dont le recul de l'âge de mariage et l'éducation des filles ; ce qui limite la taille de leur

famille, les moyens de contraception, la crise du logement et la rupture de la famille patriarcale rurale.

2/La transition Epidémiologique : *Le vieillissement de la population, l'amélioration des conditions d'hygiène et la mise en place d'un réseau sanitaire étoffé, bien qu'imparfait et, surtout le programme national élargi de vaccination, ont eu comme résultat la baisse impressionnante des maladies transmissibles et surtout de la mortalité infantile. En contrepartie, notre population est soumise à la pression des maladies dégénératives : diabète, cancers, affections cardiaques. Ceci est la transition épidémiologique.*

3/Le système national de santé : *Il comporte un secteur public encore fort, composé de 13 CHU, 1 EHU, 68 EHS, 185 EHP totalisant 63680 lits avec 54734 médecins, 95650 paramédicaux, 13000 agents techniques et 53000 agents de service. Ce secteur public a pour rôle d'assurer les soins primaires et les urgences, les soins spécialisés et la prévention. Il est réparti à travers tout le territoire national, mais avec un désavantage pour les régions des hauts plateaux et du sud, surtout en spécialistes et en plateaux techniques.*

Le secteur privé s'est développé un peu anarchiquement. Il ne concerne pratiquement que l'extrême nord du pays et ne dispense pas de soins primaires, ni de soins aux malades démunis. Il comporte néanmoins plus de 145 cliniques et 4500 lits. Souvent, le personnel de santé et celui du secteur public se confondent en l'absence de toute séparation claire entre les deux secteurs.

4/Les Indicateurs de base de l'OMS : *Prenant comme référence les données 2008, l'Algérie présente un taux d'accroissement de population de 1,35%, à comparer avec les 0,52% de la France, les 1,33% du Maroc et les 0,56% de la Tunisie. La répartition de notre population selon les tranches d'âge est la suivante : De 0 à 14 ans, soit l'âge inactif de l'enfance et de la scolarité: 26,85% de notre population, soit entre la Tunisie (24,14%) et le Maroc (28,74%), mais loin de la France(18,3%). L'âge « **actif** » soit entre 15 et 64 ans, la période où le citoyen est productif regroupe 68,3% des Algériens contre 69,54%*

des Tunisiens et 65,92% des Marocains. La France quant à elle ne regroupe que 65,4% de cette tranche. Le groupe des « **retraitables** », à savoir les personnes de plus de 65 ans, qui ne sont plus productives mais à la charge de la collectivité, retrouve 4,85% des Algériens, 5,34% des Marocains, 6,34% des Tunisiens et 16,2% des Français. L'espérance de vie moyenné entre hommes et femmes est de 73,14 ans chez nous contre 71,46 et 74,4 ans chez nos voisins de l'Ouest et de l'Est.

La mortalité infantile, qui culminait à 110/1000 dans les années 1960 est réduite à 20/1000, soit proche de celle de nos voisins, mais encore loin de la Française (5/1000). La mortalité maternelle quand à elle réalise le meilleur score de la région (88,9/100000). Quant aux indicateurs de développement qui réunissent l'accès à l'assainissement l'accès aux soins, l'électrification la scolarisation, l'espérance de vie, le PIB/habitant/à parité de pouvoir d'achat, ils placent notre pays en position **d'émergence prochaine**.

5/Le Financement de la Santé en Algérie : Notre système de santé se caractérise par un financement mixte : une part des subventions des établissements de santé par le budget de l'État : 114 milliard de dinars pour 2006 en dépenses de fonctionnement auxquels s'ajoutent 76 milliards de dinars pour les équipements (sans connaître le taux réel de réalisation), et une part de subvention de la sécurité sociale à travers le forfait hospitalier qui était de 35 milliards de dinars en 2006. A ces subventions directes s'ajoute la part propre de la sécurité sociale, soit plus de 85 milliards de dinars, toujours pour 2006 (62 Mds en remboursements de médicaments et prestations, 2,5 MDA en congés de maternité, 4,6 MDA en invalidité et congés divers, 3,7 MDA en capital décès, 2,1 MDA en tse. Au total, nous pouvons retenir le total de 300 milliards de dinars pour les dépenses publiques. A ce montant, il faut ajouter la part des ménages (différentiel en remboursement de soins, prestations dans le secteur privé etc.) qui est estimée à 30% des dépenses par l'Office National des Statistiques. En conclusion, nous arrivons au chiffre de 430 milliards de dinars; soit 13460 dinars par habitant, soit 187 \$. Ce qui est corrigé par la parité du pouvoir d'achat (PPA) donne **250\$/an/habitant**;

ce qui est proche des dépenses de nos voisins mais bien loin de celui des pays du nord.

6/L'Emergence des Pathologies Nouvelles: *L'étude Tahina s'est déroulée en Algérie de 2002 à 2004. Elle a pris comme référence 22 willayas réparties du nord au sud du pays et s'est faite avec l'assistance de l'OMS. Les résultats sont édifiants. Les maladies transmissibles qui représentaient 75 à 80% des motifs de soins à la fin des années 60 sont en recul spectaculaire.*

*Les causes de **morbidité**, c'est-à-dire tout ce qui appelle à des soins, sont dominées par les maladies respiratoires (25,23%) devant les maladies digestives (14,37%) puis des maladies plus récentes : ostéo-articulaires (7,53%), cardio-*

*Vasculaires (7,21%), infectieuses (**5,03% seulement**), etc.*

*L'étude des causes de **mortalité** est encore plus éloquentes : La première cause est représentée par les affections cardiovasculaires: **26,1%**, suivies par les affections périnatales **13,5%**, les tumeurs **9,5%**, etc. Il faut noter que chez 12,9% des décédés, la cause n'est pas définitivement établie.*

La Conclusion de cette étude souligne bien que l'Algérie a encore des maladies du tiers monde, mais déjà et surtout, les maladies du monde développé.

Omran et Coll avaient, dès 1986, attiré l'attention sur le risque de cette transition épidémiologique qui a mis quatre (4) siècles pour se dérouler en Europe, mais qui vient bousculer notre pays en moins de 50 ans. Les conséquences vont être dramatiques ; car sans une planification tant des ressources humaines que des moyens techniques et financiers, et sans un élan de prévention devant être la priorité, jamais notre pays ne pourra affronter en même temps le vieillissement de sa population avec la réduction des tranches d'âge actives et l'irruption massive de pathologies de plus en plus onéreuses et hors de portée de la majorité de nos concitoyens.

(Annexes)

La transition Epidémiologique

Contexte (I)

- Données démographiques:
 - Espérance de vie: 52.6 ans en 1970, 73,14 en 2008
 - Diminution de l'accroissement démographique : 50%
 - Modification et inversion de la pyramide des ages : (50% <25 ans)
 - Pathologies liées à l'age
 - Recul de l'age moyen au mariage :
 - Exposition mère/enfant, périnatalité....
- Transition épidémiologique:
 - Maladies transmissibles
 - Maladies non transmissibles ++
 - Affections cardio-vasculaires, diabète, maladies respiratoires chroniques.
 - Insuffisance rénale chronique, cancers, affections mentales, handicapés.

Contexte (II)

L'hospitalisation publique dans le système national de santé:
13 CHU, 1 EHU, 68 EHS, 185 EHP : 63680 lits ;
54734 médecins, 95650 paramédicaux, 13000 agents administratifs,

53000 agents techniques et de service.

Secteur public: politique de protection, de promotion de la santé et d'offre équitable de soins I, II, III.

L'hospitalisation privée :

125 cliniques d'hospitalisation: 4474 lits,

Développement rapide, concentré au nord ;

Appoint dans les secteurs II et III ;
 Complémentarité publique de privée biaisée.
 Pathologies lourdes et malades démunis ?
 Indicateurs de bas: OMS (2008)

	Population	Taux d'accroisse	Taux de fécondité
Algérie	34015	1.35 %	2.5 %
France	61476	0.52 %	1.9 %
Maroc	31226	1,33 %	2,8 %
Tunisie	10323	0,56%	2 %

Répartition selon les âges

Pays	Algérie	Maroc	Tunisie	France
Popul.	34015	31226	10323	61476
0 à 14.	26,85%	28,74%	24,14%	18,3%
15 à 64	68,30%	65,92%	69,54%	65,4%
65 et +	04,85%	05,34%	06,34%	16,2%
Médian	25,5ans	24,3ans	28,7ans	38,9ans
Esper.	73,14	71,46	74,4ans	81,18

Indicateurs sanitaires

	Mortalité infantile	Mortalité maternelle	Accès à l'assainiss
Algérie	20/1000	88,9/100000	94/82
France	5/1000	17/100000	100/100

Maroc	21/1000	220/100000	86/69
Tunisie	14/1000	120/100000	94/64

Indicateurs de Développement

Pays	Algérie	Maroc	Tunisie	France
Habitants	34015	31226	10323	61476
Esp.Vie	73,1 ans	71,4 ans	74,7 ans	81,2 ans
Pnb.ppa	7640 \$	4050 \$	7140 \$	33850 \$
Ind.Dev	7,5/10	6,5/10	7,5/10	9,5/10

Financement de la Santé 2006

- Budget MSPRH:114700+76300 Mda
- Forfait hôpitaux CNAS: 35000 Mda
- CNAS médicaments+prestations:62000 Mda
- Maternité:2290Mda
- Invalidités:4624Mda
- Décès:3703Mda
- Tse:2100Mda
- Total:300717Mda;9112Da/h.126\$/h

Financements :Part des ménages

- Données INS:30% =part des ménages
- (automédication,compléments etc)
- Part publique:État +S S=300717Mda
- Part des ménages:130000Mda (?)
- Total des dépenses (2006)=430717Mda
soit 13460da/habitant=187 \$ (250\$ppa)

Budget Fonction.	103800 M	114733 M	147540 M
Budget Equipem.	6750 M	76318 M	57268 M
Bud.Fonc/ Bud.F.Etat	7,90%	7,40%	8,46%

Évolution des Dépenses Globales

Année	1963	1999	2005	2007
PIN /habitant	249 \$	1623 \$	3105 \$	6770 \$
Dép.S /PIB %	1,49	1,81	4,38	6,77
Dép.Pub santé/total S.	1,49	71,9	74,3	76
Dép.Santé/tot dépenses pub	4	9	9,1	9,6
Dep Santé/H	3,6 \$	61 \$	141 \$	171 \$

Dépenses de Santé en \$ corrigées par le pouvoir d'achat(ppa)

	1997	1999	2001	2003	2006
Algérie	87	94	143	201	250
France	1546	1581	2896	3145	3554
Maroc	161	160	175	186	223
Syrie	160	174	184	179	188
Soudan	6	9	9	12	7
Tunisie	280	324	356	410	488

Hospitalisations 2005

Causes	Hommes%	Femmes %	Ensemble
Grossesse		31,36	31,36
Ap Respir	13,56	10,35	11,65
Ap Circul	12,61	09,80	10,94
Ap Digest	12,39	09,46	10,65
Trauma.	13,20	03,10	07,20
Génito-Uri	06,40	05,97	06,15
Mal Endoc	05,93	04,76	05,23
Mal Infec	05,75	04,27	04,87
Autres	30,16	21,71	24,69

Morbidité 2005

Causes	Hommes%	Femmes%	Ensemble
Mal Respi.	29,24	22,40	25,23
Mal Digest	14,28	14,45	14,37
Osteo-artic	06,48	08,27	07,53
Cardiovas	05,87	08,15	07,21
Infectieux	05,51	04,68	05,03
Génito-Ur	02,19	04,44	03,51
Mal Endoc	02,60	02,81	02,73
Autres	12,84	13,63	13,20

Enquête Tahina: Décès 2002 (12 willayas/13358 décès)

- Appareil Circulatoire: 26,1%
- Affections périnatales:13,5%
- Symptômes et signes anormaux:12,9%
- Tumeurs:9,5%
- Cause externes de morbidité:8,6%
- Maladies de l'appareil respiratoire:6,8%
- Maladies endocrines,métaboliques et nutritionnelle:5,8%
- Maladies infectieuses et parasitaires:3,8%
- Maladies de l'appareil digestif:3,0%
- Maladies de l'appareil génito-urinaire:2,6%
- Maladies congénitales:2,6%
- Traumatisme et violences:1,4%
- Maladies du système nerveux:1,4%

Décès par cause et strate de mortalité (Tahina 2005)

• Mies transmissibles	• Non transmissibles
32.1 % des décès	58.8 % des décès
• (80% en 1971)	• (15% en 1971)
- Infectieuses 09%	- C-V 26,1 %
- A. périnatales 13%	- T. malignes 09,5 %
	- A. neuro-psy 01,9%
	- Diabète 01,7%

Répartition des pathologies cardio-vasculaires en 2003

- Pathologies valvulaires: 20%
- Pathologies ischémiques: 40%
- Pathologies congénitales: 15%
- HTA: 25%

Projection Démographique

Année	1970	2000	2006	2020
0 à 20 ans	80%	50%	40%	20%
60 et plus	02%	05%	07%	30%

Projection des charges pathologiques Murray/Harvard:1996

Mal.Car-V 1990-2020	Autres 1990-2020	Transmiss. 1990-2020	Violences 1990-2020
Cl A: 44%-43%	Pays actue 42%-45%	llements 6,4%-6,2%	Développés 6%-5%
Cl B: 54%-55%	Pays Emer 29%-32%	gents 5,6%-3,5%	10%-9%
Cl C: 23-31%	Pays En Voi 17%-31%	e de develo 42%-24%	ppement 10%-13%

Conclusion

(Omran,Olshansky, Milbrand:1986

STAGE	DESCRIPTION	CV.Dc	TYPES
Pestilence	Infections	<10%	Raa,Ins.C
Pandémies	Début hygiène	10-35%	Raa,Hta
Aff.dégéné	Hta,obés.diab	35-65%	Avc.Isché
A.induites	Ischém,Cancer	40-50%	Avc,Ins C

Conclusion

- Pathologies émergentes coûteuses
- Prévention
- Éducation Sanitaire
- Adaptation des ressources
- Formation des acteurs
- Planification

Professeur Rachid Bouherbal

APERÇU SUR L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ EN ALGÉRIE. ÉTAT DES LIEUX 2009

Pr. Mourad BAGHRICHE
Service Pédiatrie Hôpital El Atassi, Bainem - Alger

I- Présentation des établissements de soins

Le système de santé en Algérie repose sur un ensemble de structures médicales, techniques et administratives. L'offre de soins est répartie dans trois secteurs d'inégale importance (secteur public dominant, secteur privé en expansion rapide, et secteur parapublic de plus en plus réduit) (fig 1).

Les structures de santé de l'armée dépendent du ministère de la défense, et sont réservées aux ayant droits de l'armée. Elles sont exclues de cette présentation.

1- Le Secteur public

1- 1 Structures ou établissements du secteur public

1-1-1 Jusqu'à la fin 2007, les secteurs sanitaires (SS) (Décret 97- 466 du 2 Décembre 97) constituaient la base de la pyramide des soins. Leur création date des années 80 (Décret 81- 242 du 5 septembre 81).

On comptait en 2007, 185 SS auxquels étaient rattachées toutes les unités de base, autrefois gérées par les communes. Chaque SS desservait en moyenne un bassin de population de 100.000 à 300.000 habitants et était composé :

- d'un hôpital général,
- d'un service d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMEP)

- de structures légères (polycliniques, centres de santé, salles de soins) organisées en sous secteurs sous le contrôle d'un coordinateur. Le nombre de sous secteurs était variable d'un SS à l'autre.

- d'unités de soins scolaires (UDSS), réparties par groupements d'écoles.

L'organisation et le fonctionnement des SS ont été modifiés par le décret executif 07-140 du 19 mai 2007. L'application de cette nouvelle organisation depuis janvier 2008, transforme les 185 SS en 189 établissements publics hospitaliers (EPH)* et 273 établissements publics de santé de proximité (E.P.S.P). Toutes les structures extrahospitalières des ex SS (les polycliniques, salles de soins...) sont ainsi séparées des hôpitaux.

Les deux (2) établissements publics nouvellement créés ont les mêmes statuts.

* D'autres hôpitaux auraient été construits dans le cadre du programme de développement 2005-2009

1-1-2 Les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) : (Décret 97-465 du 2 décembre 97) sont au nombre de 31 en 2005, 50 peut être en 2008, implantés en majorité dans le nord du pays. Ils couvrent environ, une dizaine de spécialités : oncologie, cardiologie, chirurgie cardiaque, psychiatrie, rééducation, traumatologie, neurochirurgie et maladies infectieuses.

1-1-3 Les centres hospitalo-universitaires (CHU) : (Décret 97 - 467 du 2 décembre 97).

13 CHU sont, depuis leur création en 1986, implantés dans 10 wilayas du pays. Ils sont sous la double tutelle du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH), et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique (MESRS). Leur personnel médical de rang magistral est censé assurer des activités de soin, de formation et de recherche.

Les EHS et les CHU sont, en théorie, par rapport aux hôpitaux généraux non universitaires, des structures de référence.

1-2 Quelques caractéristiques du secteur public :

Infrastructures	<i>Nombre</i>	<i>Vétusté architecturale</i>	<i>Capacité d'hospitalisation</i>
<i>CHU</i>	<i>13</i>	<i>+++</i>	<i>12.000</i>
<i>EHS</i>	<i>31-50</i>	<i>++</i>	<i>10.000</i>
<i>EPH</i>	<i>189-</i>	<i>++</i>	<i>38.000</i>
<i>EPSP</i>	<i>250</i>		Total 60.000 lits
<i>- Polycliniques</i>	<i>273</i>	<i>±</i>	
<i>- Centres de santé</i>	<i>1400</i>	<i>±</i>	
<i>- S de soins</i>	<i>400</i>	<i>±</i>	
<i>- UDSS</i>	<i>5000</i>		
	<i>1150</i>		

Personnels	<i>Nombre</i>	<i>Caractéristiques</i>
<i>Personnel médical</i>	<i>32.000</i>	<i>Absence d'organigramme</i>
<i>Personnel paramédical</i>	<i>90.500</i>	<i>Personnel sous qualifié et en sureffectif.</i>
<i>Personnel administratif, technique et de service</i>	<i>70.000</i>	

Équipements	<i>Disponibilité</i>	<i>Maintenance</i>
<i>Légers</i>	<i>++</i>	<i>Absence de normalisation et de politique</i>
<i>Lourds et plateaux techniques</i>	<i>±</i>	<i>de maintenance.</i>

Médicaments et consommables	<i>Caractéristiques</i>
<i>Médicaments et consommables</i>	<i>Nomenclature peu évolutive</i> <i>Pénuries fréquentes</i> <i>La pharmacie centrale des hôpitaux (PCH), entreprise prestataire en situation de monopole.</i>

+++ : Forte

++ : Moyenne

± : Variable

Financement

Toutes les structures du secteur public reçoivent du MSPRH une dotation sous forme d'un budget de fonctionnement avec une faible augmentation d'une année à l'autre. La dotation est répartie en 10 titres de dépenses. Les dépenses de rémunération du personnel (titre I) absorbent plus de la moitié du budget. Les dépenses du personnel et de médicaments et de consommables englobent en moyenne, plus de 70% du budget (titre I + IV).

Gestion-Organisation	<i>EPH</i>	<i>EPSP</i>	<i>EHS</i>	<i>CHU</i>
<i>Statuts</i>	<i>Etablissements publics à caractère administratif</i>			
<i>Administration</i>	<i>Conseil d'administration</i>		<i>Conseil d'administration</i>	
<i>Direction</i>	<i>Directeur</i>		<i>Directeur général</i>	
<i>Organes consultatifs</i>	<i>Conseil médical</i>		<i>Conseil scientifique</i>	
			<i>Comité consultatif</i>	

2- Le secteur parapublic

Ce secteur a connu une régression rapide à partir des années 80, due à la compression des effectifs dans les entreprises publiques, dictée par des mesures de réajustement structurel. On y dénombre aujourd'hui quelques centaines de centres médicaux sociaux (CMS) environ 600, créés et financés par des entreprises ou

des institutions publiques et réservés à leur personnel. Leur impact sur la santé publique est négligeable.

3- Le secteur privé

Après avoir été marginalisé, il est en expansion anarchique depuis 1988. Il compte des milliers de cabinets médicaux et d'officines pharmaceutiques et un peu plus de 250 cliniques, totalisant 4000 lits d'hospitalisation, répartis sur 32 wilayas. Il emploie environ 25.000 praticiens.

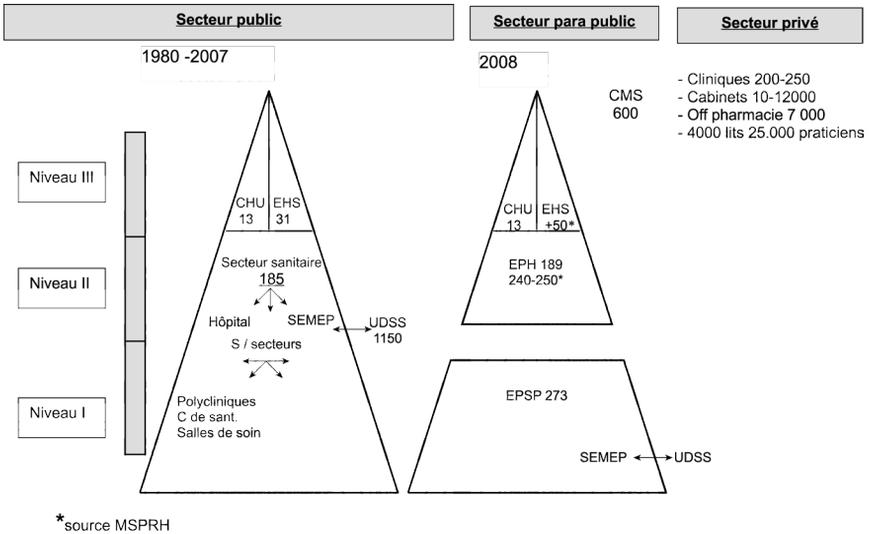


Fig 1 Système de santé en Algérie

II- Organisation administrative

L'administration centrale du MSPRH, sous l'autorité directe du Ministre et de son cabinet, est le centre quasi absolu où se décident les stratégies de santé et les arbitrages budgétaires. Celle-ci s'est progressivement renforcée durant les 15 dernières années de structures de soutien à vocation nationale. Les décisions prises

sont adressées pour « exécution » aux hôpitaux et aux praticiens par l'intermédiaire des 48 directions de santé et de la population de wilaya (DSPW), lesquelles, malgré leur rôle de tutelles intermédiaires sont peu impliquées dans l'élaboration des programmes de santé, et se contentent souvent de transmettre dans un style administratif les directives et les circulaires de l'administration centrale (Fig.2).

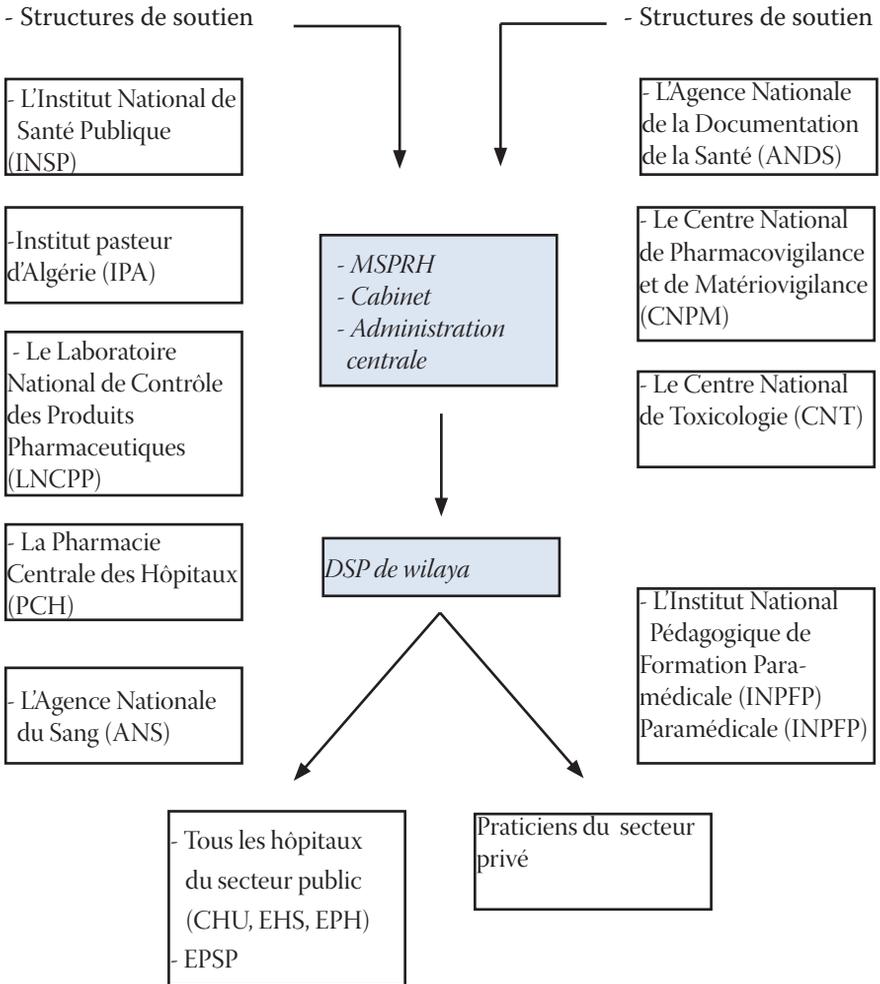


Fig. 2 Tutelles et principales structures de soutien

III- Le système de protection sociale

L'organisation générale de protection sociale est issue du modèle français d'avant l'indépendance du pays. On y retrouve les mêmes acteurs liés les uns aux autres selon un schéma rudimentaire qui évolue progressivement vers une participation financière croissante des ménages. (fig 3).

L'appréciation de la qualité de la protection sociale en Algérie est mitigée. Les organismes de sécurité sociale malgré leur fragilité financière et des problèmes majeurs d'organisation appliquent, somme toute, une politique de solidarité nationale au détriment de leurs cotisants. Les malades sont remboursés à un taux très faible. La liste des médicaments remboursables, établie par un arrêté conjoint du MSPRH et du ministre du travail et de la protection sociale est trop restrictive. La nomenclature et le taux de remboursement des actes professionnels de santé datent de 1987 et seraient sur le point d'être révisés.

Une participation financière des usagers aux actes de consultation et d'hospitalisation est demandée et appliquée depuis plusieurs années, elle ne concerne pas les patients atteints de maladies chroniques et les enfants en dessous de 05 ans.

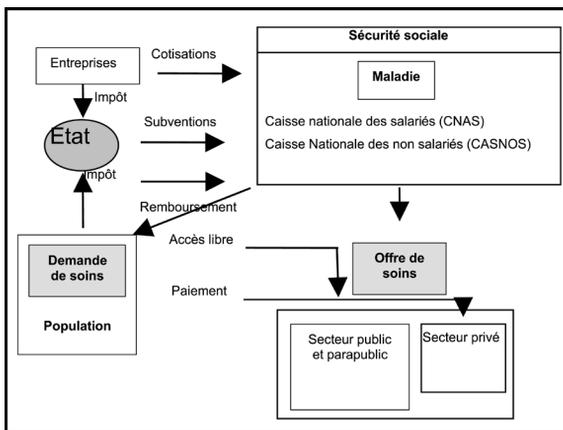


Fig 3 Les acteurs du système de santé en Algérie

IV- Constats et commentaires

1- Les infrastructures

Le pays dispose d'un nombre important d'infrastructures hospitalières et de soins de proximité. Le nombre de lits hospitaliers semble couvrir les besoins actuels en soins généraux. Cependant la plupart des hôpitaux sont vétustes et conçus selon un mode pavillonnaire ancien. Ces contraintes architecturales rendent tout investissement de réaménagement lourd et risqué.

Une étude sérieuse sur la fonctionnalité architecturale des hôpitaux est à faire. Il faudrait retenir à l'avenir des normes modernes d'architecture sanitaire, intelligemment adaptées aux tendances culturelles des usagers (visiteurs nombreux, gardes malades, pratique religieuse...).

2- Les médicaments et les équipements

La disponibilité des médicaments « essentiels » à un prix accessible dans les secteurs extra hospitaliers privés et public et la réorganisation des pharmacies hospitalières en vue de les pourvoir en médicaments et consommables spécifiques, sont les deux mesures à entreprendre en urgence. Cela nécessite de faire établir par les experts des listes de médicaments et de consommables de spécialités avec révision périodique, et d'assouplir les procédures de leur acquisition.

Le petit matériel et les instruments médicaux et chirurgicaux sont en gros disponibles. Les équipements lourds et les plateaux techniques sont insuffisants et mal utilisés. Ce genre d'équipements très coûteux mérite une définition précise et une homologation. Leur implantation est dépendante de l'élaboration d'une « carte sanitaire » sur la base d'un schéma d'organisation sanitaire d'un territoire bien défini (par exemple : région sanitaire).

Le développement du génie biomédical est à la portée du secteur de la santé. Il est à la base d'une politique de maintenance

de la plupart des équipements courants (maintenance de niveau I et II). La maintenance des matériels lourds et complexes peut être résolue en grande partie par l'élaboration et la budgétisation de contrats de maintenance judicieusement étudiés avec le fabricant lors de l'acquisition du matériel.

3- Les ressources humaines

Les personnels de santé du secteur public, toutes catégories confondues (médecins, paramédicaux techniques et administratifs), sont largement démobilisés en raison de la détérioration de leurs conditions de travail et d'une gestion centralisée et figée de leur mode d'exercice et de leurs carrières.

Cette démotivation quasi générale ne peut que s'aggraver tant les tutelles paraissent dans l'incapacité de procéder à une révision sérieuse de leurs statuts et une augmentation significative de leurs rémunérations. Cette situation déplorable est en fait le résultat d'une politique de « massification » des personnels de santé, décidée il y a plus de 30 ans et jamais révisée. Elle fait du secteur public de la santé le 3^{ème} pourvoyeur d'emplois de la fonction publique. Le recrutement pléthorique dû, entre autres, à l'absence d'organigrammes, d'un personnel dans l'ensemble sous qualifié, classe les actions de **formation initiale et continue parmi les priorités du secteur.**

Cette reprise en main de la formation est en soi un élément de motivation pour les professionnels, elle augmentera certainement la performance des hôpitaux, pour peu qu'elle soit adaptée aux nombreux métiers dont ils ont besoin. Elle ne sera possible qu'avec l'intervention d'autres départements tels que ceux de l'enseignement supérieur et de la formation professionnelle.

4- Le financement et les statuts des établissements

Bien qu'il ait connu une augmentation en valeur brute de plus de 100% depuis l'année 2000, au même titre que d'autres secteurs moins prioritaires, le budget de la santé représente invariablement entre 5 et 6% du budget de fonctionnement de l'Etat. Sa structure

montre de nombreuses anomalies. La masse salariale des personnels de la santé, par exemple, absorbe plus de la moitié de celui-ci, tandis que les dépenses liées aux actions de prévention et de recherche médicale stagnent autour de 2%.

Au niveau des hôpitaux les mêmes anomalies sont répliquées. La rigidité de la répartition par titres des dotations allouées et la gestion financière douteuse de certains gestionnaires expliquent les mauvaises conditions d'hôtellerie, d'accueil et de prise en charge des malades.

L'absence de maîtrise des coûts et des dépenses a généré d'année en année un endettement important des hôpitaux vis-à-vis de leurs fournisseurs, et aussi de leurs personnels. Celui-ci consomme une grande part des rattachements budgétaires accordés chaque année pour corriger le budget initial.

Dans ce contexte de dotation globale d'utilisation rigide, toute négociation entre l'administration centrale du MSPRH et le chef d'une structure de santé n'a pas de sens, car le système a pris comme habitude de financer les structures en déficit permanent au lieu **de financer des activités**.

5- Gestion et organisation

L'analyse de la gestion et de l'organisation du système de santé fait également ressortir de nombreux dysfonctionnements. Le système s'appuie sur une administration centrale qui paraît, de par son organigramme et son mode de fonctionnement peu encline à une réflexion globale et à long terme sur le système de santé. Les fréquentes modifications des organigrammes du ministère de la santé, au gré des nombreux responsables qui se sont succédés à la tête du département, ont été à chaque fois une source de démobilisation et de paralysie du secteur. Incapable d'avoir un programme basé sur une vision stratégique à long terme, élaborée avec tous les partenaires de la santé, l'Etat se contente de mesures superficielles et à court terme.

Actuellement le secteur a grandement besoin d'une réflexion en profondeur sur une politique durable, à la fois adaptée aux moyens du pays, et aux transitions démographiques et épidémiologiques qui s'y déroulent. Dans ses différents rapports, le MSPRH met l'accent sur une série de ratios et d'indicateurs quantitatifs qui n'ont pas une grande signification pour les spécialistes de la santé.

Il est urgent que l'administration centrale du MSPRH renforce ses connaissances en santé publique, adapte son programme à une meilleure organisation du système national de santé et recentre ses missions sur son rôle de tutelle (réglementation, planification, normalisation et contrôle). Cela suppose la nécessité d'une décentralisation de certaines de ses activités sous le double aspect d'une déconcentration effective et surtout d'une délégation progressive vers des institutions régionales.

Cette démarche appliquée avec succès dans de nombreux pays permettra de mettre en place un instrument de distribution équitable de l'offre de soins dans chaque zone sanitaire (région, district ...)

C'est seulement dans ce cadre, que l'on pourra prévoir (ou compléter l'existant) le nombre et la nature des structures hospitalières de moyen et long séjour, et de développer des alternatives à l'hospitalisation classique (médecine ambulatoire, hôpitaux de jour, médecine à domicile ...). C'est au sein de cette carte sanitaire que l'Etat pourra intégrer dans un but de rationalisation des dépenses de santé, les équipements lourds, publics et privés.

Conclusion

Malgré des acquis indéniables, le dispositif de santé publique en Algérie connaît des dysfonctionnements importants. La décision récente de modifier l'organisation du système de santé et qui visait en apparence à renforcer les structures extrahospitalières dites de proximité, pose depuis son application plus de problèmes qu'elle n'en résoud. La suppression des secteurs sanitaires (entités

géographiques d'administration sanitaire correspondant aux « districts » sanitaires recommandés par l'OMS depuis plus de 50 ans), risque de disloquer la pyramide des services de santé qui étaient la colonne vertébrale depuis les années 80 en Algérie.

SANTÉ ET CANCÉROLOGIE: RÉALITÉ ET DÉFIS

Pr. Boudjemaa MANSOURI

Service Imagerie Médicale Hôpital Amine Debaghine - Alger

- Les challenges actuels de la médecine

- **Cancer:** 1 personne sur 3 risque d' avoir un cancer dans sa vie,
- **Cœur:** 50% des patients meurent après la première attaque,
- **Démences:** 20 % des personnes âgées de 75 à 85 ans pourront souffrir de la maladie d'Alzheimer.

- Le Cancer

- Le cancer est une maladie comme les autres:
 - Dépistage précoce = guérison
- Mais c' est aussi une maladie différente des autres
 - Poids et conséquences de traitements lourds
- **La charge émotive qu' il porte est très forte, car son image reste plus inquiétante que celle des maladies au pronostic équivalent**
- Nécessité d' une juste perception de la maladie
- Le cancer est une cause majeure de décès dans le monde à l'origine de 7,4 millions de décès en 2004, soit 13% de la mortalité mondiale,
- Les cancers du poumon, de l'estomac, du foie, du colon et du sein sont chaque année les plus meurtriers,
- Environ 30% des décès par cancer pourraient être évités,
- On estime que d'ici 2030, le nombre de décès par cancer devrait poursuivre sa progression et atteindre 12 millions de personnes.

- Quelle est la cause du cancer?

- Tabagisme,
- Surcharge pondérale ou obésité,
- Consommation insuffisante de fruits et légumes,
- Sédentarité (manque d'exercice physique),
- Consommation d'alcool,
- Infection sexuellement transmissible du HPV,
- Pollution urbaine de l'air... = **Population et environnement...**
- Comment réduire la charge du cancer?:
 - Connaissances: recherche et développement,
 - Mise en œuvre des stratégies.

- Système de santé et politique de santé

- **Stratégies de prévention:**
 - Éviter les facteurs de risque,
 - Vacciner,
 - Lutter contre les risques professionnels,
 - Réduire l'exposition à la lumière solaire...

- Dépistage précoce

- Réduction d'environ 1/3 des cas.
- Deux volets pour le dépistage précoce
 - Actions d'information,
 - Programme national de dépistage élaboré et standardisé.

Cancer (sein, col de l'utérus, colon, rectum)

- taux de guérison élevé: Dépistage précoce.

Traitement et soins

- Buts : guérir, prolonger la vie et améliorer la qualité de vie des patients,
- Traitement :

- chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie,
- Issue du traitement :
 - diagnostic exact (imagerie / laboratoire),
- Soins palliatifs,
- Accompagnement.

- institutions des Nations Unies et partenaires (2007): Prévention et lutte au niveau international contre le cancer

- Privilégier l'humain et favoriser l'équité,
- Renforcer l'engagement politique en faveur de la prévention et de la lutte anticancéreuse,
- Favoriser la découverte de nouvelles connaissances et les diffuser,
- Élaborer des normes et des outils pour guider la planification et la mise en œuvre d'interventions nécessaires à la prise en charge du cancer,
- Faciliter le partenariat à l'échelle internationale,
- Renforcer les systèmes de santé,
- Fournir une assistance technique pour les pays en développement.

Cancérologie dans le monde (2008)

- USA:
 - 1479.350 nouveaux cas,
 - 562.340 décès,
 - Augmentation 14 % par an (48 % en 2020),
 2010 première cause de décès après les pathologies cardiovasculaires.
 - Investissement 2010: 2100 millions de Dollars.

- **France:**

- 353 000 nouveaux cas,
- 145000 décès,
- Augmentation 20% par an, première cause de décès,
- 2 plans cancer: 2003-2007 et 2009-2013.

The Lancet Oncology: Étude Concorde (17/07/2008)

- Données recueillies auprès près de deux millions de patients dans 31 pays,
- Algérie : pays où l'on survit le moins au cancer,
- Mise à nu des défaillances du système de santé algérien,
- Algérie à la 31^{ème} place pour le taux de survie au cancer du sein, de la prostate, le cancer colorectal,
- Exemple du cancer du sein:
- taux de survie à 5 ans en Algérie 39 %, USA 84 %.

- Système de santé en Algérie

- Contexte international et national: profondes mutations du point de vue social , économique, et culturel,
- Contraintes propres au secteur:
 - accès et qualité des soins,
 - aggravation des dysfonctionnements (transition démographique et épidémiologique),
- Transition épidémiologique: maladies non transmissibles (Affections cardio-vasculaires, diabète, maladies respiratoires chroniques, Insuffisance rénale chronique, affections mentales, **CANCERS...**).

- Réforme Hospitalière:

Changement d'intitulé du ministère depuis le 17 juin 2002.

Les objectifs recherchés sont :

- La consolidation des acquis sociaux, à savoir la solidarité, l'équité et l'accès aux soins,

- L'adaptation du système de santé aux changements socio-économiques,
- L'amélioration du système national de santé.
- Hôpital/plateau technique :
 - Organisation hiérarchisée des structures et des soins,
 - Parallélisme entre les moyens et les activités,
- Articulation inter-sectorielle.

- Cancérologie : Les challenges

- Comment rendre l'expérience du patient plus confortable ?
- Comment augmenter le taux de détection précoce des cancers ?
- Comment optimiser les thérapeutiques et réduire les effets secondaires ?
- Comment réduire le temps d'attente des patients ?
- Comment réduire les coûts des traitements ?

- Cancérologie: Algérie

Accumulation des rapports

- Enquête nationale sur l'incidence, la prévalence des cancers et le circuit du malade cancéreux (réalisée en 2004 pour l'année 2002)
- Enquête Tahina de morbidité hospitalière (Avril 2003,2005),
- Programme national de lutte contre le cancer (Mai 2006),
- Réflexions sur le cancer (juin 2009).

- Cancérologie en Algérie: état des lieux

- **Données épidémiologiques :**
 - Officiellement 17 registres du cancer dont 03 sont reconnus par le CIRC

(centre international de recherche sur le cancer): Sétif (1987), Oran (1992), Alger (1993).

→ Prévalence hospitalière :

- 93,9 cas pour 100 000 habitants,
- 22772 nouveaux cas par an (2002), estimation en 2006 à plus de 30000 cas,
- Sous évaluation du fait de l'enregistrement passif (et non actif) des cas.

→ Décès :

- pas de données des registres sur la mortalité par cancer (exception de Sétif, étude Concorde parue dans le Lancet Oncology),
- évaluation approchée par des séries hospitalières.

Structures :

→ dédiées à la PEC du cancer: Alger, Blida, Oran, Constantine,

→ réalisée : CAC de Ouargla,

→ programmées (en cours de réalisation ou d' étude): 07 CAC (Oran, Annaba, Sétif, Sidi Bel Abbes, Tlemcen, Batna, Tizi Ouzou), 01 service d' oncologie pédiatrique, Institut National du Cancer

♦ Financement (spécifique jusqu' à l' année 2009):

- 20,5 milliards de DA pour le médicament,
- 30 milliards de DA pour les équipements,
- 400 millions de DA pour la formation.

Cancérologie en Algérie: Analyse

→ **Enquête nationale sur l' incidence, la prévalence des cancers et le circuit du malade cancéreux (réalisée en 2004 pour l'année 2002):**

- Aucune organisation dans le circuit de prise en charge du patient,
- Retards diagnostics et thérapeutiques,
- Insuffisance de gestion des dossiers,
- Pas de consensus dans les protocoles.

→ **Programme national de lutte contre le cancer (Mai 2006):**

- Élaboration réalisée sans concertation pluridisciplinaire,
- Réseau de prise en charge et chaîne de soins imprécises,
- Approche excentré par rapport au patient (soutien et accompagnement),
- Pas de dimension intersectorielle.

→ **Réflexion sur le cancer (juin 2009):**

- Approche diligente sans suite effective

- Cancérologie: Le point en 2009

- Cancérophobie,
- Manque d'études et d'enquêtes: Épidémiologie descriptive sans épidémiologie évaluative ou causale,
- Répartition inadéquate des structures d'accueil : implantation au nord,
- Chaîne de soins, réseau de soutien insuffisant : CAC « ghetto » du cancer , exemple du cas de Sétif (pas de centre de traitement),
- Plan cancer (dépistage et lutte) non validé et non opérationnel,

- Dysfonctionnement du système de santé.

- Cancérologie: Le point en 2009

- Formation :
 - Programmes d' études médicales non actualisés,
 - Insuffisances dans les formations dédiées et spécifiques,
- Pas de recherche,
- Absence de coordination entre les partenaires de la santé: solidarité, travail, environnement, assurances, mouvements associatifs...
- Pas de changement dans les politiques, la transformation des attitudes tant chez les spécialistes de la santé que dans la population,
- Maintien des cadres conceptuels et des modèles théoriques d'avant la réforme hospitalière :
 - Logique d'investissement massif (financements cloisonnés),
 - Sans planification de l'exercice médicale en termes d'objectifs, d'environnement et de ressources humaines dans le domaine,
 - Sans articulation intersectorielle réelle.
- Mauvaise orientation de la volonté politique

- Cancérologie: De la nécessité d' un plan cancer

- Action contre le cancer: préoccupation de la société Algérienne,
- Cancer : enjeu de santé publique et de société,
- Domaine du cancer : changement d'image sociale de la pathologie,
- Programme stratégique avec mesures concrètes,
- Mise sous tension du système de santé dans une perspective pluriannuelle,
- Véritable logique de projet et obligation de résultats,

- Priorité nationale avec mobilisation nécessaire.

- Cancérologie: Approche

- Centrée sur les malades,
- Innovante: de la pathologie au parcours de soins: La cancérologie doit se nourrir des expériences et des schémas d'organisations mis en place pour d'autres pathologies.
- Multi modalités (avec solutions technologiques adaptées) :
 - Diagnostic précoce, partage des données médicales, suivi/ surveillance,
- Répondant aux attentes, exigences et contraintes de tous les partenaires de santé,
- Impacts : politique, clinique, organisationnel et économique.

- Cancérologie: Impératifs

Sensibiliser les pouvoirs publics et la population sur la thématique du cancer.

- Améliorer l'efficacité du diagnostic : voir plus tôt, plus petit.
- Optimiser l'efficacité de la prise en charge : réponse thérapeutique adaptée.
- Augmenter le rapport coût / efficacité : équation en constante évolution.
- Favoriser la recherche et innovation : dynamique impérative.

La cancérologie : Demain

- Médecine prédictive et précoce,
- Place de la médecine moléculaire:
 - Diagnostic
 - Imagerie
 - Thérapeutique...

- Recherche et développement,
- Planification et investissement.

Conclusion

- Hôpital au cœur du système de soins dans la prise en charge du cancer,
- Lieu privilégié pour la préservation et la réparation de la santé des citoyens,
- Approche du cancer multidimensionnelle et intersectorielle,
- Cancérologie impose : Adaptation, innovation, évolution :
 - Amélioration de l'organisation du système de soins au niveau local,
 - Sécurité et de la qualité des soins,
 - Bon usage des technologies,
 - Formation adaptée.

LA GREFFE D'ORGANES DE TISSUS ET DE CELLULES: ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES

Pr. Abdelaziz GRABA,
Service Chirurgie - Centre Pierre et Marie Curie – Alger

1 - Introduction

- La transplantation d'organes est un traitement efficace, bien établi, qui sauve la vie.
- Il peut être le seul traitement valable pour les formes terminales de défaillance d'organes.
- La transplantation rénale est le traitement le plus efficace et le moins couteux de l'IRC.
- La transplantation de tissus et de cellules peut aussi sauver la vie ou améliorer la qualité de vie.
- La greffe de cornée permet aux patients de retrouver la vue.

2 - Historique en Algérie

- La greffe de cornée débute en 1963 au CHU Mustapha puis arrêt total en 1985 (la loi sanitaire exige l'accord préalable du défunt avant le décès ou de sa famille). Reprise de l'activité en 2001 avec des greffons importés.
- La greffe de rein débute le 10/06/1986 au CHU de Mustapha sur donneur vivant apparenté. La 1^{ère} greffe à partir d'un donneur cadavérique est réalisée à Constantine en 2002.
- La 1^{ère} greffe de moelle osseuse est pratiquée en 1998 au service d'hématologie du CPMC

- La 1^{ère} greffe de foie a eu lieu au CPMC d'Alger le 5/02/2003 à partir d'un donneur vivant apparenté.

3 - le cadre législatif

La loi 85-05 du 17/02/1985 relative à la protection et à la promotion de la santé a consacré son titre IV, chapitre 3 au prélèvement et à la transplantation d'organes humains. Les dispositions des articles 161 à 167 précisent que le prélèvement de tissus ou d'organes peut être pratiqué à des fins thérapeutiques sur des personnes vivantes ou décédées et ce, dans les conditions ci-après:

a. Prélèvement sur une personne vivante

- Le donneur vivant doit exprimer son consentement par écrit auprès du directeur de l'hôpital et du médecin chef de service,
- Le donneur est préalablement informé par son médecin des risques qu'il encourt et des conséquences éventuelles du prélèvement,
- Le donneur peut retirer son consentement à tout moment,
- Le donneur ne doit pas être mineur, privé de discernement ou atteint d'une maladie de nature à affecter sa santé ou celle du receveur,
- Le don est gratuit.

b. Prélèvement sur une personne décédée

doit se faire sur une personne dont la mort a été dûment constatée (selon les critères scientifiques) par la commission médicale prévue à l'article 167.

exige le consentement de la personne de son vivant ou l'accord de l'un des membres de la famille dans l'ordre de priorité suivant : père, mère, conjoint, enfant, frère ou sœur ou tuteur légal si la personne décédée est sans

famille. Toutefois l'article 164 (modifié) autorise, à titre exceptionnel, le prélèvement de cornées et de reins sur une personne décédée sans l'accord préalable de la famille ou le représentant légal et ce, dans deux cas lorsque:

- 1- il n'est pas possible de prendre contact à temps avec la famille ou le représentant légal du défunt et, que tout délai entraînerait la détérioration de l'organe à prélever,
- 2- l'urgence de l'état de santé du receveur de l'organe l'exige (une urgence qui doit être constatée par la commission médicale).

c. Conditions applicables aux receveurs

- Le receveur doit exprimer son consentement, en présence du médecin chef de service de l'hôpital dans lequel il a été admis et de deux témoins. Et lorsque le receveur est dans l'incapacité d'exprimer son consentement, l'un des membres de sa famille peut donner le consentement par écrit et ce, dans l'ordre de priorité père, mère, conjoint, enfant, frère ou sœur. Dans le cas du receveur «mineur», le consentement est donné par le père ou, à défaut, par le tuteur légal.
- Le receveur est préalablement informé par le médecin traitant des risques qu'il encourt et des conséquences éventuelles de la greffe. Toutefois la greffe d'organes peut être pratiquée sans le consentement du receveur lorsque ce dernier n'est pas en état d'exprimer son consentement et que tout délai entraînerait son décès.

d. loi 90-17 du 31/07/1990

- Il est interdit de procéder au prélèvement de tissus ou d'organes en vue d'une transplantation si la personne de son vivant a exprimé par écrit une volonté contraire, ou si le prélèvement entrave l'autopsie médico-légale. Il est interdit de révéler l'identité du donneur au receveur et celle du receveur à la famille du donneur.

Création d'un Conseil national de l'éthique des sciences de la santé.

e. Arrêté n° 30 du 02 octobre 2002

Prévoit la liste des établissements autorisés à pratiquer le prélèvement et la transplantation (de cornée, de rein et de foie) dans les conditions prévues au chapitre III du TITRE IV de la loi n° 85-05.

1- De rein :

- CHU Mustapha (Alger),
- EHS Clinique Daksi (Constantine).

2- De foie :

- C.P.M.C.

3- De cornée:

- CHU Mustapha (Alger); CHU Hussein Dey (Alger),
 - CHU Béni Messous (Alger); CHU Bab-El-Oued (Alger),
- CHU Annaba; EHS en ophtalmologie (Oran).

f. Arrêté n° 34 du 19 Novembre 2002

- **Article 1:** Fixant les critères scientifiques permettant la constatation médicale et légale du décès en vue des prélèvements d'organes et de tissus,
- **Article 2:** Les critères scientifiques prévus par l'article 1 sont:
 - Absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée,
 - Abolition de tous les réflexes du tronc cérébral,
 - Absence totale de ventilation spontanée vérifiée par une épreuve d'hypercapnie,
 - Deux électroencéphalogrammes interprétés par deux médecins différents.

g. Arrêté n° 35 du 30/11/2002

Il a pour objet de définir le modèle type des documents relatifs

au constat du décès de la personne sujette au prélèvement et à l'autorisation de prélèvement. La commission médicale de transplantation de l'établissement est tenue d'établir le constat de décès et l'autorisation de prélèvement. Les chefs des établissements de santé sont chargés de l'application de l'arrêté.

h. Arrêté n° 49 du 20/07/2009

Il a pour objet de fixer la composition, l'organisation et le fonctionnement du comité national de greffe d'organes et de tissus.

les missions du CNGOT:

- 1- L'élaboration d'une stratégie nationale à l'égard des dons et greffes d'organes et de tissus,
- 2- la gestion des dons et greffes d'organes et de tissus à l'échelle nationale,
- 3- Les règles de répartition et d'attribution des greffons,
- 4- Les règles de bonnes pratiques relatives à l'activité de la greffe,
- 5- Les critères et les résultats de l'évaluation des activités médicales et biologiques et l'évaluation des activités de la greffe de tissus et d'organes humains,
- 6 - L'organisation des prélèvements et les conditions d'accueil des donneurs et de leur famille,
- 7- L'étude concernant les demandes d'autorisation de pratique de la greffe de tissus et d'organes humains formulées par les établissements publics et privés de santé,
- 8- Les programmes d'action annuels.

4) La greffe d'organes en Algérie

- a. Repose exclusivement sur le donneur vivant intrafamilial et concerne le rein et le foie. Ceci limite la greffe aux patients dont l'un des membres de la famille est consentant , compatible avec un receveur jugé greffable, et qui est retenu par l'équipe

de greffe après exploration clinique, psychologique et sociale, biologique, sérologique et par l'imagerie.

Le taux d'éligibilité au don de est de 45% pour l'équipe de TH d'Alger.

b. Les risques chez les donneurs vivants.

- Rein: Risque de Mortalité: 0,03%, Morbidité: 10% de complications dont 3% sévères. 97% des donneurs s'estiment en bonne santé et 87% ne regrettent pas le don.

- Foie: le prélèvement du foie est une opération très complexe, nécessitant de prélever 60% du foie natif pour greffer un adulte. Risque de Mortalité : 0,5% et de morbidité 30% dont 10% sévères.

Chez les receveurs de TH 65 % de survie des patients à 10 ans.

Considérations éthiques de la transplantation à donneur vivant apparenté

Le consentement du donneur :

- Doit être éclairé, volontaire et authentique,
- Recueilli par le comité de greffe de l'Établissement,
- Après un temps de réflexion,
- En dehors des pressions éventuelles exercées par le malade, la famille ou le corps médical.

Le consentement éclairé du donneur :

- Peut être renforcé en discutant avec l'équipe de greffe,
- Le donneur peut à tout moment reconsidérer son accord,
- En cas de refus final, l'équipe médicale doit déguiser le refus du donneur en invoquant une contre – indication médicale.

Préserver la sécurité du donneur :

- Grâce à une équipe ayant un «degré d'expertise» élevé en transplantation d'organes.
- **Causes de non sélection des donneurs en transplantation hépatique**

CAUSES	%
Causes psychologiques	17%
Anomalies biologiques	12%
Découverte d'une pathologie hépatique	10%
Anomalies anatomique	02%
Insuffisance volumétrique	04%
Donneurs non retenus	55%
Donneurs retenus	45%

Causes de non sélection des receveurs en transplantation hépatique

CAUSES	%
Malades sans donneur	25%
Refus de la greffe	10%
Contre indication médicale	11%
Décès rapide(hépatite fulminante)	12%
Total non sélection	58%
Patients greffables avec donneur potentiel	42%

Bipartition hépatique sur donneur vivant

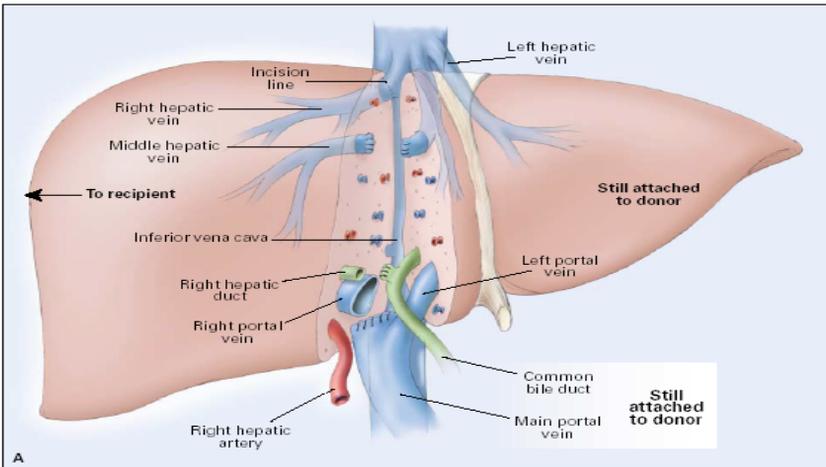
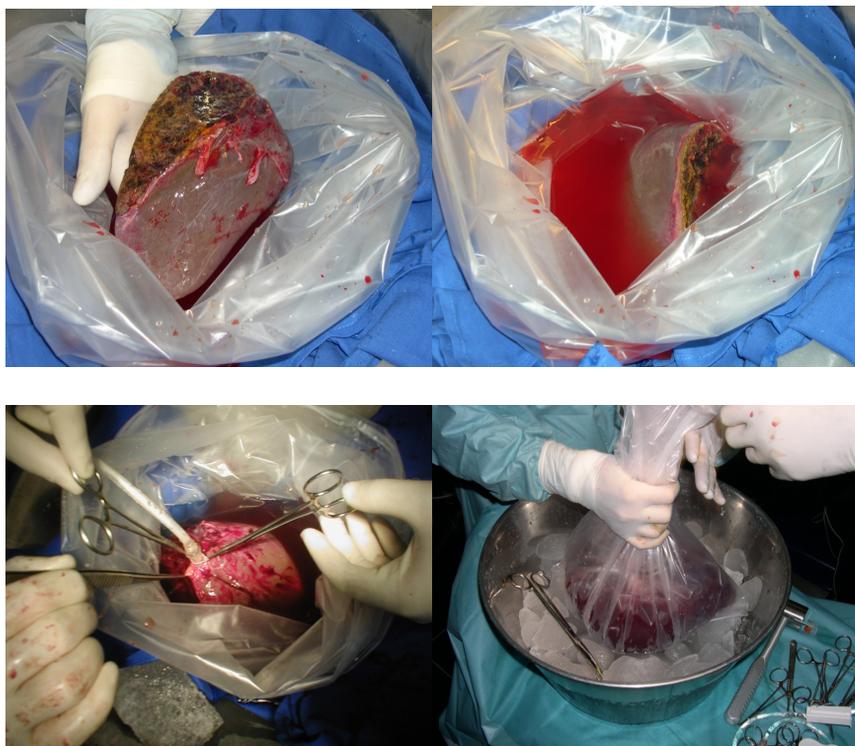
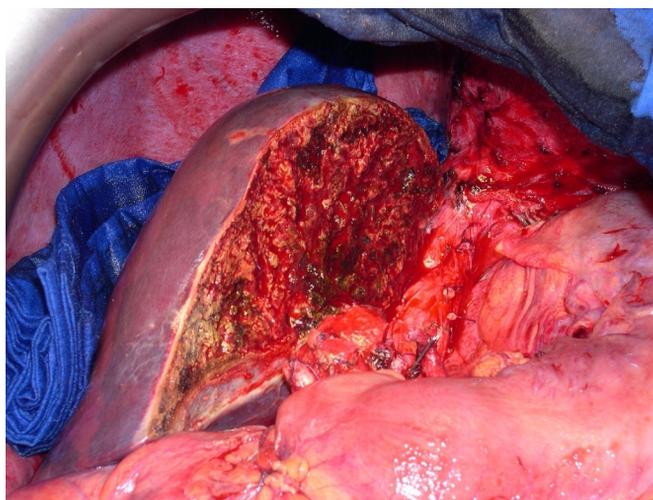
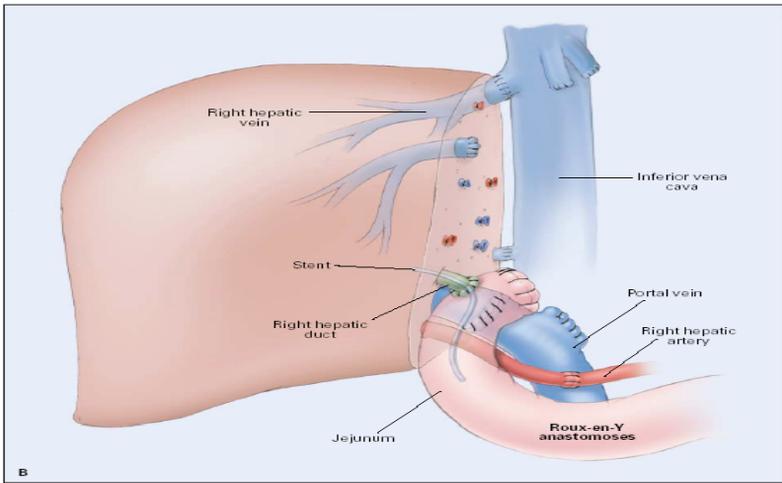


Figure 5. Surgical Procedure for Living-Donor Liver Transplantation. Panel A shows the transected donor liver before removal of the right hepatic lobe. Panel B (facing page) is a close-up view of the implanted right lobe showing Roux-en-Y biliary anastomosis with stent in place, anastomosis of the donor's hepatic vein to the recipient's vena cava, and arterial anastomosis.



Phase d'implantation du greffon





Bilan d'activité sur 3 ans en Algérie

GREFFES	2007	2008	2009	TOTAL
Rein	116	112	77	305
Foie	3	3	1	7
Cornée	484	543	313	1420
Moelle osseuse	147	135	140	422
Tous organes	650	793	531	2154

Bilan de l'agence française de Biomédecine année 2007

Principaux organes greffés	Nombre de malades susceptible d'être greffés pendant l'année 2007	Nombre de malades greffés en 2007	Nombre de malades décédés en attente de greffe en 2007	Nombre de malades sortis de la liste d'attente en 2007
Cœur	750	366	70	44
Cœur-poumons	64	20	12	4
Poumons	387	203	31	13
Foie	1887	1061	133	138
Foie	9691	2911	-	161
Rein	275	99	-	20
Pancréas	27	6	1	0
Intestin				
Tous organes	13081	4666	277	380

Greffe de cellules souche hématopoïétiques:4239

Greffe de cornée:3486

♦ Quels sont les besoins en Algérie ?

Rein: 13.000 malades dialysés en 2009, plus 100 nouveaux cas/millions habitants/an. (cout:1 million DA). Nécessité de greffer dans l'année 10% des IRC.

Foie:15 greffes/million d'habitants/an soit 450 greffes/an pour notre pays. Les malades en insuffisance hépatique terminale non greffés meurent dans l'année.

Cornée: 1500 greffes/an.

Moelle osseuse: les adultes et les enfants de plus de 4 ans sont pris en charge au CPMC.

♦ Comment améliorer la situation?

Développer le prélèvement d'organes et de tissus sur les sujets en état de mort encéphalique. Ce type de prélèvement est licite sur le plan religieux (fatwa du Cheikh HAMANI), et légal en conformité avec la Loi.

- **3 contraintes majeures existent:**

1- notre société sacralise le défunt et n'intègre pas le don d'organes,

2- L'état de nos structures d'urgence n'incite pas les familles à accepter que l'on touche à leur parent en détresse en vue d'un prélèvement d'organe,

3- Ce type de greffe nécessite une organisation et une logistique dont nous ne disposons pas.

- **Quel est le coût des greffes?**

- Greffe de rein: estimée à 1.5 millions DA (10.000 Euros)
- Greffe de foie: estimée à 7.5 millions DA (50 000,00 Euros environ)
- Greffe de cornée: estimée à 400.000 DA (4000 Euros environ)
- Greffe de moelle: (400.000 DA) pour 6 mois d'hospitalisation

- **Agence Nationale de transplantation**

Disposer des compétences et des mécanismes pour organiser tout le processus de transplantation,

Éduquer le public en transplantation,

Gérer les listes des demandeurs d'organes et des malades greffés (Registres)

Repartir avec équité les organes à greffer et accréditer les équipes de greffe et les évaluer.

Développer l'enseignement et la recherche en transplantation.

- **Comment développer la transplantation?**

- Par le prélèvement d'organes et de tissus sur les sujets en état de mort encéphalique,

- Par la mise en place d'une organisation qui gère le prélèvement, la répartition, la conservation et le transport des organes,
- Par l'élargissement du cercle familial des donneurs vivants et une meilleure protection après le don (révision de la loi),
- En suscitant le don d'organes chez les parents des malades dialysés ou en insuffisance hépatique .
- ♦ **Comment développer la transplantation? (suite)**
- Multiplier les centres de greffe d'organes, de tissus et de cellules souches et créer des équipes multidisciplinaires,
- Créer et gérer les banques de cornées, de cellules souches hématopoïétiques, d'os ...
- Allouer les budgets nécessaires,
- Développer la formation universitaire en graduation et post graduation et la recherche,
- Créer des partenariats avec l'étranger,
- Envisager une loi de Bioéthique.

Conclusions

- Les greffes d'organes, de tissus et de cellules constituent des soins de haut niveau et reflètent le niveau de la médecine d'un pays qui se développe par et pour la transplantation.
- Les remplacements d'organes défectueux représentent la médecine du 21^{ème} siècle et avec l'allongement de l'âge, la demande ira en augmentant.
- La volonté politique permettra sans aucun doute d'impulser un programme national de développement des greffes d'organes de tissus et de cellules.

LA SANTÉ MENTALE EN ALGÉRIE

Pr. Farid KACHA,
EHS Psychiatrie Chéraga

« تقييم حضارة أمة من طريقة تعاملها مع المصابين بالأمراض العقلية »

« On évalue une civilisation à la manière
dont elle traite ses malades mentaux »

1. Introduction :

- Spécialité à part, différente, complexe, peu prestigieuse !
- Stigmatisation des malades, des médicaments, des familles, des lieux de soins, des médecins !

C'est pourquoi je remercie vivement les organisateurs d'avoir pensé à vous sensibiliser à la souffrance complexe de ces malades et de leur famille. Pourquoi les familles ? Parce que dans notre culture les familles accompagnent la souffrance de leurs proches, surtout lorsqu'il s'agit des parents (Maladie d'Alzheimer).

Pourquoi complexe ?

1. A cause de l'organe en cause ? Le cerveau est l'organe le plus complexe.
2. A cause de ses rapports avec la société ? Croyances et traitement magique.
3. A cause de la sécurité publique qu'elle remet en cause, ces malades peuvent en effet être dangereux pour eux et pour

leur entourage (suicide – meurtre). Ce qui va se retrouver dans l'organisation des urgences, de l'hospitalisation, dans la promulgation de loi de protection et dans la nécessité du suivi médico-social au long cours.

Voilà, comment sont posés les problèmes. Nous nous proposons de faire un historique succinct et un état des lieux, ce qui nous permettra de mieux prendre connaissance des problèmes concrets actuels.

II. Historique :

- a. Je résumerai la psychiatrie de la période coloniale en quelques phrases :
 - En 1962, la faculté de médecine d'Alger n'avait formé aucun psychiatre autochtone.
 - L'organisation mise en place s'inspirait de la psychiatrie militaire (première ligne, deuxième et troisième lignes) (Antoine POROT, École d'Alger. Paléophrénie : inaptitude des Algériens à l'évolution).
 - Par contre le nombre de lits, était de près de 6000 lits avec un tiers de lits à l'Hôpital de Blida.
 - Frantz Fanon, médecin chef de l'hôpital de Blida de 1953 à 1957, décède d'une leucémie à 36 ans : « les damnés de la terre », 1961.
- b. En cinquante ans, la psychiatrie algérienne a connu quatre périodes :

*** Post indépendance (1962-1972) :**

Pays vidé de ses psychiatres mais aussi de ses cadres infirmiers. Les coopérants étrangers prennent la relève.

*** 1972-1988 :**

Période féconde : mise en place d'une organisation et des structures : formation des spécialistes, gratuité des soins, construction de cinq hôpitaux psychiatriques, première loi de santé mentale, Politique de secteur (Prof. Kh. BENMILOUD).

*** 1988-2000 :**

Décennie noire où tout s'est figé. Départ de beaucoup de spécialistes (150), isolement du pays et des scientifiques.

*** 2000 à ce jour :**

Les psychiatres tentent de penser et de panser la période de violences sociales et de sortir de l'isolement.

- > Programmation de plusieurs hôpitaux psychiatriques (10 hôpitaux),
- > Intérêt pour les addictions et leur prise en charge (50 institutions),
- > Reprise des congrès nationaux et internationaux (2 à 3 par an) ,
- > Formation et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

(2 promotions).

III. La situation actuelle est marquée par une absence de l'Etat et par l'absence de visibilité des objectifs,

En fait, c'est une absence de politique sanitaire en matière de santé mentale. Alors que nous sommes le pays maghrébin qui a le plus de potentialité, nous avons de la peine à accélérer nos progrès.

1. Les structures :

- Le nombre de lits est au dessous de celui de 1962, avec une population qui s'est multipliée par quatre. L'exemple le plus frappant est celui de notre capitale. Elle est passée de 600.000 hab. à plus de 3 millions, alors qu'aucun service de psychiatrie

n'a été construit. Les hôpitaux actuels sont des cliniques privées transformées en hôpital public (Drid Hocine, Chéraga) (300 lits : 1 pour 10.000 hab.).

Alger mérite d'être dotée d'un hôpital de Santé Publique destiné aux malades mentaux.

Le ministère de la santé vient de recevoir deux hôpitaux (Sidi Bel Abbès, 120 lits – Mostaganem 80 lits) et il envisage la construction de huit autres.

Dans les trois années à venir, Batna : 80 lits, Ouargla : 80 lits, Ghardaia : 30 lits, Bouira, Tipaza, Boumerdes, Tlemcen, Bejaia. Ce qui nous donnera 800 lits supplémentaires.

Il est souhaitable de préparer un cahier des charges pour chacun des hôpitaux nouveaux et anciens et de les préparer à l'application de la loi (Code de la santé).

Les hôpitaux programmés sont tous dotés d'une unité d'urgence, d'une unité fermée et surtout d'un service pour enfant et adolescent.

- Les centres intermédiaires de psychiatrie (circulaire 2001) : théoriquement au nombre de 188, en réalité moins d'une dizaine fonctionnant en centres intermédiaires, les autres sont en réalité des consultations, sans locaux pour l'occupation des patients. **Ces centres méritent attention, car c'est la seule alternative à l'occupation des malades errants.**
- Il n'y a pas une seule clinique privée en psychiatrie.

2. Personnel :

- 600 psychiatres (quatre fois plus que nos collègues tunisiens et deux fois plus que nos collègues marocains), alors que nous avons perdu plus de 150 psychiatres (France, Belgique, Suisse, Canada). Près de la moitié sont installés en privé. Chaque année des psychiatres quittent le pays.

- Je voudrais insister sur la façon dont nous traitons nos spécialistes, réunion avec un employé de bureau qui affecte en fonction des postes souvent théoriques, des psychiatres qui attendent parfois des mois leur affectation.
- Les infirmiers : 2128 (80% en soins généraux) sont en nombre insuffisant et près de 200 exercent dans les consultations. Nous avons de grandes difficultés à recruter ce personnel (les infirmiers refusent de travailler en psychiatrie, formation et affectation difficiles à obtenir).
- **Il faut ouvrir, chaque fois que cela est possible, une école de formation pour paramédicaux pour les nouveaux hôpitaux et le renouvellement du personnel retraités et mutés.**
- Les autres membres des équipes de soins : ergothérapeute, psychologue, éducateur, assistante sociale ... sont rares dans les institutions : nécessité d'ouverture de postes par la fonction publique, en particulier dans les services de pédopsychiatrie.

3. ***Organisation et loi :***

- Depuis la disparition des pompiers (1982) comme corps communal, les familles se trouvent seules confrontées à l'agitation et à la dangerosité des malades. Ni la police, ni la protection civile n'acceptent de se déplacer pour une urgence psychiatrique. Il est urgent de légiférer sur la procédure à suivre pour les familles lorsqu'un malade est dans une situation de danger pour lui ou pour son entourage.
- L'hospitalisation en psychiatrie est régie par le code de la santé, loi de 1985, titre III Santé Mentale. Aucune circulaire d'application n'a été préparée à ce jour alors qu'une nouvelle loi sanitaire est en préparation depuis 2003.
- Avant sa promulgation, il est souhaitable d'organiser une conférence de consensus pour valider les propositions et surtout il est absolument nécessaire de mettre en harmonie les structures de

soins avec la loi, car l'organisation des hôpitaux psychiatriques en service fermé, service ouvert, service d'urgence et surtout le cahier des charges, n'est pas réalisé pour la plupart des structures. Exemple : pour la capitale, une circulaire de 1985 organise les soins psychiatriques à Alger. Mais en 25 ans, aucune adaptation, ni évolution, n'a été apportée. Les deux points d'urgence psychiatrique d'Alger n'ont pas de statut et n'ont aucune articulation avec le reste des structures de soins.

- Il n'y a pas actuellement de procédure pour le suivi de malades médico-légaux. Ces malades ayant commis des crimes et des délits graves ne donnent pas lieu à des procédures de suivi psychiatrique.
- Il est urgent d'organiser à l'échelle centrale une sous-direction de santé mentale en mesure de gérer l'organisation et l'application des lois.

IV. Trois domaines méritent une attention particulière et des programmes de développement

1) La psychiatrie Infanto-juvénile

Elle a constitué une préoccupation permanente pour les différents ministres, sans déboucher sur une réelle stratégie de développement.

Une cinquantaine de pédopsychiatres viennent de terminer leur formation en novembre 2009 dans l'indifférence totale. Aucun projet d'organisation des équipes de soins n'a été proposé à ce jour.

2) Toxicomanie

- Essentiellement psychotropes, kif et depuis quelques années, cocaïne, héroïne, subutex... La toxicomanie est devenue un véritable fléau qui ne cesse de se développer. Il est là aussi urgent d'organiser, parallèlement à la répression, un programme de prévention puis de prise en charge.

- La dernière loi sur les toxicomanies nécessite pour son application des rencontres entre les blouses noires chargées de la répression et les blouses blanches chargées de la prise en charge. Sans ces rencontres, la loi risque de devenir caduque.

3) La psychogériatrie et la prise en charge des démences (Alzheimer)

La tolérance familiale à ces maladies est encore exemplaire dans notre pays. Mais l'urbanisation massive, les logements exigus, en HLM et l'augmentation de l'espérance de vie (74 ans), vont nécessairement s'accompagner de l'augmentation des troubles liés à l'âge. Pour cette tranche de la population, il est également nécessaire d'élaborer des projets à moyen terme pour aider et conseiller les patients et leur famille (centre d'étude de la mémoire – hôpitaux de jour).

V. En conclusion

Les projets sont nombreux et notre pays a les moyens financiers et humains pour les réaliser.

- 1) Rien ne pourra se faire en psychiatrie sans la mise en place d'une sous-direction chargée de la santé mentale auprès du ministère de la santé. Nos voisins tunisiens et marocains l'ont organisé et développé depuis des décennies. Cette sous-direction doit être performante car le problème de santé mentale est un carrefour où se retrouvent cinq ministères : de l'intérieur pour les urgences, de la justice pour les hospitalisations coercitives, de la santé pour les prises en charges, de la solidarité pour les prises en charges sociales des handicapés mentaux et des maladies chroniques invalidantes, du travail enfin pour mettre les psychotropes à la disposition des malades et gérer les arrêts de travail de longue durée.

Cette sous-direction doit être le creuset où se pensent, se préparent et se développent les projets et leurs échéanciers.

- 2) Les psychiatres de santé publique, acteurs du présent et de l'avenir, vivent après une décennie éprouvante de grandes difficultés dans l'évolution de leur carrière et de leur salaire. Il est souhaitable qu'une solution soit proposée pour l'évolution de leur carrière afin d'éviter la désaffectation et la rupture de ceux qui ont la charge de l'avenir de la prise en charge des patients.
- 3) Je souhaite que certains d'entre vous soient sensibilisés à cette cause et militent avec nous pour la programmation et la réalisation des projets qui pourraient diminuer la souffrance des plus malheureux des malheureux.

« لا نساوي شيئاً ما لم نكن في خدمة هدف »

« *Nous ne sommes rien, si nous ne sommes pas au service d'une cause* ».

F. Fanon.

LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES PATHOLOGIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES : ENJEUX ET DÉFIS

Pr. H. DOUAGUI,

Service de Pneumologie CHU Issad Hassani
Béni Messous - Alger, Ancien Membre du Conseil de la Nation

La pandémie de grippe A H 1 N1 5 (dénommé ainsi parce qu'il possède deux protéines : la neuraminidase et la hyaluronidase) n'a naturellement pas épargné l'Algérie et dès le mois de juin 2009, les premiers cas étaient déclarés par le Centre Virologique de l'Institut Pasteur d'Algérie.

Cette grippe dite d'abord mexicaine car le premier cas a été déclaré le 24 avril 2009 dans la Ville de Gloria au Mexique, a vite été dénommée porcine car le réservoir de ce virus mutant était représenté par les porcs.

On pense aujourd'hui que le virus A H1 N1 est la résultante de plusieurs mutations de virus : le virus aviaire H 5 N 1, celui de la grippe porcine et celui de la grippe saisonnière H5 N3 (figure 1) .

Dès le 26 avril, l'OMS a mis son système d'alerte en place, de niveau 4 en raison de fortes suspicions qu'une pandémie était imminente et de niveau 5 sur une échelle de 6, dès l'apparition des premiers cas en Europe (figure 2).

L'inquiétude des plus hautes autorités de santé dans le monde (OMS) et des agences internationales de santé, est liée à la grande similitude de ce virus AH1N1 avec le virus qui, entre 1918 et 1920,

avait entraîné la mort de plus de 30 millions de personnes. D'autres épidémies se sont succédées en 1957-1958 et 1968-1969 et avaient entraîné près d'un million de décès (figure 3).

Très tôt, le corps médical dans le monde a été confronté à des situations particulières liées au génie évolutif de ce virus : celui-ci atteignait essentiellement les sujets jeunes avec des complications respiratoires dramatiques ; et la femme enceinte était particulièrement vulnérable à cette grippe. De façon étrange, les personnes âgées qui habituellement payaient un lourd tribut, étaient étrangement épargnées.

Au mois de décembre 2009, plus de 25 millions de personnes étaient contaminées dans le monde avec plus de 13 000 décès .

Dans notre pays à la même époque, en décembre 2009, on comptait plus de 8 000 personnes contaminées, 553 cas déclarés et 32 décès.

La propagation de cette grippe AH1N1 se fait de la même façon que celle de la grippe saisonnière H3N5, à savoir, par la toux, les éternuements au contact d'un malade contaminé par le virus.

Les signes de cette maladie sont représentés essentiellement par la toux, la fièvre, un écoulement nasal, un mal de gorge, des frissons, des myalgies, des douleurs thoraciques. Le malade présente une incubation de deux jours, suivie par de la fièvre et des autres signes de la maladie : dans la plupart des cas, l'évolution est bénigne et le malade évolue vers la guérison avec un traitement symptomatique habituel.

Dès le mois de mai 2009, les autorités sanitaires du Pays ont mis en place les actions suivantes :

- La mobilisation de tout le système de santé sur le territoire national avec l'installation d'un Comité National AH1N1 composé d'experts dans les domaines des pathologies infectieuses , épidémiologiques et virologiques,

- La mobilisation par le gouvernement d'une enveloppe budgétaire supérieure à 20 Milliards de DA,
- L'installation au niveau des aéroports de caméras thermiques pour diagnostiquer les éventuels cas importés,
- L'achat de 200 Millions de masques pour la prévention,
- La mise à la disposition de près 7.5 Millions de boîtes de Tamiflu qui avaient été achetées pour la grippe aviaire,
- L'achat de 20 millions de doses de vaccins dont environ 1,5 millions de doses disponibles actuellement.

La prévention de cette maladie comme celle de toutes les maladies transmissibles, reste un des éléments essentiels de la stratégie : il s'agit avant tout d'une hygiène des mains car cette maladie se transmet par la toux et les éternuements, mais aussi par le contact des objets contaminés par un malade atteint de la grippe AH1N1. Cette hygiène des mains doit se faire en se lavant plusieurs fois par jour avec du savon de Marseille ou des solutions hydro alcoolisées.

- De simples recommandations peuvent être faites qui ont un impact très important pour ralentir la diffusion de la maladie et peuvent être résumées ainsi :
 - Se tenir à l'écart des personnes infectées ou semblant présenter une maladie « grippale »,
 - Demander aux gens de l'entourage (à la maison ou au travail) de porter un masque de protection lorsqu'ils ont la « grippe »,
 - Utiliser du savon antiseptique ou Savon Hydroalcoolisé à la maison ou au bureau, en période d'épidémie de « grippe »,
- Rester à la maison lorsqu'un nombre important de collègues de travail sont infectés,
- Ne pas serrer les mains,

- Éviter les embrassades,
- Éviter les endroits publics bondés.

Concernant la vaccination antigrippale contre le virus AH1N1, de nombreux pays ont commencé cette vaccination notamment les USA, la France, le Canada, la Belgique, l'Italie...

- Les objectifs de cette vaccination sont :
 - de réduire la morbidité et la mortalité liées à la pandémie (protection individuelle),
 - de contenir la circulation du virus (protection collective),
 - de limiter l'impact de la pandémie sur l'activité économique et sociale du pays.
- Les catégories de personnes à vacciner en priorité sont :
 - les personnels de santé et les personnels assurant les activités essentielles du pays,
 - les femmes enceinte,
 - l'entourage des enfants de moins de 6 ans,
 - les malades présentant des pathologies chroniques,
 - les personnes âgées de 6 mois à 24 ans.

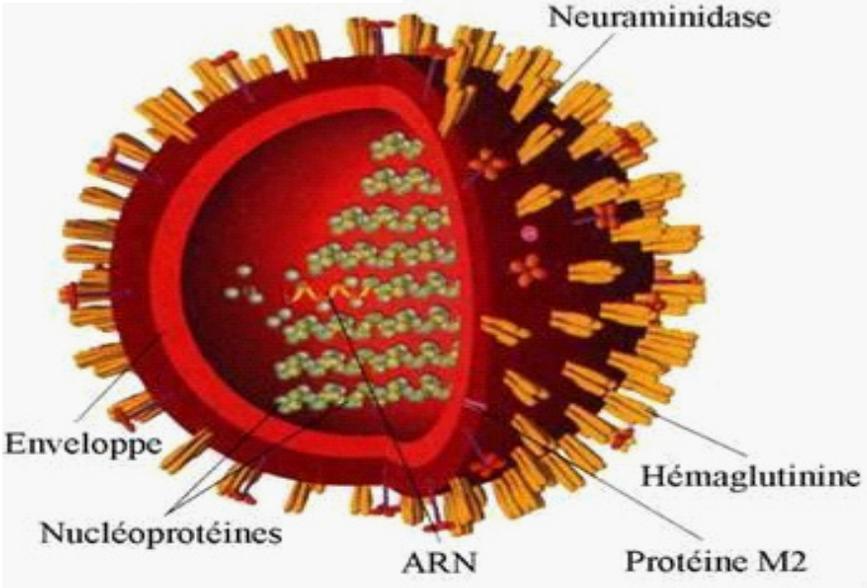
La campagne de vaccination connaît actuellement de grandes difficultés pour démarrer, essentiellement à cause d'une très mauvaise sensibilisation et information des citoyens et à cause de la réticence du corps médical.

Il faut sans tarder mener des campagnes de sensibilisation en direction du public par les médias lourds (télévision, radio, presse écrite), mais aussi dans les mosquées, à l'école, dans les universités et dans les lieux de travail pour espérer inverser la tendance actuelle à l'abstention à la vaccination.

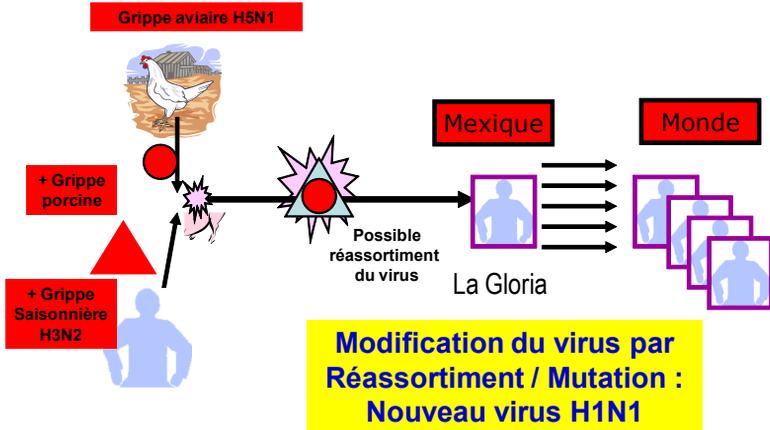
Il faut mobiliser tous les secteurs impliqués dans la lutte contre la grippe AH1N1, notamment les ministères de l'intérieur, de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, de la solidarité nationale et toutes les Associations de malades présentant des pathologies chroniques.

En conclusion, le monde vient de connaître une nouvelle menace de pandémie infectieuse. A n'en pas douter, d'autres menaces sanitaires sont à craindre dans les prochaines années. C'est pourquoi il convient de mettre rapidement en place un système de veille sanitaire permanent capable d'identifier ; toute menace sanitaire et de mobiliser l'ensemble des acteurs et des secteurs impliqués dans la lutte de ces fléaux.

Virus de la grippe A/H1N1

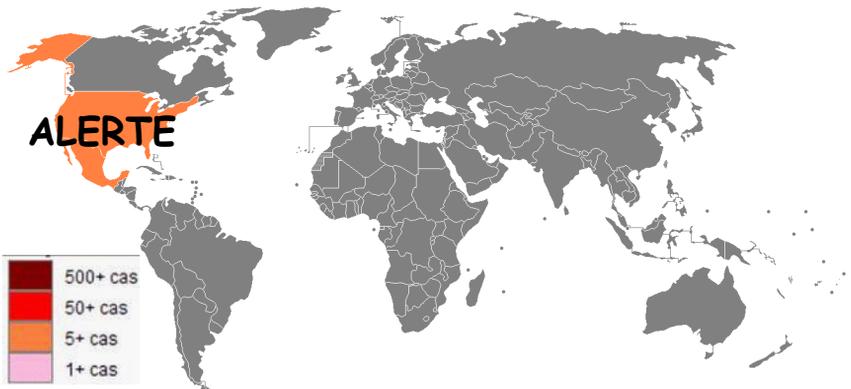


L'origine de la nouvelle grippe A H1N1 ?



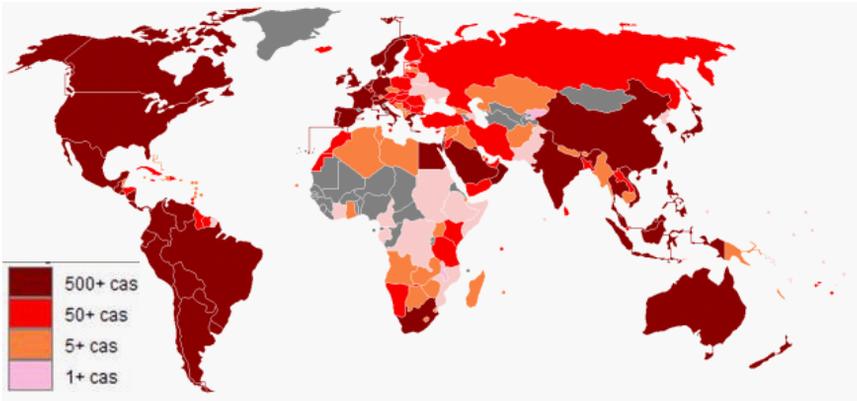
Grippe A(H1N1)2009

24 avril 2009



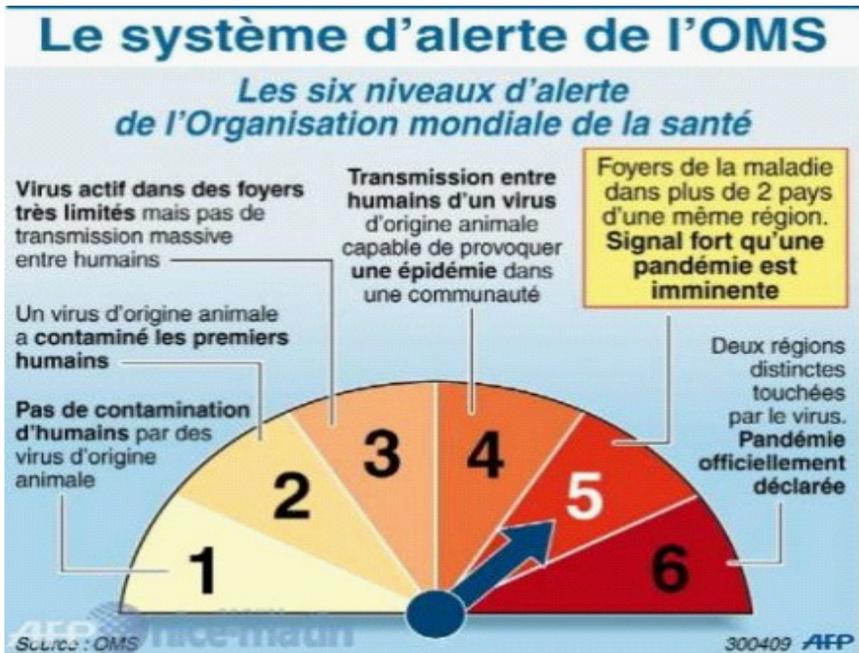
Cumul : 2 pays et territoires
25 cas déclarés

Grippe A(H1N1)2009 au 17 septembre 2009



Cumul : 212 pays et territoires
378 720 cas déclarés
4074 décès

Pandémie grippale



*Projet d'application du programme « Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases » (GARD) en Algérie
 Project for the application of Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD) program in Algeria

L'Algérie connaît actuellement une transition épidémiologique caractérisée par une augmentation de la prévalence des pathologies chroniques et notamment respiratoires et allergiques.

L'estimation de la prévalence de ces principales maladies est la suivante : 20 000 nouveaux cas de tuberculose dont près de 10 000 cas contagieux, plus d'un million d'asthmatiques, près de trois millions de rhinites allergiques.

Les prévalences des broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), des maladies professionnelles pulmonaires, du syndrome d'apnées du sommeil et de l'hypertension pulmonaire secondaire demeurent inconnues.

De plus, ces pathologies sont sous-diagnostiquées, sous-traitées et insuffisamment prévenues car il n'existe pas actuellement un programme national de santé publique portant sur la prise en charge globale de ces pathologies chroniques.

C'est pourquoi la mise en place de « Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases » (GARD) en Algérie, dotée d'une infrastructure sanitaire de qualité et de compétences médicales et paramédicales de haut niveau, peut répondre aux préoccupations des décideurs et des professionnels de la santé pour mettre en place un programme national contre les maladies respiratoires et les allergies dont les objectifs seront :

- de coordonner l'ensemble des actions de santé publique actuellement entreprises dans ce domaine par l'ensemble des professionnels de la santé du pays ,
- d'obtenir des indicateurs de santé fiables non disponibles actuellement pour évaluer les besoins de santé (incidence, prévalence, facteurs de risques tels que la pollution atmosphérique extérieure et la pollution de l'environnement intérieur, le tabagisme, les allergènes, les agents professionnels inhalés, les facteurs génétiques) ,
- de proposer des stratégies spécifiques réalisables sur le terrain par des recommandations en matière de prise en charge et de contrôle de ces pathologies respiratoires chroniques.

En vue d'introduire GARD en Algérie, plusieurs réunions préparatoires ont eu lieu en juillet et novembre 2006 au siège du Ministère de la santé', présidées par le Ministre de la santé en présence de ses collaborateurs et des responsables du GARD de l'OMS pour la présentation de ce projet.

Les autorités sanitaires du pays ont donné leur accord pour la mise en place de ce programme du GARD en Algérie.

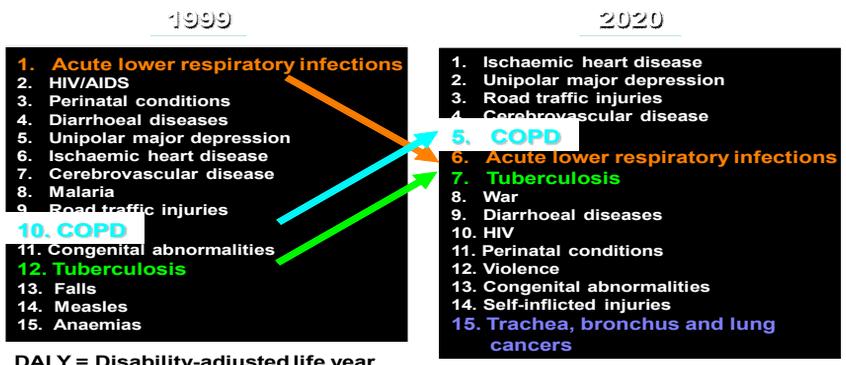
Pour les prochains mois de préparation pour la mise en place du GARD, il est prévu :

- de sensibiliser et d'informer sous l'égide du Ministère de la santé, l'ensemble des partenaires impliqués et intéressés par le GARD (les politiques, les sociétés savantes, les associations de malades, les médias),
- de recueillir les données standardisées sur la fréquence et la sévérité des maladies respiratoires chroniques dont la prévalence est identifiée,
- d'organiser en janvier et en février 2007, quatre réunions régionales de présentation et d'explication du projet en présence des médecins et des autres acteurs en charge de l'application du programme sur le terrain,
- de programmer une session GARD pour les médecins coordonnateurs, à l'occasion du Congrès international d'allergologie qui a eu lieu à Alger en juin 2007 ,
- d'inviter plusieurs ministres africains de la santé au cours de cette réunion pour élargir en Afrique le programme GARD.

Les maladies respiratoires chroniques dans le monde: 4^{ème} rang des préoccupations de santé publique dans le monde

Asthme	300 millions
Rhinite allergique	400 millions
BPCO (modérée et sévère)	80 millions
BPCO (légère)	>150 millions
Syndrome d'apnées du sommeil	100 millions
Hypertension pulmonaire	50 millions
Pathologie professionnelle	50 millions
TOTAL	> 1 Milliard

Fardeau des maladies prévalentes en 1999 et projection en 2020 (OMS)



DALY = Disability-adjusted life year
 Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases
www.who.int/respiratory/gard

Source: WHO Evidence, Information and Policy, 2000



Pour en savoir plus:

[1] Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report, World Health Organisation, October 5, 2006.

[2] Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema: ISAAC, The International Study of Asthma and Allergies in Childhood, Lancet 1998, 351 (9111): 1225–32

[3] The world health report 2003–Shaping the future, Geneva, World Health Organisation, 2003

[4] Prevention and Control of Chronic Respiratory Diseases, in low and middle-income African countries, a preliminary report, Montpellier, July 27-28, 2002, AND Paris, June 10, 2003, WHO/NMH/CRA/2005.

Synthèse des débats

En général, les débats ont tourné autour des communications présentées. Aussi, beaucoup de questions ont été soulevées et des réponses et éclaircissements ont été donnés.

* la première question s'articule autour des critères de formation notamment ceux des personnels paramédicaux.

* la deuxième question a trait au taux de mortalité infantile, à la réflexion sur la spécialité de pédiatrie et enfin, à celle de savoir sur quoi est basé le budget de la santé dans notre pays.

Les réponses à ces deux questions ont été les suivantes :

La formation paramédicale a été à un moment donné interrompue en Algérie, mais elle est en train de reprendre car on prend conscience maintenant qu'on ne peut avoir un service de soins sans femme de ménage, sans femme de salle, sans infirmière, sans médecin, sans chef de service, sans gestionnaire et sans autres techniciens.

Je pense qu'il y a un effort à faire. Les infirmiers et les infirmières sont recrutés à l'école paramédicale avec un Bac + 3. En tant que professionnels de la santé, nous ne pouvons qu'émettre des vœux et proposer des solutions. Il appartient aux politiques de prendre en compte ces considérations avec peut être des paramètres de budget et de priorités pour essayer de trouver des solutions.

Sur la mortalité néonatale, une réflexion est en cours. Il y a des unités de néo-natalité qui ont été créées. Je pense que la pédiatrie qui est la médecine adaptée à l'enfant est entrain de se spécialiser : Il y a la cardio-pédiatrie, la néphro-pédiatrie, l'uro-pédiatrie, la neuro-pédiatrie, la psycho pédiatrie et autres. On peut penser qu'à partir des comités pédagogiques, des propositions seront faites pour créer soit des options dans un premier temps, soit carrément des paras spécialités dans un deuxième temps.

Concernant les éléments contributifs au budget de la santé, l'État concourt à près d'un tiers des dépenses. La sécurité sociale, c'est-à-dire la cotisation des uns et des autres, est de l'ordre de 40% ; et le reste, ce sont les ménages qui l'apportent. En France, la sécurité sociale assure 70 % des dépenses de la santé ; ceci induit deux conséquences : la première est que la sécurité sociale française a un déficit colossal (deux ou trois fois le budget global de l'Algérie) ; la deuxième est que le budget de la sécurité sociale française est élaboré au Parlement.

Alors, comment appréhender l'avenir des dépenses de santé étant donné qu'on a une population qui vieillit, qu'on a des pathologies nouvelles qu'il faut prendre en charge ? va-t-on pour autant éternellement augmenter les cotisations ? Est-ce que cela est possible ? Est-ce qu'on ne peut pas demander qu'il y ait plus de cotisants ?

Il y a donc une campagne d'explication et d'information à faire en ce qui concerne les financements futurs des dépenses de santé à faire.

Une autre réflexion dans ce sens a été livrée et clarifiée qu'il faut former en quantité des docteurs, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et surtout leur assurer la qualité. Nous avons le droit de faire un peu de prospective en disant qu'il y a une nouvelle approche de la formation, non plus en sciences médicales, mais en sciences de la santé.

La prise en charge médicale de nos concitoyens n'est pas du seul ressort des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens dentistes. Il y a un concept nouveau qui est **le concept des professionnels de la santé**. Nous avons parlé de la formation paramédicale et c'est un fait, on ne peut pas faire de la médecine sans avoir les infirmiers, les sages femmes, les accoucheuses. Comme on ne peut pas faire de l'ORL sans avoir des orthophonistes.

Il est très important de former en qualité. A la faculté de médecine d'Alger uniquement, il y a plus de 17 000 étudiants, ce n'est plus la taille d'une faculté, c'est la taille d'une université comparée

aux autres facultés dans les pays voisins. 3000 étudiants est la capacité moyenne d'une faculté de médecine. Il serait temps d'aller peut être vers la création de l'université des sciences de la santé où l'on formerait non plus dans un cadre global et non seulement les docteurs et les pharmaciens, mais aussi les préparateurs en pharmacie, les prothésistes dentaires sans lesquels le dentiste ne peut travailler. Sachez également qu'en dehors d'Alger et en dehors des grandes villes, l'accouchement n'est plus médicalisé.

D'autre part, la préoccupation politique reste toujours préventive : elle se concentre sur la vaccination. Il y a un renversement de la pyramide des âges qui est due à l'apparition de maladies nouvelles. Est-ce qu'il n'est pas possible d'adapter une politique préventive adéquate qui soigne tout de même ces maladies ?

Un autre problème concerne la part de la pathologie dentaire et stomatologique dans cette transition épidémiologique.

A ce sujet, des clarifications ont été données concernant la pathologie buccale et il est évident que cela va avec l'épidémiologie. En effet, l'exemple de la prévention des caries dentaires et les traitements de caries dentaires chez les enfants a bien marché et a été un des programmes de lutte contre la tuberculose. Sur le deuxième point, il appartient aux autorités de prendre des mesures d'encouragement pour fixer les jeunes praticiens et non pas de les envoyer passer un ou deux ans en zone déshéritée, car cela ne sert à rien. Il faut donner les moyens et favoriser au plus par une politique d'attraction. En ce qui concerne les budgets, pourquoi l'année 2006 a été prise comme référence ? c'est parce que c'est la seule année où il y avait un budget finalisé CNAS.

Il est nécessaire d'adapter la fonctionnalité architecturale de l'hôpital à son environnement socio économique. D'autre part, on s'interroge sur la gestion des hôpitaux et du secteur d'une manière générale : a-t-on tranché pour une gestion centralisée ou pour une gestion décentralisée ? Faut-il pour cela chercher des compétences spécifiques et qu'en est-il de l'accueil des malades ?

Enfin, il y a les maladies liées à l'âge qui nécessitent des centres de rééducation, basse vision et des orthoptistes (fonction qui n'existe pas en Algérie jusqu'ici).

Pour bien expliquer la question de l'adaptation de l'hôpital à l'environnement, il faut :

- * modifier les comportements architecturaux des hôpitaux,
- * se mettre d'accord sur une fiche technique dont le premier critère est l'accessibilité de l'hôpital,
- * choisir le lieu d'implantation de l'hôpital.

Pour ce qui est de la gestion centralisée ou décentralisée des structures hospitalières, cette question est du ressort du pouvoir politique. Pour bien gérer, il suffit de faire preuve de bons sens . Il faut des qualités de responsable, s'entourer d'experts, et d'un comité supérieur de la santé. Il faut également encourager les bonnes initiatives.

Enfin pour savoir comment il faut intégrer le secteur privé, il convient de souligner que l'Etat a le droit de lui déterminer les conditions de travail. Il faut le réglementer, le contrôler et l'intégrer dans le système national de santé par le biais du système des assurances et par l'intermédiaire des conventions et de toutes les combinaisons possibles. Ainsi, le secteur privé peut se sentir un peu plus impliqué dans les programmes nationaux de santé.

Concernant la question liée aux problèmes ophtalmologiques, le débat aurait dû tourner autour des centres de gériatrie qui existent un peu partout en province. Il y a énormément d'experts qui sont contre la construction de ces centres pour la simple raison que cela va être un dépotoir, une maison de retraite et les gens vont se débarrasser de leur parents âgés. C'est aux alternatives de médecine ambulante comme la médecine à domicile qu'il serait plus judicieux de faire appel pour rester en conformité avec notre culture, plutôt que d'aller vers des maisons de gériatrie.

Le problème du cancer a été largement débattu et a soulevé des interrogations.

A ce sujet, il a été clarifié que les malades reçus au CPMC sont dans 30 à 35% des cas au stade métastatique, c'est-à-dire quand le problème ne relève plus des cancérologues. C'est le malade lui-même qui doit, après tout symptôme anormal, venir consulter : ce qui est paradoxal c'est que les cancers les plus superficiels sont ceux qui sont le plus tardivement diagnostiqués. Donc, il y a toute une éducation de la population à faire et à agir en direction du personnel médical.

Deuxième point concernant le dépistage : faut-il ou ne faut-il pas le faire? Ce qui est important c'est de prendre en charge d'abord les malades qui sont diagnostiqués car le dépistage va provoquer un afflux énorme de malades. Sera-t-on en mesure de les prendre en charge? Donc il faut mettre en place un «plan cancer» et faire en sorte qu'il soit patronné au plus haut niveau.

Le problème des rendez vous : la plupart des structures, y compris les CHU, se sont déchargés en matière de cancer, alors que jusqu'à il y a une dizaine d'années, tous les CHU prenaient cette maladie en charge. Mais compte tenu des coûts et des budgets énormes qu'il faut pour la chimiothérapie, la plupart des structures considèrent qu'elles n'ont pas à dépenser pour le produit de chimiothérapie et dirigent donc les malades vers les centres anticancéreux, d'où la surcharge et bien sûr, un problème de rendez-vous.

D'autres points ont été soulevés dont notamment l'affirmation qui disait: «**il faut dire ce que l'on veut faire**», ce qui se complète par : « non seulement il faut dire ce que l'on veut faire, mais également faire ce que l'on dit. C'est le minimum en matière de procédure».

En matière de prévention : « il faut demander aux enfants d'éviter de boire les boissons trop sucrées».

Il faut transmettre le message suivant aux élus du peuple ici présents : Aller et essayer de régler un certain nombre de problèmes.

Il ne suffit pas qu'il y ait des besoins, encore faut-il les rationaliser, les optimiser.

Il ne suffit pas de faire le diagnostic précoce d'un cancer du sein pris au stade initial et dire « Madame, pour vous faire votre radiothérapie il faudra revenir dans deux ans ». Il faut traiter le problème en amont aussi bien qu'en aval.

Les trois cancers qui ont mis l'Algérie à la 31^{ème} place mondiale en matière de diagnostic, sont les cancers de la prostate, le colorectal et celui du sein.

L'intérêt pour le cancer a été largement exprimé à travers des questions à savoir :

- Est-ce que les politiques et les pouvoirs publics sont à l'écoute des professionnels? Il est très simple et très facile d'intégrer des données scientifiques dans l'élaboration d'une politique nationale de santé.

- Est-ce un problème de moyens ? Parce que pour les moyens, les efforts budgétaires sont faits et personne ne peut le nier. Mais cet effort n'est pas accompagné de mesures.

- La prise en charge psychologique des malades.

- Les ressources humaines : les médecins, que ce soit le généraliste ou le professeur, doivent être retenus dans le secteur de santé et dans le système public pour consolider le système de santé, éviter la fuite des cerveaux, y compris pour avancer dans la recherche.

- Il faut une prise en charge du facteur humain en le mettant à l'abri du besoin.

Toutes ces préoccupations ont trouvé des réponses plus ou moins satisfaisantes.

Il ne faut pas s'adresser aux médecins uniquement, car on vit le cancer dans le cadre de notre métier : il faut faire passer le message aux politiques, pour qu'ils aient une vision plus aiguë du cancer, c'est cela le message. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de développer, d'aller dans les chiffres trop lourds et dans les expertises médicales. Comment appelle-t-on le cancer dans la rue ? :

«المرض الشَّيْنُ».

Ce qui signifie qu'on en parle à l'école et à la maison. C'est pourquoi l'exposé a concerné certes le médecin, c'est obligatoire ; le politique, c'est encore plus obligatoire, mais aussi le patient et sa famille.

La deuxième chose qui est importante, c'est que cet exposé n'a pas pour but de faire la promotion du dépistage vu que la problématique du cancer est largement définie à l'échelle internationale. Maintenant, il y a un problème d'approche politique par rapport à la prise en charge du cancer. Que doit-on faire? Par où doit-on commencer ? Donc, il ne faut pas aller vers les solutions faciles, il n'y a rien à inventer, il faut tenir compte de notre réalité. C'est pour cela qu'il était question **d'impact politique, d'impact clinique, économique, et organisationnel.**

Le dépistage est codifié. Le dépistage du cancer du sein obéit à des normes clairement établies en termes d'assurance qualité et en termes de sécurité.

L'autre point très important des débats tourne autour de la greffe d'organes et de tissus.

Concernant la greffe de cornée, depuis quelques mois il y a une interruption des approvisionnements de greffes de cornées à partir des États-Unis. Ce n'est pas la solution.

Les importations coûtent cher, elles posent des problèmes techniques (conservation, délai) car chaque jour qui passe, la cornée vieillit. Il y a une perte de cellules **endothéliales**, il y a une perte de transparence, donc les chances de réussir sont moindres.

Avant 1985, il n'y avait pas de lois. Une autorisation était délivrée d'abord de l'hôpital Mustapha et étendue ensuite à deux hôpitaux comme, Béni Messous et Oran. Lorsqu'on fait un prélèvement en urgence, on a 48 heures pour faire la greffe et nous n'avons besoin de rien, juste de sérum.

La loi sur la greffe d'organes a arrêté tous les prélèvements en Algérie, car on a assimilé le prélèvement de cornée et le prélèvement du globe oculaire à tous les autres prélèvements. Donc, la solution pour nous serait de modifier cette loi, de permettre le prélèvement en Algérie pour vaincre tous les obstacles.

Maintenant il est possible de faire un prélèvement de tissu, on ne prend que la cornée puisque il y a des milieux de conservation adéquats qui permettent de maintenir la vie cellulaire. On parle de greffe d'organes alors qu'il n'existe aucune loi dans ce domaine.

Deuxièmement, pour promulguer une loi et prélever des organes, il faut définir d'abord la mort clinique. Si l'on s'adresse au Haut Conseil Islamique de l'Etat ou au Ministère des Affaires Religieuses, ils exigeront d'abord une définition de la mort clinique. La définition de la mort clinique est la base de tout prélèvement d'organes. Les fatwas de feu le Professeur Ahmed HAMMANI et du Haut Conseil Islamique de l'Etat ont autorisé la greffe d'organes, mais ont exigé la définition de la mort clinique. A travers cette définition toutes les portes sont ouvertes.

Le prélèvement de cornée à titre d'exemple en Algérie : en trois années, il y a eu 5000 victimes d'accidents de la circulation. Si on avait défini la mort clinique, combien de malades aurions-nous sauvés ?

Actuellement, dans le domaine de la fatwa, le Haut Conseil Islamique a fait paraître un livre où seulement deux greffes d'organes ne sont pas autorisées : le cœur et le foie car la mort clinique n'a pas encore été expliquée par les «Ulémas».

Concernant la difficulté juridique du prélèvement, on ne prélève pas de cornée actuellement, bien que ce soit un prélèvement sur un cadavre, pourquoi ? Parce que la loi de 05-85 stipule que pour prélever il faut que le défunt ait de son vivant autorisé le prélèvement, ou alors qu'on ait le consentement de la famille.

Pour ce qui est de la greffe de tissus, l'avenir est dans la thérapie cellulaire. Il existe un organe clé qui est le placenta, il est pourvoyeur de cellules souches. Ce sont des cellules totipotentes qui comportent tous les gènes et qui peuvent reproduire n'importe quel tissu. Ayant maintenant et pas demain des banques de cellules souches, elles permettront de faire un pas qualitatif très important dans cette thérapeutique, qui est une thérapeutique incontournable sera suivi et va concerner la greffe de moelle. Il y a des insuffisants cérébraux et moteurs, des enfants qui ont reçu leurs propres cellules et qui ont récupéré jusqu'à 100%.

Concernant le problème de la greffe de cornée par exemple, il est lié aux prélèvements sur cadavres et il ne peut se faire que sur donneurs cadavériques, même s'il est vrai qu'il n'y a pas d'altération de la silhouette du malade ou du défunt. Il y a une définition officielle de la mort qui est faite par arrêté, publié par le Professeur ABERKANE en qualité de Ministre de la santé, c'est l'arrêté d'octobre 2002. Peut-être faudrait-il en faire une loi.

Concernant la transplantation en général, avec la définition de la mort encéphalique, cela peut évoluer parce que la science évolue. Il faut laisser la porte ouverte au développement de la science, et actuellement il y a des critères qui sont définis qui doivent être respectés par toutes les équipes.

Mais ce n'est pas ça qui bloque la greffe! Ce qui bloque la greffe c'est de développer et de modifier les mentalités.

Concernant le don d'organes : en général et grâce à l'éducation du public, grâce aux médias, aux médias lourds, aux journaux et à des journées d'études comme celle-ci au niveau du Parlement, ainsi que la vulgarisation de la prévention au niveau de l'école, l'école primaire, avoir un cours au milieu de l'année sur le don d'organes en expliquant : qu'est- ce que c'est? À quoi cela sert? Pour qui? Pourquoi?

Concernant l'avenir de la thérapie cellulaire, il y a actuellement, ce n'est pas un projet (il est en cours de réalisation), un travail qui se fait par Madame HAMLADJI au niveau du centre Pierre et Marie Curie, pour le prélèvement du placenta et la greffe de cellules souches hématopoïétiques à partir de culture cellulaire sur les embryons. Donc, il y a déjà un travail ici en Algérie qui a démarré, en attendant le développement pour les autres organes.

- Le dernier point des débats concerne la santé mentale en Algérie. Là, le débat a été entamé sur la problématique des toxicomanes, leur prise en charge et les centres d'accueil de ces malades. En fait, Il n'existe qu'un seul centre pour toxicomanes en Algérie avec 60 places, si les informations sont exactes. C'est vraiment dramatique par rapport aux tonnes de drogues que l'on intercepte et celles qu'on n'intercepte pas. Il était question de 50 centres, d'un projet, est-ce que finalement il y a un nombre de centres retenus? La question reste posée.

- Pour revenir à la formation, plus exactement aux centres de donneurs de sang où on a pris des médecins généralistes depuis l'années 2000, l'Algérie est couverte aujourd'hui au niveau national par ces personnes qui s'occupent de centres du sang au niveau de la séparation, du contrôle... Dans le domaine qui est le nôtre, nous faisons en sorte que les médecins qui sont dans le domaine du sang appartiennent au moins à la région où ils activent.

- Il existe une insuffisance en matière de lits. Compte tenu du fait que même la psychiatrie a changé et que les soins en psychiatrie et l'enfermement sont pour un certain type de malades. Il y a une humanisation de la psychiatrie. Est-ce que, réellement, c'est un problème de structure? Ou seulement un problème d'organisation ? Il n'y a réellement pas d'organisation chez nous, c'est dramatique, cela devient une urgence.

Mais y a-t-il un comité national de psychiatrie ? S'est-il réuni ? Qu'a-t-il donné comme recommandations ? On a l'impression que rien n'a été fait depuis dix ans ou au moins durant ces dernières années? Pourquoi?

Il y'a un problème de **coordination** entre les psychiatres, un problème d'**évaluation** au niveau de l'administration centrale et ce, dans toutes les spécialités.

- Quand on parle de la santé, la réponse n'est pas nécessairement sectorielle. Monsieur BOUGHERBAL, en faisant sa communication sur la transition épidémiologique et démographique, avait parlé de l'éducation sanitaire dans sa conclusion.

Il faut agir sur les déterminants de la santé que sont les conditions environnementales, socio-économiques, de vie, de travail. Il y a des réseaux sociaux, communautaires et autres, qui peuvent intervenir pour donner de la santé à la population, c'est-à-dire la nécessité d'aller à de véritables politiques publiques de santé. Il y a des alternatives qui ont été développées, comme le réseau très dense mis en place en matière de «promotion de la santé de proximité».

J'entendais parler de la fonctionnalité des structures. Je voudrais que tout le monde sache l'effort fait dans le sens de l'investissement sur ce programme.

On a quitté l'approche de la médecine d'organes pour aller à la médecine des âges. Cela c'est pour parler de la pédiatrie où vous avez évoqué toutes les disciplines qu'on doit dédier à l'enfant.

Vous avez parlé de gériatrie, peut être est-ce un terme trop lourd? Mais il s'agit de la santé des personnes âgées, c'est à dire qu'il y a de la prospective.

On vous a annoncé une communication sur la santé mentale, mais on a programmé une communication sur les maladies mentales.

Vous allez dire pourquoi? Parce que la santé mentale en fait, c'est chacun de nous. Il n'y a pas besoin d'avoir un spécialiste pour penser à la santé mentale. Si vous améliorez le transport public à Alger, vous réglez un problème de santé mentale. Que les Sénateurs, les Ministres, les Députés, les chauffeurs, fassent leur travail, c'est la santé mentale. Je ne vais pas traiter de la santé mentale en tant que spécialiste des maladies.

Je me suis occupé des maladies. Je ne peux pas décider que dans chaque immeuble il doit y avoir un concierge, et qu'il ne faut pas vendre le local du concierge parce qu'on en a toujours besoin, même dans 20 ans et dans 30 ans. Voilà c'est extrêmement important d'aborder le problème de la santé mentale car il y a une différence entre la santé mentale et les maladies mentales

- Je reviens au problème de la formation. Il y a 200 médecins généralistes qui travaillent dans des structures de psychiatrie actuellement. Nous avons pensé les former à la psychiatrie. Alors, on a commencé par donner des cours pendant quelques mois. Après la période de formation, le médecin réclame un diplôme, que nous ne sommes pas en mesure de le lui délivrer. Par conséquent, cette formation n'intéresse plus le médecin car elle ne le fait pas évoluer. Avec une décision attestant qu'il a fait une année, le médecin à la possibilité d'être un psychiatre de santé publique. S' il ne possède pas un papier qui ne lui offre rien, ni au point de vue salaire, ni au point de vue du pouvoir, cela ne sert strictement à rien. C'est au niveau du Ministère de la santé qu'il faut poser ce problème.

Est ce qu'on veut régler les problèmes de santé publique ou pas? À ce moment là, c'est à la santé publique de demander à l'uni-

versité de lui former des psychiatres de santé publique, et puis c'est tout. Ce n'est pas difficile. Pour la toxicomanie, c'est pareil. Qui empêche que le Ministère de la Santé, de régler les problèmes de 50 institutions, de demander à l'université de former des médecins généralistes aux addictions, à la prise en charge des addictions ? La coordination ne se fait pas à mon niveau. Cela se fait entre les institutions. Qu'est-ce qui empêche la faculté de sciences humaines qui forme des psychologues cliniques, de venir voir le doyen de la faculté de médecine d'Alger et lui dire «nous allons réfléchir sur la formation des psychologues cliniciens»? Mais les psychologues cliniciens s'installent en privé. Ils ont des cabinets où ils voient des malades. Ils n'ont jamais vu un malade de leur vie. C'est relativement grave. Il faut arrêter, car cela n'existe nul part ailleurs dans le monde.

- Le problème des lits : C'est vrai que l'OMS et la plupart des pays développés disent qu'il ne faut pas beaucoup de lits. Le problème c'est que les français ont 150 000 lits de psychiatre au sein des hôpitaux, plus de 40 000 dans le secteur privé. Cela leur fait 190 000 lits de psychiatrie pour 60 millions d'habitants. Et chez nous, on dit qu'il y a beaucoup de lits, il faut les supprimer. Alors si l'on supprime 60 000 ou 100 000 lits, il en reste 100 000. Quand on parle de «lits» chez nous, les malades sont dans la rue, ils ne mangent pas, ils sont sales.

Alors, quand on parle de diminuer ou de supprimer les lits, il faut faire les choses rapidement, mais il y a un minimum. On a 300 lits à Alger pour 3 millions d'habitants. De plus le DDS parlait tout à l'heure de malades qui viennent de l'intérieur du pays, parce qu'on parle de la capitale, des médecins de la capitale ... etc. Cela fait un lit pour 10 000 habitants de la capitale, un lit pour 10 000 et un lit d'urgence et donc tous les lits que vous avez à Alger sont des lits d'urgence. Vous n'avez pas de cliniques privées. Vous n'augmentez pas le nombre de lits, alors comment résoudre les problèmes? Je ne dis pas qu'il faut beaucoup de lits, nous sommes maintenant en train de réfléchir. Il ne faut pas de grands hôpitaux : Blida ave 2 200

lits, c'est saturé. On fait des petits services de 60/80 lits un peu partout, c'est un minimum d'avoir 80 lits pour 10 000 habitants, pour une wilaya d'un million d'habitants, c'est un minimum. Ensuite, cela ne m'empêche pas une fois sorti de l'hôpital d'aller faire des consultations dans des centres intermédiaires qui demandent beaucoup de personnel. Parce que l'hôpital demande en réalité moins de personnels que si vous sortez le patient. Il faut l'occuper, il faut s'en occuper tout le temps, il faut faire des programmes etc.

Donc concernant le problème des lits, nous avons actuellement un lit pour 10 000 habitants, c'est théoriquement des lits d'urgence qu'il nous faut, pas des lits d'hospitalisation. Nous fonctionnons sur le fil du rasoir en urgence. Ne sont admis à l'hôpital que des gens qui sont violents et décompensés et on n'a pas de place pour les autres.

- Concernant la toxicomanie, est ce que c'est une maladie? Quand vous prenez une drogue pendant suffisamment longtemps, que ce soit du kif, de la cocaïne, du subutex, de la benzoradiapine, ou autre, à partir d'un certain moment votre cerveau se modifie. Vous n'êtes plus le même, même si vous essayez d'arrêter, votre cerveau ne fonctionne plus de la même manière. Donc, la toxicomanie donne des maladies de fonctionnement du cerveau. Quand vous commencez très tôt à prendre même du kif, vous êtes plus sujet à la schizophrénie. Le cerveau d'un type de 15, 16 ans n'est pas terminé, surtout le lobe frontal. Si réellement il en prend en grandes quantités, il risque de faire une schizophrénie. En évitant d'en prendre, vous ne ferez pas de schizophrénie.

Ensuite, les malades mentaux sont extrêmement sensibles aux toxiques, parce ce qu'ils sont dans l'angoisse et l'inquiétude, et lorsqu'ils goûtent un peu de kif ils se sentent mieux. Donc, les dealers les connaissent bien, il leur en donnent gratuitement 2 ou 3 fois, et puis après, ils les dominent. Donc vous avez les toxicomanes qui deviennent eux-mêmes des malades et il faut les considérer comme tels, et vous avez des malades qui prennent des toxiques et

qui sont à prendre en charge dans les deux domaines. Il faut leur enlever le toxique et il faut traiter leur maladie.

- Concernant la coordination centrale, le problème des comités centraux, je peux vous dire ce qui se passe à l'étranger: les psychiatres internationaux, par exemple, français, anglais etc... quittent les hôpitaux, parce qu'à partir d'un certain âge, ils ne supportent pas les grands malades. Ils vont s'installer en privé. Ce qui fait que leurs hôpitaux se vident. Ce ne sont que des médecins algériens qui vont travailler dans leurs hôpitaux ainsi que des médecins des pays de l'Est, pendant qu'eux s'occupent de psychologie fine et de psychanalyse. Alors quand un algérien qui a travaillé pendant 40 ans dans un hôpital, qui a vu les malades les plus agités, qui a bien travaillé dans un hôpital pendant 4 années, vous le mettez dans n'importe quel hôpital du monde, il est concluant. Ils disent vraiment que les algériens sont d'excellents psychiatres et certainement pour tenir leurs hôpitaux, ils ne peuvent pas trouver mieux. Des gens qui parlent couramment français et qui ont 4 ans d'expérience de l'urgence et de la psychiatrie. Cela ne veut pas dire qu'on forme très bien nos psychiatres, cela veut dire simplement que nous avons des psychiatres de santé publique performants parce qu'ils sont en contact avec les malades pendant de longues années.

Maintenant, le comité central de psychiatrie, comme le comité central de psychologie etc. deviennent des alibis, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de comité qui fait des propositions et de l'action sanitaire une relation directe. Vous vous réunissez, pour élaborer un simple document...

Conclusion

Nous venons à la fin des travaux de cette journée organisée à l'initiative du P^r. Bougherbal que je voudrais remercier vu tout l'intérêt porté à ces journées par le Président du Conseil de la Nation, M^r Abdelkader BENSALAH, et toutes les personnes qui ont contribué à son organisation.

Je voudrais également remercier M^{me} la Ministre de la Recherche, non seulement pour avoir assisté à ces conférences avec beaucoup de patience, et elle a certainement constaté que tous les orateurs, à un moment donné, ont souligné l'importance de ce domaine de la recherche qui mériterait une bien meilleure considération, non seulement sur le plan matériel, mais beaucoup plus sur le plan stratégique et de la réflexion pour l'avenir de notre santé.

Je voudrais à la fin remercier mes collègues qui nous ont présenté des exposés et qui ont, à mon sens, vraiment honoré leur profession. Ils ont parlé avec beaucoup de connaissances de leur domaine, un philosophe disait : « on fait bien notre métier mais malheureusement très souvent on ne le connaît pas bien ». Ils nous ont montré que non seulement ils connaissent bien leur métier au point de vue technique, mais ils le connaissent bien de l'intérieur parce que visiblement quand on juge de l'intérêt et même de la passion dont ils nous ont présenté leurs connaissances, ils ont dépassé le simple domaine technique ou scientifique pour s'investir dans les vrais problèmes stratégiques de la santé. On sent qu'ils sont très au courant des véritables problèmes qui sous-tendent leurs spécialités ou des pathologies particulières dont ils ont parlé.

Je pense que cela a intéressé beaucoup de gens parmi nous et je crois qu'à mon sens, ils ont atteint leur but parce qu'ils nous ont poussé dorénavant à réfléchir de manière réaliste aux problèmes de santé. Et très souvent quand on expose les problèmes du secteur de la santé en Algérie, la première chose qu'on évoque c'est que nous disposons d'atouts formidables et c'est la réalité. Et je crois

que la qualité de leur exposé aujourd'hui a prouvé que nous avons vraiment beaucoup d'atouts et que toutes les générations qu'ils ont formé constituent l'espoir d'un avenir serein. Aussi, je tiens à remercier vivement toutes ces compétences qui représentent la franche majeure pour la prise en charge du secteur de la santé dans notre pays.

Pr. Messaoud ZITOUNI,
Membre du Conseil de la Nation,
Ancien Ministre de la Santé

