

**STRATÉGIE OMS DE COOPÉRATION
AVEC LES PAYS**

**RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE
DÉMOCRATIQUE ET
POPULAIRE**

2002 - 2005

SOMMAIRE

Abréviations	v
Préface	vii
1. Introduction	I
2. Gouvernement et population : Enjeu de santé et développement	3
2.1 Situation générale du développement socio-économique	3
2.2 État sanitaire et conditions de santé	7
2.3 Dépenses de santé et financement du secteur de la santé	9
2.4 Système national de santé	10
3. Assistance au développement	16
3.1 Programme de coopération avec les institutions des Nations Unies	16
3.2 Mécanisme de coordination	17
4. Programme actuel de coopération de l'OMS avec l'Algérie	19
4.1 Représentation de l'OMS en Algérie	19
4.2 Ressources budgétaires	20
4.3 Domaines d'intervention	20
4.4 Forces et faiblesses de la coopération	21
5. Cadre politique institutionnelle de l'OMS : Orientations mondiale et régionales	24
5.1 But et missions de l'OMS	24
5.2 Nouvelles méthodes de travail	24
5.3 Orientations stratégiques	24
5.4 Fonctions essentielles	25
5.5 Priorités mondiale et régionales	25
5.6 Rendre l'OMS plus efficace au niveau des pays	26

Sommaire

6.	Agenda stratégique	28
6.1	Axes prioritaires d'intervention et leurs composantes	29
6.2	Analyse des fonctions attendues de l'OMS	29
6.3	Composantes des axes stratégiques	30
7.	Implications de l'agenda stratégique pour l'OMS	34
7.1	Stratégie générale	34
7.2	Renforcement du bureau pays	34
7.3	Appui renforcé du Bureau régional et du Siège	35
8.	Conclusion	37
ANNEXES		
1.	Liste des documents consultés	38
2.	Le processus de la SCP	40

ABRÉVIATIONS

AFRO	Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique
CCA	Evaluation conjointe de pays
CINDI	Programme national intégré de lutte contre les maladies non transmissibles
DA	Dinar algérien
DNS	Dépenses nationales de santé
DOTS	Stratégie de traitement sous observation directe de la tuberculose
EHA	Urgence et actions humanitaires
EMRO	Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale
EURO	Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
HCR	Haut commissariat aux Réfugiés
IDH	Indice de développement humain
IPH	Indice de pauvreté humaine
IST	Infections sexuellement transmissibles
MATCI	Initiative maghrébine de lutte contre la tuberculose
OMD	Objectifs de Développement pour le Millénaire
MSPRH	Ministère de la Santé, de la Population et de Réforme hospitalière
OIT	Bureau international du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUDI	Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel
ONUSIDA	Groupe thématique des Nations Unies pour le SIDA
PAM	Programme alimentaire mondial
PEV	Programme élargi de vaccination
PIB	Produit intérieur brut
PNB	Produit national brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement

Abréviations

RPM	Réunion de management des programmes
SCP	Stratégie de coopération avec le pays
SIDA	Syndrome d'immunodéficience humaine
TDR	Groupe de recherche sur les maladies tropicales de l'OMS
UNDAF	Plan cadre des Nations Unies pour la coopération au développement
UNDG	Le Groupe des nations Unies pour le développement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

PRÉFACE

En l'an 2000, le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) avait approuvé une stratégie institutionnelle pour orienter l'activité du Secrétariat de l'OMS. Cette stratégie institutionnelle avait souligné le rôle essentiel des pays pour l'action de l'Organisation, d'où la nécessité urgente de traduire la stratégie mondiale en stratégies spécifiques, adaptées aux besoins de chaque pays. Ces mesures constituent le fondement de la stratégie de coopération de l'OMS avec les pays (SCP)

La stratégie de coopération de l'OMS avec un pays donné énonce les priorités stratégiques de l'Organisation pour son activité dans ce pays, priorités qui doivent guider une réponse intégrée des trois niveaux de l'Organisation : bureau de pays, Bureau régional et Siège. La SCP est l'expression claire de l'action de l'OMS en faveur des pays; le programme d'action stratégique qu'elle comprend orientera la coopération entre l'OMS et l'État Membre, pour le moyen terme. La SCP servira de référence pour les plans de travail de l'OMS et l'allocation des ressources de l'Organisation, que celles-ci proviennent des pays, de la Région ou du Siège, ou bien d'autres sources telles que les centres collaborateurs.

La stratégie de coopération de l'OMS a été élaborée grâce à un processus élargi de consultations auquel ont pris part tous les niveaux de l'Organisation, les Ministères de la Santé, les autres institutions gouvernementales, le secteur privé, les organisations de la société civile, les institutions de formation et de recherche, les partenaires au développement et autres intervenants essentiels dans le domaine de la santé. Le processus a nécessité de profondes réflexions et l'analyse des problèmes prioritaires de santé et de développement du pays et du rôle de l'OMS, tenant compte de ses avantages comparatifs.

Je prends note du processus exhaustif qui a conduit à l'élaboration de ce document et voudrais féliciter le Gouvernement et tous les intervenants du secteur de la santé pour les efforts qu'ils ont déployés ainsi que leur active participation à ce travail. Pour moi, il ne fait aucun doute que le processus de la SCP aidera les pays à concentrer leurs efforts sur des problèmes de santé prioritaires et à coordonner l'action des différents partenaires et intervenants.

Le défi que nous devons maintenant relever consiste à traduire cette stratégie en actions concrètes, en vue d'améliorer la performance de l'OMS au niveau des pays et d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires pour les populations qui en ont le plus besoin.

Dr Ebrahim Malick Samba
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
Organisation mondiale de la Santé

1 INTRODUCTION

En 1999, l'Organisation mondiale de la Santé a défini une stratégie institutionnelle fondée sur l'unité d'action et visant la contribution la plus utile et la plus efficace au développement sanitaire dans les États Membres. La stratégie de coopération de l'OMS (SCP) avec l'Algérie est l'expression de cette stratégie institutionnelle de l'OMS. Elle prend en compte de manière équilibrée, les besoins du pays, les orientations régionales et les priorités mondiales. Elle décrit le cadre dans lequel s'opèrent les activités de l'OMS et précise les domaines prioritaires du pays pour l'élaboration des budgets programmes, des plans opérationnels et des évaluations. Elle pourra également être utilisée par d'autres organisations pour leur travail dans le pays et notamment pour l'élaboration ou l'évaluation des plans d'action et pour vérifier l'atteinte des principaux objectifs du millénaire.

Son élaboration est fondée sur la recherche d'efficacité, d'efficience et de partenariat dans les actions de l'Organisation, afin de mieux répondre aux besoins de développement sanitaire durable du pays. La SCP clarifie le rôle de l'OMS dans le pays. Sa mise en œuvre demandera de l'Organisation davantage de cohérence interne et permettra un travail centré sur un nombre limité d'objectifs, mettant l'accent sur l'élaboration des politiques et des stratégies et sur le renforcement du secteur de la santé dans son ensemble.

L'analyse de la situation et les priorités de l'Organisation mettent en évidence deux axes pour la période 2002-2005, qui sont l'amélioration de la performance du système de santé et la réduction des facteurs de risque. Cette focalisation sur un nombre restreint de priorités permet un accroissement de l'impact des plans d'action.

Le travail a été réalisé par sept personnes (annexe), durant quatre mois, en 2002. La phase initiale, qui a bénéficié des sessions d'information des RPM et des documents de l'Organisation, a établi les fondations du processus, permis d'informer les différents partenaires et de rédiger un document préliminaire. L'existence d'un document stratégique national récent (mai 2001), intitulé "*Développement du système national de santé. Stratégies et perspectives. Ministère de la Santé et de la Population*"¹⁹ a été d'une grande utilité. Toutes les phases ont été entièrement partagées avec les partenaires nationaux. Entre les deux missions, l'équipe pays a amélioré la cohérence du document. Durant la phase finale, l'équipe s'est penchée sur les axes stratégiques de la coopération. Le document final a été soumis à l'avis de l'ensemble des partenaires et des Nations Unies.

Introduction

En résumé, la stratégie de coopération de l'OMS avec l'Algérie a été élaborée avec la participation des autorités nationales. Le choix d'informations factuelles a permis d'atteindre rapidement le consensus sur l'analyse de la situation et les réponses possibles. Il a tiré avantage de la réflexion collective lors de l'atelier sur les stratégies de coopération de l'OMS avec les pays dans la Région africaine (Ouidah, Bénin, 28-30 mai 2002). Le document a également bénéficié de la participation des partenaires au développement comme les Agences qui participent à l'UNDG et notamment de l'analyse commune de la situation formulée dans l'évaluation conjointe de pays (CCA), des réflexions du document de l'UNDAF. Cette stratégie de coopération vise à aider l'Algérie à atteindre ses objectifs nationaux et concourir ainsi à l'atteinte des Objectifs de Développement pour le Millénaire.

2 GOUVERNANCE ET POPULATIONS : ENJEUX DE SANTÉ ET DE DÉVELOPPEMENT

2.1 Situation générale du développement socio-économique

Gouvernance et société civile

Indépendante depuis 1962, l'Algérie, qui a vécu avec un parti unique, a connu un changement politique radical en 1988. La Constitution de 1989 a mis l'accent sur la volonté du peuple algérien de "se doter d'institutions fondées sur la participation des citoyens à la gestion des affaires publiques et qui réalisent la justice sociale, l'égalité et la liberté de chacun et de tous" et de "consacrer plus solennellement que jamais la primauté de la loi".

Outre la crise économique et politique, l'Algérie a vécu durant la dernière décennie une situation sécuritaire liée au terrorisme, particulièrement meurtrière et destructrice, qui a été à l'origine de plus de 100 000 morts et d'un million de victimes (Déclaration du Président de la République, 2002); des centaines de structures de santé, d'établissements scolaires, d'unités industrielles ou commerciales et de moyens de transports routiers et ferroviaires ont été mis hors d'usage. Des crimes terroristes, particulièrement sauvages, ont concerné des individus, des collectivités, des localités entières avec des conséquences immédiates et médiatees particulièrement lourdes. Actuellement, les actes terroristes ont notablement baissé de fréquence et des actions sporadiques sont encore perpétrées envers des individus ou des groupes.

Après la réforme de 1989, l'émergence de la société civile modifie progressivement l'environnement politique et juridique. Les associations peuvent être classées en cinq catégories : i) les partis politiques, ii) les associations apolitiques telles que les sociétés savantes ou associations caritatives, iii) les organisations syndicales, iv) les organisations patronales, v) la presse écrite et audiovisuelle. Cette société civile joue un rôle de plus en plus important dans le développement social en intervenant dans des domaines comme l'aide sociale, la formation, et la santé. La Constitution de 1996 a donné une orientation plus affirmée vers la consécration d'une conception plus libérale des droits fondamentaux et des libertés publiques qui renforce l'émergence de la société civile plurielle et met en place de nouveaux rapports entre l'État et la société.

L'État a été et demeure toujours responsable de la santé des citoyens, particulièrement des activités de prévention et de promotion de la santé. Il organise et réglemente les actions en matière de santé des différents domaines et veille à

l'équité du système de santé en assurant l'accès aux soins pour les démunis. Il demeure le principal fournisseur de soins curatifs, le secteur associatif n'a qu'une contribution modeste et tout à fait marginale dans le secteur de la santé.

Tendances de l'économie

Après une phase de croissance économique, l'Algérie conduit, depuis 1994, avec l'appui des institutions financières internationales, un important programme d'ajustement structurel. Les réformes se sont accompagnées d'une forte dévaluation du dinar, d'une suppression des subventions de l'Etat aux entreprises et d'un renchérissement des produits de première nécessité. La libéralisation de l'économie a induit des licenciements massifs et une dégradation du marché du travail. Le taux de chômage a progressé, passant de 20 % en 1990 à 30 % en 2000²⁴. L'économie algérienne dépend toujours des recettes des hydrocarbures et le budget de l'Etat provient à 60 % de la fiscalité pétrolière. Le taux de croissance réalisé en 2000 (2,6 %) est inférieur à celui de 1999 (3,2 %), lui-même inférieur à celui de 1998 (5 %). Entre 1986 et 1998, le produit national brut (PNB) par habitant a chuté de 45 %, passant de 2880 à 1550 dollars US. Le ratio du service de la dette a baissé, passant de 32,4 % des recettes d'exportation en 1997 à 19,8% en 2000. La dette publique s'élève en 1999 à 2210 milliards de dinars algériens (1 USD = 75 DA), soit 70 % du PIB (Tab.1)^{23,25}.

Le défi consistera à mieux focaliser les maigres ressources de l'OMS, qui devraient toutefois être augmentées, sur des opérations d'un bon rapport coût/efficacité pour corriger les effets négatifs de la récession économique des dernières années.

Croissance de la population et transition démographique

Après une phase d'augmentation particulièrement rapide, la croissance de la population algérienne, qui compte actuellement plus de 31 millions d'habitants²⁰, a ralenti depuis une quinzaine d'années. Elle est répartie très inégalement sur le territoire (65 % au nord, 25 % dans les hauts plateaux et 10 % au Sahara), ce qui induit un surcoût des actions sanitaires dans le sud où la population vit dans de petites agglomérations très distantes les unes des autres. La population est de religion musulmane dans sa quasi-totalité. L'Algérie est entrée depuis les années 80 dans une phase de "*transition démographique*" avec une baisse de la mortalité et une baisse notable du nombre de naissances^{11,12,17}. Cette dernière s'explique par le recul de l'âge au mariage des hommes et des femmes, l'amélioration constante du niveau d'instruction des mères et une poursuite de la progression de la prévalence de la contraception, qui atteint 64 % en 2000 chez les femmes en âge de procréer (Tab.1)⁷.

En 2010, la population devrait atteindre 35 millions d'habitants¹³, les catégories adultes (20-59 ans) augmenteront rapidement et y représenteront la majorité des effectifs (57 %), la part des personnes âgées de 60 ans et plus augmentera pour atteindre environ 8 % de la population. La mortalité infantile a connu peu d'amélioration durant les années 90, puisque son taux s'est maintenu au-dessus de 50 pour mille, ce qui devrait être analysé à la lumière de la situation sécuritaire vécue par le pays. La mortalité maternelle, qui a régressé, demeure un sujet de préoccupation (117 pour 100 000 naissances vivantes en 1999), avec d'importantes disparités régionales (50 pour 100.000 naissances vivantes au Nord contre 200 pour 100 000 naissances vivantes au Sud du pays)⁶.

Développement humain et pauvreté

Selon le rapport sur le développement humain (2001) du Programme des Nations Unies pour le Développement, l'Algérie occupe le 100^{ème} rang avec un indice de développement humain (IDH) de 0,693 en 1999²². En 1990, il était de 0,641. L'Algérie est classée au 40^{ème} rang pour l'Indice de Pauvreté humaine (IPH-1), avec une valeur de 23,5 %. Le pourcentage de la population vivant avec moins de US \$1/jour est inférieur à 2 %. La population vivant en dessous du seuil de pauvreté national " supérieur", tel que défini par l'Office national des statistiques, représentait 22,6 % de la population totale (1995), contre 12 % en 1988¹⁶. La pauvreté a augmenté durant la dernière décennie. Les actions de santé devraient être plus attentivement surveillées dans les poches de pauvreté qui s'étendent sur le territoire.

L'analphabétisme, dans la population âgée de 10 ans et plus, a fortement reculé depuis l'indépendance. Il est passé de 75 % en 1966 à 32 % en 1998, mais les disparités selon le sexe sont sensibles, 40 % chez les femmes contre 24 % chez les hommes en 1998¹⁹. Le taux brut de scolarisation des enfants âgés de 6 à 12 ans était de 96 % en 1999. Ainsi, malgré l'augmentation du chômage et la baisse notable du pouvoir d'achat des ménages, les difficultés économiques du pays n'ont pas entraîné un recul des autres indicateurs sociaux majeurs, en raison notamment de la préservation relative des investissements dans ces secteurs (Tab.1).

Tableau 1 : Quelques indicateurs démographiques, socio-économiques et sanitaires

1. Démographie		
- Population (en millions d'habitants)	31,0 (2002)	28,6 (1996)
Sexe (%)		
Hommes	50,6 (2001)	50,6 (1990)
Femmes	49,4 (2001)	49,4 (1990)
- Âge (en %)		
0-19	44,1 (2001)	53,3 (1990)
20-59	49,2 (2001)	40,9 (1990)
60 ans et plus	6,7 (2001)	5,8 (1990)
- Croissance démographique annuelle (%)	1,43 (2000)	2,5 (1990)
- Taux brut de natalité (pour 1000)	19,8 (2000)	31,0 (1990)
- Indice synthétique de fécondité	2,5 (2000)	4,5 (1990)
- Espérance de vie à la naissance (ans)	71,5 (2000)	67,3 (1991)
Hommes	70,3 (2000)	66,9 (1991)
Femmes	72,8 (2000)	67,8 (1991)
2. PIB et dépenses de santé		
- Tendance du PIB (%)	5,5 (1998)	4 (1996)
- PNB/habitant (USD)	1550 (1998)	2880 (1986)
- PIB alloué à la santé (%)	3,6 (1998)	5 (1987)
- Dépenses nationales de santé/habitant (USD)	61 (1998)	150 (1987)
- Dépenses publiques pour la santé (%)	4,7 (1997)	5,6 (1994)
3. Développement et pauvreté		
- Niveaux d'endettement (USD)	28 Milliards	30 Milliards
	(1999)	(1998)
- Indice de développement humain (PNUD)	0,693 (1999)	0,641 (1990)
- Indice de pauvreté humaine (IPH-1, en %)	23,5 (1999)	
- Population vivant en dessous de la pauvreté (%)	< 2 (1999)	
- Analphabétisme (population âgée de 10 ans et plus, en %)	31,9 (1998)	43,6 (1987)
Hommes	23,6 (1998)	30,7 (1987)
Femmes	40,3 (1998)	56,7 (1987)
4. Statistiques sanitaires de base		
- Taux brut de mortalité (pour 1000)	5,46 (2000)	6,00 (1990)
- Taux de mortalité infantile (pour 1000)	51,1 (2000)	56,9 (1990)
- Taux de mortalité maternelle (pour 100 000)	117 (1999)	224 (1989)
- Contraception (prévalence en %)	64 (2000)	56,9 (1995)
- Couverture vaccinale (12-23 mois en %)	87 (2000)	84 (1995)
- Vaccination anti-tétanique des mères (TT2 en %)	54,7 (2000)	52 (1995)

2.2 État sanitaire et conditions de santé

L'Algérie est dans une phase de "transition épidémiologique", caractérisée par une diminution des maladies transmissibles endémiques, des maladies contrôlables par la vaccination et des anthroponozoonoses (Tab.2)^{26, 27, 28}. Depuis le premier cas de SIDA en 1985 jusqu'à ce jour, la prévalence de l'infection par le VIH demeure parmi les plus basses au monde (0,016 pour 100 000 habitants)²⁹. Le plan stratégique national de lutte contre les IST/VIH/SIDA pour la période 2002-2006, élaboré avec l'appui de l'OMS, du FNUAP, de l'UNICEF, du PNUD, de l'OIT et de l'ONUSIDA, préconise le renforcement des mesures d'éducation sanitaire pour les différentes populations spécifiques, la vulgarisation des mesures de protection pour prévenir la transmission sexuelle parmi les jeunes, la poursuite du contrôle des transfusions sanguines en milieu hospitalier, la surveillance épidémiologique sentinelle de seconde génération. Une attention particulière sera apportée à la région de Tamanrasset.

Depuis plus de 30 ans, seuls quelques cas de paludisme sont observés annuellement dans le sud du pays, mais toutes les conditions étant réunies pour une réapparition du parasite, la vigilance sera maintenue par la formation des personnels de santé dans les zones de circulation du parasite et la surveillance épidémiologique. La mise en œuvre de la stratégie DOTS et l'amélioration de la disponibilité des médicaments devraient permettre de maintenir l'incidence de toutes les formes de tuberculose à un niveau relativement bas (59 pour cent mille habitants en 2000).

Les indices de malnutrition progressent légèrement mais demeurent relativement bas. Les enfants de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale représentent 6 % de la population et 1,3 % sont atteints d'insuffisance pondérale sévère, 18 % des enfants souffrent de retard de croissance et 2,8 % sont trop maigres pour leur taille (2000, Tab.2)⁷. L'allaitement au sein exclusif continue de régresser; il était de 16 % chez les enfants de moins de 4 mois, en 2000. Après des années de progression, la fréquence de la consommation du sel iodé par les foyers a sensiblement chuté, puisqu'elle n'était plus que de 69 % en 2000. Globalement, la situation nutritionnelle s'est légèrement dégradée en raison notamment de la réduction du pouvoir d'achat des ménages et du relâchement de certaines activités programmatiques de lutte contre les carences micronutritionnelles et protéino-énergétiques qui devraient être renforcées.

Selon toutes les sources, l'ampleur des *maladies non transmissibles* (hypertension artérielle, diabète, asthme, accidents cérébrovasculaires, traumatismes liés aux accidents de la circulation, cancers, etc.) dépasse celle des maladies transmissibles (Tab.2). Les coûts de leurs traitements sont plus élevés que ceux des maladies contagieuses. En 1990, l'Enquête nationale de santé⁹ révélait que les maladies de l'appareil respiratoire (35,7 %) et de l'appareil digestif (10,8 %) venaient au premier rang de la morbidité ressentie. Les statistiques hospitalières, pour la décennie

écoulée, révèlent que les 5 premières causes de décès à Alger sont les pathologies de l'appareil circulatoire (25 %), les traumatismes et empoisonnements (12 %), les pathologies tumorales (11 %), les pathologies respiratoires (7 %) et les pathologies infectieuses (3 %). On peut estimer à 21 % les décès dus à l'athérosclérose, ce qui la placerait au premier rang des causes de mortalité en Algérie. L'Enquête nationale de santé, programmée avec le soutien de l'OMS pour cet exercice biennal, permettra d'actualiser certaines informations.

Les facteurs de risque communs aux maladies chroniques prévalentes sont le tabac, l'alcool, la malnutrition, l'inactivité physique, l'obésité, l'hypertension artérielle, l'hyperglycémie et les dyslipidémies. Le tabagisme régresse en Algérie tout en demeurant fréquent; en 2002, une taxe sur les cigarettes a été introduite, la loi interdit de fumer dans les espaces fermés ainsi que toute publicité sur le tabac. Des actions de sensibilisation devront être entreprises pour l'application effective des mesures sur le terrain. Des actions d'éducation auprès des jeunes devraient les inciter à éviter de commencer à fumer. L'alcoolisme n'est pas encore un problème de santé publique en Algérie, mais de nombreux indices dans certaines régions du pays, laissent craindre son augmentation rapide au cours des années à venir. Des actions énergiques devraient être prises, notamment par un programme intégré de lutte (type CINDI), pour améliorer l'équilibre nutritionnel des populations, promouvoir une alimentation pauvre en calories, en sucre, en sel, en acides gras saturés et riche en fibres. La sédentarité en milieu urbain, l'usage des moyens de transport et le manque d'activité physique représentent un préjudice important pour la santé de la population adulte. La fréquence de l'obésité, conséquence d'apports énergétiques excessifs par rapport aux dépenses, augmente dans la population et à des âges de plus en plus jeunes.

Tableau 2 : Fréquence de quelques maladies et carences

Maladies	Prévalence (10 ⁵ habitants)	Incidence (10 ⁵ habitants)
	1999	2000
1. Maladies non transmissibles		
- Hypertension artérielle	1360	
- Asthme	802	
- Maladies mentales	460	
- Cardiopathies	423	
- Diabète insulino-dépendant	90	
2. Maladies à transmission hydrique		26,9
3. Tuberculose (toutes formes confondues)		59,3

Maladies	Prévalence (10 ⁵ habitants)	Incidence (10 ⁵ habitants)
	1999	2000
4. Anthropozoonoses		
- Brucellose - Leishmaniose cutanée - Rage humaine		
5. Maladies du PEV		
- Rougeole	5,30	
- Poliomyélite	0 cas	
- Diphtérie	3 cas	
- Coqueluche	32 cas	
- Tétanos néonatal	6 cas	
6. Méningites		14,3
7. Paludisme		1,8
8. SIDA (prévalence en %)	0,016 (2001)	
9. Malnutrition (< 5 ans en %)	2000	
- Retard pondéral	6	
- Retard statural	18	
- Retard staturo-pondéral	2,8	

La santé mentale est aujourd'hui reconnue comme un problème de santé publique, en Algérie. En 1998, la proportion de handicapés mentaux était de 460 pour 100 000 habitants, soit 619 pour 100 000 habitants chez les hommes, et 331 pour 100 000 habitants chez les femmes²⁰. Le suivi des patients à proximité du domicile et la disponibilité des médicaments devraient être améliorés.

Malgré la création récente au Ministère (2000), d'une direction de la communication et des relations publiques, la promotion de modes de vie sains reste insuffisamment développée, notamment en milieu scolaire qui regroupe plus du cinquième de la population.

2.3 Dépenses de santé et financement du secteur de la santé

Malgré une progression des montants absolus, on observe depuis l'instauration du programme d'ajustement structurel (1994), une baisse relative des dépenses nationales de santé, qui sont passées de 4,7 % du PIB en 1993 à 3,6 % en 1998 (Tab.3)^{4,25}. Les dépenses de santé par habitant ont également régressé de 87USD/habitant en 1993 à 61 USD/habitant en 1998. Les sources de financement de la

santé, en 1998, sont l'État (28,4 %), la sécurité sociale (43,6 %) et les ménages et sources privées (28 %). La part des ménages, qui s'est sensiblement accrue par le passé, est appelée à poursuivre sa progression.

Tableau 3 : Evolution des dépenses nationales de santé (1991-1998)
Prix constants de 1991 (unité : millions DA)

Années	1991	1993	1998
Dépenses nationales de santé (DNS)	32 314	40 112	36 189
Etat	10 400	11 872	10 261
Sécurité sociale	16 155	16 110	15 795
Autres (ménages, privées)	5 759	12 130	10 133
DNS/PIB (%)	3,8	4,7	3,6
DNS (millions de DA)	32 314	40 112	36 189
DNS/habitant (en DA)	1 260	1 491	1 227
DNS/habitant (en USD)	68	87	61

(En 1998, 1 USD = 75 DA)

2.4 Système national de santé

Selon le Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 de l'OMS, l'Algérie occupe le 45^{ème} rang en termes de niveau de santé, parmi les 191 Etats Membres du classement. Elle est classée au 81^{ème} rang en matière de performance globale du système de santé²¹.

Le système national de santé est structuré sous forme pyramidale :

- a) *le niveau central* est constitué du Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme hospitalière, des instituts et des agences nationales de santé; ils sont chargés de la conception et de l'orientation de la politique de santé, de la supervision et de l'évaluation de la mise en œuvre des ressources financières, matérielles et humaines;
- b) *le niveau intermédiaire* est constitué de 5 régions sanitaires et de 48 directions départementales (wilayas); les régions sanitaires sont pourvues d'un conseil régional de la santé, organe consultatif, qui a pour mission de développer la coordination intersectorielle, d'assurer la protection, la promotion et la réhabilitation de la santé de la population relevant de sa compétence; les Directions de la Santé et de la Population de wilaya sont chargées de l'organisation des structures de santé et de la coordination de la mise en œuvre locale de la politique sanitaire;

- c) *le niveau périphérique*, formé de 185 secteurs sanitaires, qui représentent l'ensemble des structures publiques de prévention, de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et de réadaptation médicale; ils ont pour mission de prendre en charge les besoins sanitaires de la population; le secteur sanitaire est composé d'une direction du secteur sanitaire, d'un hôpital - comprenant au minimum les services de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie, de médecine, de chirurgie, d'épidémiologie et de médecine préventive - de polycliniques chacune coiffant un réseau de centres de santé et de salles de soins.

Infrastructures sanitaires

Les infrastructures sanitaires^{30, 31, 32, 33} sont réparties en quatre catégories. Les infrastructures publiques hospitalières, représentées par 13 centres hospitalo-universitaires, 32 établissements hospitaliers spécialisés, 185 secteurs sanitaires avec une capacité totale de 52 000 lits. Les infrastructures extrahospitalières comptent 460 polycliniques, 1110 centres de santé, 3600 salles de soins, 390 maternités autonomes, 4200 officines pharmaceutiques, 120 centres de transfusion sanguine, 43 laboratoires d'hygiène de wilaya et 814 unités de dépistage scolaire. Les centres médico-sociaux, au nombre de 504, sont rattachés aux diverses administrations et entreprises. Les militaires disposent de structures hospitalières spécifiques. En 1999, on comptait 2 lits d'hôpitaux pour 1000 habitants, 1 polyclinique pour 66 000 habitants, 1 centre de santé pour 26 000 habitants, 1 salle de soins pour 7000 habitants, 1 agence pharmaceutique pour 7000 habitants.

L'Algérie recèle des ressources humaines^{30, 31, 32, 33} relativement importantes, puisqu'on dénombre, 31 130 médecins en exercice dont 9706 exerçant dans le privé, 8086 chirurgiens dentistes dont 3049 dans le privé, 4600 pharmaciens dont 4305 dans le secteur privé. Les taux de couverture en personnel médical et paramédical sont de 1 médecin pour 1000 habitants, 1 chirurgien dentiste pour 4000 habitants, 1 pharmacien pour 6500 habitants, 1 infirmier diplômé d'État pour 650 habitants, 1 infirmier breveté pour 900 habitants, 1 aide-soignant pour 2500 habitants.

Malgré l'émergence du privé, le secteur public demeure largement prédominant à tous les niveaux de soins et dans toutes les wilayas du pays. Le secteur privé, qui est demeuré au niveau individuel comme les cabinets médicaux, les cabinets dentaires ou les centres de radiologie (194), les officines ou les laboratoires d'analyses médicales (161 laboratoires), pendant des années, se développe rapidement depuis l'agrément des cliniques et tout récemment des hôpitaux. En dehors du secteur militaire, les secteurs parapublic ou caritatif ont une influence négligeable, en raison de leur nombre réduit. Les infrastructures existantes comme les ressources humaines posent plus des questions de répartition et de qualité des actes dispensés que d'effectifs proprement dits.

Sur le plan des institutions, de la disponibilité des ressources humaines et de l'expertise, l'Algérie offrent d'incontestables opportunités pour développer ou renforcer la coopération technique entre les pays en développement et aider l'Organisation; parmi les institutions, on peut citer :

- l'Institut Pasteur d'Algérie chargé de la production et de la commercialisation des vaccins et des produits biologiques, des laboratoires de références de santé publique; il réalise pour l'OMS des expertises virologiques, la surveillance et la formation à la résistance aux antituberculeux, la surveillance de la résistance des germes aux antibiotiques;
- le Laboratoire national de Contrôle des Produits pharmaceutiques, qui est un centre collaborateur de l'OMS pour l'expertise et la formation;
- le Centre national de Pharmacovigilance et matériovigilance, qui collabore avec l'OMS à la formation à la prescription rationnelle des médicaments;
- le Centre national de Toxicologie;
- l'Agence nationale du Sang, qui collabore à la télé-formation des personnels des centres de transfusion sanguine avec le Bureau régional;
- l'Agence nationale de Documentation de la Santé chargée, entre autres, du réseau "Intranet Santé", qui relie entre elles l'ensemble des structures de santé;
- l'Institut national de Santé publique avec cinq Observatoires régionaux de santé chargés de la programmation sanitaire et de la formation en santé publique; il est appelé à collaborer avec le Bureau régional dans le cadre de l'utilisation de la famille des classifications internationales;
- l'Ecole nationale d'Administration qui forme annuellement les directeurs d'administration sanitaire pour les diverses structures de santé;
- l'Ecole nationale de Santé publique est chargée de la formation spécifique des gestionnaires des structures sanitaires; elle collabore avec le Bureau régional pour la réalisation d'un cours sur la gestion de ressources humaines et dispose de capacités pour établir un observatoire des réformes du système de santé en Afrique.

Un institut pédagogique national de formation paramédicale ainsi que 43 écoles paramédicales dispensent des formations dans toutes les spécialités paramédicales, selon les besoins. À côté de l'aide-soignant, trois grades y sont formés, l'infirmier breveté, l'infirmier diplômé d'État et le professeur d'enseignement paramédical. Les formations en psychologie et en orthophonie sont assurées au sein des universités.

Dix facultés de médecine forment, plus de 3000 médecins, pharmaciens et dentistes chaque année, 300 spécialistes dans la totalité des filières majeures et le personnel de rang magistral.

Le volume financier du marché du médicament en Algérie varie entre US \$400 et US \$500 millions par an. La prescription des génériques reste très peu fréquente. La quantité de médicaments essentiels produits localement, notamment par l'entreprise SAIDAL, encore insuffisante mais devrait s'accroître progressivement. Depuis 1990, plusieurs distributeurs et grossistes répartiteurs privés sont apparus sur le marché du médicament, à côté des entreprises commerciales publiques chargées des opérations d'importation et de commercialisation comme DIGROMED, ENDIMED, SIMEDESAL. La Pharmacie centrale des hôpitaux est chargée des approvisionnements en médicaments et consommables des structures sanitaires publiques. Des efforts devraient être poursuivis pour permettre l'approvisionnement régulier en médicaments essentiels génériques et de bonne qualité.

Il existe d'incontestables potentialités susceptibles de servir comme expertise ou pour les formations de nombreux pays francophones, d'autant que les coûts sont sensiblement inférieurs à ceux pratiqués en Europe ou en Amérique. De même, certains articles médicaux, consommables, médicaments et vaccins produits localement sont de bonne qualité et moins onéreux que dans les pays développés.

La violence terroriste, durant toute la décennie écoulée, a été à l'origine de souffrances, d'assassinats, de disparitions ou encore de départs vers l'étranger des personnels de santé, de la mise hors service de centaines de structures de santé notamment en zones rurales, de désorganisation des services. À ces actions, se sont ajoutées les conséquences de la crise économique, avec ce qu'elles comportent de réduction de ressources financières pour le secteur. Une étude sur le terrain du département EHA (Siège) relève les défaillances majeures induites sur le système de santé comme certaines pénuries de vaccins, de médicaments essentiels ou de consommables. En dépit de la durée et de l'intensité extrême de cette violence, le système de santé a tout de même maintenu voire amélioré les principaux indicateurs sanitaires. La leçon apprise est l'intérêt de la surveillance constante de la situation, la nécessaire ré-orientation des ressources vers les besoins essentiels et importants (prévention, vaccins, soins de santé de base) et de la mobilisation des personnels de santé.

Pour l'avenir immédiat, les activités terroristes ne sont plus une contrainte importante pour le système de santé, en raison de la baisse de fréquence et de la gravité des actions. Cependant, la barbarie et la sauvagerie de certains actes auront des répercussions psychiques à plus long terme sur les populations exposées et sur les personnels de santé non préparés.

Perspectives de la politique nationale de santé

Actuellement, le système national de santé dispose d'atouts importants avec, en termes d'infrastructures légères, une couverture géographique relativement homogène permettant un accès de proximité satisfaisant. Le pays dispose également d'un réseau hospitalier avec un nombre de lits supérieur à la demande, un potentiel global en personnel médical et paramédical important quoique mal réparti, des programmes de prévention des maladies transmissibles et de maîtrise de la croissance démographique, dont l'impact bénéfique sur l'état sanitaire de la population a permis d'améliorer la plupart des indicateurs sanitaires. Cependant, ces points positifs ne peuvent pas masquer les différentes contraintes et insuffisances que connaît le système de santé et qui risquent de remettre en cause deux principes fondamentaux que sont l'accessibilité et l'équité. Ainsi, le système de santé connaît un certain nombre de faiblesses qui se traduisent par :

- a) *Une grave désorganisation des services sanitaires* : En effet, malgré leur nombre, les structures publiques de santé ne répondent que partiellement à la demande en soins et ne permettent plus une prise en charge hiérarchisée des soins. Les régions du sud du pays connaissent une faiblesse notable de la couverture en médecins spécialistes. Dans de nombreuses wilayas, la prise en charge des pathologies courantes est mal assurée par les services de santé. Cette situation a été, ces dernières années, aggravée par le départ de nombreux spécialistes vers un secteur privé en pleine expansion et dont les conditions d'intégration dans le système de santé ne sont pas clairement définies.
- b) *Des problèmes de financement et de gestion* : Les moyens financiers du secteur public ont stagné en valeur constante, alors que la population et les besoins sanitaires ont augmenté. Au manque de moyens s'ajoutent les problèmes liés au vieillissement des équipements et des infrastructures. L'inadaptation des modalités de financement se reflète dans l'augmentation de la contribution directe des ménages aux dépenses de santé. Cette situation limite l'accès aux soins pour de larges couches de la population.
- c) *La démobilitation des professionnels de la santé* : La détérioration des conditions de travail est aggravée par les effets négatifs de la réglementation actuelle sur les statuts des personnels. Ces facteurs expliquent l'insatisfaction actuelle aussi bien des usagers que celle des professionnels du secteur public. Cette accumulation de problèmes et les défis de la prochaine décennie rendent nécessaire la mise en œuvre d'une politique de santé plus cohérente, susceptible de mieux répondre aux exigences de la situation.

Sur la base de ces analyses, les autorités nationales ont formulé les objectifs, les axes stratégiques et les actions à entreprendre à court, moyen et long termes en vue du développement du système national de santé. Pour les dix prochaines années, la

santé constituera une priorité dans le développement économique, social et culturel du pays. Les objectifs fondamentaux du système national de santé sont : i) assurer l'équité en matière de droit à la santé; ii) permettre à tous les citoyens l'accès aux soins préventifs et curatifs essentiels; iii) stabiliser le système de santé et d'améliorer ses performances.

La concrétisation de ces objectifs nécessite le déploiement de stratégies pertinentes, appuyées par des textes législatifs et réglementaires actualisés, dans les domaines suivants :

- la réforme de l'organisation et la gestion du système de santé;
- la pérennité du financement de la santé;
- les statuts des personnels de santé;
- la formation médicale;
- l'organisation d'un système fiable d'information sanitaire;
- la programmation sanitaire ciblée;
- les médicaments et les équipements médicaux essentiels;
- la recherche en sciences de la santé;
- la communication et la participation de la population;
- l'éthique et la déontologie.

En résumé, le système national de santé, qui est satisfaisant du point de vue quantitatif, ne répond pas à la demande et son efficacité est faible. Des défis sont identifiés, qui consistent, sur la base de données factuelles, à :

- optimiser la répartition spatiale des structures et des ressources;
- proposer un système de financement socialement acceptable notamment pour les couches démunies;
- améliorer la gestion des structures de santé et des personnels et des moyens.

La présence simultanée de certaines maladies transmissibles et la forte présence des pathologies liées au développement posent des difficultés d'orientation des ressources financières. Devant la modestie des ressources mobilisables par l'OMS et la complexité du problème, le défi consistera à mieux répondre aux priorités, en se limitant à un nombre réduit de domaines d'intervention.

3 ASSISTANCE AU DÉVELOPPEMENT

La quasi-totalité des actions sanitaires sont réalisées sur des ressources nationales propres et l'assistance au développement est d'un volume global très modeste. Le niveau de l'aide reçue ne compense même pas l'exode des cadres hautement qualifiés du secteur de la santé. Cet exode vers les pays développés concerne de nombreuses spécialités (médicales, chirurgicales, radiologie, santé publique, psychiatrie) et tous les niveaux de formation (infirmiers, kinésithérapeutes, réanimateurs, etc.).

Les rares organisations non gouvernementales internationales présentes ont un rôle tout à fait marginal. Les institutions du système des Nations Unies, notamment celles participant au groupe de développement des Nations Unies, sont les acteurs principaux de cette modeste assistance. Il s'agit par ordre alphabétique du BIT, de la FAO, du FNUAP, du HCR, de l'OMS, de l'ONUDI, du PAM, du PNUD, de l'UNICEF. La Banque mondiale a mis en place un bureau de représentation en janvier 2002. Le HCR et le PAM interviennent exclusivement dans le domaine de l'assistance aux réfugiés. L'information sur l'assistance bilatérale n'est pas documentée mais les informations verbales recueillies confirment leur faible volume. C'est pourquoi, l'analyse de l'assistance au niveau du pays se limite au système des Nations Unies. Certaines agences interviennent dans le secteur de la santé. L'UNICEF, le FNUAP, le PNUD et l'OMS apportent leur appui à des programmes nationaux et contribuent aux réformes du système de santé. Pour l'année 2000, sur un montant total de US \$5,837 millions, US \$1,361 million (23,3 %) étaient consacrés au secteur de la santé. Le financement en fonds provenant d'autres sources des programmes de santé est très réduit, en moyenne 10 % du budget ordinaire et provient de donateurs institutionnels.

3.1 Programme de coopération avec les agences des Nations Unies

Le programme de coopération du **FNUAP** avec le pays repose sur deux volets :
i) population et stratégie de développement; ii) santé reproductive. Les partenaires du FNUAP sont le Ministère de la Santé et de la Population, l'Office national des Statistiques, divers instituts de recherche et organisations non gouvernementales. Dans le domaine sanitaire, les axes d'intervention du FNUAP sont : i) l'amélioration de l'accès à des services de planification familiale de qualité; ii) le développement des comportements sains chez les jeunes, notamment en milieu scolaire; iii) le développement de plans régionaux de population. La stratégie de coopération combine un appui au niveau central (normes et formation) et la promotion de projets

régionaux et locaux. En 2000, le FNUAP a consacré 75 % de son budget au secteur de la santé (soit US \$475 000). Le cycle de programmation du FNUAP est quinquennal (2002-2006).

L'**UNICEF** axe son programme de coopération sur l'appui aux programmes nationaux de santé, de nutrition, d'éducation, de protection de l'enfant et la promotion de programmes locaux communautaires intégrés. Sur le plan sanitaire, dans le domaine des vaccinations, de la nutrition et de la mortalité maternelle, et au plan de la protection de l'enfant, la réhabilitation des enfants traumatisés par la violence liée au terrorisme. La promotion des programmes locaux, développés dans des zones pilotes au sud, couvre la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, le développement de la petite enfance, la lutte contre la mortalité maternelle et infantile. Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière figure parmi ses partenaires nationaux principaux. En 2000, l'UNICEF a consacré 40 % de son budget au secteur de la santé (soit US \$330 000). Le cycle de programmation actuel de l'UNICEF couvre une période quinquennale (2002-2006).

Le **PNUD**² cible trois domaines, à savoir les réformes économiques, la lutte contre la pauvreté et l'environnement. L'agence intervient dans le secteur de la santé en apportant son assistance au programme national "Route transsaharienne" qui vise à mettre en place des sites sentinelles de contrôle et de surveillance épidémiologique. Elle intervient aussi dans le programme de développement communautaire de la commune de Timimoun (sud du pays). Il s'agit d'un projet de développement local intégré. En 2000, le PNUD a consacré 5 % de son budget (soit US \$60 000) à la santé. Le cycle de programmation du PNUD est quinquennal (2002-2006).

L'**OMS** a apporté son concours aux agences sur certaines questions de santé et particulièrement le bioterrorisme, la santé des personnels des Nations Unies en Algérie (voyages internationaux et santé), les mises au point sur la situation sanitaire en Algérie et la protection contre le VIH/SIDA.

3.2 Mécanismes de coordination

La coordination entre les organisations, programmes, fonds et institutions du système des Nations Unies, siégeant en majorité à la "Maison des Nations Unies", est assurée par le Coordonnateur résident. La coordination avec le Gouvernement est assurée par le Ministère des Affaires étrangères. Cependant, les institutions spécialisées travaillent directement avec leur partenaire privilégié, exemple : l'OMS avec le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière (MSPRH).

Actuellement, le Groupe thématique ONUSIDA²⁹ est le plus opérationnel. Il regroupe cinq agences, l'OMS, le FNUAP, l'UNICEF, le PNUD et récemment le BIT. L'objectif du groupe est d'apporter un soutien à la mise en œuvre du programme national de lutte contre les IST/VIH/SIDA arrêté par les autorités gouvernementales et aux activités des ONG engagées dans cette lutte. En 2000, le groupe a contribué aux projets : i) information, éducation et communication auprès des jeunes; ii) renforcement de la prévention dans le milieu des jeunes; iii) amélioration de la prise en charge thérapeutique des cas de VIH/ SIDA. Le Groupe thématique ONUSIDA est intervenu également dans l'évaluation du programme et a appuyé le processus de planification stratégique nationale. Les activités du Groupe thématique "Santé et Population " sont en cours de dynamisation. Le Groupe thématique "Genre", crée en 2002, est en phase de planification des activités.

Le Groupe thématique CCA/UNDAF⁵ a permis la mise en œuvre du processus de préparation et de rédaction du document "Evaluation conjointe de pays" (CCA) et le "Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement 2002-2006", qui ont été des exercices utiles de coordination. La CCA, actualisée en 2000, a permis d'analyser l'état de développement du pays et d'identifier les questions clés susceptibles d'être le point de départ des activités de plaidoyer et de préparer l'UNDAF. Les mécanismes de coordination ont été approfondis en 2001, avec l'exercice UNDAF, qui a permis de planifier les activités de développement du système des Nations Unies, sous la responsabilité du Coordonnateur résident, prenant en compte les objectifs et les stratégies communs de coopération. Ce document a été récemment approuvé.

L'assistance au développement, toutes sources confondues, a été jusqu'à ces dernières années, d'un apport plus que modeste. Le MSPRH veille à l'affectation des ressources. Les difficultés économiques supportées depuis plus d'une décennie par les ménages, les violences et les destructions terroristes subies laissent paraître que les mesures correctrices prises (ré-orientation des ressources, solidarité nationale) ont atteint leurs limites et de nouvelles stratégies d'aide et de mobilisation de ressources devraient être mises en œuvre par les partenaires de l'Algérie pour contrer toute dégradation de la situation sanitaire. Des mécanismes de coordination plus performants amélioreraient l'efficacité de l'aide collectée.

4 PROGRAMME ACTUEL DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC L'ALGÉRIE

4.1 Représentation de l'OMS en Algérie

Le 5 juillet 1962, l'Algérie recouvre son indépendance. Le 8 novembre 1962, après signature de l'accord de base, l'OMS est parmi les premières représentations à s'y établir. Elle compte alors parmi les États Membres de la Région européenne. Suite à sa demande, elle devient membre de la Région africaine (1984). Le niveau de la représentation en Algérie a varié avec le temps :

- de 1962 à 1976, le Représentant était expatrié;
- de 1977 à 1993, un conseiller du Ministre était chargé des relations avec l'OMS, le PNUD était l'agence d'exécution; l'accord de base est alors tombé en désuétude;
- de 1994 à ce jour, un officier de liaison national dirige le bureau pays.

L'autonomie de gestion administrative liée à ce dernier statut a imposé la reconstitution des capacités gestionnaires du bureau, après plus de quinze années de gestion déléguée au PNUD. Il a fallu reprendre la gestion courante des ressources du bureau, recruter et former une équipe compétente et recréer la mémoire locale de l'institution. En 2002, les moyens de gestion sont satisfaisants et des formations complémentaires spécifiques armeraient mieux les personnels du bureau. Cette augmentation d'effectifs a permis une meilleure consommation des budgets.

Le siège du bureau de liaison est situé dans l'enceinte de l'Institut national de Santé publique. Le personnel de l'OMS qui n'était composé que de l'Officier de liaison, d'une secrétaire et d'un chauffeur en 1998, compte en 2002 une dizaine de personnes, dont 3 professionnels : l'Officier de liaison, le chargé d'information et un épidémiologiste¹⁰. Le reste de l'équipe fait partie des services généraux. Toutes ces personnes se partagent 6 bureaux dans des locaux exigus. La disponibilité de locaux suffisants permettrait de mobiliser plus de ressources humaines autour des principaux projets sanitaires et de mobiliser plus de fonds extrabudgétaires.

L'équipe est chargée de préparer les documents de planification prévus par l'OMS, de mettre en œuvre et de suivre les programmes de coopération et d'en faire l'évaluation périodique. Les actions sont menées en étroite collaboration avec les partenaires nationaux ou des Nations Unies. Toutes les relations officielles avec le Gouvernement passent par le Chef de Cabinet du Ministre, ce qui permet une meilleure coordination des actions; les relations techniques se font directement avec les structures

opérationnelles en informant le Cabinet. Des réunions avec les principaux cadres centraux ou des responsables des structures sous tutelle se tiennent : i) périodiquement pour les processus institutionnels comme la préparation des programmes, le suivi semi-annuel, l'évaluation à mi-parcours ou l'évaluation finale; ii) à la demande des parties comme pour préparer la SCP, proposer une organisation pour réduire le risque toxique ou préparer un programme intégré de lutte contre les maladies non transmissibles, entre autres exemples; iii) à l'occasion de certains événements (journées mondiales, ateliers, séminaires, etc.).

4.2 Ressources budgétaires

Depuis 1996, le budget de l'OMS pour l'Algérie s'est accru grâce à l'apport quasi-exclusif du Bureau régional, tandis que les fonds provenant d'autres sources demeurent insignifiants (Tab.4)^{8,16}.

Tableau 4 : Evolution des ressources budgétaires durant les quatre derniers exercices biennaux de coopération entre l'Algérie et l'OMS

Exercices biennaux	2002-2003	2000-2001	1998-1999	1996-1997
Budget ordinaire	1 870 000	1 820 000	1 510 000	1 240 000
Fonds provenant d'autres sources	70 000	165 000	112 000	--
Total	1 940 000	2 114 000	1 622 000	1 240 000

Le budget ordinaire pour l'exercice biennal 2002-2003 est de US \$1 870 000 dont 80 % sont alloués aux différents programmes de coopération prioritaires retenus par le pays, et 20 % sont consacrés aux activités du bureau. Les fonds provenant d'autres sources sont modestes et transférés du Bureau régional ou du Siège de l'OMS au cours de la période biennale sur requête du bureau. Ainsi, lors de l'exercice biennal 2000-2001, US \$96 000 ont été transférés du Bureau régional pour le soutien au programme de sécurité du sang, à la lutte anti-tabac et contre le paludisme, et US \$69 000 ont été transférés du Siège pour la recherche sur les maladies tropicales (TDR) et un projet de formation en conseil (violence). Au regard de la situation économique et sanitaire ainsi que des pertes occasionnées par le terrorisme, des ressources budgétaires plus conséquentes permettraient de mieux satisfaire les demandes des populations.

4.3 Domaines d'intervention

L'action de l'OMS dans le pays répond à des objectifs fixés conjointement avec les autorités sanitaires. De ce fait, l'apport de l'Organisation favorise la réalisation des objectifs prioritaires de santé publique du Gouvernement, compte tenu des priorités

mondiales. Les domaines d'intervention prioritaires retenus sont au nombre de 14 en 2002-2003, ce sont : urgences et actions humanitaires, les bases factuelles à l'appui de la politique de santé, santé des femmes, salubrité des aliments, surveillance des maladies transmissibles, approche intégrée de surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles, tabac, promotion de la santé, prévention des incapacités et des traumatismes et réadaptation, santé mentale et toxicomanie, médicaments essentiels, sécurité sanguine et technologie clinique, organisation des services de santé.

On note une certaine continuité dans le choix des domaines d'intervention durant les six dernières années. Les domaines retenus étaient au nombre de 13 pour 1998-1999, 12 pour 2000-2001 et 14 pour 2002-2003¹⁶. L'analyse des différentes fonctions montre que l'apport de l'OMS concerne surtout l'appui au développement et le renforcement de la gestion des programmes (outils, approches, stratégies d'intervention, etc.), la dissémination d'information et de normes et le plaidoyer, l'appui à la surveillance et l'évaluation de la mise en œuvre des stratégies et politiques nationales, et moins fréquemment les avis et conseils sur les politiques et stratégies nationales, le partenariat ou l'appui direct à l'exécution des activités programmées par les autorités nationales. Une originalité de la coopération avec l'Algérie concerne l'appui incontestable du pays aux actions de l'OMS dans la Région. De réelles possibilités existent dans le domaine des ressources humaines, dans l'expertise et les services. Les domaines susceptibles d'être concernés sont la formation médicale et paramédicale, la santé publique, le médicament, la sécurité sanguine, la programmation et la planification sanitaires, le VIH/SIDA, la tuberculose.

4.4 Forces et faiblesses de la coopération

Le bureau de l'OMS est confronté à des contraintes qui entravent la réalisation des objectifs et sont à l'origine de faiblesses de la coopération, comme l'insuffisance des structures et de moyens notamment provenant d'autres sources. Le personnel du bureau, qui est nouveau dans sa totalité, a une formation insuffisante aux procédures et techniques administratives et financières de l'Organisation. En outre, les partenaires nationaux ont également une connaissance insuffisante des procédures et du processus gestionnaire complexe de l'Organisation. Au cours des derniers exercices biennaux, de nombreux changements ont affecté les structures des deux niveaux de l'Organisation, avec une instabilité des personnes, des modifications des procédures, des formulaires et canevas. Le suivi des modifications implique que le personnel consacre trop de temps à des questions bureaucratiques, au détriment des projets. Faute de bibliothèque, le bureau ne dispose pas de suffisamment de documents utiles pour les partenaires et n'a pas d'attitude pro-active dans le domaine, ce qui entrave son rôle de chef de file et retarde parfois les actions.

Avant tout, il est essentiel de noter que les autorités politiques et sanitaires nationales adhèrent fortement aux politiques et orientations stratégiques de l'OMS et qu'elles les partagent. On note une grande disponibilité des structures institutionnelles et techniques. Les forces du bureau se caractérisent par : i) des capacités à réagir rapidement aux sollicitations du Gouvernement; ii) l'étroite collaboration avec les partenaires nationaux et internationaux; iii) la reconnaissance par le MSPRH et les partenaires comme référence privilégiée dans le domaine de la santé.

Les expertises sont sollicitées par le bureau pays soit auprès de l'Organisation (Bureau régional ou Siège), soit auprès d'experts nationaux. À titre d'illustration, durant l'exercice biennal 2000-2001, les deux niveaux de l'Organisation ont répondu aux requêtes nationales à plusieurs reprises en fournissant des experts notamment pour l'assurance de la qualité dans les laboratoires, la prise en charge sanitaire de la violence, le programme élargi de vaccination, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, la politique des médicaments essentiels, la sécurité transfusionnelle, la santé reproductive, la pathologie tropicale, le SIDA, le paludisme, la tuberculose et la lèpre. Etant donné l'abondance et la qualité de l'expertise au niveau de l'université ou des autres secteurs, certaines requêtes sont satisfaites par la mobilisation sous forme contractuelle des compétences existantes, la souplesse de l'opération étant accrue par la délégation d'autorité octroyée le Directeur régional.

La participation algérienne aux diverses manifestations organisées par le Bureau régional s'est fortement accrue ces dernières années. Les politiques, stratégies, méthodes et instruments préconisés par l'Organisation sont de mieux en mieux maîtrisés par les responsables de santé et présents dans le domaine de lutte contre la mortalité, de la réduction des facteurs de risque, du renforcement de la performance du système de santé. De nombreux responsables et personnels de santé algériens ont bénéficié d'une formation dans le cadre de l'économie de la santé, des divers programmes de santé, de l'assurance de la qualité dans les laboratoires, de la lutte contre le SIDA, le paludisme, la sécurité chimique, la santé mentale, la politique des médicaments essentiels, la nutrition, la surveillance épidémiologiques.

Des expertises ont été réalisées par les spécialistes algériens dans divers pays et pour l'Organisation dans le domaine des ressources humaines, de la formation continue, de la sécurité transfusionnelle, de la politique des médicaments essentiels, des carences nutritionnelles, des maladies transmissibles et non transmissibles. Divers personnels de santé des pays de la Région africaine ont bénéficié de plusieurs formations gratuites en Algérie dans les domaines de la gestion des ressources humaines, de l'épidémiologie et des biostatistiques, de la radioprotection, de la santé au travail, de l'oncologie. Des boursiers de l'Organisation ont bénéficié de formation supérieure en Algérie (pneumo-phtisiologie, néphrologie, médecine du travail).

Les principaux défis consistent à : i) alléger les procédures administratives; ii) accroître les ressources du bureau pays; iii) participer plus activement aux opérations de développement sanitaire du pays.

L'espace maghrébin, pour des questions géographiques, ethniques, historiques, linguistiques, religieuses, de développement sanitaire et politique, est une zone de coopération privilégiée. Si le paludisme n'y est plus un problème de santé publique, c'est grâce à l'application coordonnées (Tanger, Maroc, 1966) par les trois pays de la stratégie de lutte préconisée par l'OMS. L'initiative maghrébine de lutte contre la tuberculose (MATCI), la coordination maghrébine du PEV ou de la santé scolaire, la formation aux comptes nationaux de santé, le contrôle de qualité dans les laboratoires, parmi d'autres exemples, ont permis de tester à plusieurs occasions les mécanismes de coopération inter-régionales de l'OMS, facteur de motivation réciproque.

L'avantage comparé de l'OMS en Algérie par rapport aux autres institutions des Nations Unies est sa maîtrise de la lutte contre la maladie, du contrôle des facteurs de risque, de l'information sanitaire et de la surveillance épidémiologique. Par rapport à l'État, les ressources sont modestes mais l'OMS est susceptible de fournir un appoint utile, une réflexion objective sur les priorités et certaines solutions objectives aux questions de santé sans être accaparée par les opérations quotidiennes. Les analyses périodiques de la situation et de la réponse permettent des mises à jour actualisées et des appréciations des tendances, qui aident les cadres du MSPRH à mieux appréhender la situation et à préparer ou corriger les programmes.

5 CADRE DE POLITIQUE INSTITUTIONNELLE DE L'OMS : ORIENTATIONS STRATÉGIQUES MONDIALE ET RÉGIONALE

L'OMS a engagé d'importantes réformes dans sa façon de travailler dans le but de mieux appuyer les États Membres de l'Organisation en vue de relever les principaux défis de la santé et du développement. Ce processus de changement organisationnel inclut la Stratégie institutionnelle de l'OMS¹⁴, qui sert de cadre global pour son travail.

5.1 But et mission de l'OMS

La mission de l'Organisation mondiale de la Santé reste la même, à savoir : "amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible" (Article 1 de la Constitution de l'OMS). Dans ce contexte, l'Organisation vise le renforcement de son autorité technique, intellectuelle, politique en matière de santé, ainsi que sa gestion et sa capacité de réponse aux besoins des États Membres.

5.2 Nouvelles méthodes de travail¹⁵

La stratégie institutionnelle met l'accent sur les réponses suivantes de l'OMS au changement de l'environnement international :

- privilégier une approche plus large de la santé dans le contexte du développement humain durable, et centrer en particulier son attention sur les liens entre la santé et la pauvreté;
- s'impliquer davantage dans l'adoption de consensus nationaux et internationaux sur les politiques, stratégies et normes de santé;
- susciter des actions plus efficaces pour améliorer la santé et réduire les inégalités en négociant des partenariats appropriés;
- créer une culture institutionnelle propice à une pensée stratégique, à une action rapide, à l'établissement de réseaux productifs et à l'innovation.

5.3 Orientations stratégiques¹⁴

Sur la base des nouvelles méthodes de travail mentionnées ci-dessus, l'OMS a mis au point quatre orientations stratégiques pour atteindre ses objectifs et combattre les maladies.

Ces orientations stratégiques, qui sont inter-dépendantes, fournissent un cadre global pour le travail technique du Secrétariat, à savoir :

- réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités, surtout pour les populations pauvres et marginalisées;
- promouvoir des modes de vie sains et réduire les facteurs de risque pour la santé liés à l'environnement, au contexte économique et social et aux comportements;
- mettre en place des systèmes de santé qui améliorent les résultats sanitaires de manière équitable, répondent aux attentes légitimes de la population et qui soient financièrement équitables;
- concevoir une politique de base et créer un cadre institutionnel dans le secteur de la santé et faire en sorte que les questions de santé soient dûment prises en compte dans les politiques sociales, économiques et en matière d'environnement et de développement.

5.4 Fonctions essentielles

La typologie des fonctions essentielles de l'OMS, décrite ci-dessous, est basée sur les avantages comparatifs de l'Organisation à tous les niveaux, à savoir :

- éfinir une politique et une action de sensibilisation cohérente conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes;
- gérer l'information en évaluant les tendances et en comparant les résultats;
- se faire l'agent du changement par un appui technique et théorique, de façon à stimuler l'action et la coopération et à renforcer durablement les capacités nationales et interpays;
- négocier des partenariats nationaux et mondiaux, et les soutenir;
- fixer et valider les normes et critères, les appliquer et en surveiller l'application;
- encourager la mise au point et l'essai de technologies, d'outils et de principes directeurs nouveaux en matière de lutte contre la maladie, de réduction des risques, de gestion des soins de santé et de prestation de services.

5.5 Priorités mondiale et régionales¹⁵

Compte tenu de l'existence de ressources limitées, de l'immensité des besoins et de la nécessité de rendre ses interventions plus efficaces, l'Organisation a sélectionné un nombre limité de priorités à moyen terme.

Les priorités globales actuelles sélectionnées sur la base de critères clairs sont : paludisme; VIH/SIDA et tuberculose; santé maternelle; santé mentale; tabagisme; maladies non transmissibles; salubrité des aliments; systèmes de santé; et santé et environnement.

La Région africaine de l'OMS fait face à de grands défis de santé, avec les indicateurs de santé les plus pauvres de toutes les Régions de l'Organisation. Ainsi, la Région africaine a sélectionné 12 domaines pour son intervention. Il s'agit de : paludisme; VIH/SIDA et tuberculose; santé de l'enfant et de l'adolescent; santé maternelle; santé mentale; promotion de la santé; renforcement des systèmes de santé; maladies non transmissibles courantes (par exemple cancer, maladies cardiovasculaires, diabète et maladies respiratoires chroniques); sécurité transfusionnelle; pauvreté et santé; préparation et réponse aux épidémies et aux situations d'urgences complexes.

De plus, le présent cadre stratégique s'efforcera d'intensifier les efforts déjà déployés pour l'élimination stratégique et l'éradication des maladies. Les maladies ciblées pour élimination comprennent la lèpre, la filariose lymphatique et le tétanos néonatal tandis que la dracunculose et la poliomyélite ont été ciblées pour éradication.

5.6 Rendre l'OMS plus efficace au niveau de pays

Une typologie opérationnelle des fonctions spécifiques de l'OMS au niveau du pays a été développée sur la base des fonctions plus élargies décrites plus haut.

Ces fonctions spécifiques au niveau pays sont :

- F1 : Appui à la mise en œuvre des activités de routine à long terme.
- F2 : Accélération de l'adoption de stratégies et d'innovations techniques; adaptation des directives selon les spécificités du pays; démarrage de la mise en œuvre à grande échelle.
- F3 : Appui à la recherche et développement; expérimentation de la politique; élaboration de directives, stimulation du suivi de la performance de la santé et du secteur santé; évolution et anticipation des tendances.
- F4 : Partage de l'information : options et positions génériques de politiques, directives et normes, études de cas de bonnes pratiques; plaidoyer.

F5 : Fourniture de conseils spécifiques en matière de politique et d'avis techniques de haut niveau; rôle d'intermédiaire et d'arbitre; influence sur la politique, l'action et les dépenses du Gouvernement et des partenaires au développement.

Au niveau du pays, l'OMS sera davantage un conseiller, un agent catalyseur, et ne s'impliquera dans des activités de routine que dans des cas bien spécifiques et limités dans le temps.

6 AGENDA STRATÉGIQUE

La période couverte par le plan stratégique pour la coopération a été fixée par l'équipe pour une période de quatre ans de 2002-2005. Cette période a l'avantage de coïncider avec la période du Programme général de Travail de l'OMS et avec l'échéance fixée par le Gouvernement pour son plan à moyen terme.

La complexité d'une transition démographique et épidémiologique, le défaut d'efficacité du système de santé, les ressources limitées de l'Organisation et le souci d'améliorer l'impact des actions soulignent l'intérêt à limiter les choix pour améliorer l'impact de la coopération. Les domaines stratégiques d'intervention de l'OMS ont été sélectionnés selon : i) la pertinence du domaine par rapport aux besoins et défis du pays en matière de développement sanitaire; ii) la pertinence par rapport aux priorités de l'OMS; iii) l'avantage comparatif et les capacités réelles de l'OMS à appuyer et soutenir le pays. De plus, deux autres considérations interviennent dans le choix final des domaines prioritaires de coopération : d'une part, l'existence d'opportunités pour des partenariats nouveaux ou la nécessité de les renforcer et, d'autre part, l'apport potentiel du pays au travail de l'OMS et à sa coopération avec les autres États.

Outre les aspects institutionnels déjà évoqués, la SCP est le processus général qui nous dessine le cadre général dans lequel seront établis le budget programme et le plan de travail pour les périodes considérées, en focalisant tous les efforts sur un nombre restreint de domaines où l'OMS est susceptible de créer la différence. Le plan de travail 2002-2003 et le Projet de Budget Programme 2004-2005 ayant été établis sur la base du document stratégique national et sur les priorités des deux niveaux de l'Organisation, seules certaines modifications légères seront éventuellement opérées après l'évaluation à mi-parcours (décembre 2003).

Sans conteste, la planification à moyen et court termes et la focalisation sur un nombre relativement limité de domaines d'intervention présentent un intérêt certain pour les principaux domaines identifiés. Cependant, eu égard à sa mission constitutionnelle, l'OMS apportera son appui technique et catalytique aux différents acteurs, selon les opportunités et les nécessités nationales, soit pour l'établissement de partenariats nouveaux, soit à l'occasion de la convergence de facteurs favorables au succès d'une nouvelle opération. La souplesse dans l'utilisation des ressources budgétaires concernerait moins de 20 % du budget.

6.1 Axes prioritaires d'intervention et leurs composantes

L'analyse de la situation sanitaire, de la réponse du système de santé et les priorités de l'Organisation ont mis en évidence les principaux défis à relever, qui se focaliseront, durant la période 2002-2005¹⁵, sur deux axes stratégiques : l'amélioration de la performance du système de santé et la réduction des facteurs de risque.

Amélioration de la performance du système de santé

L'amélioration de la performance du système de santé se fonde essentiellement sur la réforme hospitalière, une meilleure prise en charge de proximité des maladies mentales, une réduction de la mortalité maternelle, une meilleure préparation du système de santé pour répondre plus efficacement aux situations d'urgence, un usage rationnel des médicaments essentiels de qualité rendus disponibles et accessibles.

Réduction des facteurs de risque

Le second axe stratégique retenu concerne la réduction des facteurs de risque. Il s'agit plus précisément de la lutte intégrée contre les principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles prévalentes, de la réduction du risque transfusionnel, du contrôle de la qualité des aliments et de la promotion de la santé des populations particulières.

6.2 Analyse des fonctions attendues de l'OMS

Les axes retenus s'appuient sur des interventions qui intègrent, de manière équilibrée, les besoins du pays, les orientations régionales et les priorités mondiales. Ils incluent des domaines traditionnellement soutenus par l'Organisation avec une prise en compte de nouvelles préoccupations gouvernementales. Au regard du contexte national décrit plus haut, les interventions privilégieront l'approche sanitaire dans le cadre du développement humain, et apporteront une attention particulière à la lutte contre la pauvreté et au facteur genre.

Pour chacun des deux axes, l'Organisation, dont les avantages comparatifs sont évidents, aura un rôle davantage stratégique. L'accent sera mis sur l'appui technique et les conseils en matière de politiques et stratégies, la fourniture d'information, le plaidoyer, l'appui à la coordination, le renforcement du partenariat et la mobilisation des ressources pour la santé. Le soutien à la mise en œuvre des activités de routine sera limité aux domaines et situations où un appui catalytique de l'Organisation s'avèrerait indispensable.

6.3 Composantes des axes stratégiques

Amélioration de la performance du système de santé

Organisation des services de santé

a) Prestations des services de santé

La réforme hospitalière aboutira à la mise en place d'un système de santé plus performant, basé sur une meilleure complémentarité des secteurs (public, privé et autres), une gestion décentralisée, la hiérarchisation des soins. L'appui de l'OMS portera essentiellement sur : i) la validation et la promotion de données factuelles et des meilleures pratiques afin d'aider à définir les orientations; ii) la fourniture d'avis techniques pour l'élaboration de politiques et stratégies, de méthodes, de principes directeurs et d'outils qui permettent au pays d'améliorer la qualité des soins.

b) Ressources humaines pour la santé

Un défi essentiel posé au pays concerne la bonne gestion et la motivation des ressources humaines disponibles en vue de satisfaire les demandes de services, notamment dans les zones défavorisées. La contribution de l'OMS portera essentiellement sur : i) la formation continue des personnels de santé; ii) l'accès aux moyens modernes de communication et d'information (téléformation); iii) la fourniture d'avis techniques fondés afin d'améliorer la prestation de services de santé.

c) Financement de la santé

Les aspects financiers, qui limitent l'accès aux soins d'une partie de la population, y compris parmi les assurés sociaux, sont un enjeu majeur du système de santé. Les mesures envisagées par le Gouvernement concernent une meilleure orientation du financement du secteur public, la mise en place d'un système des comptes nationaux de santé et la révision des systèmes d'assurances maladies. La contribution de l'OMS concernera : i) la fourniture d'appuis techniques et de conseils dans la mise en place de systèmes de gestion des ressources financières; ii) la promotion de l'évaluation de la performance du système de santé.

d) Information sanitaire

Le but des autorités nationales est de réaliser des bases factuelles fiables et d'accélérer la disponibilité d'informations actuelles grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication. L'apport de l'OMS dans ce domaine consistera à faciliter l'accès à ces informations sanitaires. Les principaux résultats attendus concernent : i) l'amélioration de la surveillance épidémiologique; ii)

l'amélioration de la gestion de l'information dans le pays; iii) l'amélioration des processus et des mécanismes pour la planification, l'élaboration et la diffusion des produits d'information sanitaire.

Santé mentale et toxicomanies

Le programme national de santé mentale vise à offrir des soins de proximité aux malades. L'action de l'OMS concernera : i) l'appui à la mise en œuvre du plan d'action de santé mentale, ii) l'intégration des soins psychiatriques dans les hôpitaux généraux et les unités sanitaires de base, iii) le renforcement de la formation en psychiatrie de médecins généralistes.

Pour une grossesse à moindre risque

La réduction de la mortalité maternelle est une priorité du secteur de la santé. L'OMS, qui offre l'avantage d'une maîtrise des actions médicales, appuiera le pays à préparer et à mettre en œuvre un plan stratégique approprié. De façon plus spécifique, il s'agira d'apporter un appui à l'élaboration d'une politique, à la mise en place de stratégies et au développement d'activités programmatiques, notamment dans les régions les plus exposées.

Préparation aux situations d'urgence

Pour aider le Ministère à réduire la mortalité, la morbidité et l'incapacité dues aux situations d'urgence, l'OMS axera son intervention sur le renforcement des capacités du pays à évaluer sa vulnérabilité aux risques, à se préparer et à y réagir de manière efficace. Les interventions de l'OMS porteront notamment sur : i) la fourniture d'information, d'appui technique pour le développement et la mise en œuvre de politiques et stratégies en matière de préparation et de gestion des situations d'urgence; ii) le renforcement des partenariats et la mobilisation des ressources pour satisfaire les priorités sanitaires des populations exposées.

Médicaments essentiels

Le but est d'assurer durablement un accès équitable à des produits pharmaceutiques essentiels efficaces, sans danger et rationnellement utilisés. La contribution de l'OMS permettra d'améliorer de manière significative l'accès équitable aux médicaments essentiels génériques. Les principaux résultats escomptés concerneront : i) la promotion de cadres et de modèles adéquats pour appliquer les politiques pharmaceutiques nationales et en surveiller l'impact; ii) la diffusion de lignes directrices techniques et d'informations appropriées fondées sur des normes et standards mondiaux pour l'usage sûr des produits pharmaceutiques essentiels; iii) la promotion de systèmes efficaces de gestion de l'approvisionnement en médicaments

essentiels génériques dans les secteurs public et privé; iv) le soutien à la recherche et au développement, notamment pour la production locale de médicaments essentiels.

Réduction des facteurs de risque

Surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles

Pays en transition épidémiologique, l'Algérie est préoccupée par les niveaux de morbidité et de mortalité liés à certaines maladies non transmissibles notamment les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers. La contribution de l'OMS aidera le pays à mettre en place un programme de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles. Elle aidera à promouvoir des normes pour les soins de santé et à veiller à ce que le système de santé s'adapte à l'évolution de la demande compte tenu du rapport coût/ efficacité. Les principaux résultats attendus concerneront : i) la promotion de cadres et modèles adéquats pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles; ii) l'appui à la mise sur pied d'un système de surveillance simplifié pour les principales maladies non transmissibles et les principaux facteurs de risque afin de mesurer l'efficacité des initiatives.

Lutte contre le tabagisme

Parmi les facteurs de risque, le lutte antitabac requiert une attention particulière. L'OMS renforcera les moyens de sensibilisation des autorités nationales pour la lutte antitabac et conseillera sur les moyens de lutte ayant fait la preuve de leur efficacité et notamment : i) l'appui pour l'application de taxes effectivement dissuasives sur le tabac; ii) la mise en œuvre effective des mesures législatives interdisant l'usage du tabac dans tous les espaces clos et la publicité; iii) l'amélioration de l'information sur l'épidémie et l'appui à la mise en œuvre de la convention cadre de la lutte antitabac; iv) l'appui technique à la mise en place des actions de promotion de modes vie sains parmi les jeunes.

Sécurité transfusionnelle

Le développement de la sécurité transfusionnelle se base sur la création d'un centre de référence auprès de l'Agence nationale du sang et l'amélioration du contrôle de qualité. L'OMS apportera son appui : i) à l'amélioration des connaissances et compétences relatives à la réduction des risques en transfusion sanguine; ii) au renforcement du contrôle de qualité des structures de transfusion sanguine.

Salubrité des aliments

Le but est de réduire la morbidité due aux toxi-infections alimentaires en améliorant le contrôle sanitaire des aliments. La contribution de l'OMS consistera à soutenir la mise en place d'un système de prévention et de surveillance des maladies d'origine alimentaire et d'informer le public. Les actions de l'Organisation porteront notamment sur : i) le soutien à l'élaboration du programme national de salubrité des aliments; ii) la fourniture d'information et de documentation sur les règles relatives à l'évaluation des risques et à la manipulation des denrées alimentaires; iii) l'appui à la mise en place d'un réseau d'informations sur la salubrité des aliments.

Promotion de la santé

Le but des autorités sanitaires nationales est l'amélioration de la santé des citoyens et notamment de la population scolaire. Les principaux résultats escomptés concernent : i) la fourniture de conseils adaptés afin de concevoir et de mettre en œuvre les approches multisectorielles à l'appui de la promotion de santé; ii) l'appui à l'élaboration de stratégies et de plans d'action visant à développer et intégrer les connaissances sur les principaux déterminants de la santé; iii) le développement d'activités visant à améliorer l'information sanitaire de groupes de population ciblés.

En résumé, certains domaines d'intervention envisagés doivent recevoir, en raison de leur impact sur la santé des populations, une attention particulière. Ce sont : i) l'organisation du système de santé; ii) le rapprochement des soins mentaux des malades; iii) la mise en œuvre du programme intégré de lutte contre les maladies non transmissibles prévalentes; iv) la disponibilité, l'accessibilité et l'usage rationnel de médicaments essentiels sur l'ensemble du territoire.

7 IMPLICATIONS POUR L'OMS DE L'AGENDA STRATÉGIQUE

7.1 Stratégie générale

La mise en œuvre de la SCP a débuté dès 2002, puisque le plan de travail 2002-2003, établi sur la base du document stratégique national ainsi que des priorités mondiales et régionales de l'Organisation, comprend toutes les composantes identifiées. L'évaluation à mi-parcours permettra de proposer aux autorités nationales la ré-orientation éventuelle de certaines ressources. Le Projet de Budget Programme 2004-2005, préparé sur les mêmes bases, sera mis en conformité avec les choix stratégiques.

L'analyse des chapitres précédents nous amène à identifier les principes clés qui devraient marquer des changements par rapport aux pratiques antérieures et qui sont : i) une plus grande focalisation des opérations sur les fonctions techniques et la mise en œuvre de nouveaux programmes de lutte, tout en maintenant une certaine flexibilité pour pouvoir répondre à des requêtes nouvelles du Gouvernement ainsi qu'aux nouveaux défis et notamment par l'accès à des sources de financement autres que le budget régulier, ii) le renforcement des échanges inter-régionaux (EMRO, EURO, AFRO) notamment pour les pays du Maghreb et les pays méditerranéens ayant le même profil épidémiologique, et une contribution plus effective de l'Algérie à la coopération et à l'amélioration de la situation sanitaire dans la Région.

7.2 Renforcement du bureau pays

Le bureau est confronté à des contraintes qui retardent la réalisation des objectifs comme les lourdeurs bureaucratiques, le changement des personnes et l'instabilité des structures aux deux niveaux de l'Organisation, l'insuffisance des locaux et d'expertise du bureau et de la quasi-inexistence des ressources extrabudgétaires. Les principaux défis consistent à alléger les procédures administratives et à accroître les ressources du bureau. De meilleures prestations de l'équipe du bureau pays seraient aidées par :

- a) une actualisation de l'accord du Siège;
- b) une amélioration de l'image de l'OMS dans le pays grâce :
 - à la dotation d'un siège permettant un fonctionnement régulier avec les équipements appropriés;

- à la dotation en personnel professionnel dans les domaines de la gestion des systèmes de santé, de l'économie de la santé, de l'épidémiologie, de la santé reproductive;
- au renforcement des capacités de l'équipe pays;
- à la formation périodique des personnels en administration et gestion des programmes afin de renforcer des comportements performants et dignes de l'Organisation;
- à la poursuite de l'activité du bureau 6/7 jours en raison du repos hebdomadaire le jeudi et le vendredi;
- à l'amélioration des mécanismes de concertation avec le MSPRH, les structures sous tutelle et les autres secteurs (universités, information, autres ministères);
- à la mise en place progressive de la politique de gestion par les résultats et de résolution des conflits;
- l'accès plus rapide à la documentation (normes et standards, méthodes sur tous supports, notamment électroniques) et aux supports de communication "grand public", en français et en arabe.

Un problème particulier est posé par la population sahraouie. L'élargissement du mandat du bureau l'habiliterait à intervenir auprès de cette population réfugiée dans les camps depuis plus de 25 ans, en étroite collaboration avec le HCR, et avec une dotation de ressources d'affectation spéciale pour la protection de la santé et les urgences sanitaires.

7.3 Appui renforcé du Bureau régional et du Siège

Le Bureau régional et le Siège doivent coordonner leurs appuis avec les besoins et priorités définies au niveau national. Une plus grande équité devrait être observée dans l'octroi des ressources globales avec un système incitatif pour les meilleures pratiques. Une plus grande disponibilité devrait être rencontrée auprès d'eux pour faciliter et soutenir la collaboration entre les trois Régions (AFRO, EMRO, EURO).

Les procédures administratives qui handicapent le déroulement des activités doivent être allégées. Le Bureau régional et le Siège doivent être en mesure de répondre dans les délais raisonnables aux sollicitations du Gouvernement et du bureau pays notamment pour mobiliser rapidement les expertises techniques. Une flexibilité devrait être introduite dans l'utilisation des ressources budgétaires pour mettre à la disposition de l'Officier de liaison un petit fonds qui permettrait de répondre à des demandes d'expertise en dehors des fonds programmés dans le plan de travail.

Implications pour l'OMS de l'agenda stratégique

La stratégie documentaire de l'OMS doit être améliorée avec des documents moins nombreux mais actualisés, ainsi que la dissémination de la documentation sur des supports électroniques pour réduire les coûts. Le Bureau régional doit mettre à la disposition du bureau pays tous les documents d'information appropriés pour aider le personnel nouveau ou les partenaires à connaître les procédures de l'OMS.

Pour accroître la motivation et l'adhésion à la politique de l'Organisation, le Bureau régional doit élaborer des plans de carrière pour les personnels du bureau pays.

8 CONCLUSION

Le plan stratégique pour la coopération avec l'Algérie s'est fixé une durée de deux périodes biennales, à savoir 2002-2005, qui coïncide avec la période du Programme général de Travail de l'OMS et avec l'échéance à moyen terme de l'évaluation gouvernementale. Ayant pris comme base pour son élaboration le document stratégique national ainsi que des priorités mondiales et régionales de l'Organisation, il ne se pose pas de difficultés particulières pour sa mise en œuvre effective et immédiate, aussi bien au niveau du Projet de Budget Programme 2004-2005 que du Plan de travail 2002-2003. L'évaluation à mi-parcours de ce dernier permettra de négocier avec les autorités nationales un éventuel réajustement de l'affectation des ressources des quelques projets ne figurant pas dans la SCP. Pour importants qu'ils soient, les différents domaines d'intervention envisagés n'ont pas tous le même impact sur la santé des populations. Une attention plus grande devrait être accordée à ceux qui ont une importance particulière au regard du niveau des priorités politiques et du développement sanitaire durable du pays, des ressources mobilisables et pour lesquels le bureau pays pourrait être comptable.

La stratégie de coopération clarifie le rôle de l'OMS au niveau du pays, unifie les actions des différents niveaux décisionnels de l'Organisation, ce qui contribuera au développement des performances, notamment au moyen du renforcement du bureau et de ses compétences à répondre aux besoins du pays et à fournir l'assistance technique pour les priorités identifiées.

ANNEXE 1 LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

1. Cadre politique de coopération technique avec les pays membres de la Région africaine.
2. Coopération pour le développement. Algérie. Rapport 1996-1997. PNUD décembre 1999.
3. Développement du système national de santé, Stratégies et perspectives, Ministère de la Santé et de la Population, mai 2001.
4. Descriptions du secteur de la santé. Banque mondiale, unité sectorielle du développement humain, Moyen Orient et Afrique du Nord, Alger, juin 2000.
5. Evaluation conjointes de pays ECP. Système des Nations Unies en Algérie, 1999.
6. Enquête nationale sur la mortalité maternelle. Institut national de santé publique OMS, 1999.
7. Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie (Algérie 2000). Institut national de Santé publique, OMS, UNICEF, Algérie 2000.
8. Evaluation du programme de coopération entre l'Algérie et l'OMS, biennium 2000-2001.
9. Enquête nationale santé. Institut national de Santé publique, 1992.
10. Elaboration du profil de système de santé de l'Algérie. OMS, mai 1998.
11. Famille et démographie en Algérie. FNUAP/CENEAP, août 1999.
12. Etude sur la politique nationale en matière de population. CNES août 1996.
13. Document Annexe étude sur la politique nationale en matière de population. CNES 1999.
14. OMS. EB105/3. Une stratégie institutionnelle pour le secrétariat de l'OMS.
15. OMS. Programme général de Travail 2002-2005.
16. Plan de coopération entre l'Algérie et l'OMS : 1998-1999, 2000-2001 et 2002-2003.
17. Politique nationale de population, Ministère de la Santé et de la Population, 1997.

18. Projet de Budget Programme 2004-2005, OMS.
19. Projet de rapport national sur le développement humain 1998. CNES, mai 1999.
20. Recensement général de la population et de l'habitat., Office national des Statistiques, Collection statistiques N° 80, juin 1999.
21. Rapport sur la santé dans le Monde 2000. Organisation mondiale de la Santé.
22. Rapport mondial sur le développement humain 2001. Mettre les nouvelles technologies au service du développement humain. Programme des Nations Unies pour le Développement.
23. Rapport sur les conditions de vie en Algérie. PNUD, avril 1998.
24. Rapport national sur le développement humain, Conseil national économique et social ,2000.
25. Rapport sur la conjoncture du second semestre 1997. CNES 1998.
26. Relevé épidémiologique mensuel, reflet de la situation épidémiologique 10 ans déjà, volume 1, MSP, décembre 1999.
27. Relevé épidémiologique mensuel, reflet de la situation épidémiologique 10 ans déjà, volume 2, MSP, décembre 1999.
28. Relevé épidémiologique mensuel, reflet de la situation épidémiologique 10 ans déjà, volume 3, MSP, décembre 1999.
29. Rapport annuel du Groupe thématique ONUSIDA, Algérie 2000. ONUSIDA.
30. Statistiques sanitaires. Direction de la planification, Ministère de la Santé et de la Population, Algérie, 1999.
31. Statistiques sanitaires 1998, tome 2 : informations détaillées. (MSP).
32. Statistiques sanitaires Année 1998 : synthèse tome 1, MSP, 1999
33. Statistiques sanitaires Année 1997, MSP 1998.

ANNEXE 2 LE PROCESSUS DE LA SCP

Etant donné le nombre très réduit des effectifs, l'ensemble du travail a été réalisé par :

- 4 personnes du bureau pour l'Algérie : Dr Hakim Brahimi (CWS), Mme Amina Boudamous (HIP), Dr Hayet Dabouz (Cabinet du MSP) et Pr Nourredine Dekkar (WLO);
- 2 personnes du Bureau régional : Dr Kadri Tankari (TCC), Dr J.B. Ndiokubwayo (Equipe CAS);
- 1 personne du Siège : Dr B. Khanh Nguyen (BMR/SBP).

Le processus de planification stratégique, d'une durée globale de 4 mois, peut être décomposé en trois phases : initiale, inter-visites et finale. La phase initiale comprend la période préparatoire et la première visite. La préparation réalisée par l'équipe pays constitue les fondations du processus. Elle a bénéficié des documents préparés par le Siège et le Bureau régional. Elle consistait à :

- après le bénéfice des séances d'information lors des RPM, sensibiliser l'équipe du bureau à l'opération, l'informer sur l'objectif, le processus et les résultats attendus et lui fournir la documentation utile;
- rechercher et réunir toutes les informations utiles actualisées pour l'analyse de la situation sociale et sanitaire auprès des différentes structures algériennes, ainsi que pour l'analyse de la réponse du système algérien de santé;
- préparer les documents stratégiques de l'Organisation (Siège et Région);
- collecter les informations pertinentes auprès des partenaires et institutions des Nations Unies; et
- informer les différents partenaires nationaux à les convaincre de l'importance du processus et à rédiger un document préliminaire objectif et équilibré sur l'analyse de la situation et l'analyse de la réponse du pays.

La première visite des représentants du Bureau régional et du Siège (19-28 janvier 2002) a été réalisée par le Dr K. Tankari et le Dr B. K. Nguyen.

Après la présentation sur la situation sanitaire et la répartition des chapitres, l'équipe s'est concentrée sur l'analyse de la coopération entre l'Algérie et l'OMS au cours de trois derniers exercices biennaux et les consultations internes (Bureau, Agences). Une séance de réflexion avec tous les directeurs et cadres opérationnels du Ministère de Santé publique et ceux des organes sous tutelle a permis de présenter

le processus de planification stratégique, en insistant sur les fonctions de l'OMS, et de souligner les principaux domaines stratégiques à couvrir à moyen terme. Les critères pour la sélection des domaines ont été choisis. Une session de débriefing au Cabinet a permis de faire le point sur l'état d'avancement du processus. Le travail a été réparti entre les membres de l'équipe pays pour la période allant jusqu'à la seconde mission.

Période inter-mission (29 janvier - 14 mars 2002)

Entre les deux missions, les consultations menées avec le Ministère de la Santé et les autres partenaires ont permis d'approfondir la réflexion. Les analyses des fonctions attendues de l'Organisation ont été affinées. Compte tenu des domaines de compétence de l'Organisation, des réflexions et avis collectés, l'équipe pays a pris en compte les commentaires et amélioré la cohérence entre l'analyse de la situation et les réponses envisagées. Le document, ainsi corrigé et complété a été soumis aux avis du Siège et du Bureau régional.

Phase finale

La phase finale comprend la deuxième mission et la mise au point définitive du document. Le Dr K. Tankari et le Dr J. B. Ndiokubwayo ont participé, pour le Bureau régional, à la seconde mission du 15 au 24 mars 2002. L'équipe s'est penchée sur les axes stratégiques de la coopération future et l'apport de l'OMS. Les tâches ont été réparties entre tous les membres selon les compétences. Une réunion avec les cadres du Ministère et des structures sous tutelle a permis de présenter les résultats du travail, de clarifier certains points et d'approfondir d'autres. La première version du document final a été soumise pour avis aux responsables du Ministère et des institutions. Un échange entre les membres de l'équipe a permis la mise au point finale du document.

Le présent document a été élaboré avec la participation des autorités nationales durant tout le processus. L'utilisation comme base essentielle de travail du document établi par le Ministère de la Santé et de la Population intitulé "Développement du système national de santé : Stratégies et perspectives" en mai 2001, de sources documentaires fiables comme celles de l'OMS (Rapports de santé dans le Monde) ou des documents des autres institutions des Nations Unies et le choix d'informations factuelles en évitant les opinions ou les jugements, a permis d'atteindre rapidement le consensus sur l'analyse de la situation sanitaire, l'analyse du système de santé et les choix opérés parmi les réponses possibles. Le présent document a également bénéficié de la participation des partenaires au développement comme les agences participant à l'UNDG et notamment de l'analyse commune de la situation formulée dans l'évaluation conjointe de pays, des réflexions du document de l'UNDAF, récemment approuvé (juin 2002).

