Rapport NABNI 2020

Janvier 2013

CINQUANTENAIRE DE L'INDEPENDANCE : **ENSEIGNEMENTS** ET **VISION** POUR L'**ALGERIE DE 2020**

Chapitre Santé

NABNI نبني

نبني جزائرنا على أفكار جديدة

Notre Algérie Bâtie sur de Nouvelles Idées

CINQUANTE CHANTIERS DE RUPTURE

POUR BATIR L'ALGERIE DE 2020

Chapitre Santé

Chantiers 26 à 33

Préambule

L'Algérie fête cette année le Cinquantenaire de son indépendance. Cet anniversaire coïncide avec un moment crucial de l'histoire de notre jeune Nation. Un moment charnière où l'avènement de la légitimité démocratique va définitivement remplacer la légitimité historique. Un moment où les innombrables acquis de ces cinquante premières années sont souvent oubliés face à la demande pressante et légitime de la population pour davantage de développement, de droits, de justice sociale et d'espoir. Un moment où l'on réalise plus que jamais l'impasse dans laquelle nous mène un modèle économique et social trop dépendant des ressources de notre sous-sol. Un moment où cette incertitude sur notre avenir énergétique nous oblige à penser au virage à prendre urgemment pour préparer l'après-pétrole. Dans cette phase où la génération qui a mené le combat libérateur passe le flambeau aux générations postindépendance, cette année du Cinquantenaire est aussi une formidable occasion pour prendre du recul, de **faire un bilan d'étape bref et serein du premier cinquantenaire** en matière économique, sociale et politique, et de proposer, collectivement, un Projet global et cohérent, fait de visions et de solutions concrètes pour se projeter dans l'avenir et engager le second cinquantenaire sur des bases solides.

Conformément à l'engagement pris par NABNI lors du lancement de notre initiative, le ***Rapport du Cinquantenaire de l'Indépendance : bilan et vision pour l'Algérie de 2020*** ambitionne de marquer l'année du Cinquantenaire de notre indépendance en proposant à nos concitoyens, aux élus, aux cadres, aux universitaires, aux responsables politiques et des institutions, ainsi qu'à tout ce que compte notre pays comme acteurs de la société civile et de forces vives, où qu'elles se trouvent dans le monde, un Projet, une vision et un ensemble de **« *Cinquante chantiers de rupture pour bâtir l'Algérie de 2020* »**.

Nos cinquante premières années ont en été riches de succès – tous les indicateurs de développement humain, d'accès aux services sociaux et à l'infrastructure et de niveau de vie l'attestent. Elles ont aussi été pleines de déceptions et de désespoirs, notamment pour notre jeunesse qui rêve de mieux. Elles ont enfin été riches d'enseignements sur les limites de notre modèle de développement, ainsi que sur les faiblesses dans le fonctionnement de notre Etat et de ses institutions.

Riche de ces héritages et de ces leçons, de ces acquis et de son formidable potentiel humain, notre pays est mûr pour un nouveau départ. Il est grand temps de passer à une autre approche du développement et de la politique publique. Un Projet moderne, en rupture avec les approches passées. C'est ce que ce rapport propose au débat. Ce Projet se veut cohérent, concret, réaliste mais néanmoins ambitieux et audacieux. Il ne s'agit pas d'une stratégie globale couvrant tous les domaines de l'action publique, mais d'un ensemble de chantiers de rupture fondamentaux. Ruptures dans l'approche des politiques publiques. Ruptures dans le rôle de l'Etat et des institutions, ainsi que dans leurs relations au citoyen. Ruptures dans la gouvernance. Ruptures pour plus de modernité et d'ouverture dans l'action publique.

Le Projet proposé est le produit de consultations régulières qui ont eu lieu depuis les débuts de l'initiative NABNI en avril 2011. Ces consultations se poursuivront au cours de l'année 2013. Fidèle à son engagement participatif, le groupe NABNI offrira l'opportunité à l'ensemble des citoyens de contribuer à construire ce Projet, à l'enrichir, à le critiquer et à proposer des alternatives. D'abord sur Internet, où le site **www.nabni.org** et la page Facebook ***Nabni 2012*** ou des publications régulières viseront à vulgariser les chantiers proposés et les expliquer. Des conférences-débats et ateliers thématiques accompagneront ces publications pour plus de proximité et d'échange avec tout ce que compte notre pays comme experts et personnes de bonne volonté désireuses de contribuer à cet effort. Cela pourra aussi être

l'occasion de rassembler autour de ce Projet les talents issus de tous les horizons, du monde académique et politique, de l'administration, de l'entreprise, du monde syndical, de la société civile et de la presse, qu'ils vivent et exercent sur le territoire national ou qu'ils excellent à l'étranger.

Les « *Cinquante chantiers de rupture* » qui permettent d'engager ce virage nécessaire pour construire l'Algérie de 2020 ne constituent pas un menu dans lequel on pourrait « piocher » des idées à mettre en œuvre indépendamment les unes des autres. Il s'agit d'un « tout », d'un Projet global, où toutes les actions sont interdépendantes :

- Des premiers chantiers économiques qui proposent une grande réforme fiscale et budgétaire qui nous force à progressivement couper le cordon avec la rente des revenus pétroliers, et qui décrivent une nouvelle stratégie économique cohérente…
- … aux chantiers de la santé ou de l'éducation qui proposent d'ouvrir le système hospitalier ou le système de formation à la responsabilisation par l'évaluation indépendante de la qualité et de la performance, et qui proposent une nouvelle approche pour construire la complémentarité entre un service public revalorisé et une offre privée mieux régulée et plus encouragée…
- … en passant par une refonte des aides sociales de l'Etat pour un système de redistribution plus ciblé, plus juste et plus efficace…
- … ainsi que des chantiers pour un meilleur vivre ensemble, qui proposent des mécanismes pour impliquer réellement la société civile dans la définition des projets urbains de leurs villes ou des initiatives culturelles locales…
- … ou des chantiers de la gouvernance qui donnent à la société civile, à l'APN, et à de nouvelles institutions indépendantes de réels moyens et pouvoirs pour responsabiliser et évaluer l'action d'un Etat modernisé, ouvert et aux capacités renforcées…
- … en arrivant, enfin, au cinquantième et dernier chantier qui propose une refonte totale de l'organisation et du fonctionnement du pouvoir Exécutif.

Tous les Chantiers de Rupture reposent sur un ensemble cohérent de mesures interdépendantes. Ils sont liés par un même fil conducteur : ce Grand Virage que doivent prendre notre Etat, nos institutions, nos élus ainsi que notre société pour adopter collectivement une nouvelle relation à l'action publique et une nouvelle approche du développement, qui permettra de préparer l'Algérie de 2020 sur de nouvelles bases.

Le Projet que nous proposons est audacieux. Cette ambition d'une Algérie nouvelle à l'horizon 2020 est à notre portée. Notre société possède en elle les ressorts et l'audace pour le réaliser. Nos ainés n'en ont pas manqué le jour ils décidèrent d'engager le combat libérateur qui nous a permis aujourd'hui de fêter, libres, ce Cinquantenaire. Malgré les erreurs, ils n'ont pas manqué non plus d'audace ni de rêve en engageant l'Algérie dans un projet de développement ambitieux et visionnaire au lendemain de l'Indépendance. Cette audace et cette grande ambition pour notre pays est notre héritage commun. C'est ce qui a nourri la vision développée dans ce rapport.

Les membres de l'Initiative NABNI,

Décembre 2012.

Introduction et Vision

ALGERIE 2020

Indéniablement, en 50 ans, l'Algérie a accompli de grands progrès. Dans l'éducation, l'accès à l'école primaire est passé de moins de 85% en 1980 à plus de 97% en 2011. Le revenu par habitant a plus que doublé en 50 ans, tout comme la consommation des ménages. Les taux de pauvreté ainsi que les inégalités ont tous deux baissé. Mis à part la « décennie noire » des années 1990, le revenu par habitant n'a cessé de croître depuis l'indépendance, pour atteindre plus de 7000 dollars par tête (en Parité des Pouvoirs d'Achat) en 2011.

Cependant, en comparant l'Algérie, à la fois à des pays partis du même point (voire avec de plus grands handicaps) il y a 50 ans, et à d'autres pays à revenu intermédiaire, deux constats s'imposent. En premier lieu, malgré une rente importante, notre pays n'a pas connu la trajectoire de développement qu'il aurait pu atteindre compte tenu de son immense potentiel. En effet, durant la même période, la Corée a vu son revenu par habitant multiplié par 16, la Malaisie par 5 et la Turquie par plus de 3.

En second lieu, dans tous les domaines, que ce soit l'économie, l'éducation, la santé, ou la gouvernance publique, notre pays est à la traîne comparés à d'autres pays à revenu intermédiaire.

Le secteur de l'éducation souffre d'une inefficacité criante et d'une faible qualité. Le coût d'un diplômé atteint plus de 500% du PIB par habitant, alors qu'il n'est « que de » 200% en Tunisie et 180% en Egypte par exemple. Au TIMSS 2007, les performances des élèves algériens ont été médiocres : en mathématiques par exemple, seuls 7% des élèves de 8ème année atteignent le niveau III, contre 21% des élèves tunisiens, 21% des élèves égyptiens, et 19% des élèves indonésiens.

Dans le domaine de l'économie, l'indicateur le plus révélateur est la part de l'industrie dans le PIB. Elle ne dépasse pas 8% du PIB, alors que ce taux oscille entre 25% et 35 % dans les pays émergeants à forte croissance. Enfin, sur le plan de la gouvernance publique, nous figurons en queue de peloton des classements internationaux, au sein de pays à revenus comparables, quel que soit l'indicateur retenu (données 2010): transparence budgétaire (dernier sur 100), Etat de droit (73ème sur 100), efficacité de l'Etat (66ème sur 100), corruption (score de 2,9 sur 10), qualité de la régulation publique (89ème sur 100), etc.

Ces comparaisons internationales, ainsi que le contraste saisissant entre l'aisance financière des années 2000 et les modestes performances en terme de croissance et de création d'emplois, témoignent du fait que notre modèle de développement est aujourd'hui en panne, voire dans une impasse : l'Algérie peine invariablement à trouver la voie de la diversification de son économie.

Il faut à présent faire preuve de lucidité et de pragmatisme, les recettes du passé ne marchent plus et ne marcheront pas mieux demain. L'idée d'une rente perpétuelle, isolant l'Algérie de la compétition mondiale et la protégeant de tous les défis futurs dont ceux liés au climat, à l'environnement et à la raréfaction des ressources, n'est qu'un mirage. Il est urgent pour notre pays de renforcer ses capacités à faire face, dans un futur très proche, à un monde de plus en plus turbulent, où seuls les pays qui auront la capacité de s'adapter et d'innover, pourront tirer leur épingle du jeu.

Les réponses urgentes et cruciales à apporter doivent à être à la hauteur des défis colossaux que nous devons relever. Nous devons rompre avec le fatalisme et prendre la pleine mesure de notre potentiel.

Riche de l'héritage et des enseignements de ces 50 dernières années, fort de notre formidable potentiel humain, notre pays est mûr pour un prendre nouveau départ.

Le temps presse, car si un changement radical de la trajectoire de développement de l'Algérie n'est pas engagé à court terme, nous irons dans le mur, sur tous les plans, économique, social et environnemental. Il ne s'agit plus d'être pessimiste ou optimiste, mais volontariste, pour amorcer maintenant l'indispensable virage et éviter ainsi le même sort que le Titanic. Le souvenir de ce magnifique paquebot qui, aveuglé par sa puissance, a sombré en heurtant un iceberg qu'il n'avait pu éviter faute d'avoir entamé son virage à temps, ne peut que nous rappeler la situation dans laquelle se trouve actuellement notre pays. Des simulations opérées dans le cadre de ce rapport, et présentées dans le chapitre consacré au thème de l'économie, montrent que si le statut quo actuel se poursuit, les réserves de change de l'Algérie seront consommées à l'horizon 2025 et la dette publique pourrait atteindre 80 milliards de dollars à cette date.

Pour éviter ce scénario catastrophe, nous avons besoin de libérer les initiatives, de rompre avec le conformisme et de nous laisser porter par des idées neuves afin d'être capables de construire un nouveau modèle de développement. Notre pays doit s'engager dans de nombreuses ruptures, à la hauteur de l'attente d'un peuple qui a soif de progrès.

Comment diversifier notre économie et créer les emplois que commande une population qui atteindra 40 millions en 2020 et 43,5 millions en 2030 ?
La réponse à cette question fondamentale nécessite avant tout de répondre à une interrogation plus structurante : quelle Algérie voulons-nous à l'horizon 2020 ? Il s'avère capital de partir d'une véritable vision pour notre pays, porteuse d'ambitions dans les domaines fondamentaux qui touchent la vie des Algériens, afin de structurer une stratégie globale. On ne peut, en effet, penser indépendamment les unes des autres les réformes à mettre en œuvre dans des domaines critiques comme l'emploi, le développement du secteur privé, la gouvernance publique, la dépendance du budget de l'Etat aux hydrocarbures, l'éducation, la santé, etc. Cette stratégie globale doit avoir le double objectif de répondre rapidement aux aspirations du peuple algérien et de hisser notre pays de façon pérenne sur une trajectoire de croissance soutenue.

L'Algérie dont nous rêvons, celle que nous voulons bâtir, sera un pays économiquement plus prospère, socialement plus juste et plus égalitaire, un pays dans lequel chaque algérien pourra devenir un véritable citoyen, participer au développement de son pays, vivre en sécurité et trouver sa place dans une société harmonieuse et ouverte sur le monde ; recevoir une éducation de qualité, trouver un emploi qui lui permette de construire sa vie, fonder une famille, éduquer ses enfants, accéder à des services publics de qualité, accéder à des soins de qualité à un coût abordable, vivre dans un Etat de droit, et être écouté des institutions et protégé de leur arbitraire.

La stratégie globale que nous proposons permet de se fixer un certain nombre d'ambitions en partant d'une déclinaison plus précise de la vision en objectifs quantitatifs et qualitatifs selon cinq thèmes : l'économie et l'emploi, l'éducation, la recherche et le savoir, la santé, le vivre ensemble (culture et urbanisme) et la gouvernance publique.

La vision économique à l'horizon 2020 : vers un nouveau modèle de croissance, où la rente agit comme moteur de la diversification

- Augmentation du PIB hors-hydrocarbures de plus de 65% d'ici 2020 et doublement de ce dernier d'ici 2023, correspondant à un taux de croissance moyen hors-hydrocarbures de 6% par an à partir de 2015 et de 7.5% à partir de 2020
- Part des exportations hors-hydrocarbures proche de 4% en 2020, 9% en 2025 et 20% en 2030.
- Part de l'industrie dans le PIB dépasse 6% en 2020 (contre 5% en 2012), 7% en 2025 et 8% en 2030, alors que les autres secteurs hors-hydrocarbures (services, commerce, agriculture, etc.) croissent de 6% par an à partir de 2015 puis de 7.3% par an à partir de 2020.
- Un taux d'investissement privé qui atteint 20% du PIB en 2020 (contre moins de 10% en 2012).
- Un taux de chômage de 8% en 2020 (15% pour les diplômés de moins de 30 ans) et un taux d'emploi qui atteint 60% (dont 40% de taux d'emploi des femmes).
- Une densité des entreprises proche de la moyenne des pays émergents à forte croissance: 20 entreprises par 1000 habitants à l'horizon 2020.
- Un climat des affaires de classe mondiale en 2020: parmi les 3 meilleurs du pourtour méditerranéen et parmi les 50 meilleurs mondiaux (classements internationaux).
- Un budget de l'Etat dont la dépendance aux revenus des hydrocarbures est progressivement réduite: au maximum 50% du budget étant financé par la fiscalité pétrolière en 2020 et 20% en 2030 (contre 66% en 2012). A partir de 2020, 75% du budget de fonctionnement sera couvert par la fiscalité pétrolière (100% en 2025).
- Les éventuels excédents de recettes provenant de la fiscalité pétrolière seront alloués pour un tiers à un nouveau **Fonds Souverain pour l'Avenir**, le reste étant versé au Fonds de Régulation des Recettes. Ce dernier sera axé, de manière égale, sur : (i) l'éducation, la recherche et le savoir scientifique ; et (ii) les générations futures, qui ne pourront accéder à leur part qu'à l'horizon 2050. Il sera aussi créé un Fonds Souverain International pour gérer de manière plus active et plus rentable de 10 à 20 pourcent des réserves de change. Ce Fonds pourrait, à terme, être utilisé pour stériliser une partie des recettes en devises de la Sonatrach.
- Le Fonds Souverain pour l'Avenir aura accumulé près de 900 milliards de DA en 2020, et plus de 3.000 milliards de DA en 2030.[1]

[1] Tous les montants sont exprimés en valeurs constantes de 2012 et sont donc nets d'inflation ou de variations de taux de change.

La vision pour le système éducatif à horizon 2020 : Des citoyens bien formés, ouverts sur le monde et capables de porter la modernisation de notre économie et de notre société

- Faire parvenir le taux d'achèvement du primaire à 98% et de celui du premier cycle du secondaire à 95%
- Réduire de moitié les taux de redoublement jusqu'au baccalauréat
- Atteindre un taux brut de scolarisation de 40% dans le supérieur, avec un véritable fonctionnement pyramidal du système LMD [2] et un meilleur rendement a l'université (réduire le taux d'échec et réduire la durée moyenne des études)
- Assurer une formation professionnelle de qualité pour ceux qui ne passent pas par l'université
- Réduire de moitié le coût d'un diplômé en % du PIB par habitant
- Passer à la 25ème place dans le TIMSS et dans les 3 premiers pays de la région MENA
- Atteindre une moyenne de 300 publications pour 1 million d'habitants
- Accroître significativement la part des étudiants dans les filières scientifiques et techniques
- Etendre les doubles diplômes avec les meilleurs établissements universitaires internationaux, notamment à partir de la licence
- Faire en sorte que les diplômés de l'enseignement supérieur puissent en 6 mois s'insérer dans le marché du travail en occupant des postes en adéquation avec leurs qualifications
- Favoriser l'émergence de pôles de recherche et développement en synergie avec la stratégie de développement économique du pays
    - Des pôles d'excellence de recherche, de classe mondiale, en santé, politiques publiques, TIC, agriculture saharienne, pétrochimie et énergies[3] : favoriser la mise en réseau des centres de recherche, instituts de formation, entreprises
- Disposer d'indicateurs de qualité et de performance du système éducatif à différents niveaux (national, régional, par wilaya)

[2] Avec une part prédominante de licences professionnelles et une calibration des licences académiques sur les véritables besoins du pays en doctorants, une sélectivité dans le passage de la licence au master etc.
[3] Transformer l'IAP en Institut Algérien des Energies par exemple

La vision pour le système de santé à horizon 2020 : des Algériens maintenus en bonne santé, grâce à des soins de qualité accessibles à tous et à un système de santé moderne et performant

Atteindre un niveau sanitaire qui positionne l'Algérie dans le top 5 du benchmark pour l'ensemble des indicateurs de référence de santé publique,

- Eradiquer certaines pathologies infectieuses résurgentes que l'on peut suivre / contrôler (Maladies transmissibles hydriques, tuberculose, etc.)
- Diviser par 2 les taux de mortalités infantile, maternelle et Juvéno- infantile
- Viser un positionnement dans le top 5 du benchmark sur le reste des indicateurs de référence de santé publique (espérance de vie, densité médicale et infirmière)
- Renforcer la part du PIB consacrée à la santé et atteindre les ratios du top 5 du benchmark (7% à 10%)

L'Algérie doit avoir comblé les failles actuelles dans l'organisation de son système de santé

- Donner à tous les citoyens un accès équitable minimal à des soins de qualité (publics ou privés)
- Evaluer systématiquement et contrôler la qualité et la performance du système de santé
- Faire du patient et de ses accompagnants un acteur exigeant et reconnu de cette évaluation systématique de la qualité et des services rendus
- Revoir le mode de financement du secteur de la santé afin de réduire le reste à charge des ménages et le ramener à la moyenne des pays du benchmark, ou à un maximum de 20% du pouvoir d'achat d'un ménage dans les 5 ans (et l'idéal serait de le limiter ensuite entre 10 à 15% d'ici 2025).

« Remettre chaque acteur à sa juste place » avec des règles du jeu transparentes et partagées et des engagements réciproques entre les opérateurs de santé, publics et privés, et l'Etat

- Responsabiliser l'Etat et les tutelles sur un rôle de régulation du système de santé
- Donner une place officialisée et encadrée aux opérateurs privés (à but lucratif) disposant d'une vraie place reconnue et contractualisée (notamment avec l'Assurance Maladie), et contrôlée et donc insérée dans les options courantes de services de santé pour les citoyens.
- Permettre le développement d'un « troisième secteur », composé d'operateurs privés à but non lucratif qui acceptent de prendre en charge des missions de santé publique (et bénéficient en conséquence de financements publics directs).

Sur les industries du médicament et autres produits à usage médical à horizon2020:

- Atteindre 70% de production locale sur les génériques (dont 2/3 de produits d'origine chimique pour au moins 1/3 de produits bio-similaires) et rééquilibrer le ratio de couverture volumes/valeur de la production locale pour viser au moins 50% en ratio de couverture en valeur.
- Atteindre 30% en produits de spécialité dont idéalement 50% de produits d'origine chimique et 50% de produits biotechnologiques
- Réduire significativement le niveau des ruptures et améliorer les prestations de services de santé associés au bénéfice des patients
- Renforcer le cadre juridique, légal, financier, fiscal et en ressource humaine pour stabiliser et consolider ce secteur encore fragile.

La vision pour le vivre ensemble

Culture : Une réappropriation de l'espace culturel par les citoyens

- Accroître la diversité de l'offre culturelle sur tout le territoire national
- Rendre les structures en charge de la politique et de l'offre culturelles décentralisées, autonomes et professionnelles et faire en sorte qu'un programme varié d'animation culturelle existe au niveau de chaque localité, afin de rendre les territoires attractifs
- Faire en sorte que l'Etat apporte un soutien multiforme et un financement adéquat au développement des politiques artistiques dans tous les domaines (musique, littérature, théâtre, arts plastiques, cinéma)
- Impliquer la société civile dans la production culturelle et lui offrir les moyens appropriés pour le faire (financement, infrastructure, accès aux medias lourds)
- Protéger et revitaliser l'extraordinaire patrimoine culturel algérien matériel et immatériel et assurer une protection et une valorisation du patrimoine architectural algérien par une approche scientifique et rigoureuse
- Transmettre un socle culturel commun à tous les jeunes Algériens et leur assurer une ouverture vers les autres cultures

Villes et territoires : Un développement en harmonie avec un environnement urbain et rural préservé, valorisé et propice à l'épanouissement des citoyens

A l'horizon 2020, nous espérons que les changements suivants seront inities

- Actions concrètes e protection des ressources naturelles et des environnements fragiles
- Mise en œuvre d'un véritable aménagement du territoire
- Implication des citoyens dans les décisions d'urbanisme
- Plans d'urbanisme actualises et effectivement mis en œuvre
- Programme d'amélioration significative de la qualité du bâti
- Respect des normes architecturales régionales dans les constructions nouvelles
- Chaque métropole est équipée d'un plan de transport public cohérent
- Généralisation d'une approche globale du traitement des problèmes des citoyens dans les grandes villes
- Déploiement de ceintures vertes, de parcs, d'infrastructures de loisirs et sportives dans les villes

La vision pour la Gouvernance publique à horizon 2020

- **Un Etat de droit restauré :** les Algériens seront égaux devant la loi. Il n'y aura plus « d'Etat de droit informel » octroyant des privilèges à certains et offrant un cadre légal incertain à d'autres. La justice sera indépendante et assurera un traitement équitable à chaque citoyen indépendamment de tout critère non constitutionnel. Un rééquilibrage des pouvoirs sera réalisé, afin de permettre l'expression systématique de mécanismes de contre-pouvoir, notamment en redonnant au parlement son plein rôle.
- **Des institutions redevables devant le citoyen Algérien :** les institutions travailleront à servir l'intérêt collectif. L'Etat garantira un droit d'accès à toute information non classée secret défense, et il assurera une transparence dans la gestion des finances publiques. Une évaluation continue et indépendante de l'action de l'Etat sera au cœur de la Gouvernance Publique.
- **Une société civile plus libre, plus active et dotée des moyens d'évaluer de façon indépendante l'action des institutions :** la liberté d'association sera consacrée, ainsi qu'un certain nombre de libertés fondamentales (d'expression, individuelles, etc.), afin de libérer les forces vives de la société civile. Elle sera dotée d'instruments d'évaluation indépendante des institutions et aura les moyens de saisir les pouvoirs publics pour faire entendre sa voix.
- **Un Etat moderne doté de capacités d'accompagnement du développement de la société :** restaurer les capacités de l'Etat à servir le citoyen en étant plus proche de ses préoccupations et en lui offrant notamment des services de qualité. L'Etat aura les capacités d'être à la fois un facilitateur et un catalyseur du développement économique et social.

Cinquante chantiers de rupture pour bâtir la vision « Algérie 2020 »

Réaliser cette vision nécessite de profonds changements dans la manière de conduire les politiques publiques dans notre pays. Des ruptures sont à opérer dans plusieurs domaines pour changer de cap et résoudre les contraintes structurelles auxquels font face tous les secteurs. Il s'agit d'adopter de nouvelles approches car les politiques menées jusque-là ont montré leurs limites. Identifier ces nouvelles approches sur la base des expériences des cinq décennies passées et de leur bilan est l'objet de ce rapport. Au total, dans les cinq thèmes analysés*, cinquante chantiers de rupture* ont été identifiés.

Le tableau de la page suivante synthétise, pour chaque thème, les leviers structurels sur lesquels les ruptures doivent s'opérer pour atteindre, à l'horizon 2020, les visions énoncées ci-dessus. Pour chacun de ces leviers de politique publique correspondent des chantiers de rupture qui devront être mis en œuvre au cours des prochaines années. Ces cinquante chantiers représentent, dans leur ensemble, le grand virage que doit opérer notre pays à l'aube de ce second cinquantenaire de notre indépendance.

CINQUANTE CHANTIERS DE RUTPTURE POUR BATIR L'ALGERIE DE 2020

Leviers		*Chantiers de rupture*	
ECONOMIE	*Couper progressivement le cordon de la rente budgétaire à l'horizon 2020 puis 2030 en la réorientant vers les investissements d'avenir*	1	**Engagement constitutionnel pour couper le lien à la rente et l'investir dans l'avenir**
		2	**Grande réforme fiscale**
		3	**Maitrise de la demande énergétique**
		4	**Ciblage des transferts sociaux et nouveaux transferts monétaires**
	Transformer l'environnement de l'entreprise et de l'investisseur pour en faire un climat des affaires des plus attractifs	5	**Environnement des affaires de classe mondiale**
		6	**Quatre ans pour transformer le secteur financier**
		7	**Foncier industriel et économique au service de la diversification**
	Engager la nation dans une stratégie économique volontariste et cohérente pour un nouveau modèle de croissance et de diversification	8	**Nouvelle Politique Industrielle**
		9	**Soutien aux exportateurs et facilitation du commerce**
		10	**Politique d'ouverture cohérente et maitrisée**
	Adopter une nouvelle approche des politiques de l'emploi et de l'informel	11	**Refonte des instruments de soutien à l'emploi**
		12	**Approche nouvelle pour l'informel**
	Changer de manière fondamentale le cadre de gouvernance économique et l'approche de l'Etat en matière de conduite de la politique économique	13	**Refonte du rôle de l'Etat actionnaire et régulateur**
		14	**L'entreprise au cœur du pilotage économique**
		15	**Pilotage économique entièrement remodelé**
EDUCATION	*Mettre le pilotage par la qualité et la performance au cœur de la politique d'éducation, à tous les niveaux*	16	**Responsabilisation et pilotage par la performance du système éducatif**
		17	**Autonomie accrue des établissements**
		18	**Cursus universitaires mieux articulés aux besoins de l'économie**
		19	**Revaloriser la formation professionnelle et technique**
		20	**Complémentarité entre enseignement public et privé**
	Bâtir un système éducatif et de formation plus équitable	21	**Créer de plus grandes incitations à la recherche**
		22	**Réduire les inégalités face à l'école**
	Bâtir un système éducatif plus épanouissant pour les élèves	23	**Meilleure orientation des élèves et passerelles entre différents cursus**
		24	**Nouvelle pédagogie d'enseignement**
		25	**Améliorer les conditions de travail et de vie des étudiants**
SANTE	*Mettre le pilotage par la qualité et la performance au cœur de la politique de santé publique*	26	**Evaluer et contrôler la qualité des soins et la performance**
		27	**Responsabiliser les acteurs et systématiser la contractualisation**
		28	**Gérer et prendre les décisions au plus près du terrain**
	Permettre un accès équitable à des soins sécurisés et de qualité	29	**Redéfinir les modes de gestion et d'approvisionnement des produits de santé**
		30	**Amener le soin au plus près du citoyen et sortir de l'hospitalo-centrisme**
		31	**Réduire le poids de la dépense de santé pour les ménages**
	Construire la complémentarité entre les secteurs public et privé au bénéfice du patient	32	**Donner une place reconnue et contrôlée aux opérateurs privés dans le système de santé**
		33	**Développer un espace 'privé à but non lucratif' pour les priorités de santé publique**
VILLES	*Mettre en œuvre concrètement un véritable aménagement du territoire*	34	**Redonner une cohérence et un équilibre au territoire**
		35	**Mettre en place des gouvernorats pour piloter le rééquilibrage entre agglomérations**
	Redonner une cohérence et un ordre à nos villes et nos villages	36	**Améliorer significativement la qualité de la vie dans les villes et les villages**
		37	**Améliorer l'intégration des citoyens algériens à leur environnement**
CULTURE	*Construire de nouveaux rapports entre l'Etat et les acteurs culturels et œuvrer à la (ré)appropriation de l'espace artistique et culturel par les citoyens*	38	**Augmenter l'offre culturelle et démocratiser son accès**
		39	**Libérer les initiatives et soutenir l'industrie culturelle**
		40	**Assurer la préservation et la valorisation du patrimoine**
GOUVERNANCE	*Faire de la redevabilité et de la responsabilisation de l'Etat et de ses institutions vis-à-vis du citoyen le socle de l'action publique*	41	**Faire de l'Algérie un des pays les plus transparents dans l'action publique**
		42	**Création d'une Agence Indépendante d'Evaluation des Politiques Publiques**
		43	**Faire du Parlement un acteur clé de l'évaluation de l'action de l'Etat**
	Créer un cadre permettant à la société civile de se doter de réels outils de contre-pouvoir	44	**Lever les obstacles qui entravent les libertés publiques**
		45	**Soutenir les associations qui évaluent et responsabilisent l'Etat**
	Lever les obstacles qui entravent l'indépendance et l'autonomie des institutions, au-delà des textes existants qui ne les consacrent qu'en théorie	46	**Mesures pour une indépendance effective et réelle de la Justice**
		47	**Indépendance des autorités de régulation et d'évaluation de l'action publique**
	Transformer l'Etat en catalyseur du développement économique et social par le biais d'institutions d'excellence	48	**Un « Plan Marshall » pour un Etat moderne et légitimé par sa performance**
		49	**Décentralisation pour plus de performance, de proximité et de redevabilité**
		50	**Refonte de la Présidence de la République**

3ème thème

Santé

1-Bilan

En 50 ans, la santé des Algériens a connu une amélioration de tous les paramètres quantifiables de santé. Des progrès ont été réalisés, surtout depuis le début des années 2000, grâce à une priorité redonnée à la santé et une part croissante du budget de l'Etat consacrée à la santé :

- L'espérance de vie qui était inférieure à 50 ans à l'Indépendance est passée à plus de 72 ans en 2012, mais avec une qualité de vie au cours de la vieillesse qui n'est pas comparable aux standards attendus.
- Les mortalités infantile et maternelle ont, elles, été divisées par 7 en 50 ans. Elles demeurent encore élevées en comparaison des données des autres pays du benchmark qui ont des revenus et des réalités socio-économiques similaires à l'Algérie. Elles constituent l'une des priorités reconnue.
- Le nombre de lits hospitaliers a été multiplié par 2 en 50 ans.
- Le nombre de médecins a été multiplié par 10 en 50 ans, mais avec des déséquilibres régionaux et également en terme de spécialités encore importants.
- Le budget de la santé est passé de moins de 4 % du PIB à presque 7%. Cette augmentation considérable des budgets de santé depuis 1970 jusqu'à 2010 ne s'est pas réalisée en continu mais par vagues successives brutales causant des ruptures de fonctionnement et générant des dépenses de santé financées à hauteur de 80 % par l'état algérien.
- Le marché pharmaceutique algérien est le troisième marché africain (2,9 milliards de dollars en 2011), en croissance moyenne de plus de 10% par an. 70 % des médicaments consommés proviennent de la production locale mais ils ne représentent que 30 % des dépenses engagées pour les médicaments et produits de santé. De fait, malgré une politique favorisant les productions locales de génériques, l'Algérie reste importatrice de médicaments et de produits innovants et chers.

De nombreux progrès restent à faire, puisqu'on observe :

- Des mortalités encore élevées, au-dessus des autres pays du benchmark, notamment du fait des maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète) ou lourdes (cancer) en forte progression. Les mortalités maternelle et infantile demeurent anormalement élevées
- La résurgence de maladies endémiques que l'on croyait en voie de disparition

- Un accès inégal aux soins pour les Algériens, tributaires de leur positionnement géographique et de leurs moyens. A cela s'ajoutent les ruptures longues et récurrentes dans l'approvisionnement en médicaments et en produits de santé qui pénalisent toute prise en charge. Enfin, la part du reste à charge des ménages dépasse à dire d'expert les 40% de la dépense en santé, ce qui creuse de fait les inégalités d'accès

- Une qualité de service perçue comme insuffisante et excessivement fluctuante selon l'établissement médical ou la région voire le médecin traitant

- Une part du PIB investie dans la santé (environ 6% en 2010) qui reste en deçà des pays voisins et du benchmark (autour de 10%) malgré des progrès récents de rattrapage

- Une efficacité du système de santé qui, malgré les moyens relativement importants mobilisés depuis une décennie, demeure faible au vu de l'état sanitaire des Algériens par rapport aux pays à revenus comparables. De plus, la qualité de services (infrastructures, équipements opérationnels, hôtellerie à niveau) et de prise en charge médicale et soignante est jugée très perfectible par les usagers (malades et leurs familles). Par ailleurs, le fossé se creuse entre un secteur public voué à assister massivement les populations et un secteur privé plus sélectif et plus marchand

- Enfin, des industries de la santé et du médicament sans stratégie ni régulation suffisante, avec notamment une industrie du médicament encore majoritairement dépendante de l'importation.

Aperçu des évolutions du système de santé de 1962 à nos jours [4]

La première phase (1962 – 1972) : reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre

Avec 9 millions d'habitants (dont 85% de ruraux), la situation sanitaire en 1962 était marquée par les maladies liées à la malnutrition et à l'absence d'hygiène et de prévention. L'espérance de vie à la naissance était estimée à 49 ans au début des années soixante.

Le système de santé était exsangue suite au départ massif des médecins, pharmaciens et cadres de santé français (dont le nombre est passé de 2 500 à 630 médecins, avec moins de 300 médecins d'origine algérienne). Par ailleurs, les structures de sante d'alors, construites essentiellement pour répondre aux besoins de la population européenne, étaientconcentrées dans certaines grandes villes au nord du pays.
Le chantier de la reconstruction du système de santé, pour répondre aux besoins sanitaires de la population algérienne était colossal, en terme, à la fois de structures à construire, et de professionnels à former comme l'attestent les indicateurs de santé publique de référence suivants :

[4] Sources : Pr JP Grangaud, IPEMED, MSPRH, INSP,

- Mortalité infantile très élevée : 180/1000 en milieu urbain.
- Espérance de vie des Algériens ne dépassant pas 50 ans.
- Densité de 1,2 à 1,6 médecin / 10 000 habitants.
- Densité de 1 à 2 chirurgiens-dentistes / 100 000 habitants.
- Densité de 3 pharmaciens / 100 000 habitants.
- Accès aux soins difficile pour les populations rurales.

C'est dans ce contexte que va se mettre en place une politique de santé publique marquée par deux orientations majeures : d'une part la volonté d'une prise en charge massive des problèmes de santé de la population par l'Etat (médecine quasi exclusivement publique) ; et d'autre part, un financement des dépenses de santé assuré essentiellement par la fiscalité étatique.

La mise en œuvre de la politique sanitaire nationale de l'indépendance du pays jusqu'au début des années 70 s'est caractérisée essentiellement par :

- La réactivation des structures de santé laissées en place, offrant une couverture insuffisante et qui étaient largement dégradées par la guerre et désertées par les personnels de santé majoritairement d'origine française.
- L'établissement d'un programme de santé avec pour but essentiel la lutte contre les maladies transmissibles prévalentes et la prise en charge des besoins de santé de base (nutrition, urgences médico-chirurgicales, natalité).
- La mobilisation des ressources financières indispensables à la réalisation de programmes par l'Etat du fait de revenus très bas de la population (PIB/habitant n'excédant pas 400$ US).

La seconde phase (1973-1986) : vaste programme de développement de la santé dans les établissements publics:

La nationalisation du pétrole en 1972, qui a amélioré de manière très substantielle les revenus de l'Etat, va permettre à l'Algérie de se lancer dans un vaste programme de développement à travers les révolutions « industrielle, agraire et culturelle ».

Dans le domaine de la santé, ce programme se traduit par un certain nombre de grandes décisions politiques comme l'ordonnance présidentielle de 1973 instituant la gratuité des soins, la mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire (« 1000 médecins par an ») ou encore la programmation sanitaire du pays (PSP) en 1975 avec l'adoption de normes de santé :

- un centre de santé pour 6 à 7000 habitants ;
- une polyclinique pour 15 à 25.000 habitants ;
- un hôpital par daïra ;
- un hôpital par wilaya.

Entre 1975 et 1979, plusieurs programmes voient le jour :la mise en oeuvre dans tout le pays du programme élargi de vaccination, l'instauration du service civil (notamment pour les médecins) et la création par décret du « secteur sanitaire » et des « sous-secteurs sanitaires ».

Ces actions ont sensiblement amélioré l'état de santé de la population algérienne par rapport à la situation qui prévalait à l'Indépendance. Néanmoins, les disparités régionales qui existaient déjà à l'Indépendance (polarisation des infrastructures et des compétences médicales dans les grandes villes du Nord du pays) demeurent importantes.

Au début des années 1980, avec l'augmentation substantielle des revenus pétroliers, le budget de la santé atteint près de 7% du PIB :

- les unités de soins sont équipées de moyens modernes et plus de quarante nouveaux hôpitaux sont construits. Cet investissement en nouveaux lits hospitaliers améliore considérablement la couverture nationale en lits, mais pèche malheureusement par une implantation géographique inadéquate des unités par rapport aux évolutions des besoins et, souvent, par une architecture inadaptée au milieu environnant.
- une quantité importante d'équipements lourds sont acquis, là aussi dans la précipitation et sans étude préalable sur la pertinence des achats, leur implantation, et sur le personnel qualifié qui devrait être prévu pour présider à leur mise en fonctionnement et à leur maintenance.

La troisième phase (1986-2002) : absence d'adaptation du secteur de la santé à la double transition démographique et épidémiologique en cours, du fait de la crise économique et sécuritaire qui fait passer la santé au second plan des priorités de l'Etat algérien

La politique volontariste mise en oeuvre jusqu'en 1986 connaît un frein brutal à la fin des années 80, en raison de la chute des revenus pétroliers. Le prix du baril de pétrole chute en deçà de 10$ US en 1986, imposant à l'Algérie de faire appel à des emprunts à des taux ruineux à court terme et de réviser à la baisse, sinon d'abandonner purement et simplement, un grand nombre de programmes de développement. Celui de la santé connaît un net recul dès 1986/87, mettant en grande difficulté le secteur public hospitalier (gestion des hôpitaux ou entretien des équipements).

Le mécontentement des patients et usagers et des personnels de santé face à la rapide dégradation des prestations du secteur public pousse l'Etat à promouvoir davantage le secteur libéral, lui transférant une part de plus en plus grande des soins ambulatoires et hospitaliers (années 90). Cette libéralisation se fait sans encadrement juridique. Par ailleurs, la plupart des praticiens du privé n'est pas conventionnée avec l'Assurance Maladie et les tarifs des actes pratiqués par le secteur privé sont très supérieurs aux barèmes de remboursement en vigueur qui n'ont pas été suffisamment réévalués. De ce fait, la quasi-totalité des frais encourus auprès des médecins privés restent à la charge des ménages.

En parallèle, d'importantes transitions (ayant un très fort impact sur le système de santé publique) s'amorcent:

- Une transition épidémiologique :
  - Persistance et résurgence des MTH (Maladies à Transmission Hydrique)
  - Augmentation des maladies chroniques dites maladies modernes: diabète, pathologies digestives, cardio-vasculaires, respiratoires, cancers et neuropsychiatriques.

- Une transition démographique :
  - Amorce du vieillissement de la population (6,7% en 19995)
  - Urbanisation rapide (59 % de l'habitat en zone urbaine en 1999)6
  - Recul de la natalité même si la part de la population jeune reste extrêmement importante (48, 24 % de la population a moins de 19 ans en 1998)7

- Une transition socio-économique :
  - Chute des revenus des hydrocarbures, insuffisance de productivité et de création de richesse interne, augmentation considérable du poids de la dette extérieure et passage désordonné à l'économie de marché avec comme effet la dévaluation du dinar, le développement du chômage et d'une inflation élevée.
  - Appauvrissement de l'Etat qui provoque un décrochage du développement des secteurs sociaux (logements, éducation, santé), une dégradation de l'environnement et des conditions de vie, de l'habitat et de l'hygiène publique
  - Elargissement des poches de pauvreté et précarité nutritionnelle de larges couches de la population.

La quatrième phase (2002-2011) : volonté de réactiver une politique sanitaire d'envergure sans remettre en place une véritable planification à long terme

Cette période a été caractérisée par une nette amélioration des ressources du secteur de la santé, grâce à une augmentation des allocations budgétaires, aussi bien en termes de budget de fonctionnement que de budget d'équipement du fait de la rente pétrolière et ce en dépit des crises financières mondiales. Les indicateurs de santé publique connaissent une amélioration significative :

- La dépense de santé passe de 3,48 % du P.I.B en 2000 à 5,79 % du P.I.B en 2009[8]
- De nouvelles constructions de structures hospitalières et des investissements massifs en matériel et équipements, notamment dans le domaine de l'imagerie médicale, ont lieu9.Ainsi, en 2007, l'infrastructure hospitalière publique globalise 61 829 lits (1.94 lit / 1000 hab.).

[5] Source : MSPRH
[6] Source : Banque mondiale
[7] Source : IPEMED, Pr. J.P. Grangaud
[8] Source : Banque mondiale
9 le programme quinquennal 2005 – 2009 prévoyait une dépense de 244 milliards de dinars et la réalisation de 800 infrastructures dont 20 hôpitaux de plus de 200 lits, 70 autres de moins de 200 lits, 260 hôpitaux et centres spécialisés, 133 polycliniques et 214 centres de santé

- Accroissement de 70% du corps médical depuis 1999, soit 35 000 praticiens en 2007 dont 13 000 spécialistes, soit un ratio record de 1 médecin pour 803 habitants
- Volonté de rééquilibrage de la couverture sanitaire à travers le pays notamment grâce au service civil imposé aux médecins spécialistes : en 2007, 3 174 médecins exercent dans le sud du pays et dans les hauts plateaux contre 387 en 1999.
- Promotion du médicament générique, libéralisation et encouragement de la production locale ainsi que de la distribution privée des produits de santé. Grâce à la consommation de génériques, passage de 30% à 70% de la couverture nationale en volume des médicaments .
- Mise en place tardive de l'agence nationale du médicament (décret datant de 2008, mais une mise en œuvre effective décidée seulement en 2012).

Durant cette période, un certain nombre de dispositions réglementaires ont été prises, aussi bien dans le domaine de l'organisation du système de santé, que de celui du médicament. Par exemple, la mise en place depuis janvier 2008 d'une nouvelle hiérarchisation des soins portant sur la séparation entre:

- des structures extrahospitalières assurant la prévention et les soins de base : Création des EPSP (Etablissement Public de Santé de Proximité, ex Secteur Sanitaire)
- Des structures d'hospitalisation et de soins spécialisés : Création des EPH (Etablissement Public Hospitalier)
- Le maintien des CHU (Centres Hospitalo-Universitaires) et EHS.
- Création de structures hautement spécialisées, les EHS (Etablissements Hospitaliers Spécialisés) dont par exemple la médecine sportive ou les maladies cardio-vasculaires par exemple

En 2011, le ministère de la Santé lance le Plan National Cancer.

Pendant cette période, les transitions épidémiologique et démographique se poursuivent :

- Progression accélérée des maladies non transmissibles (pathologies dites modernes) : maladies neuropsychiatriques, cancers, diabète, pathologies respiratoires, digestives et cardio-vasculaires en rapport avec le changement de rythme et de mode de vie du citoyen ;
- Vieillissement de la population, lié à l'allongement de l'espérance de vie et à la baisse accélérée de la fécondité depuis les années 90 (les taux de fécondité se sont stabilisés à moins de 2.5 enfants/femme depuis 10 ans) ;
- Accroissement naturel reparti à la hausse au cours des dernières années, malgré la baisse de la fécondité, du fait du rebond du nombre de mariages, liée à la fin de la « décennie noire ». En conséquence, la population algérienne continue à croitre à un rythme élevé de 2% par an.

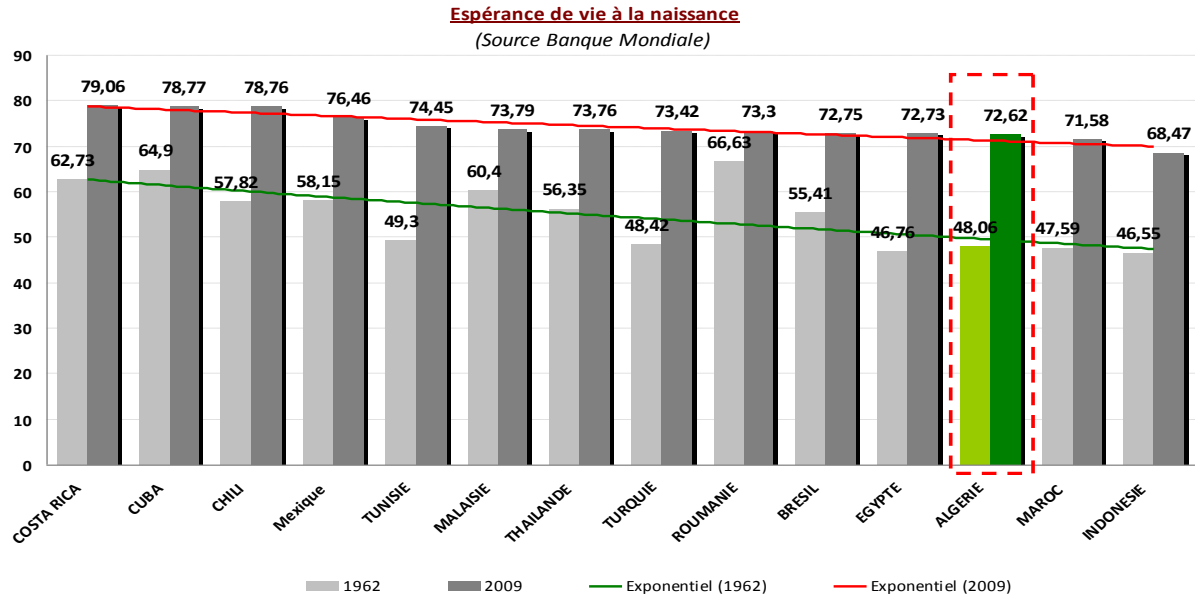
2- Où se situe l'Algérie au plan international ?

Certes, des investissements matériels et humains quantitatifs considérables ont été consentis pour la santé. Pour autant, sur les principaux indicateurs de santé publique, l'Algérie reste généralement dans le peloton de queue parmi les pays du benchmark, ce qui reflète des progrès qualitatifs relativement limités.

Espérance de vie à la naissance :

L'espérance de vie à la naissance s'est améliorée de manière significative, reflétant un accroissement du niveau de vie et une meilleure prise en charge sanitaire. Cependant l'Algérie est encore devancée par la plupart des pays du benchmark. La qualité de vie et l'état de santé de la population ne sont pas au niveau des standards des pays à revenus comparables. Ils peuvent et doivent être rapidement améliorés.

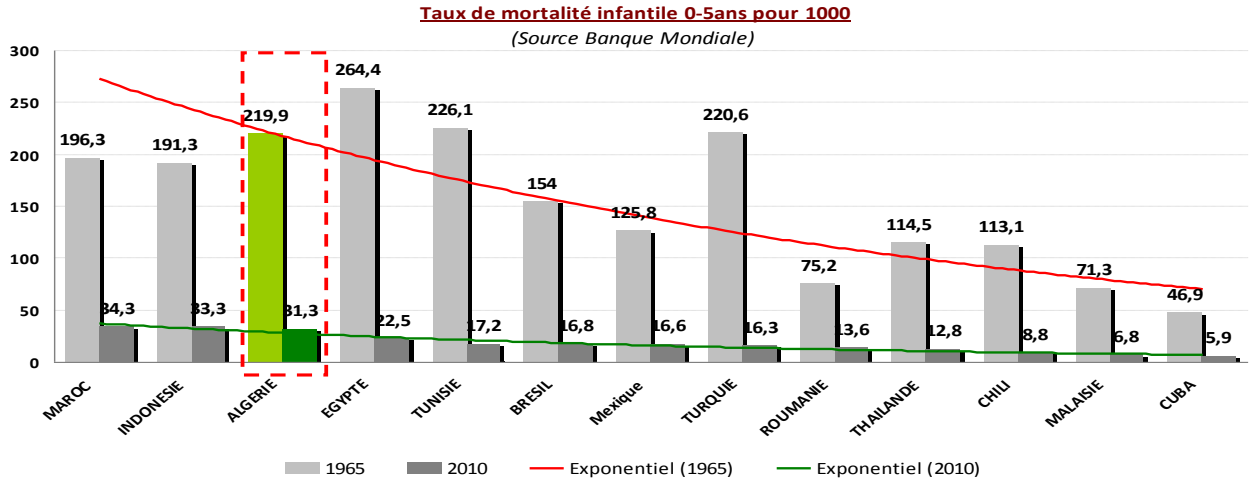
Comparatif de l'espérance de vie à la naissance 1962-2009 Algérie et pays du benchmark



Taux de mortalité infantile (0-5 ans) pour 1000

Le taux de mortalité infantile a significativement baissé, essentiellement grâce aux programmes élargis de vaccination et à une meilleure prise en charge à la naissance et de la petite enfance. Mais ce taux reste, à ce jour encore, parmi les plus élevés du benchmark. Les dernières données sur la mortalité à la naissance font état d'une augmentation récente de ce taux, sans doute à corréler avec l'insuffisance de planification et de priorité donnée au suivi de la grossesse et de la naissance en Algérie. De même, le taux de mortalité maternelle en couches est anormalement élevé et s'est toujours situé au-dessus des pays du benchmark.

Comparatif du taux de mortalité infantile (0-5ans) pour 1000 sur la période 1965-2010



Nombre de médecins pour 1000 habitants

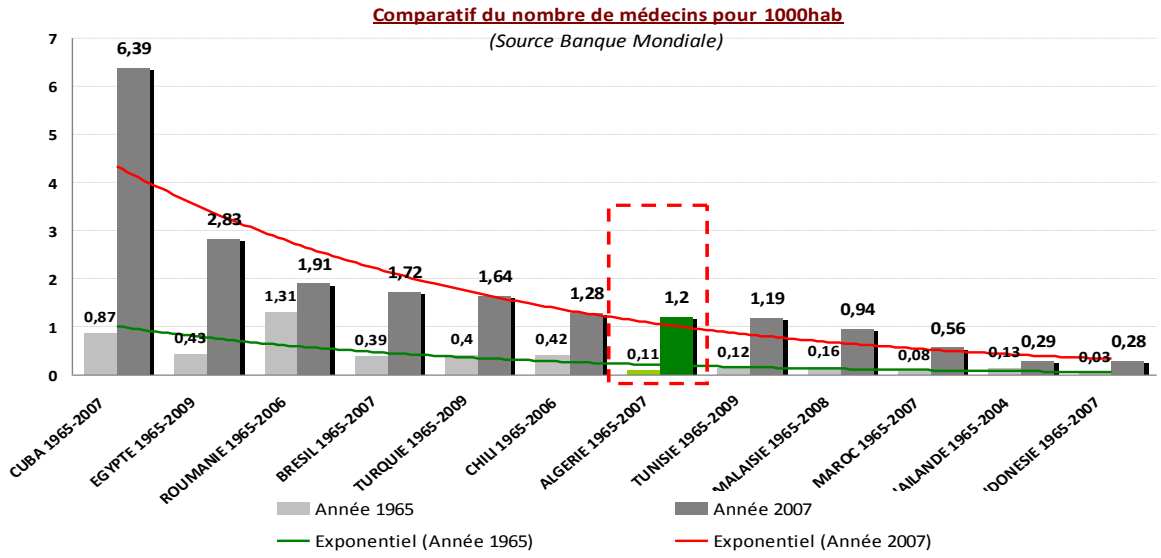
Le nombre de médecins pour 1000 habitants a été multiplié par 10 en 50 ans. La couverture médicale a régulièrement augmenté, sauf pendant la décennie noire des années 90.

La couverture médicale en Algérie est la meilleure du Maghreb, mais demeure insuffisante au regard des ressources supérieures de l'Algérie par rapport à ses voisins, lesquelles devraient mieux la situer dans le benchmark. De plus, la couverture médicale demeure encore inégale en termes géographique et par spécialité.

Les soins infirmiers et de nursing constituent l'une des faiblesses majeures du système de santé algérien et handicapent lourdement l'efficacité des services médicaux malgré les lourds moyens matériels octroyés : ainsi, le taux de couverture pour le nursing/infirmier est seulement de 19 /10000 habitants contre 29/10000 en Tunisie par exemple10.

[10] Source : WHO 2010 Factsheets of Health Statistics 2010

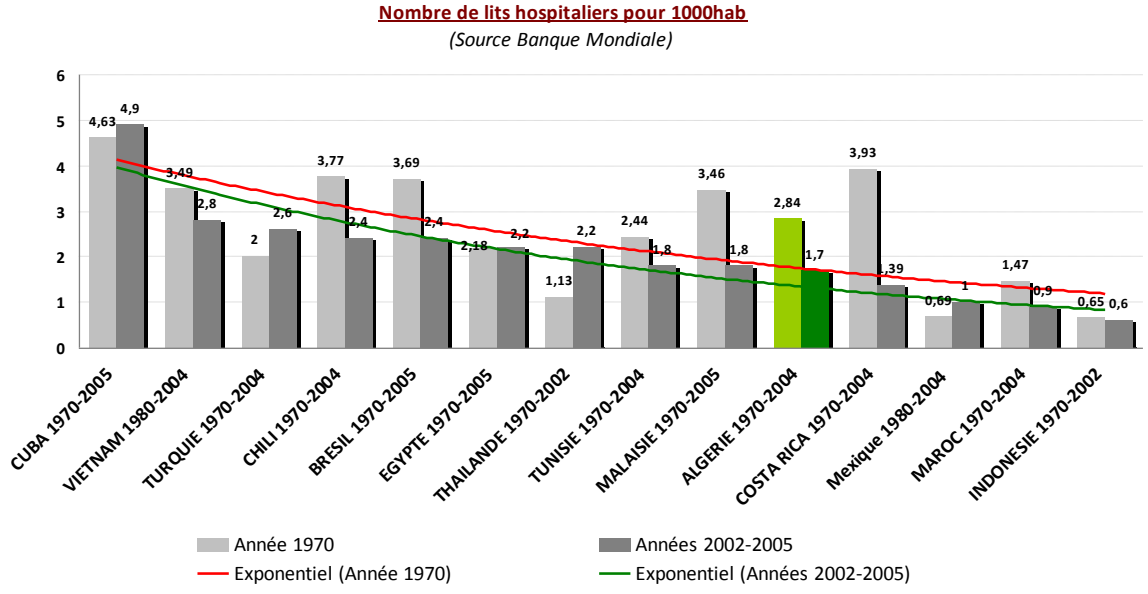
Comparatif du nombre de médecins pour 1000hab sur la période 1965-2007



Nombre de lits pour 1000 habitants

Compte-tenu de la croissance soutenue de la population, le nombre de lits pour 1000 hab a pratiquement été divisé par 2 en 25 ans, et ce malgré l'accroissement considérable du nombre d'infrastructures, notamment durant les années 2000. Cette situation reflète encore et malgré tout l'effortinsuffisant en Algérieen terme de développement des infrastructures hospitalières pour répondre aux importantes évolutions démographiques et sanitaires.

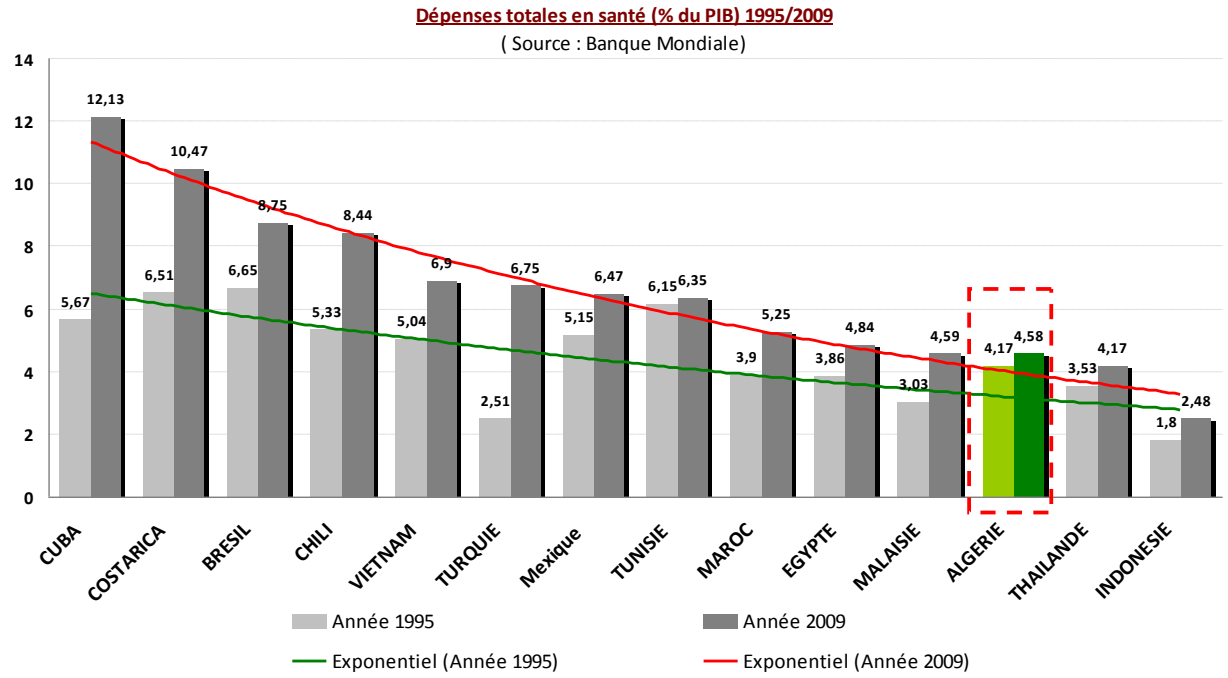
Comparatif du nombre de lits pour 1000hab 1970-2004



Dépenses totales en santé (en % du PIB)

Un positionnement parmi les derniers pays du benchmark. En 2009, les dépenses en santé représentaient seulement 4,58 % du PIB.

Dépenses totales en santé (% du PIB) 1995-2009 Algérie et pays du benchmark

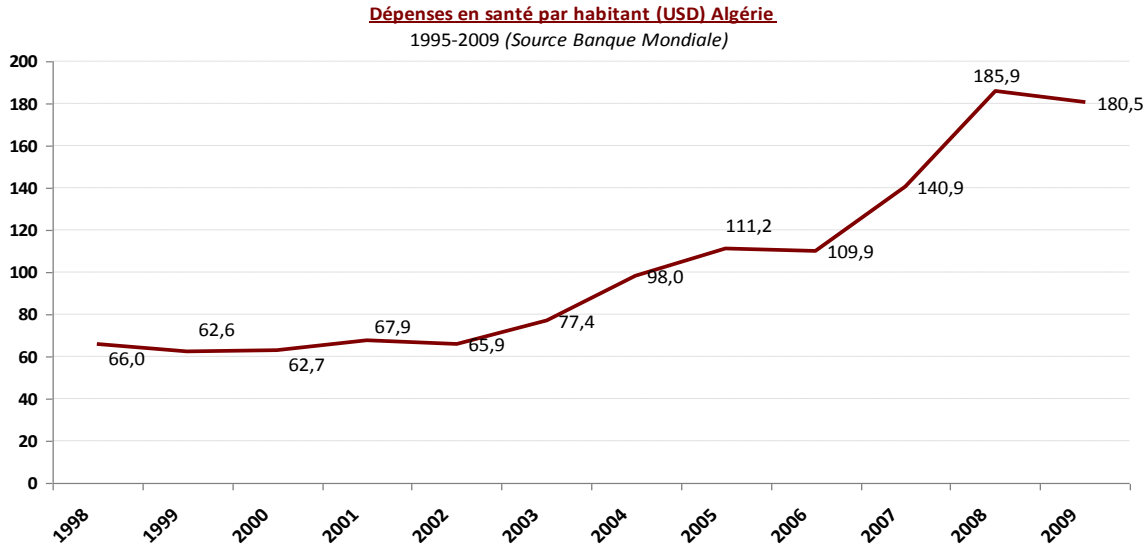


Un positionnement parmi les derniers pays du benchmark. En 2009, les dépenses en santé représentaient seulement 4,58 % du PIB.

Dépenses en santé par habitant (USD)

Une accélaration des dépenses de santé a eu lieu depuis 2005. Ce ratio des dépenses de santé approche les 7 % du PIB, ce qui devient comparable aux ratios des pays développés et émergents leaders. Cette augmentation quantitative des moyens consacrés à la santé ne se traduit pourtant ni par une amelioration de la qualité réelle des soins, ni par une amelioration de la qualité perçue par les citoyens qui, elle, ne semble pas progresser

Evolution des dépenses en santé par habitant (USD) Algérie 1995-2009



Une forte augmentation des dépenses de santé par habitant à partir de 2007

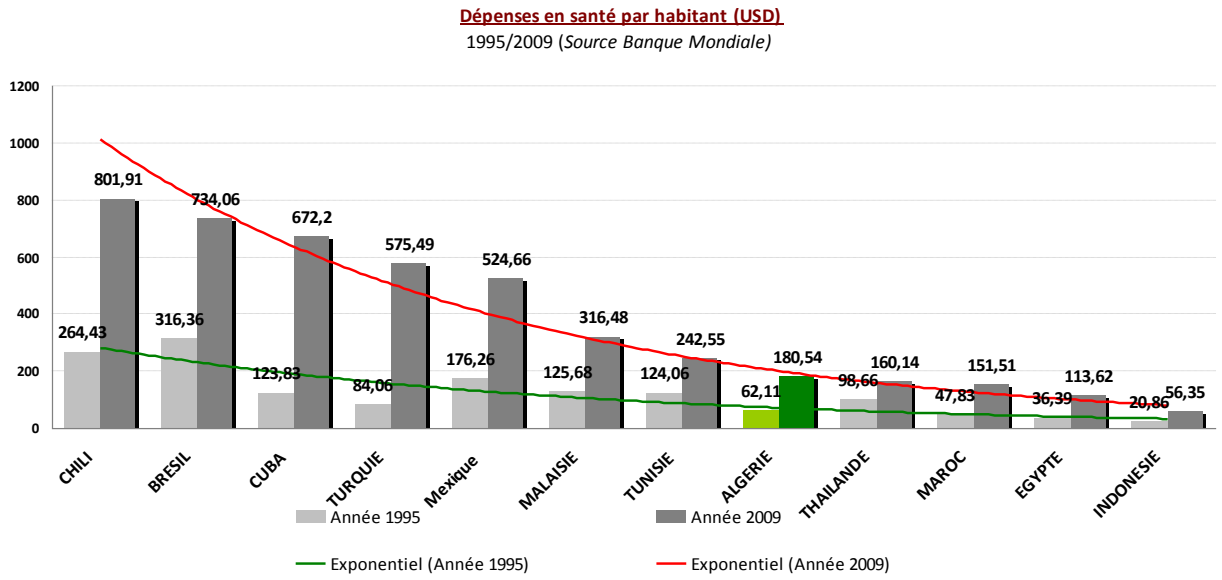
- Augmentation significative des budgets (80 % des dépenses de santé sont prises en charge par l'Etat).[11]
- Amélioration du système de couverture du «tiers payant» entraînant mécaniquement l'augmentation de la facture du médicament et des soins médicaux (sensible notamment pour les prises en charge des pathologies chroniques).
- Le reste à charge pour le patient se situe pourtant, en moyenne, à 40% de la dépense de santé, un des plus élevés du benchmark et du Maghreb. Ce reste à charge dépasse 90 % pour les soins et services offerts par les structures privées de santé :
    - Ce taux moyen est anormalement élevé pour un système national où la sécurité sociale est accessible au plus grand nombre et est un principe constitutionnel d'égalité des citoyens ;
    - La part excessivement élevée du reste à charge pour les soins dispensés par le privé reflète quant-à-elle l'absence de contractualisation des médecins privés avec l'Assurance Maladie (seulement 1000 médecins privés contractualisés à ce jour, avec une très faible application du tiers payant) et leur non-inclusion de facto dans le système général de santé publique.
    - Dès 2011, des contrats de conventions sont signés entre la CNAS et les médecins privés, leur permettant une revalorisation de leurs honoraires à 250 DA, moyennant une participation à l'effort de suivi régulier des malades. Ce projet n'a a pas reçu un

[11] Source : WHO 2010 Factsheets of Health Statistics2010

accueil favorable de la part des médecins installés du fait de la faible valorisation de la consultation et du surcroît de suivi administratif que cela leur imposait.

La combinaison de tarifs extrêmement élevés dans le privé et de l'absence de remboursement entretient donc une situation de sélection pécuniaire dans l'accès aux services médicaux du secteur privé de soins de santé[12].

Comparatif des dépenses en santé par habitant (USD)



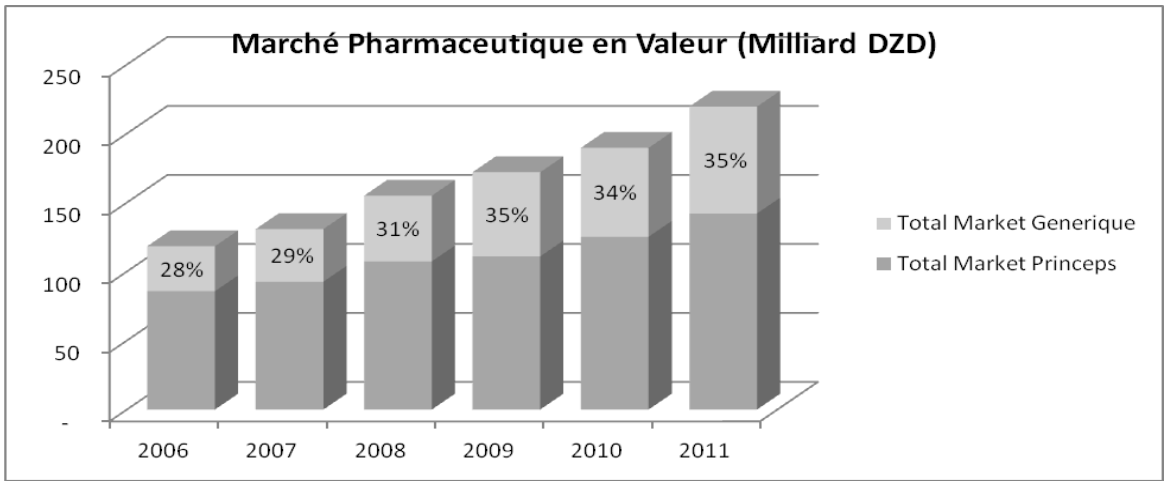
Médicament et industrie pharmaceutique

Le marché pharmaceutique algérien est le troisième marché africain (2,9 milliards de dollars en 2011), en croissance moyenne de plus de 10% par an. Il devrait cependant atteindre, voire même dépasser 8 milliards en 2020 et la part des produits importés sera toujours située autour de 60% en valeur, notamment si les axes de la production locale n'évoluent pas vers plus de diversification et de spécialisation technologique.

Le marché algérien reste structurellement importateur :

Avec un doublement des unités locales de production en 5 ans, le marché compte 56 unités sur le territoire en 2011. Elles couvrent 35% des besoins nationaux en valeur et 53% en volume. Le marché algerien reste cependant structurellement importateur car les unités de production locales se concentrent sur les génériques (90 % de la production constituée de médicaments génériques et seulement 10 % de spécialités, aux échéances brévetaires déjà échues ou imminentes) et sur les mêmes formes pharmaceutiques qui ne couvrent qu'une partie des besoins (essentiellement en forme liquides, pâteuses et sèches simples, ainsi que quelques matériels médicaux de base).

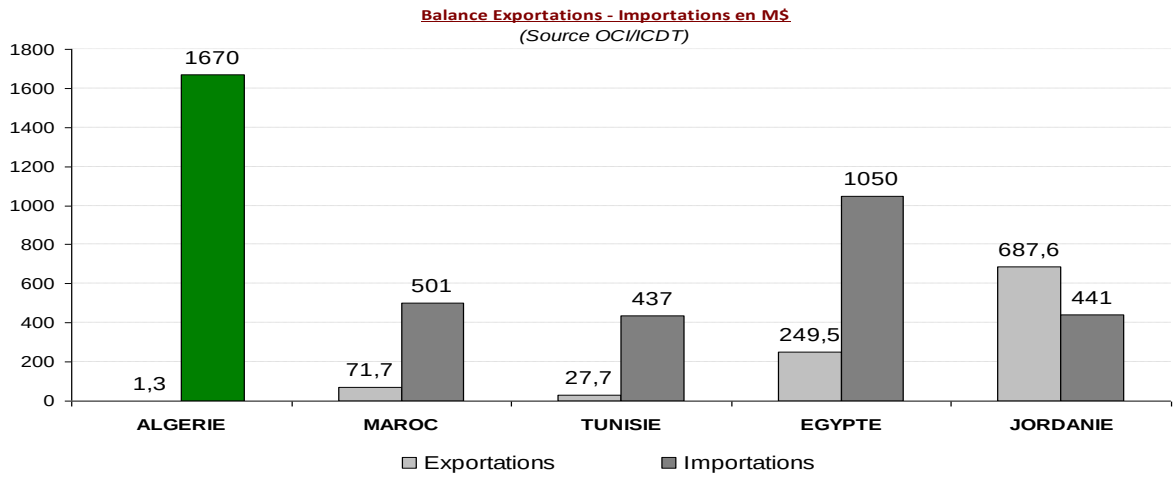
[12] Source : WHO 2010 Factsheets of Health Statistics2010



L'Algérie s'est donc orientée vers une production de masse de générique depuis 20 ans pour des raisons d'accessibilité plus facile (techniques, humains, financiers) et d'encadrement juridique volontariste (mise en place et réactivation de listes de produits interdits à l'importation basée sur les productions de génériques).

Le prix moyen des médicaments génériques vendus est passé en 5 ans de 162.5 à 244 DZD, soit une augmentation de 50 %. Cette évolution est la traduction directe des transitions épidémiologiques citées plus haut et reflète la tendance des laboratoires, même ceux proposant des génériques, à introduire de nouvelles molécules toujours plus chères. Ces prix sont pourtant contrôlés et évalués périodiquement sur les listes de médicaments avec tarifs de référence. Les génériques demeurent aussi relativement chers à cause des coûts des matières premières importées mais également par défaut d'économie d'échelle car les unités de production sont encore récentes, restent de petites tailles et ne travaillent pas encore en synergie.

En parallèle, les besoins thérapeutiques et médicaux évoluent vers des traitements récents et plus techniques qui sont quasiment tous importés en Algérie. Citons par exemple les anti-cancéreux, les insulines analogues/stylos, les anticorps monoclonaux et interférons, les trithérapies, les prothèses et le matériel médical, dont seule une infime partie est produite localement. Pour ces raisons, les besoins nationaux de soins évoluent vers plus de demandes de produits innovants restant importés et le marché reste structurellement importateur malgré l'essor d'une industrie locale de production.



Pour répondre aux nouveaux besoins en produits innovants issus du vivant de l'Algérie et de la région Afrique / Moyen Orient, le gouvernement algérien a décidé d'entreprendre un vaste projet de création d'un pôle biotechnologique (comprenant des sites de production et de R&D) sur le site de Sidi Abdallah. Le pilotage du projet démarre avec le soutien à la fois de grandes entreprises et de pôles académiques américains ainsi que de certaines entreprises européennes majeures. Ce projet revêt un défi considérable en terme de développement de nouvelles formations, de compétences et de savoir-faire scientifiques. Il devrait pousser à la modernisation de nombreux cycles et modules de formations universitaires algériens scientifiques et biomédicales qui peinent à se renouveler, notamment pour intégrer une dimension de R&D et de management qui fait cruellement défaut actuellement aux industries de santé locales. Enfin, ce projet peut compléter le développement d'une industrie biopharmaceutique actuellement trop orientée sur les produits chimiques alors que la course internationale à la compétitivité dans la santé passe aujourd'hui par le domaine des biotechnologies et des technologies avancées.

La situation sanitaire actuelle

Le système de santé algérien doit s'adapter à deux transitions concommittantes : transition démographique et transition épidémiologique

La transition démographique est complexe et se traduit par une croissance rapide de la population (taux nettement plus elevé que dans les pays occidentaux par exemple) couplée à un vieillissement sensible, avec une forte progression de la tranche des 60 ans et plus (projection à plus de 15 % de la population en 2020 d'après l'OMS). Dans le même temps, la tranche des moins de 15 ans, dont la croissance reste contenue, represente encore une part très significative de la population.

D'un point de vue épidémiologique, le pays est confronté à la fois aux priorités sanitaires des pays en développement et à celles des pays développés

- Des mortalités maternelle et infantile encore anormalement élevées (mortalité infantile à 31,3‰, ce qui classe l'Algérie parmi les 3 derniers du benchmark)

- Une persistance de certaines maladies transmissibles et une résurgence épisodique de certaines maladies infectieuses « oubliées » (hydriques, tuberculose, scarlatine, …)
- Une augmentation régulière et soutenue des pathologies chroniques, dites « modernes » (maladies neuropsychiatriques, pathologies digestives, cardio-vasculaires, diabète, asthme/allergies, …)
- Une augmentation alarmante des pathologies graves et très lourdes à prendre en charge (cancers, maladies de système, maladies métaboliques…)
- Une forte prévalence des accidents domestiques et de la route qui nécessite de prendre en charge des traumatismes lourds avec d'importants moyens chirurgicaux.

A titre indicatif, les premières causes de décès actuels sont : les cancers et les traumatismes, les maladies cardio vasculaires, les affections périnatales.

Cette transition épidémiologique complexe et relativement courte dans le temps se traduit par une dispersion inevitable des ressources matérielles et humaines pour faire face à des besoins très divers. Ce spectre trés large de maladies, de situations socio-médicales et sociales à traiter contraint très significativement le système de santé en termes organisationnel et financier.

Les transitions démographique et épidémiologique imposent donc au système de santé algérien de se transformer à nouveau pour assumer les nouvelles pathologies et les nouveaux patients, rendant indispensableune évolution structurelle de ce système de santé, en particulier sur son volet financement et sur son organisation.

Un Plan National Santé a été présenté en 2006, puis actualisé en 2008, afin de moderniser la santé et la rendre plus efficace. Cependant, ce plan n'a pas fait l'objet d'une évaluation factuelle et transparente des réalisations et des résultats obtenus à mi-parcours.

- En 2006, 38 programmes de santé publique ont été lancés, dont le coût a été évalué à près de 200 milliards de DA financés à horizon 2009, avec une volonté d' « évaluation à mi-parcours » - non datée de ces programmes ;
- A 2012, cette évaluation n'a pas encore été réalisée, ou du moins ses résultats n'ont pas été rendus publics. Cette évaluation est un pré-requis essentiel tant pour la poursuite des réformes que pour valider les axes de refonte du système de santé.

Un accès inégal aux soins pour les citoyens, tributaires de leur positionnement géographique et de leurs moyens.

- Une implantation inégale des infrastructures hospitalières sur le territoire avec une (sur)concentration en zone littorale et urbaine, à laquelle s'ajoute un retard relatif par rapport

aux pays du benchmark en matière d'infrastructures de base et de ratio lits hospitaliers / habitant :

  - Une couverture médicale disparate (ex : 1,52 médecins pour 1000 hab dans le Centre, contre 0,81 pour 1000 hab dans le Sud Est ; 1 spécialiste pour 733 hab à Alger, contre 1 spécialiste pour 12 827 pour Djelfa)[13]
  - Des populations rurales qui sont encore à une distance géorgaphique élevée des infrastructures hospitalières et se sentent dès lors délaissées.

- Une part du reste à charge des ménages qui, à dire d'experts[14], dépasserait les 40% de la dépense en santé et creuse de fait les inégalités d'accès. On constate également une structure de la Dépense Nationale de Santé (DNS) déséquilibrée avec une part des ménages de près de 30%, celle de l'Etat à 40% et les 30% restants à la charge de l'Assurance Maladie.
- A dire d'experts, une prépondérance des spécialistes au détriment des généralistes, avec un recours quasi systématique au spécialiste en première intention de consultation.
- Des ruptures récurrentes et de longue durée dans l'approvisionnement en médicaments et en produits de santé.

Une efficacité du système de santé qui demeure faible au vu de l'état sanitaire des Algériens par rapport à des pays à revenu comparable, malgré les moyens relativement importants qui ont été mobilisés notamment depuis une décennie.

- Une volonté de poursuivre le développement des équipements lourds et la création de nouvelles structures hospitalières, ce qui privilégie une logique de volume au détriment d'une réflexion prospective et qualitative sur les besoins de prise en charge à moyen / long terme.
- Un écart fort entre les statistiques, qui produisent des indicateurs globaux satisfaisants et la réelle qualité de l'accès aux soins
- La qualité de services (infrastructures, équipements opérationnels, hôtellerie à niveau) et de prise en charge médicale et soignante est jugée très perfectible par les usagers (les malades, leurs familles et leurs accompagnants).

Une part du PIB actuellement consacrée à la santé qui reste relativement faible en Algérie (près de 6% en 2010), comparée aux pays du benchmark et aux standards internationaux (entre 7 et 10%) malgré les progrès récents accomplis.

Un système de santé où la complémentarité entre les secteurs public et privé n'est pas organisée.

[13] Source : sources : MSPRH et ONS
[14] Sources : experts rencontrés, Pr J.P. Grangaud, IPEMED

Des industries de la santé et du médicament sans stratégie ni régulation suffisante, avec notamment une industrie du médicament encore majoritairement importatrice

- Au-delà d'une volonté d'atteindre une production générique de masse, il n'y a pas de stratégie de développement à long terme du secteur qui soit partagée par les acteurs publics et privés.
- Un grand nombre d'acteurs privés à chaque maillon de la chaine de distribution face à une concentration croissante des acteurs publics (Pharmacie Centrale des Hôpitaux - PCH): 300 laboratoires, 56 unités de productions locales, 65 importateurs, 150 grossistes répartiteurs, 8500 pharmacies, mais une PCH très centralisée. D'où une dispersion dans le circuit privé des approvisionnements avec éclatement des moyens et peu d'économies d'échelle, un centralisme excessif dans le circuit public avec des dérives et des défauts de gestion.
- Un cadre règlementaire, juridique et financier qui présente de nombreuses lacunes :
    - Incomplet pour les bio-médicaments, les dispositifs médicaux, les produits Over The Counter (OTC) et de parapharmacie,
    - Obsolète pour les mises aux normes et bonnes pratiques face à l'évolution importante dans le monde des PBF (Bonnes Pratiques de Fabrication), des BPC (Bonnes Pratiques de Contrôle), nécessité de créer des BPD (Bonnes Pratiques de distribution),
    - Insuffisant pour encore mieux encadrer les pratiques des nouveaux secteurs : cliniques, centres de radiologie/imagerie et d'analyses biomédicales (par exemple les Bonnes pratiques biomédicales en établissement de santé, les BPM (Bonnes Pratiques Médicales), et les BPL (Bonnes Pratiques de Laboratoire).
- Des dysfonctionnements majeurs et récurrents dans les circuits d'approvisionnement de produits et dans la maintenance des appareillages destinés aux malades, mettant en évidence des carences de communication entre les acteurs, mais aussi en terme de gestion, de régulation et de contrôle.
- Une carence en ressources humaines qualifiées et spécialisées (acheteurs, planificateurs industriels, suppliers, chefs de projets, gestionnaires et financiers, techniciens et ingénieurs, chercheurs, laborantins, pharmaciens industriels, contrôleurs et assurance qualité, …).

3- Vision 2020 : A horizon 2020, quatre enjeux majeurs pour le système de santé

En 50 ans, notre pays a réalisé des progrès considérables en matière de santé, et depuis le début des années 2000, l'accroissement des revenus tirés des hydrocarbures a permis de consacrer une plus grande part du budget de l'Etat à la santé. Cependant, des progrès importants restent à réaliser.

Dans les années à venir, le défi majeur que doit relever notre système de santé est d'offrir à tous les Algériens un système de soins efficace à un coût maîtrisé.

L'Algérie, à horizon 2020, doit avoir réussi à atteindre un niveau sanitaire qui la positionne dans le top 5 du benchmark pour l'ensemble des indicateurs de référence de santé publique :

- Eradiquer certaines pathologies infectieuses résurgentes que l'on peut suivre / contrôler (Maladies transmissibles hydriques, tuberculose, …)
- Diviser par 2 les taux de mortalités infantile, maternelle et juvéno infantile
- Viser un positionnement dans le top 5 du benchmark sur le reste des indicateurs de référence de santé publique (esperance de vie, densité medicale et infirmière)
- Renforcer la part du PIB consacrée à la santé et atteindre les ratios du top 5 du benchmark (7% à 10%)

L'Algérie doit avoir comblé les failles actuelles dans l'organisation de son système de santé

- Donner à tous les citoyens un accès équitable minimal à des soins de qualité (publics ou privés),
- Evaluer systématiquement et contrôler la qualité et la performance du système de santé,
- Faire du patient et de ses accompagnants un acteur exigeant et reconnu de cette évaluation systématique de la qualité et des services rendus,
- Revoir le mode de financement du secteur de la santé afin de réduire le reste à charge des ménages et le ramener à la moyenne des pays du benchmark, ou à un maximum de 20% du pouvoir d'achat d'un ménage dans les 5 ans (et l'idéal serait de le limiter ensuite entre 10 à 15% d'ici 2025).

« Remettre chaque acteur à sa juste place » avec des règles du jeu transparentes et partagées et des engagements réciproques entre les opérateurs de santé publics ou privés et l'Etat

- Responsabiliser l'Etat et les tutelles sur un rôle de régulation du système de santé : définition des standards, réalisation des évaluation et des contrôles avec l'appui d'agences indépendantes reconnues au niveau international
- Donner une place officialisée et encadrée aux opérateurs privés (à but lucratif) disposant d'une place reconnue (notamment avec l'Assurance Maladie), contrôlée et donc insérée dans les options courantes de services de santé pour les citoyens. Cela permet de réaffirmer les missions et les valeurs du secteur public et du privé et d'oragniser la complémentarité entre les deux secteurs. Les opérateurs publics seraient focalisés sur les priorités de santé publique.
- Permettre le développement d'un « troisième secteur », composé d'operateurs privés « à but non lucratif » (fondations, associations) qui acceptent de prendre en charge des missions de santé publique (et bénéficient en conséquence de financements publics directs).

Sur les industries du médicament et autres produits à usage médical à horizon2020:

- Atteindre 70% de production locale sur les génériques (dont 2/3 de produits d'origine chimique pour au moins 1/3 de produits biosimilaires) et rééquilibrer le ratio de couveture volumes/valeur de la production locale pour viser au moins 50% en ratio de couverture en valeur .
- Atteindre 30% en produits de spécialité dont idéalement 50% de produits d'origine chimique et 50% de produits biotechnologiques incluant les produits injectables, stériles, hormones, produits biotechnologiques, matériel médical. Intégrer pour cela dans les choix stratégiques d'investissement d'outils de production plus coûteux, un mode de financement de cette facture en faveur des produits issus de biotechnologies ou à forte valeur technologique ajoutée.
- Réduire significativement le niveau des ruptures et améliorer les prestations de services de santé associés au bénéfice des patients.
- Veiller à renforcer le cadre juridique, légal, financier, fiscal et en ressources humaines pour ainsi stabiliser et consolider ce secteur encore fragile.
- Anticiper les conséquences de l'adhésion de l'Algérie à l'OMC pour ce secteur de santé encore peu concurrentiel à l'échelle internationale : préparer les impacts locaux sur les droits de Propriété industrielle, intellectuelle et la protection des données mais aussi les priorités et politiques de santé publique dans le cadre des ADPICS plus dont l'accès aux médicaments et aux technologies médicales innovants (productions locales ou importations dites parallèles, exportations, …).

Nota Bene : Le présent rapport n'a pas pour vocation de traiter de façon exhaustive toutes les problématiques qui impactent le système de santé algérien, mais bien de se focaliser sur les leviers prioritaires, qui permettront d'enclencher de véritables ruptures à moyen terme. Nous identifions en parallèle 3 thématiques importantes mais non approfondies par NABNI dans ce rapport. Ces trois thématiques sont des corolaires d'une transformation réussie du système de santé :

1. *Industries de santé :*

- Les industries de santé (notamment privées) se développent fortement (unités de production pharmaceutique ou de consommables, centres de radiodiagnostic, de dialyse, d'examens biomédicaux, structures hospitalières ou cliniques). Cependant, l'absence de plan ou de stratégie d'ensemble de ce secteur conduit à une concentration des activités et à un déséquilibre géographique. Il est urgent d'apporter également une cohérence et une prospective dans le développement de ce secteur essentiellement privé pour qu'il réponde de façon plus complémentaire aux nouveaux besoins de santé.
- Parmi les mesures à instruire : continuer à soutenir une production de masse de génériques mais aussi augmenter les productions plus techniques sur les formes injectables, les produits stériles, les bio-médicaments, les consommables et le matériel médical ; créer plus de valeur ajoutée dans le secteur (amorcer une activité reconnue de Recherche et Développement, le développement des offres de services aux professionnels de santé et aux patients). Les centres d'analyses biomédicales et de radiologie doivent également se diversifier géographiquement et dans l'offre, se démocratiser pour favoriser l'accès des patients.

2. *Formation des professionnels de santé et gestionnaires de santé:* *sujets à instruire :*

- Sur le volet formation continue des professionnels : 1/ mettre en place un programme ambitieux et ciblé de formation pour la remise à niveau des équipes paramédicales et des cadres de santé sur lesquels repose le bon fonctionnement opérationnel des services (sous l'autorité des médecins), 2/ former les gestionnaires au pilotage de la performance et au dialogue avec les médecins (« pour davantage médicaliser le discours administratif »).
- Actualiser les filières de la santé (biomédicales), technologiques, scientifiques et de management pour les adapter aux nouvelles demandes du marché du travail de la santé : ingénieurs, pharmaciens et techniciens industriels, acheteurs/négociateurs, planificateurs et suppliers, contrôleurs de gestion, managers en communication et Systèmes d'Information de santé, experts en pharmaco-économie, pharmacovigilance, inspecteurs.
- Mettre en place des expertises universitaires en fonction des futurs pôles de développement industriels et médicaux et bâtir un noyau local de chercheurs avec une source de financement à la fois publique et privée.

3. *Financement du système de santé*

Les modalités de financement du secteur de la santé (notamment par le budget de l'Etat ou l'Assurance Maladie) ne sont pas abordées dans ce rapport. Un chantier traite néanmoins de la nécessaire réduction de la part des dépenses de santé qui reviennent aux ménages et du nécessaire rééquilibrage du financement du secteur de la santé entre Assurance Maladie, mutuelles et budget de l'Etat.

4- Les leviers et chantiers de rupture

« Des Algériens maintenus en bonne santé, grâce à des soins de qualité accessibles à tous et à un système de santé moderne et performant »

L'amélioration significative du système de santé fait face à plusieurs enjeux. Tout d'abord, il est nécessaire de se donner les moyens de piloter la mise en œuvre effective des décisions prises et d'en mesurer l'efficacité. Ensuite, il s'agit de combler en urgence les failles actuelles dans l'organisation du système de santé pour permettre un accès équitable au soin. Enfin, le dernier enjeu consiste à mettre en place une gouvernance rénovée permettant de « remettre chaque acteur à sa juste place (régulateur, tutelle, opérateur public ou privé, …) » avec des règles du jeu transparentes et partagées.

Premier Levier :

Mettre le pilotage par la qualité et la performance au cœur de la politique de santé publique

Le premier levier consiste à se doter d'outils et de règles et de les mettre en œuvre pour s'assurer que les stratégies et les moyens sont déployés à bon escient et avec des résultats concrets pour les patients et leurs accompagnants. C'est à cet impératif de pilotage plus efficace du système de santé que répondent les premiers chantiers.

« Evaluer pour améliorer »

Mesurer systématiquement l'impact des décisions prises et les résultats obtenus, en toute transparence

« Transformer les intentions en réalisations effectives »

CHANTIER 26 : EVALUER ET CONTROLER LA QUALITE DES SOINS ET LA PERFORMANCE

Systématiser la mesure de la performance et de la qualité du service rendu aux patients et leurs accompagnants et par rapport à des standards de qualité et performance

Introduire des indicateurs de mesure de la qualité de prise en charge (soins) et de la qualité de service rendu (accueil, hôtellerie et autres services proposés) aux patients, à leurs familles et aux accompagnants. Systématiser l'évaluation du système de santé par rapport à des standards de qualité et de performance reconnus internationalement.

- Mettre en place un palmarès (régulier : tous les 3 ans, puis annuel dès 2020) des établissements de santé fondé sur un baromètre de satisfaction qui évalue par exemple les items suivants :
    - Qualité de l'accueil et de l'orientation,
    - Qualité de l'hôtellerie (restauration, literie)
    - Qualité des soins : protocoles respectés et appliqués, hygiène et sécurité (conditions d'asepsie, niveau des infections nosocomiales)
    - Disponibilité et sécurité des médicaments et des traitements dispensés (notamment pharmacovigilance)
    - Qualité des infrastructures et des équipements
    - Hygiène et sécurité (conditions d'asepsie / niveau des infections nosocomiales)
    - Mesure systématisée de la corruption, des vols, du gaspillage, des dégradations, de l'absentéisme, …

- Impliquer les patients et leurs familles dans l'évaluation de la qualité du service rendu. Par exemple :
    - Développer les enquêtes de satisfaction des patients (par exemple mettre en place une enquête via internet sur le site d'une agence indépendante d'évaluation)
    - Développer la culture de l'évaluation et du « témoignage » par rapport au service rendu (« le citoyen témoin »)
    - Promouvoir la participation active des patients ou de leurs représentants élus, ainsi que des personnels de santé à la gouvernance des établissements de santé publics (ex : des représentants de patients siègent au Conseil d'Administration des établissements piblics)

- Lancer un programme indépendant de certification des établissements et des pratiques médicales et soignantes
    - Formaliser des cahiers des charges avec des standards auxquels les établissements publics et privés doivent se conformer (qualité des soins, normes et protocoles de soins, règles d'hygiène, lutte contre les infections nosocomiales mais aussi conditions d'accueil et hôtellerie)
    - S'appuyer par exemple sur des agences indépendantes reconnues internationalement

- Sur le volet « Médicament »,
    - Mettre en place des Bonnes Pratiques actualisées, notamment démarrer par un tableau de bord puis établir des Bonnes Pratiques de Distribution pour mesurer et corriger les défaillances des approvisionnements en médicaments, consommables et matériel/dispositif médical.
    - Actualiser les réglementations et les standards de contrôle pour inclure les produits OTC, de parapharmacie, de phytothérapie, de soins et d'hygiène, des compléments alimentaires, etc.
    - Sur le volet « Gestion du Médicament », encadrer (juridiquement et par des règles de bonnes pratiques/guidelines) et orienter les systèmes d'information de santé pour les standardiser en s'appuyant sur les développements des nouvelles technologies.
    - Les enquêtes SMR (Service Médical Rendu) sont du ressort de la CNAS ou des organismes de ce type. Elles doivent être systématisées, strictement encadrées et structurées de manière à conduire à des résultats scientifiquement valables et exploitables.

Trois pré requis pour réussir

1. Des Systèmes d'Information opérants

- *Accélérer la mise à disposition et le partage de bases de données factuelles et fiables et accélérer la disponibilité des informations de santé*
  - *pour objectiver les situations, et ainsi permettre de définir des priorités ou de les ajuster*
  - *pour suivre les résultats obtenus (pour apporter de la transparence sur l'activité réalisée, la qualité des soins, la satisfaction des patients)*
  - *pour augmenter la sécurité des prises en charge et la traçabilité des informations patients (grâce à des dossiers patients complets et à jour) et pour suivre les remboursements*
- *Faire marcher en routine et densifier le réseau intranet spécialisé inter établissements « SANTE ALGERIE »*

2. Des standards de qualité sur des thématiques à enrichir progressivement (commencer par les standards prioritaires)

- *Définir des standards de qualité à piloter*
- *Au niveau des industries de santé :*
  - *Mettre en place des négociations Volumes/Prix, instauration d'un benchmarking international des prix des produits de santé et des prestations des fournisseurs de santé*
  - *Systématiser les évaluations et recommandations de pharmaco-économie : évaluation plus poussée de l'intérêt des produits, des protocoles disponibles/ guides de comparaison des classes, des génériques, guide des alternatives médicales.*
  - *Encadrer (juridiquement et par des règles de Bonnes Pratiques /guidelines) et orienter les systèmes d'information de santé pour les standardiser en s'appuyant sur les développements des technologies de l'information. Baser les systèmes sur des supports prédéfinis pour tous les acteurs (qui puissent être partagés et cloisonnés). Anticiper la nécessaire inter-communicabilité des systèmes entre eux dans la prise en compte d'un parcours de soins qui va se généraliser et se complexifier.*
  - *Ex : harmoniser le codage du N° de SS, du dossier de tiers payant, des dossiers patients, des dossiers de prise en charge ; définir également les référentiels informatiques pour les données mais aussi la gestion, les suivis et évaluations des structures de santé publiques et privées, les cabinets médicaux, les supports informatiques des officines, les laboratoires d'analyses ; enfin, garantir la circulation, l'accès aux données numérisées ainsi que leur confidentialité et leur protection.*

3. Des autorités indépendantes de régulation, responsables du contrôle de la bonne tenue de ces standards

Recentrer les missions des autorités publiques de santé sur la régulation et le contrôle des systèmes et des acteurs, sur l'arbitrage des situations et sur la validation des standards utilisés.

CHANTIER 27 : RESPONSABILISER LES ACTEURS ET SYSTEMATISER LA CONTRACTUALISATION

Responsabiliser les acteurs et structures de santé sur la tenue des standards définis et systématiser la contractualisation avec tous les acteurs

- Instaurer un contrat systématique avec les opérateurs de santé publics et privés précisant les résultats attendus qui soient quantifiables pour permettre une évaluation fondée sur des indicateurs pré établis.
- Systématiser les sanctions (positives et négatives) en fonction des résultats obtenus et pour valoriser l'engagement et l'exemplarité des équipes : gestionnaires, médecins, soignants, techniciens
- Attribuer les fonctions et responsabilités sur des critères factuels, objectifs (compétences, mérite, expérience) et sur la base d'un engagement contractualisé sur des résultats

Exiger l'exemplarité des opérateurs qui participent aux missions de service public

Fonder la gestion du système de santé sur la subsidiarité, la compétence et la performance

CHANTIER 28 : GERER ET PRENDRE LES DECISIONS AU PLUS PRES DU TERRAIN

Déconcentrer la prise de décisions et la gestion des moyens de santé directement dans des territoires de santé homogènes et cohérents avec les bassins sanitaires.

Deux finalités sont ainsi poursuivies : d'une part, adapter localement les moyens et les actions aux besoins de santé du bassin sanitaire, et d'autre part soutenir la responsabilisation et renforcer l'engagement des acteurs :

« Réguler et contrôler en central, gérer et décider en local »

Responsabiliser les acteurs

S'engager sur des standards de qualité et de performance

- Revoir la carte sanitaire pour construire des territoires de santé homogènes, non fondés sur un découpage administratif du pays. Ces territoires de santé doivent être adaptés aux forces et faiblesses des territoires, en tenant compte des particularités épidémiologiques des bassins de population (cf. par exemple les « districts sanitaires » définis par l'OMS)
- Décentraliser la gestion des moyens (financiers et humains) au niveau du territoire de santé à travers une contractualisation précise avec l'Etat qui alloue les budgets en fonction des priorités de santé publique et des besoins spécifiques de chaque territoire de santé. Chaque territoire organise son action et prend ses décisions et alloue ses moyens avec deux impératifs : respecter le cadre stratégique fixé par les tutelles et proposer une offre de santé de qualité au meilleur coût (évaluée et contrôlée régulièrement)
- Rompre avec le saupoudrage des moyens pour cibler en priorité les territoires les plus faibles en matière de santé et la réhabilitation des infrastructures les plus obsolètes
- Déconcentrer la gestion des approvisionnements des structures hospitalières publiques et privées à travers la création de Pharmacies des territoires de santé

Deuxième Levier :

Permettre un accès équitable à des soins sécurisés et de qualité

Il s'avère que les Algériens n'ont pas un accès équitable à des soins de qualité. Pour combler en priorité les lacunes majeures du système de santé, trois chantiers prioritaires ont été identifiés : en finir avec les ruptures de médicaments, amener effectivement le soin au plus près du patient, et réduire significativement la part de la dépense de santé pour les ménages.

Accéder au bon traitement au bon moment où qu'on se trouve géographiquement

A défaut de les supprimer, réduire à des niveaux de normes internationales les ruptures dans le circuit du médicament et autres produits de santé (produits de radiologie et de diagnostic, , d'analyses biomédicales, consommables et matériel médical,..).

CHANTIER 29 : Redéfinir les modes de gestion et d'approvisionnement des produits de santé

Il s'agit en priorité de réformer dans les 5 prochaines années la Pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH) et d'articuler son fonctionnement avec les territoires de santé régionaux.

- Transformer la Pharmacie Centrale des Hôpitaux en structure « centrale » de régulation et de contrôle de tutelle de Pharmacies territoriales à créer. Le rôle de la PCH serait : inspection, suivi de stocks, évaluation de la gestion des pharmacies territoriales auprès des structures hospitalières, mise en place de correctifs et d'arbitrage, …
    - Responsabiliser le niveau central sur la régulation des approvisionnements comme garant des pratiques et des standards définis en la matière (mise à jour des standards, évaluation des territoires de santé, gestion de crise et arbitrages éventuels).La PCH sera l'organisme de régulation des pharmacies territoriales mais ne sera ni gestionnaire des stocks ni détentrice des moyens.
    - Fixer aux territoires de santé l'objectif d'un circuit du médicament sans rupture ni incident : « le bon traitement au bon moment pour le bon patient, où qu'il soit situé et quels que soient ses moyens ». Les Pharmacies territoriales seront les gestionnaires auxquels les moyens seront alloués pour fournir les structures hospitalières du territoire.
    - Mesurer au plus près les besoins des régions et adapter en continu l'offre d'approvisionnement (par des prévisions établies sur des périodes mobiles).

- Pour les officines de ville, redéfinir les plannings et les outils des approvisionnements du marché pharmaceutique : abolir le système actuel des programmes d'importation et de fabrication pour en faire seulement un outil de planification budgétaire mais non plus une feuille de route annuelle pour les approvisionnements nationaux. Construire à la place, avec les acteurs privés fournisseurs des produits de santé, un planning d'approvisionnement consolidé (sur un support informatisé, cloisonné et partagé) allant sur une période mobile de 2 années.

- Instaurer des obligations de niveau de stocks sur une liste de produits essentiels, à ventiler entre fournisseurs et dispensateurs.
    - Instaurer le long du circuit d'approvisionnement (chez les fournisseurs, importateurs ou fabricants, les distributeurs et les dispensateurs) l'obligation contraignante d'informer dans un délai donné des risques probables de ruptures.

- Etablir par anticipation un protocole d'options alternatives (option 2 et 3) d'approvisionnements pour ces produits essentiels.
- Mettre en place un système d'information des stocks constitué en premier d'une base de données (stocks présents sur le marché et en amont) qui soit alimentée et partagée de façon cloisonnée entre les acteurs, privés publics et les régulateurs.
- Définir les types de contrôles et niveaux d'alertes à remonter et anticiper un plan de contingence lié à ces suivis et contrôles des stocks de produits essentiels (ex : ne pas dépasser 2 mois sans produit ou sans établir de guideline pour un produit de substitution).

- Développer au-delà de la fourniture de médicaments génériques de masse, une production locale plus ciblée apte à répondre aux besoins de demain en termes de soins plus pointus et de médecine plus personnalisée : biomédicaments, matériel médical, produits de radiodiagnostic, d'analyses, consommables).

CHANTIER 30 : AMENER LE SOIN AU PLUS PRES DU CITOYEN ET SORTIR DE L'HOSPITALO-CENTRISME

La culture de l'équipement lourd et des infrastructures doit se combiner localement, au plus près du patient, avec des logiques de médecine de proximité autour de soins primaires et de la délivrance de vaccinations, de la médecine ambulatoire, de l'accompagnement à domicile, et des unités mobiles dans les régions dites de « déserts médicaux » ou peu accessibles.

Rompre avec une culture de l'équipement lourd et de la construction d'hôpitaux

Développer les alternatives à l'hospitalisation traditionnelle et le maintien à domicile

Lancer des initiatives pilotes sur des territoires « maîtrisables » et à taille humaines : si les résultats du pilote sont concluants, les essaimer dans les autres territoires de santé

Certes, les maisons médicales de proximité existent, mais elles ne doivent pas rester perçues et positionnées comme la porte d'entrée de l'hôpital mais plutôt comme une alternative à l'hospitalisation ou au service d'urgences. Parmi les mesures envisageables :

- Promouvoir les regroupements de médecins généralistes et spécialistes au sein de maisons de santé pluridisciplinaires. Ce serait une façon de renforcer le rôle du médecin « de famille » généraliste, comme pivot et guide pour aider le patient à maîtriser son parcours de soins et atténuer le recours systématique au spécialiste.

- Pour les zones les plus isolées, financer en priorité des programmes de télémédecine (messagerie sécurisée pour transférer des clichés à interpréter, webcam pour consultation) et construire pour cela des partenariats entre établissements publics de référence et maisons de santé ou entre les CHU et les groupements de médecins généralistes et spécialistes.

- Anticiper dans la programmation sanitaire le besoin de prises en charge alternatives sur une ou deux régions pilotes : introduire en phase pilote puis systématiser les prises en charge en soins de suite et réadaptation, les soins de longue durée, les maisons de retraite et Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

- Renforcer les dispositifs de soins à domicile facilités par la présence quasi-systématique d'aidants parmi les membres de la famille (mesure proposée dans le cadre de NABNI 2012). Ainsi, favoriser le maintien à domicile des patients en s'appuyant sur la tradition de solidarité familiale

- Mettre en place dans une ville pilote où le SAMU est fonctionnel un numéro gratuit à deux chiffres appuyé par un centre d'appels et de dispatching (mesure proposée dans le cadre de NABNI 2012)

- Permettre aux patients de d'accéder à une prise en charge globale de leur pathologie par une tarification et un remboursement codifiés des services médicaux associés à la consultation médicale, incluant appareils et dispositifs médicaux, diagnostics, explorations fonctionnelles, analyses, etc...

- Au niveau des industries de santé, optimiser l'accès aux meilleurs soins et produits (« Market access ») et pérenniser l'Assurance Maladie et sa couverture. Pour cela, améliorer l'adéquation et l'efficience des traitements aux besoins des patients ; développer l'offre de services associés à la délivrance et à la vente (outils et formation pour assurer conseils, suivi, observance, prévention) pour répondre aux fortes attentes qualitatives de la société civile (malades et professionnels, parcours de soins, dossiers patients, etc...).

CHANTIER 31 : REDUIRE LE POIDS DE LA DEPENSE DE SANTE POUR LES MENAGES

Le reste à charge pour les ménages, notamment pour les soins prodigués dans le secteur privé, doit être réduit à des niveaux plus raisonnables, par l'augmentation des parts respectives prises en charge par l'Assurance Maladie, les mutuelles et l'Etat.

Permettre à toujours plus d'Algériens d'accéder aux soins et aux services associés aux soins

Développer un régime complémentaire qui contribue au co-financement du système de santé, aux côtés de l'Assurance Maladie

- Généraliser la contractualisation des médecins, pharmacies, cliniques et hôpitaux privés avec l'Assurance Maladie et le système du tiers-payant

- Augmenter les niveaux de remboursements des prestations auprès des établissements de santé conventionnés avec l'Assurance Maladie pour les mettre en ligne avec les coûts réels et les tarifs du marché et ainsi faciliter l'accès des ménages aux ressources modestes aux soins du secteur privé
    - Débuter par: (i) les examens radiologiques (inclus scanners et IRM) et (ii) les examens biologiques usuels (voir NABNI 2012).
    - Etendre la couverture et l'accès aux soins complémentaires qui accompagnent les changements de la médecine (centres de radiologie/imagerie, examens biomédicaux, radiothérapie, kinésithérapie, etc.).

- Permettre le développement d'un régime complémentaire porté par des mutuelles de santé ou compagnies d'assurances.

- Augmenter la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat en ligne avec l'évolution des besoins au sein de la population et pour se rapprocher des meilleurs pays du benchmark. Il faudra garder néanmoins à l'esprit qu'à partir d'un certain seuil-non encore atteint par l'Algérie- l'augmentation de la dépense étatique n'est plus efficiente.

Troisième Levier :

Construire la complémentarité entre les secteurs public et privé au bénéfice du patient pour lui offrir une gamme plus étendue de soins et services et pour renforcer les missions respectives des deux secteurs

Le troisième levier s'attache à reconnaître et à concrétiser le fait que les secteurs public et privé doivent être complémentaires pour le bénéfice du patient. Il est nécessaire de donner une place encadrée et équilibrée au privé lucratif, tout en régulant ses missions. Deux bénéfices attendus à cela : d'une part faciliter l'accès des Algériens au secteur privé, et d'autre part clarifier les missions respectives du public et du privé au sein du système de santé.

Reconnaître le secteur privé comme un acteur complémentaire du secteur privé

Clarifier les rôles et les missions du privé et celles du secteur public pour mieux les valoriser leurs valeurs ajoutées respectives

Soumettre les opérateurs privés aux mêmes évaluations et contrôles que les opérateurs publics

CHANTIER 32 : DONNER UNE PLACE RECONNUE ET CONTROLEE AUX OPERATEURS PRIVES 'LUCRATIFS' DANS LE SYSTEME DE SANTE

Le secteur public et le secteur prive lucratif doivent collaborer pour atteindre les objectifs de santé publique. Cette collaboration et cette complémentarité passent par une véritable intégration de la médecine privée dans les politiques de sante publique via la généralisation de la contractualisation avec l'Assurance Maladie. Elles nécessitent aussi de soumettre ces opérateurs à la régulation des tarifs et du contrôle de la qualité des prestations en contrepartie d'un financement public et d'une reconnaissance officielle du secteur privé.

- Mettre en place une contractualisation entre l'Etat et les opérateurs privés sur la base d'une répartition des missions préalablement définies. Cette répartition se fera principalement par la généralisation de la contractualisation avec l'Assurance Maladie, qui autorise les médecins, cliniques et hôpitaux privés à bénéficier des remboursements de l'Assurance Maladie (grille tarifaire réévaluée et élargie).

- Développer les terrains de complémentarité entre les secteurs public et privé :
    - Cela pourra prendre la forme de délégation de missions de service public aux opérateurs privés (sur des spécialités et disciplines ciblées) et s'accompagner par l'allocation de financements publics aux établissements privés ;
    - Autre formule possible : des établissements publics pourront être confiés en délégation de gestion à des opérateurs privés sur la base de cahiers des charges établis par le ministère de la Santé et les territoires de santé.

- Soumettre les opérateurs privés à l'ensemble de mécanismes de régulation par la tutelle publique afin de contenir un développement du privé qui se ferait en dehors de toutes règles et contrôles (auxquels seront d'ailleurs aussi assujettis les établissements publics : régulation des moyens, de la formation du personnel, de la qualité des soins, des tarifs) :
    - Des chaînes d'opérateurs privés puissants pourraient voir le jour comme cela s'est produit dans des pays comme l'Inde et la Turquie, avec une attraction de capitaux importants pour faire face aux besoins gigantesques occasionnés par la santé, auxquels l'Etat algérien ne peut plus faire face par ses seuls moyens.
- Faire évoluer les tarifs de remboursement du privé

CHANTIER 33 : DEVELOPPER UN ESPACE 'PRIVE A BUT NON LUCRATIF' POUR LES PRIORITES DE SANTE PUBLIQUE

Aux côtés d'un secteur privé lucratif reconnu et régulé, favoriser le développement d'un espace pour des opérateurs privés « à but non lucratif » qui acceptent de consacrer une part significative (voire majoritaire) de leur activité à la prise en charge de priorités de santé publique

Le secteur public ne peut vraisemblablement pas assumer seul plusieurs pathologies lourdes ou chroniques. De fait, la technicité des soins de haut niveau et la lourdeur des plateaux techniques sur certaines disciplines induisent un coût qui ne peut être assumé exclusivement par le seul secteur public. Sa pérennité impose une complémentarité avec le secteur privé et un système de financement adapté.

Aux côtés d'un secteur privé lucratif reconnu et régulé, ce chantier consiste à favoriser le développement d'un espace pour des opérateurs privés qui acceptent de consacrer une part significative (voire majoritaire) de leur activité à la prise en charge de priorités de santé publique.

Il s'agirait de soutenir ce secteur privé « moins » / non lucratif par des aides publiques ou internationales, en contrepartie d'un engagement contractuel de prendre en charge des pathologies et des patients chroniques ou lourds, ou d'activités majoritairement paramédicales (soins de suite et de réadaptation, maisons de retraite etc...).

- Développer des initiatives pilotes de structures privées non lucratives qui acceptent d'assumer certaines missions de service public, pour « décharger » le public ou encore faciliter l'accès au soin.
  Ces établissements bénéficient de financements publics en répondant aux exigences de service public définies dans un cahier des charges opposable (tarifs opposables, participation à la continuité et permanence des soins, non-sélection des patients, …).

- Intégrer ces opérateurs privés dans la préparation et la mise en œuvre des politiques publiques. Cela doit concerner notamment les programmes dédiés aux pathologies lourdes ou aux soins de haut niveau (cancer, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, maisons de retraite, gériatrie, pédiatrie) :
  - Par exemple, rompre avec la politique actuelle de prise en charge systématique de toute la filière de traitement des pathologies lourdes (ex : le Cancer) et déléguer une partie de la prise en charge au privé non lucratif
  - Par exemple, positionner ces structures sur la prise en charge de patients chroniques lourds sur des activités de majoritairement paramédicales (soins de suite et de réadaptation, maisons de retraite etc.)

En conclusion, les leviers de rupture que nous avons choisis doivent permettre de transformer les plans d'actions et dispositifs déjà validés par l'Etat pour améliorer concrètement l'état de santé des Algériens. Cela grâce à des soins de qualité accessible à tous et à un système de santé modernisé et performante.

Les systèmes de santé modernes fondent de plus en plus leur efficience sur une ambition : maintenir les citoyens en bonne santé. Si cette ambition peut apparaître comme un idéal à atteindre, ces systèmes de santé s'efforcent de combiner qualité de l'offre de santé, efficience et innovation. Cela passe à la fois par des prises en charge alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, combinées à des programmes d'éducation thérapeutique et de prévention, qui dépassent le simple cadre de la santé et touchent par exemple l'Education, le Travail ou encore les Transports (pour la prévention des accidents de la route).

Pour autant, ces améliorations concrètes ne seront pérennes que si on renforce les coopérations intersectorielles au niveau de l'Etat (Agriculture et Eau, Transport, Education et Sport, protection civile & sécurité sanitaire etc.). Ces dernières se traduisent par exemple sur un engagement officiel pour généraliser l'eau courante potable, ou encore lutter contre les accidents de la route. A long terme, la place et les moyens alloués à la prévention et l'éducation sanitaire et thérapeutique doivent être renforcés (tabac, drogues et alcoolisme, obésité, …) et s'accompagner de prises en charges innovantes, qui ne seraient plus centrées sur les soins et l'hospitalisation.

De plus, les ruptures proposées ne pourront pas aboutir sans que soient abordées trois problématiques qui demeurent incontournables pour moderniser le système de santé et le rendre plus performant et pérenne : le financement du système de santé, la formation initiale et continue (remise à niveau) des professionnels de santé (médecins, soignants et gestionnaires) et enfin le développement stratégique des industries de santé.

En définitive et pour conclure, la vision et les ruptures de santé que nous proposons reposent sur la conviction que le service public de santé peut et doit viser l'excellence (en étant soumis à une obligation de résultats et non plus seulement de moyens).Pour cela, il s'agit d'une part de positionner chaque acteur du système de santé « à sa juste place », et sur des missions sur lesquelles il a la plus forte valeur ajoutée. Il s'agit d'autre part de responsabiliser chaque acteur de la chaîne de soins pour qu'il s'engage sur des standards de qualité et de performance, en transparence et en toute exemplarité.

CINQUANTE CHANTIERS DE RUTPTURE POUR BATIR l'ALGERIE DE 2020

Leviers		*Chantiers de rupture*	
ECONOMIE	*Couper progressivement le cordon de la rente budgétaire à l'horizon 2020 puis 2030 en la réorientant vers les investissements d'avenir*	1	**Engagement constitutionnel pour couper le lien à la rente et l'investir dans l'avenir**
		2	**Grande réforme fiscale**
		3	**Maitrise de la demande énergétique**
		4	**Ciblage des transferts sociaux et nouveaux transferts monétaires**
	Transformer l'environnement de l'entreprise et de l'investisseur pour en faire un climat des affaires des plus attractifs	5	**Environnement des affaires de classe mondiale**
		6	**Quatre ans pour transformer le secteur financier**
		7	**Foncier industriel et économique au service de la diversification**
	Engager la nation dans une stratégie économique volontariste et cohérente pour un nouveau modèle de croissance et de diversification	8	**Nouvelle Politique Industrielle**
		9	**Soutien aux exportateurs et facilitation du commerce**
		10	**Politique d'ouverture cohérente et maitrisée**
	Adopter une nouvelle approche des politiques de l'emploi et de l'informel	11	**Refonte des instruments de soutien à l'emploi**
		12	**Approche nouvelle pour l'informel**
	Changer de manière fondamentale le cadre de gouvernance économique et l'approche de l'Etat en matière de conduite de la politique économique	13	**Refonte du rôle de l'Etat actionnaire et régulateur**
		14	**L'entreprise au cœur du pilotage économique**
		15	**Pilotage économique entièrement remodelé**
EDUCATION	*Mettre le pilotage par la qualité et la performance au cœur de la politique d'éducation, à tous les niveaux*	16	**Responsabilisation et pilotage par la performance du système éducatif**
		17	**Autonomie accrue des établissements**
		18	**Cursus universitaires mieux articulés aux besoins de l'économie**
		19	**Revaloriser la formation professionnelle et technique**
		20	**Complémentarité entre enseignement public et privé**
	Bâtir un système éducatif et de formation plus équitable	21	**Créer de plus grandes incitations à la recherche**
		22	**Réduire les inégalités face à l'école**
	Bâtir un système éducatif plus épanouissant pour les élèves	23	**Meilleure orientation des élèves et passerelles entre différents cursus**
		24	**Nouvelle pédagogie d'enseignement**
		25	**Améliorer les conditions de travail et de vie des étudiants**
SANTE	*Mettre le pilotage par la qualité et la performance au cœur de la politique de santé publique*	26	**Evaluer et contrôler la qualité des soins et la performance**
		27	**Responsabiliser les acteurs et systématiser la contractualisation**
		28	**Gérer et prendre les décisions au plus près du terrain**
	Permettre un accès équitable à des soins sécurisés et de qualité	29	**Redéfinir les modes de gestion et d'approvisionnement des produits de santé**
		30	**Amener le soin au plus près du citoyen et sortir de l'hospitalo-centrisme**
		31	**Réduire le poids de la dépense de santé pour les ménages**
	Construire la complémentarité entre les secteurs public et privé au bénéfice du patient	32	**Donner une place reconnue et contrôlée aux opérateurs privés dans le système de santé**
		33	**Développer un espace 'privé à but non lucratif' pour les priorités de santé publique**
VILLES	*Mettre en œuvre concrètement un véritable aménagement du territoire*	34	**Redonner une cohérence et un équilibre au territoire**
		35	**Mettre en place des gouvernorats pour piloter le rééquilibrage entre agglomérations**
	Redonner une cohérence et un ordre à nos villes et nos villages	36	**Améliorer significativement la qualité de la vie dans les villes et les villages**
		37	**Améliorer l'intégration des citoyens algériens à leur environnement**
CULTURE	*Construire de nouveaux rapports entre l'Etat et les acteurs culturels et œuvrer à la (ré)appropriation de l'espace artistique et culturel par les citoyens*	38	**Augmenter l'offre culturelle et démocratiser son accès**
		39	**Libérer les initiatives et soutenir l'industrie culturelle**
		40	**Assurer la préservation et la valorisation du patrimoine**
GOUVERNANCE	*Faire de la redevabilité et de la responsabilisation de l'Etat et de ses institutions vis-à-vis du citoyen le socle de l'action publique*	41	**Faire de l'Algérie un des pays les plus transparents dans l'action publique**
		42	**Création d'une Agence Indépendante d'Evaluation des Politiques Publiques**
		43	**Faire du Parlement un acteur clé de l'évaluation de l'action de l'Etat**
	Créer un cadre permettant à la société civile de se doter de réels outils de contre-pouvoir	44	**Lever les obstacles qui entravent les libertés publiques**
		45	**Soutenir les associations qui évaluent et responsabilisent l'Etat**
	Lever les obstacles qui entravent l'indépendance et l'autonomie des institutions, au-delà des textes existants qui ne les consacrent qu'en théorie	46	**Mesures pour une indépendance effective et réelle de la Justice**
		47	**Indépendance des autorités de régulation et d'évaluation de l'action publique**
	Transformer l'Etat en catalyseur du développement économique et social par le biais d'institutions d'excellence	48	**Un « Plan Marshall » pour un Etat moderne et légitimé par sa performance**
		49	**Décentralisation pour plus de performance, de proximité et de redevabilité**
		50	**Refonte de la Présidence de la République**