

OUFRIHA FATIMA-ZOHRA [*]

Médecine gratuite - Forte augmentation des dépenses de soins et crise de l'Etat socialo-providence en Algérie

INTRODUCTION

La politique sociale de l'Etat en Algérie et en particulier le système de soins (depuis la gratuité) et de façon plus récente celui des retraites, mobilise des ressources de plus en plus importantes et financées de plus en plus par la Sécurité Sociale durant les deux décennies de forte croissance économique.

Or, le contexte actuel (depuis 1985-1986) de forte récession et donc de rétrécissement de la base de financement par chute du niveau de création de l'emploi et de distribution des salaires soulève des problèmes aigus de financement.

Nous examinerons la crise du financement socialisé essentiellement à partir des problèmes soulevés par le financement (et le fonctionnement) du système de santé par la Sécurité Sociale.

Très largement non marchand et donc hors marché mais sous des formes différentes, fortement réglementé dans la plupart de ses aspects, le système de soins accède grâce à l'instauration de la gratuité, à un financement quasi-intégralement socialisé de l'offre, associant budget de l'Etat mais surtout et de plus en plus Sécurité Sociale et mobilise des ressources "automatiques" dont le volume et le rythme ont été si fortement croissants que l'on aboutit à une remise en cause du secteur public et donc de la socialisation intégrale de l'offre. En effet, l'Etat socialo-providence qui prétendait en Algérie impulser et mener, seul à bien, le financement et la conduite d'une ambitieuse politique de protection sociale, largement entendue, semble être entré en crise. Ce constat valable pour l'ensemble des éléments de cette politique est particulièrement net depuis 1986 en matière de politique de santé. Pour montrer cela, nous serons amenés à brosser à grands traits l'évolution qui partant de la mise en place de la gratuité des soins va financer son extension moyennant désengagement précoce du Budget de l'Etat et subordination totale de la Sécurité Sociale à cette politique. D'où sa progressive prééminence comme source de financement, compte tenu d'une conjoncture économique favorable pour aboutir compte tenu de la trop forte augmentation des dépenses enregistrées plus spécialement à ce niveau à une tentative de dégagement global de l'Etat (Budget + Sécurité Sociale) par le biais de la modulation de l'offre publique de soins que l'on tente de limiter en faveur d'une offre privée qui s'appuierait plus largement sur l'extension de la demande socialisée partiellement

par la Sécurité Sociale via le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux engagés selon des barèmes qui laissent place à une participation accrue au financement des soins de la part des ménages, mais au préalable, on tentera de resituer le contexte dans lequel vont s'opérer ces augmentations de dépenses.

I. LE CONTEXTE GLOBAL DE LA POLITIQUE DE SANTE

Durant une décennie et demie l'Algérie a connu une période de forte croissance économique marquée par des bouleversements profonds induits principalement par la politique de développement mise en place. Politique se voulant initialement centrée sur l'industrialisation conçue comme moteur du développement et source de création de richesses qui seules peuvent financer des progrès sociaux importants, conçus sous forme d'une protection sociale généralisée et en particulier d'une médecine gratuite, c'est-à-dire ouverte à tous abstraction faite de tout niveau de ressources.

Cependant, les ressources mobilisées pour la satisfaction des besoins de santé ont fortement varié en fonction des démarches qui ont prévalu au niveau central pour la prise en charge et la protection de la santé de l'entière population. D'abord axée sur l'éradication des grandes endémies et donc la mise en place d'un système de soins que l'on voulut intégrer d'abord, puis de plus en plus complexe et spécialisé, c'est-à-dire incorporant de plus en plus de nouvelles technologies de soins et de diagnostic.

Cette inflexion de la démarche résulte de la conjonction de deux séries d'éléments qui vont se conjuguer de façon particulière pour dessiner les contours du système de soins qui allait en résulter.

Il y a tout d'abord la conception de la planification sanitaire même conçue essentiellement en termes de carte sanitaire, c'est-à-dire en fait d'indice-lits et d'indice-médecins par nombre d'habitants, elle se traduira par des efforts intenses de formation médicale (et paramédicale) et de construction d'hôpitaux et de structures de soins (diversifiés) plus légères.

Il y a ensuite le mirage techniciste issu du modèle bio-médical qui va progressivement marquer tout le contenu de la politique de soins et dont un des enracinements les plus profonds, résulte des contenus des formations médicales hyper-spécialisées (45 spécialités) développées à cet égard et qui rejoint et conforte la vision uniquement techniciste de la médecine.

On en vint donc progressivement à "oublier" les démarches épidémiologiques et la prééminence de l'aspect "santé publique" qui avaient animé initialement la politique de santé pour se focaliser sur la construction, puis "l'administration" d'un appareil de soins fonctionnant par ailleurs sans objectif précis de résultats à atteindre, abstraction faite des "besoins" identifiés par une épidémiologie active et sans moyens d'évaluation du résultat de ses activités. Le problème de la trop forte augmentation des dépenses de soins va se poser alors très rapidement

en des termes aigus, parce qu'une décennie et demi aura suffit pour révéler que les frais récurrents nécessaires au fonctionnement d'un important système de soins fortement hiérarchisé et centré sur les hôpitaux vont s'avérer beaucoup plus importants que ce que la pression fiscale et parafiscale (forte par ailleurs) peut mobiliser comme ressources collectives pour son financement et ce, d'autant qu'avec la Crise, il y a un tassement de l'emploi et des salaires distribués et donc de la base imposable. En effet, la Sécurité Sociale en Algérie est assise, à l'instar de celle de la France (tout au moins avant les changements récents) sur les cotisations liées au niveau et au volume des salaires. Les ressources en sont donc fonction, de façon directement proportionnelle. La régression de l'activité économique avec une de ses conséquences majeures "la stagnation voire la régression de l'activité salariée et donc l'éclatement du "paradigme de l'Emploi"^[1] (G. CAIRE) l'affecte donc directement dans ses sources de financement et ce, plus spécialement depuis 1985-1986. On ne peut plus arguer de la généralité du phénomène dans les pays développés pour le considérer comme processus "normal" : les contextes démographiques, pathologiques et économiques ne sont pas les mêmes, - de même d'ailleurs que les résultats qu'ils soient saisis en termes de santé, d'efficience dans le fonctionnement ou de coûts générés à cet égard. Sans compter qu'à ce niveau des mesures énergiques soit de rationnement mais de plus en plus de rationalisation du fonctionnement des systèmes de soins se sont faits jour dans les pays développés et que le niveau, l'ampleur et le contenu du financement du "social" ont été profondément affectés et se sont plus ou moins adaptés aux nouveaux contextes économiques pour permettre de nouvelles recompositions sociales.

Cependant, la crise du financement socialisé des dépenses de santé en Algérie rejoint alors une crise beaucoup plus grave qui est celle de l'Etat socialo-providence, qui n'est plus à même d'assurer, l'ensemble de ses promesses "sociales". En effet, en posant que l'accès à la médecine était gratuit, que l'emploi était garanti, l'Etat tutélaire allait beaucoup plus loin dans l'intervention et la redistribution du Revenu National que l'Etat-providence issu du keynésianisme en se faisant le pourvoyeur et le dispensateur du bien-être social et en particulier du bien-être physique par le biais d'une médecine largement socialisée tant dans son aspect offre que dans son aspect demande. Tandis qu'en matière de retraite les "libéralités" accordées à certaines catégories sociales. (Anciens Moudjahidine, Cadres de la Nation...), constituent des règles spécifiques de retraite marquées par des départs plus précoces (les années de militantisme comptant double pour la retraite) avec maintien du salaire intégral : d'où un flux de retraités et de retraitables très jeunes et donc de retraites qui vont déséquilibrer le système.

Cette crise n'est alors que l'une des manifestations de la crise économique et des ajustements structurel qui s'ensuivent, laquelle en affectant la croissance économique atteint les bases mêmes sur lesquelles repose le type même de système de soins, en contractant tant les ressources budgétaires que plus encore celles de la Sécurité Sociale qui en constitue en fait le pivot, du point de vue financement tant

du fonctionnement que de l'investissement, tout en n'étant pas un véritable système de Sécurité Sociale. Mais elle a aussi des racines plus profondes, intrinsèques au système lui-même, les deux aspects se conjuguant pour produire une situation radicalement nouvelle en matière de financement et où la contrainte financière globale remet en question tant le système de soins public, que le financement et l'équilibre du système de retraite trop précocement déséquilibré suite à une politique de mise à la retraite anticipée de certaines catégories sociales compte tenu d'une durée de vie active fortement réduite. Le système reposant sur une population active salariée, qui tend à être stagnante en valeur absolue et régressive en valeur relative. En tout état de cause, on peut dire que le deuxième aspect n'était pas "inéluçtable" et résulte beaucoup plus tant des réponses apportées (médecine curative, techniciste, hyper-spécialisée) et de la manière même de les apporter (hospitalocentrisme, dysfonctionnements des unités de soins), que de celles qui n'ont pas été faites (modalités de tarification ou de rémunération des différents types d'activité de soins tant au niveau d'un secteur public fortement prépondérant jusqu'aux années 1986, que d'un secteur privé qui tend à s'étendre depuis lors.

Cette démarche médicalisatrice a agrandi considérablement le marché des soins et donc le marché de tous les inputs nécessaires aux soins et en particulier du médicament et des matériels médico-chirurgicaux. Ce dernier et en particulier le médicament sur lequel pèsent uniquement des contraintes de prix et non des contraintes de volume, a vu sa demande s'amplifier de façon exagérée. Mais, ce ne sera pas le seul input du système de soins qui connaîtra une forte croissance et qui donc contribuera à l'augmentation des dépenses de soins.

Une distinction essentielle est néanmoins à faire à ce sujet entre les inputs et même les offres partielles qui sont d'origine interne et celles qui sont d'origine externe : le marché algérien par l'extension de sa demande en "inputs" et "offres" partielles non disponibles sur place, va devenir un marché juteux tant pour les Multinationales du médicament et des appareillages médicaux, que pour les constructeurs "clés en mains" d'hôpitaux durant les deux plans quinquennaux, c'est-à-dire au tournant des années 80 - qui vit l'émergence du "Social" hors de l'Entreprise publique.

Après avoir progressé à des rythmes extrêmement forts, et sans contrainte majeure de financement - ou plus exactement en faisant sauter les quelques garde-fous qui existaient - par ailleurs peu pertinents à canaliser et à orienter l'activité médicale dans un sens conforme à l'intérêt général, les dépenses publiques et para-publiques affectées au fonctionnement du système public de soins, sont arrivées à un volume tel que le financeur principal : La Sécurité Sociale ne peut en aucune façon y faire face. En effet, la Sécurité Sociale est devenue au fil des ans - par une évolution liée tant au processus d'industrialisation-salarisation de l'économie, que par le mouvement de désengagement du Budget de l'Etat à partir du tournant des années 80 qui vit l'externalisation du "Social" au sein de l'Entreprise publique algérienne, et dans la foulée de la restructuration organique et financière des Entreprises publiques, puis

de l'autonomisation de ces dernières - le principal agent de financement de l'ensemble des dépenses sociales de l'Etat. Un certain nombre de mesures que l'on pourrait qualifier de "techniques" peuvent de façon transitoire améliorer la situation : augmentation des taux de recouvrement en particulier auprès des Administrations publiques taxées de mauvais payeurs et qui bénéficient du fait même de la loi, de régimes dérogatoires (5 % de cotisation de moins que le reste des cotisants normaux - à l'exception de certains "secteurs" comme l'agriculture). Les solutions "transitoires" prises à cet égard, non pas pour freiner l'augmentation de l'ensemble des dépenses de santé, mais uniquement celles affectées au fonctionnement du secteur public, sans modification significative tant de ses règles et lois de fonctionnement véritables, des modalités de tarification de ses activités, des moyens même de saisie de ces dernières se traduisent finalement par une simple redistribution de l'allocation financière globale provenant de la Sécurité Sociale, ceci sans mise en place de procédures d'allocations raisonnées (à défaut d'être optimales ou qui ne le seraient que dans un second stade) d'attributions - affectations des ressources collectives, en fonction de résultats tangibles de niveaux de santé et de niveaux de satisfaction (accueil, prise en charge) des financeurs ultimes (salariés et entreprises) à exiger d'un système de soins de moins en moins soucieux des patients ou peut être plus spécialement de certains d'entre eux et de leur prise en charge effective, qui fait que de larges couches - où se rejoignent salariés à hauts revenus, mais aussi professions libérales et commerçantes et aussi toutes les couches qui ont prospéré dans les circuits parallèles, qu'ils soient occultes ou apparents et donc disposant d'un revenu suffisant leur permettant de faire l'avance nécessaire des frais médicaux et de supporter de façon définitive une partie des dépenses, se font les alliés objectifs d'un secteur privé dont l'avantage principal, réside dans une prise en charge du point de vue d'un accueil rapide, qui fait face aux files d'attente du secteur public. Cependant, travaillant à l'acte - système éminemment inflationniste en terme d'effet volume en moins et donc d'enveloppe financière globale et qui va l'être aussi du point de vue effet-prix des "Actes" redeviennent plus ou moins mobiles, sans compter que le système de codification et de tarification des Actes lui-même introduit des biais considérables et qui vont être amplifiés par l'introduction et la diffusion, y compris au sein du secteur privé, d'appareillages plus ou moins lourds (échographie...) et dont les répercussions financières risquent d'être amplifiées compte tenu de l'orientation d'une grande partie des ressources disponibles au profit des pathologies dites de "civilisation" (cancer, cardio-vasculaires...) sans que les substrats pathologiques anciens soient tous parfaitement maîtrisés - sans que le résultat réel, c'est-à-dire en termes de santé, puisse être patent.

Le problème tant de la trop forte augmentation des dépenses de santé et de retraite, que de la contrainte financière globale se pose alors avec acuité et en des termes radicalement nouveaux (par rapport aux années antérieures à la gratuité). Il s'agit d'en élucider les termes et donc d'abord de préciser de quelles "dépenses" de santé il s'agit : Ce ne sont point celles de l'ensemble des dépenses publiques, para-publiques et privées de santé, mais et à un premier niveau des seules dépenses

"gérées" par le Ministère de la Santé Publique, c'est-à-dire celles affectées aux secteurs sanitaires, à un niveau plus élargi de l'ensemble des dépenses de la Sécurité Sociale : dépenses de fonctionnement, mais aussi d'investissement et de tous les "indus" mis à la charge de la Sécurité Sociale par l'Etat.

Cependant, se pose un problème que l'on ne pourra pas élucider dans le cadre de ce papier : s'agit-il d'une croissance "normale" ou d'une "surcroissance" ou en d'autres termes, cette croissance est-elle similaire aux "croissances" d'autres consommations ? D'autres dépenses publiques ? etc... Ou au contraire, s'accaparent-elles des ressources de plus en plus larges (à défaut de modifier la structure du modèle de consommation ? (en termes de coefficient budgétaire peu affecté à cet égard) au niveau du PIB compte tenu de la forte socialisation de son financement ? Qu'est-ce qui l'explique alors ou plus exactement qu'elles sont les explications que l'on peut avancer ?

Pour quels résultats ? S'est-on jusqu'à présent préoccupé de mesurer l'impact des dépenses de santé ? A t-on cherché à évaluer l'efficacité du fonctionnement du système de soins : efficacité technique et efficience économique ! S'est-on donné les moyens de le faire S'est-on même posé ce problème Ou au contraire sous de vagues formules, on s'est empêché de savoir non seulement ce que les unités de soins produisent réellement et au profit de qui elles le produisent et comment elles le produisent [1] par quels moyens et donc à quels coûts elles le produisent : le problème de l'allocation raisonnée des ressources, discutée par des partenaires sociaux clairement délimités en vue de résultats significatifs et identifiés de santé devant être posé à tous les niveaux, même s'il ne peut être d'emblée atteint, même s'il est difficile à faire admettre comme principe et comme procédure d'action, en particulier par la plus grande partie des professionnels de la santé trop peu habitués à réfléchir en général sur les conséquences économiques et financières de leurs pratiques professionnelles et ce, dans un contexte institutionnel où l'extension de la socialisation de la demande lois de 1983, renforce celle de l'offre.

On ne tentera pas de répondre ici à toutes les questions soulevées, mais on cherchera de façon plus restreinte de situer l'ampleur des augmentations de dépense de santé et de situer la participation de chaque source de financement pour faire apparaître les blocages et les impasses auxquels on semble être parvenu. Si les arbitrages doivent être faits, il faut qu'ils le soient en connaissance de cause et en toute clarté. La démocratie et les ouvertures récentes vers une transparence accrue, ne peuvent être cantonnées au seul "jeu politique", mais doivent aussi et surtout concerner le sens et l'orientation, la signification des ajustements économiques et sociaux en cours. Le traitement du Social pouvant être considéré comme un test à cet égard. Serait-ce la logique smithienne ou la logique keynésienne jusque là prépondérante qui va l'emporter ?

II. GRATUITE DES SOINS ET FORTE CROISSANCE DES DEPENSES

Le problème de la trop forte augmentation des dépenses de santé, de leur maîtrise et des arbitrages nécessaires face à la contrainte de financement émerge brusquement dans un contexte de crise de l'accumulation productive, de crise de l'endettement et des équilibres extérieurs. Il se manifeste par celui du déficit global de la Sécurité sociale à partir de 1988, laquelle a fonctionné moyennant excédents financiers au cours des deux dernières décennies et apparaît essentiellement à son niveau comme un problème "d'équilibre financier". Cependant la forte publicisation du système de soins associée à un financement intégralement socialisé a induit des réactions tant au niveau de l'organisme financeur qu'à celui gestionnaire des moyens et des personnels de santé, introduisant par là certains types d'arbitrages et en particulier une nouvelle articulation des deux sous-systèmes, privé et public, de soins se traduisant par de nouvelles règles de fonctionnement de ce dernier en particulier au niveau de ses acteurs principaux. Ces nouvelles données ont suscité toute une série de critiques et de remises en cause, de débats concernant l'efficacité du fonctionnement du secteur public et la productivité des dépenses de santé, mais aussi toute une série de controverses et de débats quant au statut et au rôle de la Sécurité Sociale, de plus en plus sollicitée dans des transferts sociaux (plus ou moins bien identifiés) et au moment même où sa base se contracte avec la baisse de la création d'emploi salarié et de la salarisation. Le principal mécanisme de redistribution sociale, suite à l'autonomisation des Entreprises publiques effectuée à travers une série de tâtonnements et d'ajustements (toujours en cours) que les différents chocs extérieurs ont rendu plus difficiles, à réaliser et à réussir. Le recul de l'emploi salarié stable et à part entière des salariés passant par des circuits contrôlés, qui constituent l'assise de la Sécurité Sociale, vient plus ou moins contrarier le mouvement d'assainissement financier des Entreprises Publiques.

L'examen de l'évolution à moyen terme et long terme de l'évolution tendancielle de la situation (et des équilibres) de la Sécurité Sociale et ce, plus spécialement depuis les années 83, laisse apparaître des signes de déséquilibres structurels compte tenu des nouvelles règles et des nouvelles charges qui lui sont imposées par l'Etat, dans un contexte démographique - où la masse et la pression des ayants-droit dont le contenu a été élargi - par rapport aux actifs deviennent de plus en plus lourdes.

1. Le constat de la trop forte croissance des dépenses de santé en Algérie

1.1. Le constat global :

a) Une croissance plus que proportionnelle par rapport au PIB des dépenses de santé.

Le problème de l'ampleur et du rythme de la croissance des dépenses de santé en Algérie, peu abordé jusqu'à ces dernières années, se pose avec acuité, compte tenu de ses évolutions propres, mais aussi des nouvelles données de fonctionnement de l'économie nationale. Le taux de croissance des dépenses de santé ayant été très soutenu, suite à la

conjonction de plusieurs facteurs : socialisation accrue du financement, extension de l'appareil et meilleure prise en compte de nombreux problèmes de santé, diffusion des Nouvelles technologies de diagnostic et de soins...

Ceci grâce à des conditions permissives pouvant se ramener à l'extension rapide de l'activité économique : forte croissance qui permettait de prélever "sans douleur" des ressources croissantes, fiscales et parafiscales, nécessaires à l'extension du système de soins et de ses activités.

Bien que partielle c'est-à-dire n'englobant ni les dépenses de la Mutualité Agricole ni de l'ensemble des Mutuelles Complémentaires, ni de celle de la Sécurité Sociale des militaires et biaisée dans le sens d'une minoration au niveau des dépenses à la charge des ménages de façon définitive, l'évaluation de l'ensemble des dépenses de santé n'en traduit pas moins de façon nette le phénomène majeur de la plus forte croissance des dépenses de santé par rapport à celle d'un PIB qui a été lui-même très fortement croissant surtout sur les périodes initiales, mais tend à la stagnation actuellement, puisqu'elle fait passer leur proportion dans ce dernier de 3,5 en 1979 à 6 en 1988, soit une très forte croissance tant en valeur absolue que relative. Or, 1985-86 marque une rupture dans la croissance économique où se conjuguent difficultés internes et forte contrainte extérieure du fait de la rigidité "structurelle" de certaines importations (facture alimentaire, sanitaire....) et de la volatilité des recettes d'exportations, malgré une relative diversification au sein des produits pétroliers exportés.

TABLEAU N° 1 - EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE ET DE LEUR PROPORTION DANS LE P. I. B. en 10⁶DA

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Dépenses de santé (I)	4.617	6.112	7.384	8.579	9.939	11.475	12.751	15.173	16.973
P.I.B. (II)	128.222	162.507	194.468	207.451	233.752	289.850	289.155	290.000	--
I / II	3.5	3.6	3.8	4.0	4.20	4.4	4.4	5.2	--

Source : Ministère de la Protect. Sociale

b) Une croissance explosive des ressources mises à la disposition des secteurs sanitaires.

L'évolution des ressources des secteurs sanitaires qui représentent la mesure exacte des dépenses de santé occasionnées par le fonctionnement du secteur public de soins, ont été explosives durant la dernière décennie. En valeur absolue, elles sont passées de 847,3 millions de DA en 1974 à 4 278 millions de DA en 1983, soit un taux de croissance moyen annuel de 40,3 sur une période de 10 ans qui voit s'accroître le déficit des Assurances Sociales lequel n'apparaît pas encore comme "problème" puisque la Sécurité Sociale fonctionne encore moyennant excédents financiers. Il n'en appelle pas moins le dé plafonnement de l'assiette des cotisations, effectué à la faveur de l'unification des différents régimes de Sécurité Sociale, opérée en 1983. D'où une hausse brutale des ressources-dépenses des secteurs

sanitaires qui va très rapidement conjuguer ses effets avec des besoins à financer (le flux des retraités risquant de déséquilibrer fondamentalement l'ensemble du système) 10.126 millions de DA en 1987 et 11.441 millions de DA en 1988, soit un taux moyen de croissance de 89,3 % sur la période avec une nette accélération en fin de période. En fait trois sous-périodes peuvent être délimitées :

- la première 1974 à 1980, qui enregistre un taux de croissance fortement en hausse d'une année sur l'autre : il va de 5 % en 1975 par rapport à 1974 à 88 en 1980 par rapport à 1979. Correspondant à la période du 2ème plan quadriennal, il semble indiquer une médicalisation des problèmes résultant d'une industrialisation-urbanisation très rapide.

- la seconde période (1980-1984) : de stabilisation et même de déclin relatif du taux de croissance entre 1980 et 1983 (71 % puis 70 % et 57 %) elle semble liée à l'effort général de stabilisation de l'économie suite au "bilan" établi pour la période précédente.

- la troisième période (à partir des années 1985-86) : le retournement de conjoncture, la crise et ses effets nécessitent une intensification de l'utilisation des moyens disponibles pour poursuivre l'objectif d'amélioration des niveaux de santé avec des ressources amoindries. D'où la nécessité d'une analyse approfondie du fonctionnement des différents composants du système par rapport aux dépenses qu'il occasionne lesquelles doivent être ramenées à un niveau plus compatible avec la croissance économique, mais aussi par rapport aux missions qu'il remplit et à la manière même dont il les assure (qui ne font point l'objet de ce papier). Deux sources de financement sont fondamentales sur le plan macro-économique aussi c'est par rapport à l'évolution de leurs dépenses que nous nous situerons.

1.2. Le constat au niveau des deux sources principales de financement socialisé :

c) La trop forte augmentation des dépenses au niveau de la Sécurité Sociale.

Les dépenses de santé (fonctionnement et investissement, plus toute une série de dépenses sociales) étant largement et de plus en plus financées par la Sécurité Sociale, c'est du point de vue de cette dernière et de son équilibre financier d'ensemble que la question Sociale semble se poser et être la plus aiguë actuellement.

Levons tout d'abord une ambiguïté concernant les fameux excédents de la Sécurité Sociale, en précisant qu'il s'agissait là, d'excédents au niveau de l'ensemble du système et non à celui des seules Assurances Sociales - assimilées le plus souvent en matière de couverture des dépenses de santé à la Sécurité Sociale.

Ce sont en fait les excédents des branches Allocations Familiales, Accidents du Travail et Retraite qui ont permis aux trésoreries des Caisses par le jeu des fonds communs, de faire face aux besoins de

financement des Assurances Sociales, déficitaires depuis 1973 et donc de ne pas laisser apparaître leur déficit en tant que tel.

Ce sont les dépenses des Assurances Sociales qui ont tout d'abord connu l'accroissement le plus net, suivie de façon rapide par celle des retraites autonomisées par ailleurs par les lois de 1983. Grossièrement équilibrées jusqu'en 1972, leur déficit s'est constamment manifesté tout au long de la période 1973-1983, date à laquelle il atteint une telle proportion qu'il fait pression sur l'ensemble du système : d'où la réforme de 1983 qui n'a pas été seulement unificatrice et uniformisante, mais qui a surtout considérablement augmenté l'assiette des cotisations par déplafonnement intégral des salaires soumis à cotisations, légère augmentation du taux global de pression (qui atteint 29 %, sauf pour les Administrations publiques et certains segments du secteur agricole), mais aussi renversement complet de "l'architecture" des taux de cotisations au profit des Assurances Sociales au détriment des Allocations Familiales, sans que l'on voit apparaître à ce niveau un ensemble de mesures cohérentes, accompagnant toute la campagne de maîtrise de la croissance démographique laquelle se contente, là aussi, d'un aspect "techniciste" (espacement des naissances, pilule, stérilet...) et ne remet en cause ni les mesures d'ordre fiscal (coefficient budgétaire) ou sociales (allocations familiales uniformes mais insignifiantes pour des salaires moyens) héritées dans leurs principes de mesures et de législations populationnistes mais surtout n'osant pas s'attaquer de front au problème de fond, qui est celui du statut de la femme en Droit et en Société qui sous-tend tout le problème de la fécondité.

C'est donc le poids des dépenses de couverture de soins (et de retraite, mais non de solidarité pour la famille) qui est le plus lourd sur le plan collectif, celui qui va faire le plus pression sur les ressources.

C'est ainsi que les recettes s'établissent à 158.862×10^3 DA en 1967, qu'elles atteignent $9.683.465 \times 10^3$ DA en 1983 et sont donc à l'indice 1 689 soit un taux de croissance moyen annuel de 105 % sur une période de 16 ans.

Au contraire les dépenses passent de 152,8 millions de DA en 1967 à 4.177 millions de DA en 1983 et sont donc à l'indice 2.734, soit un taux moyen de croissance annuel sur la même période de 175 % !

Malgré les nouvelles dispositions concernant l'extension de l'assiette des cotisations, le rythme de progression a été tel qu'en 1987, la Sécurité Sociale n'arrive globalement qu'à assurer son équilibre (son déficit se réalisant à partir de 1988). Ce résultat, de plus n'a été atteint que moyennant un rationnement central et ce, depuis la première fois depuis 1973, de sa participation au financement du secteur public, gratuit et principal segment de soins^[2], via le biais de sa contribution au forfait hospitalier (7,5 milliards de DA, contre 9 milliards réclamés par les Secteurs Sanitaires). Voyons de plus près comment ont été impulsées les dépenses de la Sécurité Sociale en matière de Santé seulement.

Les grandes catégories de dépenses au niveau de la Sécurité Sociale

Si on laisse de côté les prestations en espèces qui correspondent à des revenus de substitution pour les salariés en cas de maladie et ne renvoient donc pas directement au fonctionnement du système de santé. On se rend compte que les prestations "en nature" de la Sécurité Sociale se composent en fait de trois masses financières distinctes dont les taux de croissance ont été différents parce qu'ils renvoient à des segments de soins différents et donc à des logiques de fonctionnement divergentes voire opposées et dont l'évolution a été très contrastée.

a) Il y a tout d'abord ce que l'on continue d'appeler le forfait hospitalier qui constitue la contribution de la Sécurité Sociale au financement des secteurs sanitaires ou segment public de soins : Après avoir constitué 28,8 % en 1972 de ses prestations, il en représente 39,2 % en 1973 et 1986. Le forfait hospitalier qui théoriquement, sert à financer les prestations fournies aux assurés sociaux par le secteur public - en fait essentiellement l'hospitalisation - finance de plus en plus largement et de façon contrainte le système public de soins suite à un désengagement des dépenses progressif du Budget de l'Etat. L'ensemble des dépenses de Sécurité Sociale et budgétaires allant au secteur public représentant la socialisation de l'offre.

Il y a là un vaste mécanisme de redistribution à rebours-puisque la gratuité "bénéficie" à toute la population (y compris aux catégories riches et aisées), mais qu'elle est financée essentiellement par les salariés. 75 % du seul fait de la Sécurité Sociale auquel il faut ajouter leur participation au budget de l'Etat pour lesquels ils sont soumis à prélèvement à la source alors que les possibilités de fraude et d'évasion fiscale des autres catégories sociales sont importantes et pratiquées largement.

b) Il y a ensuite les remboursements pour soins qui constituent la contribution au financement des dépenses pour soins des ménages assurés sociaux à l'occasion de leur fréquentation du secteur privé des soins (soins ambulatoires). Ils représentent les dépenses socialisées à travers la demande et dont la tendance à l'extension va se faire à partir des années 1983 (Lois sur la Sécurité Sociale) mais surtout des années 1986 (nouveaux arbitrages, revalorisation des tarifs...).

Après avoir représenté 92,5 % en 1970 des prestations en nature, ce taux chute à 59,9 % déjà en 1972 puis 48,8 % en 1973 (forfait) puis décroît régulièrement jusqu'en 1986 où il atteint 12,7 % : comme traduction indirecte de l'extension de la publicisation du système de soins. C'est la catégorie de dépenses qui compte tenu de ses mécanismes de remboursement a crû le plus lentement [3] : son indice de croissance est à 571 en 1986 en prenant comme base 100 = 1972, soit un taux de croissance moyen annuel de 33 %. Cependant, 1986 marque un tournant à cet égard : Levée du zoning, libéralisation de l'installation, du flux des médecins, revalorisation brutale (60 %) du taux de remboursement officiel des soins, et ce après un long blocage...

c) Il y a enfin les prises en charge pour soins à l'étranger qui représentent essentiellement des dépenses d'hospitalisation lourdes pour soins complexes. Leur évolution a été contrastée : 7,5 % des prestations en 1970, 28 % en 1978, puis 10 % dans les années 1984 à 1986. La première phase pouvant s'analyser comme une perte de contrôle et d'autonomie de notre système hospitalier, la seconde traduisant les résultats de compression et la politique de substitution de soins internes aux envois à l'étranger, assise par ailleurs sur un effort massif d'équipement du secteur en technologies lourdes de soins et de diagnostic et un recentrage des hôpitaux sur l'aspect "plateau technique". Avec comme base 1972 = 100, leur indice de croissance est à 2 556 en 1983 et à 2 579 en 1986. Leur volume absolu étant quasi-égal à celui des remboursements en 1978, similaire en 1979-82 et en 1983 largement supérieurs à ces derniers. Le retournement effectué en 1984 semblant être encore peu assuré. Le problème majeur dans la nouvelle logique du système étant la réussite de la transformation véritable de l'hôpital en lieu de diagnostics et de traitements complexes pour les nouveaux types de maladies qui affectent les couches dominantes issues de l'urbanisation-salarisation-industrialisation et de la reconversion (prises en charge moins onéreuses sur le plan collectif) de sa fonction d'hébergement social, laquelle doit être repensée en tout état de cause. Signalons que là aussi la Sécurité Sociale finance dans ce cadre, des malades non assurés sociaux, d'où un second mécanisme occulte de redistribution à rebours.

Finalement l'examen du tableau d'ensemble de l'évolution de 1970 à 1986 révèle un bouleversement complet de l'architecture des prestations en nature, accompagné d'une croissance extrêmement vive de l'ensemble des prestations qui atteignent 2 690 en indice en 1986 sur la base 100 en 1972.

Une ligne budgétaire spéciale apparaît en 1988 représentant des remboursements au "réel" de prestations hospitalières spécifique régis par conventions spéciales avec la Sécurité Sociale (hémodialyse et maladies cardio-vasculaires).

TABLEAU N°2
EVOLUTION DE LA STRUCTURE DES PRESTATIONS EN MATIERE DE
LA SECURITE SOCIALE DURANT LA PERIODE 1963/1986

Années	DEPENSES ASSURANCES SOCIALES : PRESENTATIONS EN NATURE							
	Soins de santé y compris produits pharmaceutiques et autres.....		Frais de soins à l'étranger...		Forfait Hôpitaux		TOTAL	
	Indice	Valeur	Indice	Valeur	Indice	Valeur	Indice	Valeur
1963								81 008
1964								59 288
1965								66 029
1966								64 207
1967								80 737
1968								128 455
1969								145 842
1970		176 617		14 267		/		190 904
1971		192 273		20 234		/		212 507
1972	100	145 487	100	27 400	100	70 000	100	242 887
1973	104	149 299	134	36 764	171	120 000		306 063
1974	134	192 166	240	65 729	214	150 000		407 895
1975	161	234 205	328	89 807	286	200 000		524 012
1976	181	263 049	438	120 000	314	220 000		603 049
1977	199	289 132	677	185 541	429	300 000		774 673
1978	222	322 800	1133	310 529	679	475 000		1 108 329
1979	292	425 041	1332	364 850	1020	714 450		1 504 341
1980	290	422 089	1715	469 861	1608	1 126 000		2 017 950
1981	427	620 837	2000	548 217	2014	1 410 000		2 579 054
1982	438	628 207	2163	592 650	2571	1 800 000	1244	3 020 857
1983	314	456 000	2556	608 000	3003	2 102 000		3 186 000
1984	524	762 199	1068	292 686	4429	3 100 000		4 154 885
1985	558	811 986	1528	418 759	5714	4 000 000		5 230 745
1986	571	830 276	2579	706 661	7113	5 000 000		6 536 937

Unité: 1000 DA

Construit par nous mêmes à partir des chiffres du Ministère de la Protection Sociale.

TABLEAU N°3
EQUILIBRE FINANCIER DU SYSTEME DE SECURITE SOCIAL EVOLUTION 1980 - 1989

Années	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Total dépenses	7.34	8.53	9.99	11.23	14.50	17.87	20.47	23.11	26	28.04
Prestations globales	6.43	7.52	8.83	9.87	11.57	13.74	16.40	19.7	22.63	24.75
- Accidents de travail	0.28	0.33	0.38	0.44	0.48	0.54	0.62	0.75	0.79	0.82
- Prestations familiales	2.08	2.06	2.37	2.55	2.77	2.22	2.51	2.60	2.66	2.71
- Retraites	1.25	1.57	2.08	2.30	2.80	3.91	4.38	5.66	6.90	7.6
- Congés payés	--	--	--	--	--	0.71	0.87	1.19	1.31	1.44
- Total (AS + FH + ASSF)	<u>2.82</u>	<u>3.56</u>	<u>4.00</u>	<u>4.58</u>	<u>5.52</u>	<u>6.36</u>	<u>8.02</u>	<u>9.5</u>	<u>10.97</u>	<u>12.18</u>
• Assurances Sociales	1.41	1.81	1.82	2.02	2.04	1.93	2.59	2.55	2.54	2.58
• Forfait Hôpitaux	1.13	1.41	1.00	2.10	3.10	4.0	5.0	6.50	7.97	9.13
• A.S.S.F.	0.28	0.34	0.38	0.46	0.38	0.43	0.43	0.45	0.46	0.47
Autre dépenses	0.91	1.01	1.16	1.36	2.93	4.13	4.07	3.41	3.37	3.29
- Frais de gestion	0.52	0.58	0.65	0.71	0.70	0.86	0.88	0.9	0.92	0.94
- Investissement et participation aux investissements	0.39	0.43	0.51	0.65	2.23	3.27	3.19	2.51	2.45	2.35
Total recettes	9.22	10.58	12.57	13.87	15.15	17.80	22.71	23.37	24.79	25.95
- Cotisation	8.40	9.59	11.34	13.0	14.39	17.17	22.07	22.49	24.20	25.34
- Autres	0.82	0.99	1.23	0.87	0.76	0.63	0.64	0.8	0.59	0.61
Solde	+1.88	+2.05	+2.58	+2.62	+0.65	-0.07	+2.24	+0.26	-1.21	-2.09

Unité: 10⁹ DA

Source : Ministère de la Protection Sociale

1. 3. La croissance des dépenses de santé au titre du Budget de l'Etat

Bien que l'ensemble des dépenses du secteur public de santé soient budgétisées (avec la procédure du "forfait") il y a lieu cependant de distinguer nettement les dépenses financées par le canal budgétaire strict, de ceux provenant de la Sécurité Sociale, car les deux canaux sont distincts et n'ont ni la même signification en termes de solidarité nationale ni le même impact sur l'activité économique puisqu'ils n'ont ni les mêmes types d'assiette, ni les mêmes taux, ni les mêmes logiques de redistribution. Le budget de l'Etat "touchant" relativement mieux l'ensemble des activités et des revenus et non pas les seuls revenus salariaux et donc pénalisant moins le "travail" et l'emploi.

Deux traits ont caractérisé les dépenses budgétaires de santé :

1. 4. Une relative autonomisation des secteurs sanitaires vis-à-vis du Ministère de la Santé

Ceci dans la mesure où progressivement ces derniers bénéficient d'un budget distinct, au sein du Ministère de la Santé, géré de façon relativement décentralisée, même si c'est selon des procédures administratives strictes.

Mais c'est toujours le Ministère de la Santé conjointement avec celui des Finances et des Affaires Sociales qui décident en dernier ressort du montant global des sommes à allouer au fonctionnement du secteur public, d'un secteur public, qu'au tournant des années 80 et plus spécialement à partir des années 85-86 on tente de réduire et de circonscrire à des proportions plus restreintes avec des aspects positifs (plus de souplesse) et négatifs (quels mécanismes de régulation) et dont on voit à peine se dessiner les contours.

Les secteurs sanitaires qui ont regroupé l'ensemble des activités de santé relevant différemment jusque-là de l'action publique et en particulier tout l'aspect prévention ont aussi intégré tout le secteur para-public relevant jusque-là, soit la Sécurité Sociale, soit des Entreprises, ainsi que l'organisme des Accidents du Travail.

Au sein du Ministère de la Santé Publique, ils recueillent 62,9 % des crédits en 1965, 75,5 % en 1974 et 91,1 % en 1981. Le reste couvrant soit des dépenses de formation para-médicale, soit de fonctionnement des services (centraux et extérieurs) du Ministère.

1. 5. Le désengagement du Budget de l'Etat vis-à-vis du Secteur Public de soins

La croissance nominale des dépenses de santé au titre du Budget de l'Etat (indice 960 en 1987 avec comme base 1974 = 100) s'est accompagnée d'un double mouvement de régression en valeur relative.

- Régression de ces dépenses dans le budget global de l'Etat à partir de 1974, date à laquelle ils ont représenté la plus forte fraction (12,85 %) pour atteindre 9,18 % en 1985 : d'où croissance moins rapide des ressources à ce niveau.

TABLEAU N° 5
EVOLUTION DE RESSOURCES DES SECTEURS
SANITAIRES PAR SOURCE DE FINANCEMENT en 10⁶

	1974		1975		1976		1977		1978		1979		1980		1981		1982		1983		1984		1985		1986		1987		1988	
	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%
Total secteur Sanitaires	847.3	100	889	100	1 000	100	1 146	100	1 348	100	1 852	100	2 597	100	3 206.5	100	3 795	100	4 278.8	100	5 272.5	100	6 388.5	100	8 140	100	10 125	100	11 441	100
Budget/Etat	601	70.93	576.7	64.87	692	69.2	741	64.66	780	57.9	1052.5	56.83	1190	45.8	1625.5	50.7	1 874	49.4	2 055.8	48	2 055.75	38.99	2 207.5	34.7	2 979	36.5	3 465	34.2	3 529	30.8
Sécurité Sociale	199	23.48	225	25.31	245	24.5	325	28.36	475	35.3	704.5	38.6	1126	43.3	1410	43.97	1 800	47.4	2 102	49.1	3 095	58.7	4 000	62.8	5 000.000	61.4	6 500	64.2	7 721	67.5
Autre sources (Collectivités locales PCA ress. Propres	47.3	5.58	87.3	9.82	63	6.3	80	6.90	85	6.3	85	4.6	281	10.8	171	5.33	121	3.2	121	2.8	121	2.29	161	2.5	161	2.1	161	1.6	191	1.6

Source : Construit par nous-mêmes à partir des chiffres du Ministère de la Santé et des Lois des Finances. (1) Y compris remboursement par convention.

- Comme corollaire on note une forte régression de la contribution du Budget de l'Etat au financement des secteurs sanitaires laquelle passe de 71 % en 1974 à 34,2 % en 1987.

TABLEAU N° 4
EVOLUTION DES RESSOURCES DES SECTEURS SANITAIRES EN INDICES

	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1987
TOTAL	100	105	118	135	159	219	307	378	448	505	622	752	1 195
Total croissance annuel	5	13	17	24	60	88	71	70	57	112	130		
Budget Etat	100	95.9	115.14	123.29	129.78	175.12	198	282	312	342	342	367	960
Sécurité Sociale	100	113	123	163	239	359	566	709	905	1 056	1 555	2 010	3 266
Ressources propres	100	185	144	169	180	180	180	361	256	256	256	340	340

Cependant si l'on raisonne en termes réels^[4] c'est-à-dire en tenant compte de la croissance démographique, on s'aperçoit que le tournant des années quatre vingt est net. En effet, si entre 1975 et 1980, l'effort budgétaire en faveur de la santé, malgré sa décroissance relative telle qu'analysée précédemment reste appréciable puisqu'il représente un taux de croissance moyen annuel de 4,1 % par habitant alors qu'à partir de 1980 jusqu'en 1985 la tendance va s'inverser. Le taux de croissance moyen par habitant devient négatif (- 1,4 % par an). Les dépenses budgétaires de santé par habitant reculent sous l'effet des difficultés économiques et financières qui commencent à se faire jour. En effet, le PIB qui avait enregistré un taux de croissance moyen annuel réel de 7,5 % entre 1970 et 1980 n'enregistre alors qu'un taux de croissance moyen annuel de 4,6 % sur la période 1981-85. Mais les vraies difficultés de croissance et de recomposition sociale vont prendre forme à partir de 1986 et impliquer en la matière de plus en plus la Sécurité Sociale.

1. 6. Le financement de l'extension de la médecine gratuite au titre de la Sécurité Sociale

- L'évolution des ressources des secteurs sanitaires par source de financement montre que les dépenses de santé du secteur public sont financées de plus en plus par la Sécurité Sociale, à l'exception de la Mutualité Agricole et de la Caisse de Sécurité Sociale des militaires qui n'y participent pas : cette dernière ayant ses propres structures de soins il n'en est plus de même de tout ce qui à un titre ou à un autre, relève de la Mutualité Agricole (l'ensemble du secteur agricole, mais aussi tous les Offices publics d'encadrement de l'agriculture...) qui au contraire a suivi un processus inverse de délestage de ses propres structures.

L'examen des structures de début et de fin de période en matière de source de financement sont complètement inversés compte tenu de rythmes de croissance différents. Le Budget de l'Etat qui finançait les secteurs sanitaires à concurrence de 71 % en 1974 n'y participe plus qu'à concurrence de 34,2 % en 1987 et de 30,8 % en 1988. C'est l'inverse qui se produit pour la Sécurité Sociale qui de 24 % en 1974 y participe à concurrence de 64,5 % en 1988. L'inversion du poids relatif de ces deux sources de financement s'étant opérée à partir de 1982 (et consacré définitivement en 1984) date à laquelle il est sensiblement égal. Cette inversion bien que traduisant la salarisation croissante de l'économie algérienne n'en semble pas moins trop accentuée.

- En fait, au-delà de sa participation croissante au financement du fonctionnement du Secteur public gratuit, sa contribution à l'ensemble des dépenses de santé va elle aussi s'élargir : représentant 38,5 % en 1979, elle finira par atteindre 58,5 % en 1987 suite au financement de l'investissement du secteur.

2. Maîtrise des dépenses ou modification des règles de fonctionnement du système accompagnée d'un dégagement global de l'Etat ?

Finalement le financement de l'extension de la gratuité des soins instaurée en 1974 en Algérie a reposé sur un double processus de désengagement précoce du Budget de l'Etat accompagné d'une extension considérable mais contrainte, du rôle de la Sécurité Sociale dans ce financement.

D'une Sécurité Sociale qui malgré le maintien formel des règles et principes qui la fondent, va être complètement subordonnée à la logique d'extension de la politique sociale de l'Etat et en particulier d'un segment de la politique sociale étatique, c'est-à-dire de sa politique d'extension et de socialisation accrue du financement tant de l'offre (secteur public) que de la demande (extension des bénéficiaires de la Sécurité Sociale) de soins, mais aussi de sa politique de retraites précoces et accélérées de certaines catégories sociales à des conditions telles qu'on rétrécit drastiquement la base du financement au même moment où on accélère les besoins financiers suite à des extensions régaliennes "de droits" que l'Etat fait financer par la Sécurité Sociale.

En effet, cette dernière va progressivement - suite à son développement spectaculaire induit par le développement de l'activité salariée, sur laquelle elle repose - être amenée à financer, selon des procédures différentes, outre le remboursement des soins ambulatoires suite au fonctionnement de ce qui subsistait comme médecine privée, en extension depuis 1986, la plus grosse partie des frais de fonctionnement de l'appareil public de soins, puis de plus en plus son extension même à travers la prise en charge totale ou partielle des investissements du secteur. Cette subordination va se faire par le biais de l'instauration du "forfait hospitalier" lequel va devenir progressivement prépondérant dans le financement des dépenses de fonctionnement des Secteurs Sanitaires organisés sous le mode de centralisation, intégration, hiérarchisation des unités des soins.

TABLEAU N° 7
EVOLUTION DE LA STRUCTURE DES DEPENSES DE SANTE PAR
SOURCE DE FINANCEMENT

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Budget Etat	32.8	29.3	32	31	33.6	20.8	17.9	19.9	20.4
Sécurité Sociale	38.5	39.3	70.7	39.5	40.4	53.3	57.2	57.3	58.5
Ménages	25.9	26.0	21.5	27	23.6	22.7	22.6	20.8	19.4
Autres	2.7	5.4	3.0	2.5	2.5	2.2	2.3	2.0	17

Source: Ministère de la Protection Sociale

2.1. De la négation des problèmes de financement au "coût" de la gratuité

L'instauration de la gratuité des soins au sein du secteur public ne fait qu'entériner une situation de fait et institutionnaliser des pratiques en cours. Mais elle s'accompagne d'une négation-occultation du problème des coûts et de la suppression de toute procédure de gestion ou de contrôle des dépenses/coûts et omet de poser les critères de hiérarchisation-sélection des besoins à prendre en compte. Elle va donc s'inscrire dans une logique de médicalisation accrue des problèmes de santé générés par un triple mouvement d'industrialisation-salarisation-urbanisation rapide à partir d'une conception simpliste et non explicitée de la satisfaction des "besoins" sociaux. (de qui ?, lesquels....).

2.2. La logique de la médicalisation à partir du postulat de la satisfaction des besoins sociaux : On se persuade ou on se laisse persuader, aidée en cela par tout le "discours" qui prévaut alors y compris au niveau des Institutions Internationales, que le problème de la santé se réduit à une extension de l'indice-lits d'hôpitaux ou nombre de médecins ; et de ne laisser subsister aucune disparité à cet égard : peu importe que les structures en place soit peu ou mal utilisées : il faut arriver à des ratios rassurants quant au degré de couverture et d'égalité de toute la population. Cette vision est tellement forte, qu'elle recouvre et supprime tout le discours en sens inverse sur la primauté de la prévention, constamment réitéré, ou le réduit, au mieux, uniquement à des techniques médicales (vaccination).

De plus, la non prise en considération de la nécessité d'une gestion efficace et non dispendieuse des deniers collectifs, outre la non mise en place de mécanismes de financement compatibles avec les objectifs et le degré de pression parafiscale souhaitée, s'accompagne d'une pression à la consommation inconsidérée des crédits (c'est gratuit - personne ne paye !) tant au niveau des consommateurs que des gestionnaires, à qui on attribue pratiquement des chèques à blanc - qu'ils sont "obligés" de consommer pour faire preuve de leur "bonne gestion". Ces procédures inflationnistes, inscrites au coeur même du système public de soins combinés à l'extension de l'offre automatiquement rémunérée et de la demande qu'elle va induire est à l'origine de la croissance explosive des dépenses par un double aspect : effet-volume et effet-prix (en particulier de la rémunération des facteurs de production).

C'est alors que le "coût de la gratuité" devient un problème soulevé constamment et amène à un revirement en faveur d'un secteur privé crédité de vertus d'économicité qu'il est loin de posséder puisqu'il travaille à l'acte et poussera donc à la multiplication de ces derniers qui conditionnent sa rémunération.

2.3. Maîtrise des dépenses ou réaménagement uniquement de certaines règles de fonctionnement du système :

Le problème de la trop forte augmentation des dépenses de santé, principalement au sein du secteur public, va amener à des stratégies de rationnement de ces dépenses qui s'analysent en fait essentiellement comme modification des règles de fonctionnement du secteur public que l'on tend à comprimer - doublée d'une extension du secteur privé dont le fonctionnement est conservé à l'identique mais dont les tarifs de remboursement viennent d'être revalorisés de 60 % : il s'agit donc là, plus de nouveaux arbitrages en faveur de ce dernier, doublés, d'une réarticulation différente par, en particulier, le biais des flux de médecins, que de véritables procédures de maîtrise-rationnalisation. L'ensemble de ces mesures relevant plus de démarches institutionnelles différenciées et segmentées que d'une vision d'ensemble des véritables mécanismes inflationnistes dont on risque de cumuler les deux effets. L'Etat se dégageant par le biais du Budget et faisant reporter sur la Sécurité Sociale toute une série des dépenses, une partie des dépenses l'étant sur un financement définitif de la part des ménages dont on ignore cependant la part exacte[5].

2.3.1. La logique du Ministère de la Santé gestionnaire des conditions de production de la santé :

La démarche de ce dernier semble s'appuyer sur un double constat induisant une certaine analyse qui fonde sa nouvelle politique de modification des règles de fonctionnement et des modalités d'articulation des deux sous-systèmes de soins, en particulier par le biais des affectations des personnels médicaux et de la gestion même de leur temps de travail. Un ensemble de mesures cohérentes entre elles (mais non avec l'ensemble du système) vont tout d'abord supprimer la mi-temps pour les médecins installés, ensuite tenter d'orienter les flux anciens et nouveaux de médecins vers l'exercice privé ; ce sont pour les premiers la levée du zoning en particulier pour les spécialistes et les hospitalo-universitaires, avec les possibilités de création de cliniques, ce sont pour les seconds, l'écourtement sinon la suppression du Service Civil et l'encouragement à s'installer à titre privée par facilité de délivrance de l'autorisation préalable. Ceci, alors que : les hôpitaux de l'intérieur fonctionnent encore moyennant un large appel à la coopération étrangère. Le Service Civil fonctionnant de plus en plus comme "amende" ou mal nécessaire dont il faut se débarrasser au plus vite : d'où un turn-over exacerbé à ce niveau ; et qu'un nombre important d'hôpitaux n'ont pu être réceptionnés faute de personnels médicaux que l'on laisse s'installer à titre privé faute de crédits budgétaires suffisants. Les charges récurrentes des investissements massifs du 1er et 2ème Plan Quinquennal commencent seulement à produire leurs effets

financiers lesquels ne semblent pas avoir été intégrés dans le calcul lors de la planification de l'extension du système hospitalier.

Le secteur public que l'on ne peut supprimer, mais à qui on soustrait beaucoup de ses meilleurs éléments et que l'on rationne financièrement de façon globale, sans mise en place de mécanismes de rationalisation-filtration des dépenses au moment même où on veut en faire un lieu de diagnostic et de soins complexes - risque de perdre toute cohérence et toute crédibilité.

2.3.2. La logique du Ministère des Affaires Sociales en tant que tutelle de la Sécurité Social principal financeur des dépenses de santé :

Du côté de l'Organisme financeur (CNASAT) et de son Ministère de tutelle, on ne dénote pas de volonté explicite de pousser à l'aménagement du système public dans ses mécanismes internes de fonctionnement de façon à produire des résultats financiers différents ; ceci tout en veillant au maintien du niveau actuel de "qualité" des prestations (au minimum) ou mieux d'en améliorer le fonctionnement - Or elle pourrait jouer ce rôle à un double titre :

- Longtemps gestionnaire directe d'un patrimoine propre d'unités de soins qui de l'avis général, fonctionnaient nettement mieux que depuis leur rattachement à la Santé (à coûts croissants ? moindres ? identiques ?) : elle a donc une expérience précieuse en matière de gestion et de contrôle des unités de soins.

- Parce qu'elle "gère" et affecte l'argent des assurés sociaux, elle ne saurait être cantonnée à ce rôle de caisse passive de financement dans lequel elle semble avoir été enfermée, n'ayant aucun mot à dire ni sur les moyens, ni sur les résultats de santé. Or, elle doit être un partenaire plein et entier des services de santé et défendre les travailleurs contre les appétits "budgétivores" tant du secteur public que privé.

Sa réaction devant la trop forte croissance des dépenses de santé sans être parallèle à celle du Ministère de la Santé, la "complète" et procède de la même démarche si l'on fait observer que la revalorisation de 60 % des tarifs des praticiens selon une Nomenclature inchangée (d'avant 1962) accompagne le plafonnement de sa contribution au financement des Secteurs Sanitaires qui en tout été de cause lui était imposé par l'état de ses ressources et le rythme de leur progression face à celui des dépenses.

Rien n'a été mis en place pour contenir de l'intérieur, le rythme d'augmentation des dépenses du secteur public, profondément affecté par l'instabilité de ses personnels médicaux : initialement pour une partie d'entre eux (Service Civil), actuellement pour l'ensemble des corps y compris celui des hospitalo-universitaires.

On peut dire que le problème de la maîtrise réelle des dépenses de santé, c'est-à-dire de la mise en place de mécanismes internes de régulation et de réarticulation plus efficiente des deux sous-secteurs de soins reste entièrement posé en Algérie, de même que reste posées

l'identification et la reconnaissance des acteurs qui sont partie prenante au fonctionnement de l'Institution, à la définition, la délimitation et la modification de ses règles. Concernant en particulier les actions de maîtrise de dépenses, on ne peut donc éluder le problème fondamental du niveau et des modalités du financement de la Protection Sociale, souhaitable et supportable, et que la Collectivité, ou l'Etat Socialo-providence, consent à financer et donc aussi l'arbitrage entre ressources à affecter à l'accumulation productive et ressources à réserver à la protection sociale, en visant le maximum de cohérence et de synergie de la part de ces derniers, vis-à-vis de l'activité productive.

III. MEDECINE GRATUITE - PROTECTION ET CRISE DE L'ETAT SOCIO-PROVIDENCE

Enfin la politique de Protection Sociale assise sur la Sécurité Sociale, largement inspirée du modèle français quant à ses principes de financement[6], malgré une organisation formelle des secteurs sanitaires totalement différente et inspirée du modèle des pays de l'Est, peut se ramener en fait à deux volets distincts : le financement des dépenses de santé et celles de retraite lesquelles ont connu des extensions considérables, et posent donc actuellement une série de problèmes d'ordre économiques très importants, alors qu'à contrario celles inhérentes à la famille (Allocations Familiales) sans être remises en cause dans leur principe - tant dans la période de refus de poser le problème démographique, que dans la phase actuelle de volonté explicite et manifeste de contrôle des naissances - ont été rationnées de façon telle qu'elles ne semblent pas poser de problème majeur à l'heure actuelle. Le seul problème que l'on pourrait soulever à leur égard étant celui de leur "efficacité" économique, et sociale dans la mesure où leur effet semble strictement neutre. La trop forte augmentation des dépenses de santé, depuis la mise en place de la gratuité (1974) a longtemps coïncidé avec une forte croissance économique, ce qui permettait de prélever sans douleur, les ressources nécessaires à l'extension d'un appareil public de soins. Conjuguée avec l'emballement plus récent des dépenses de retraites, mais dans un contexte de crise et donc de ralentissement de la croissance économique et de difficultés de paiements extérieurs depuis 1985-86, ces augmentations ont provoqué pour la première fois le déficit global de la Sécurité Sociale, principal organisme de financement de la politique étatique de Protection Sociale. Cette dernière se veut au niveau des pays développés, sans que les productions et les productivités sur lesquelles elle est assise puissent permettre ou justifier de tels niveaux. Isolée par des barrières douanières et autres du reste du monde, l'Algérie a pu avoir des niveaux de prix, de salaires - largement déconnectés de l'Extérieur, auxquels les Entreprises n'avaient pas à faire face, mais aussi sans rapport avec les productivités réelles et les coûts de production. Ceci sans compter que les Entreprises ont, jusqu'aux récentes réformes d'autonomisation et donc d'affirmation de la nécessité de la rentabilité financière, fonctionné en tant qu'appendices de l'Etat dont elles constituaient, un instrument plus ou moins subordonné, de réalisation de sa propre politique économique et sociale, et que les leviers essentiels de gestion n'étaient point de leur ressort.

La régulation étant alors centrale et du ressort exclusif de la planification laquelle s'appliqua alors beaucoup plus à la fonction d'investissement, par agrandissement de l'appareil de production, lequel a fonctionné et fonctionne toujours, de façon extensive : initialement suite à des "contraintes" internes de maîtrise, mais auxquelles se conjuguent depuis peu, des contraintes extérieures sévères et plus spécialement les rationnements et plafonnements à l'importation des inputs et biens intermédiaires, indispensables au simple fonctionnement d'un appareil de production trop extraverti dans ses approvisionnements par suite des multiples "trous" du tissu industriel qui nous semble constituer un des noeuds gordiens du blocage actuel de croissance. Les arbitrages faits, semblant privilégier les biens de consommation finale "contraints" (dépendance alimentaire biens salaires entre autres, mais aussi dette extérieure...).

A ceci s'ajoute le projet d'Union Maghrébine, postulé en 1989 et donc d'ouverture des frontières et de possibilités de circulation (lesquelles ont commencé de façon plus ou moins informelle, suite au desserrement des frontières avec le Maroc...), au sein d'un espace économique serait plus fragmenté - tant des hommes que des marchandises. Ces deux importants éléments nouveaux vont non seulement bouleverser la manière dont se poseront les questions économiques et le contexte dans lequel il faudra raisonner et agir - mais par ricochet, risque d'affecter toute l'Economie et la politique sociale en particulier de l'Algérie, laquelle supporte des charges salariales (en particulier, mais non exclusivement du fait du salaire indirect financé par la Sécurité Sociale), beaucoup plus importantes que ces partenaires maghrébins. De plus, "l'ouverture" se fait dans un contexte où, par suite du retournement du marché pétrolier dont elle est fortement dépendante pour ses recettes d'exportation, par suite aussi des contraintes induites par le paiement de la dette extérieure et d'une sécheresse exceptionnelle, l'Algérie connaît actuellement les difficultés de balance commerciale et de balance des paiements aigus, alors qu'au contraire un pays comme le Maroc, a dans ce contexte, qui lui est plus favorable, auquel s'ajoute une pluviométrie et donc une récolte céréalière et de biens salaires exceptionnels, vu se redresser ses équilibres extérieurs.... A cela, il faut ajouter que la très forte salarisation et l'ensemble de la politique économique et sociale menées jusque là en Algérie, ont introduit des "habitudes stables" de consommation (où entrent beaucoup de gaspillages, se superposant aux phénomènes de "pénuries" et alimentant des surstockages à tous les niveaux, en particulier, de certains biens provenant de l'étranger...) dans certains secteurs "moteurs" de la dépendance à l'importation : fonctionnement des marchés réglementés source de la dépendance alimentaire - modalités de socialisation de la santé induisant la dépendance sanitaire....

L'économie sociale est donc fortement interpellée en ce moment en Algérie : un pays en voie d'industrialisation, affronté à une crise de fonctionnement et de l'accumulation et donc de l'emploi, mais aussi à des déséquilibres externes importants, dont elle semble privilégier l'équilibre, au détriment de la croissance économique à court terme,

vivant jusque là dans le contexte d'une économie quasi fermée, mais où l'Etat par suite de disponibilités financières importantes basées sur la rente minière et dans la lancée d'un ambitieux projet développementiste à caractère de protection sanitaire importante : peut-il dans le triple contexte de crise économique, de tentative de valorisation du Capital socialo-étatique sur des bases plus saines sur le plan financier et d'ouverture des frontières, la maintenir telle que ? En particulier, du point de vue des dépenses de santé, toute une série d'interrogations nouvelles se font jour : à quel niveau doivent-elles se situer ? C'est-à-dire quel pourcentage de la PIB leur attribuer ? Quel doit être le rythme de croissance souhaitable de la dépense nationale de santé ? Quel degré de socialisation de son financement faut-il maintenir et dans ce cas, quelles seraient les procédures et les mécanismes permettant de répartir de façon équitable et plus saine les charges sur les principaux financeurs [7] et ou/ de reporter une fraction de plus en plus sur les ménages à partir du moment où le Budget de l'Etat se désengage et où la Sécurité Sociale devient déficitaire : c'est donc la crise de l'Etat socialo-providence, fortement tutélaire, qui brusquement émerge dans le champ de l'Economie Sociale en Algérie.

La nécessité tant de rationnements financiers plus drastiques, que de rationalisation du fonctionnement du système de soins (dont les dysfonctions des principales unités de production de soins n'ont cessé de poser le problème) par combinaison plus efficace des différents inputs, meilleure finalisation de l'activité... étant de plus en plus nécessaires et nécessitant discussion et décision par les différents acteurs sociaux en présence - malgré l'opposition latente d'une fraction importante du corps médical -. Cela ne résout pas pour autant la question de savoir : quel rationnement ? au détriment de quelle catégorie de maladies et donc de population ? ni non plus quelles sont les procédures de rationalisation de l'affectation des crédits qui seraient les plus opératoires ! En vue de quels objectifs précis ? Cela semblent être les points sur lesquels se focalisent beaucoup de controverses plus ou moins larvées.

Cependant, le marché des soins ayant fortement augmenté, par suite de la conjonction d'une socialisation accrue du financement tant de l'offre, que de la demande de soins, et ayant augmenté sous le mode d'une médicalisation accrue, largement inspirée dans sa démarche par celle prévalant dans les pays développés, parce qu'impulsée par un corps médical formé à l'image de celui de ces derniers et ce, en dépit d'une organisation intégratrice des différentes activités sanitaires (préventive-curative) ; ceci a donc nécessité le recours à toute une série d'inputs et bien médicaux (médicaments et appareillages bio-médicaux) que l'économie nationale n'a pas été susceptible de satisfaire (90 à 100 %), et qui donc ont été importés sans compter une partie des soins eux-mêmes - (les plus complexes). Le recours à l'étranger déterminant alors des types d'articulations spécifiques bien sûr, mais dont on peut dire globalement qu'elles constituent une dépendance sanitaire du même type que la dépendance alimentaire et pesant de la même façon sur des ressources extérieures en décroissance et ce, pour le plus grand profit,

tant des Multinationales du médicament et des appareils médicaux, que du système de soins français !

Concernant les produits pharmaceutiques, il nous semble que le système des prix relatifs, pratiqué vis-à-vis des médicaments importés et des médicaments produits (et pour ces derniers les prix absolus aussi) au-delà des problèmes d'approvisionnement ou de maîtrise technologique (dans le cas du gros complexe récent de Médéa, auquel s'ajoute une forte surévaluation du Dinar[8], nous semblent parmi les facteurs qui se sont opposés à l'extension de l'offre interne de ces produits et ce, malgré un fort contrôle étatique à l'importation doublé d'une tentative de normalisation sous forme d'application de la D.C.I. aux médicaments achetés sur appel d'offre, une fraction l'étant toujours de gré à gré. Les contradictions entre la volonté de bloquer le prix de cession du médicament à un niveau très bas parce qu'il répond à des besoins essentiels et la nécessité de couvrir les coûts de production, de dégager un surplus investissable ou affectable à la recherche dans un contexte de forte concurrence internationale et de monopoles thérapeutiques, n'ont pas permis la substitution à l'importation des produits jugés essentiels malgré un marché fortement porteur jusque là. La seconde série de question découle du fait qu'une très large fraction des dépenses de santé et en particulier des dépenses publiques de santé est financée par la Sécurité Sociale. Or, cette dernière assise sur le salaire, constitue globalement un salaire indirect et donc des charges salariales pour les Entreprises s'ajoutant aux autres coûts de production qu'elles alourdissent et donnent lieu donc à une forte pression parafiscale qui pénalise l'emploi. La Réforme de la Sécurité Sociale en 1983 en Algérie a certes homogénéisé et uniformisé les cotisations et prestations des salariés, par incorporation des Régimes spéciaux au Régime Général, mais elle a aussi et surtout déplafonné l'assiette des rémunérations soumises à cotisations, ceci dans le but de procurer des ressources accrues au financement de la politique étatique de gratuité des soins et face à l'extension du déficit des Assurances Sociales. Déficit qui n'est cependant jamais apparu en tant que tel - tant que la Sécurité Sociale était globalement excédentaire. Ceci, parce qu'en particulier le taux des prestations familiales (40 DA/enfant) a été maintenu ridiculement bas malgré l'extension considérable de l'Emploi, des salaires et des cotisations y afférentes.

C'est que l'unicité de trésorerie permettait aux excédents d'une branche d'apurer les déficits d'une autre branche. Le problème de leur suppression ou de leur utilisation dans le cadre d'une politique anti-nataliste n'ayant jamais été abordé de front, leur maintien symbolique ayant été vidé de tout contenu mais ayant permis de prélever des ressources, qui en fait, vont servir à financer l'extension tant de la demande que de l'offre de soins.

Or, un salaire indirect (et donc des charges salariales) important s'ajoutant à un salaire direct déjà élevé (en nominal -), compte tenu de la productivité du travail, ne peut être supporté (sans déficit pour les Entreprises publiques) que si ces dernières enregistrent les progrès escomptés de productivité, d'une part, et que d'autre part, soient levées

toute une série de contraintes pour permettre aux Entreprises publiques de fonctionner comme lieu de valorisation du Capital Social (public) et donc de création d'un Surplus - bref, si financièrement elles peuvent s'équilibrer (au minimum) et dégager un "profit" sur leurs chiffres d'affaires pour fonctionner et se redéployer différemment : le test de la reprise économique et l'enjeu majeur de l'autonomie nous semble résider à ce niveau. Ce qui non seulement n'a pas été le cas jusqu'à présent, mais risque de poser le problème avec l'autonomisation des Entreprises Publiques soumises depuis peu à l'obligation de rentabilité financière, alors que des leviers décisifs d'action restent encore aux mains des Autorités Centrales. Au plan externe, l'Union du Maghreb, si elle se concrétise va signifier au minimum ouverture des frontières et peut être "libre" circulation des produits, des capitaux et des hommes au sein de l'espace intra-maghrébin. Or, Le Maroc a des prix nettement plus faibles que ceux de l'Algérie, qui risque d'être concurrencée sur ses propres marchés des produits et du travail. L'exigence de compétitivité étant de toute façon incontournable, pour toute exportation. Dans ce contexte, les entrepreneurs privés algériens peuvent trouver avantage à embaucher de préférence de la main-d'oeuvre marocaine (ou tunisienne) dont les exigences en termes de rémunération et de conditions de travail sont nettement plus faibles pour des productivités en physique plus élevées que celles des travailleurs algériens pour de larges pans d'activité et donc soit faire une concurrence positive accrue au secteur public sur le marché interne et donc l'inciter à se dynamiser de façon différente, soit se lancer dans l'exportation par ce biais. Ce serait une articulation positive qui l'emporterait, soit au contraire, suite à des degrés de liberté plus grands et des capacités de souplesse et de réponse plus rapides jouer le jeu de la "spéculation" et le pomper entièrement, au détriment de toute l'Economie Nationale... Ceci dans un contexte de crise de l'accumulation et donc de remontée rapide du chômage ces dernières années et dont l'explosion d'Octobre n'en constitue qu'une des manifestations, sur le mode violent, de toute la Crise de l'Etat socialo-providence en Algérie.

Notes

[*] Professeur Agrégé I. S. E. - Alger - Directeur de Recherches CREAD.

[1] A de rares exceptions près - mais qui ne modifient pas la logique d'ensemble.

[2] Mais qui risque de ne plus le devenir.

[3] Tout au moins risque jusqu'au années 85-86.

[4] Croissances démographiques et défis économiques au Maghreb - La Documentation Française (Nous reprenons les chiffres).

[5] Nous espérons éclaircir un peu ce point lors de la publication des premiers résultats de l'Enquête Consommation. Il n'existe pas d'enquête spécialisée à ce sujet.

[6] Même si elle sert à financer un secteur public qui est organisé et qui fonctionne de façon totalement différente du système français. Mais la Sécurité Sociale reste marquée de l'empreinte du modèle initial quant à son financement propre et quant à ses liaisons avec le secteur privé de soins.

[7] Et en particulier, ceux qui ne participent pas à ce financement, mais en profitent plus largement...

[8] Tout au moins lorsque nous écrivons ces lignes, depuis lors la "technique" est de le laisser "glisser" d'où l'extension du marché parallèle de la devise sur lequel se greffe toute une série de spéculation et d'activités... L'Algérie n'ayant pas voulu procéder à une dévaluation et "l'ajustement" à chaud dans un cadre économique essayant de ménager le moyen terme - le "court terme devant de plus en plus décrire.