

FATIMA-ZOHRA OUFRIHA [*]

Ajustement structurel et autonomie du système de santé : quels résultats ? [1]

INTRODUCTION

Avant d'adopter un P.A.S explicitement formulé et appuyé par le F.M.I. l'Algérie avait initié une politique de réformes ou d'auto-ajustement implicite qui tendait par des mesures d'assouplissement et de libéralisation de remédier aux lourdeurs et coûts d'un secteur public inefficace mais trop largement développé y compris dans le secteur de la santé : c'est la politique d'autonomie des entreprises. En effet, la publicisation de l'activité sanitaire s'était traduite par une triple centralisation. L'ajustement opéré dans le secteur va consister essentiellement en une privatisation accrue de l'activité des professionnels. La mesure inappropriée en termes de maîtrise des dépenses collectives et de gestion moins dispendieuse et plus finalisée d'un secteur public qui reste trop étendu.

1. LA GESTION PUBLIQUE DE LA SANTE OU LA TRIPLE CENTRALISATION

La gratuité des soins dans le cadre du secteur public s'était accompagnée d'une triple centralisation :

- De l'implantation des structures de soins de façon "équitable" à travers tout le territoire national pour l'atteinte de ratios normatifs de couverture et cela à l'aide d'une carte sanitaire. Cette démarche appuie ou contrarie selon le cas la politique des programmes d'activité. La période du 1er quinquennal (1980-1985) correspond au sommet de cette vision qui va être abandonnée avec les difficultés financières.
- Du financement des dépenses qui prend la forme d'un budget global forfaitaire, préétabli, mais qui est budgétisé selon les titres et les chapitres de dépenses au niveau des ministères de tutelle (Finances, Santé).
- De l'affectation autoritaire des médecins en fonction des localisations spatiales des structures publiques ; à travers le Service National obligatoire, mi-temps, zoning, l'autorisation d'installation, le ministère de la santé "gère" les médecins en fonction de sa politique d'extension des structures publiques et de sa vision de l'équilibre régional.

L'ensemble de ces mesures a certainement permis un meilleur accès aux soins des populations les plus pauvres. Mais très rapidement, il va induire une polarisation sur l'hôpital et des dépenses qui connaissent

des croissances explosives. La part prépondérante qu'y prennent les dépenses en personnels (salariés) de plus en plus difficiles à supporter par le budget de l'Etat rejoint alors l'opposition sourde ou déclarée de toute une partie du corps médical.

La crise accélère le mouvement de retournement doctrinal en faveur du privé suite aux dysfonctions du secteur public et à la non concrétisation de "l'autonomie" au niveau des structures publiques de soins.

2. UNE PROGRESSIVE LEVEE DE TOUS LES OBSTACLES INSTITUTIONNELS A L'INSTALLATION DES MEDECINS A TITRE PRIVE

L'activité privée de production a été découragée voire bannie pendant la période du socialisme centralisateur. Cette suspicion n'a pas épargné les professions médicales que l'on a tenté de nationaliser totalement ou partiellement. La gestion centrale des flux de médecins a été organisée à travers toute une série de procédures d'interdiction, de limitation de contrôle et d'orientation de l'activité. L'autorisation de s'installer à titre privé difficilement accordée, ne l'était qu'après une période obligatoire de Service National de cinq ans, dans le cadre d'une mi-temps (qui obligeait les médecins à consacrer la totalité de leur travail à un service public moyennant une rémunération symbolique) et d'un zoning (qui tentait de couvrir les régions défavorisées du Sud et les campagnes de façon prioritaire).

L'ensemble de ces mesures se justifiait par le primat du secteur public et le souci de l'équilibre régional.

La multiplication des structures de soins et des effectifs médicaux va induire une très forte croissance des dépenses du secteur public de santé supportées par la sécurité sociale et le budget de l'Etat.

On peut analyser ce mouvement comme une forme de redistribution de la rente pétrolière, qui se tarit brusquement à partir de 1986, suite au retournement du marché pétrolier et donc des termes de l'échange de la fiscalité pétrolière.

L'examen de l'évolution des grandes masses financières de la sécurité sociale en fonction du secteur juridique d'activité, fait créditer le secteur privé d'une économicité qui en la matière est loin d'être réalisée et qui résultait de l'ensemble des mécanismes institutionnels de blocage qu'il subissait. Cela entraîne un revirement doctrinal sensible. Tous les obstacles institutionnels à l'installation et la localisation à titre privé sont alors progressivement levés, y compris pour les hospitalo-universitaires à partir de 1986 qui peuvent désormais exercer en cliniques privées et dans les grands centres urbains.

Malgré les avantages très substantiels qu'assure le secteur public en termes de salaire et de garantie de l'emploi, on enregistre un développement rapide du secteur privé. Longtemps marginal, ce dernier représente 31,5 % des effectifs totaux en 1993 (contre 28,75 % en 1992). Certains corps de professionnels étant plus privatisés que

d'autres, tandis que la privatisation des spécialistes longtemps plus réprimée se poursuit actuellement avec le plus de rigueur.

3. QUI SE TRADUIT PAR UNE REMONTEE SPECTACULAIRE DES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE

De 1973 à 1986 la structure des prestations en nature s'était déformée en faveur du forfait hôpitaux qui de 28,8 % de l'ensemble des prestations est passé à 76,5 %. Ce forfait finance, conjointement avec une contribution budgétaire, la gratuité du secteur public.

Les remboursements qui résultent au contraire, du fonctionnement du secteur privé de soins, passent durant cette période de 59,9 % à 12,7 % du total.

Cette structure des dépenses résultait de la politique de "publicisation" menée alors, de la détermination centrale du forfait en sa faveur et des limitations à l'installation et aux remboursements.

A partir de 1986 va s'opérer un nouveau renversement de proportion en sens contraire, mais pour des masses financières toujours fortement croissantes. Les remboursements en 1995 tendent à représenter presque la même somme que le forfait hôpitaux (11,8 milliards de DA contre 13,5 alors qu'en 1990 on en était à 1,9 contre 8,6).

Ceci est bien entendu lié à l'extension des prescripteurs privés qui rémunérés à l'acte ont tendance à en multiplier le montant ; mais aussi aux habitudes de prescription qui continuent à être volumineuses. Mais cela découle aussi des effets des dévaluations drastiques du dinar (1990 et 1994) directement par renchérissement des produits importés et indirectement par accroissement de la demande de remboursement en situation de baisse des revenus.

4. MAIS UN SECTEUR PUBLIC QUI RESTE PREPONDERANT ET DONT LA FONCTION DE PRODUCTION DEVIENT DISTORDUE

Cependant si les ressources de la sécurité sociale sont réaffectées progressivement en faveur des remboursements, le secteur public n'en continue pas moins de mobiliser des ressources croissantes qui, cette fois-ci, proviennent en plus grande partie du budget de l'Etat. En 1995 les secteurs sanitaires reçoivent 34.603×10^6 DA pour leur fonctionnement dont 55,3 % de l'Etat et 39,9 % de la sécurité sociale, soit 72 % de taux d'augmentation par rapport à 1991.

La centralisation du financement et la budgétisation des dépenses sanitaires ont finalement constitué un processus de dératisation financière des hôpitaux que la crise profonde du système et la politique d'ajustement structurel n'ont pas réussi à remettre en cause.

En effet, si on a laissé une partie des personnels "sortir", on n'a pas procédé à des améliorations décisives concernant les modalités de financement et de gestion, marquées par le renchérissement constant des coûts de production qui accompagnent ces dépenses.

Ceci provient d'une fonction de production distordue résultant d'une offre publique trop importante, de plus en plus sous-utilisée (le taux d'occupation des

Cette offre publique plus potentielle que réelle supporte des dépenses de personnel excessives (plus de 75 % en moyenne et jusqu'à 90 %). Suite à la faible dépense en maintenance, il y a une dégradation rapide des moyens qui se traduit par des taux de pannes élevés de l'ensemble des équipements (soit 21 % en 1993 mais beaucoup plus élevés pour les appareillages lourds). Finalement c'est une offre qui se fait à des coûts élevés et croissants dans la mesure où les dépenses continuent à croître fortement alors que tous les paramètres d'activité sont en baisse : nombre d'admissions, journée d'hospitalisations, consultations, activité de radiologie et de laboratoires et qu'on enregistre une brusque remontée de la mortalité hospitalière.

En effet, la levée des obstacles à la privatisation a fait souvent éclater des équipes hospitalières lourdes constituées autour de plateaux techniques. L'ajustement a accentué les dysfonctions des unités de soins qui ont continué à être administrée et financée sous le mode budgétaire d'où le quasi blocage dans beaucoup de cas et une forte remontée de la demande pour soins à l'étranger. L'extraversion du système continue à être forte dans ses aspects les plus techniques : importation d'équipements et de médicaments (600 millions \$ pour ces derniers seulement).

CONCLUSION

Finalement, au delà de la privatisation des activités, il y a un report d'une partie du financement de la dépense sur les ménages alors que le secteur public reste dominé par une logique d'extension des ressources pour faire face à des charges et des coûts fixés qui n'ont plus rien à voir avec une saine activité médicale.

Bibliographie

OUFRIHA (F. Z), 1992. *Cette chère santé une analyse économique du système de santé en Algérie*. O.P.U, Alger.

OUFRIHA (F. Z), "Le système de santé de la régulation centrale à l'autonomie" en ouvrage collectif *L'Algérie des principes de Novembre à l'ajustement structurel*, CODESRIA, Dakar.

OUFRIHA (F. Z), *L'évolution de la privatisation dans le secteur de la santé*. Banque Mondiale, Washington. Document non publié

M. KADDAR (M), 1995. *Systèmes et politiques de santé du Maghreb*. CIE, Paris.

Notes

[*] Professeur Agrégée.

[1] Présentée au 6° Congrès de Cahass, Publiée dans les Actes – Montréal - Mai 1995.