

FATIMA-ZOHRA OUFRIHA

## **La difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats ?**

### **INTRODUCTION**

L'Algérie a expérimenté pendant longtemps un socialisme fortement centralisateur. Le primat de la prépondérance du secteur public censé être plus efficace et plus juste que le secteur privé y a été alors constamment affirmé : d'où le privilège accordé à tout ce qui est collectif par rapport à ce qui est individuel. Cette conception d'ensemble de la politique économique et des procédures de financement est alors affirmée de façon plus nette et plus tranchée dans le secteur éminemment social de la santé. D'où l'édification progressive d'un système public de distribution des soins et la mise en place de procédures de prise en charge collective de la charge financière relevant de la maladie.

La politique de développement est initialement centrée sur l'industrialisation conçue comme moteur de la croissance, source de création de richesses pouvant financer des progrès sociaux importants et en particulier la diffusion du bien-être social à travers la généralisation de l'accès aux soins.

Le système de santé bénéficie de la sollicitude du pouvoir politique qui en fait un des lieux du renforcement du consensus national bâti autour d'une forte croissance économique inductrice d'une importante création d'emplois. Cette vigoureuse impulsion sera facilitée par la mobilisation de ressources financières externes accrues grâce à une modification importante des termes de l'échange à travers celle du prix des hydrocarbures.

Toutefois l'approche planifiée aura du mal à s'imposer au sein de la santé, où elle se traduira essentiellement par une planification des moyens, subsidiairement des activités. Cependant, la rupture principale dans le secteur est introduite par la mesure de gratuité instaurée en 1974 qui clôt une période de tâtonnements et d'oppositions ouverts ou larvés du corps médical. L'affrontement entre deux conceptions de la médecine et de la protection de la santé qui se déroule en Algérie depuis 1962 n'est pas pour autant résolu.

Il prendra différentes tournures et se concrétisera en des articulations différenciées selon les périodes entre secteur public et secteur privé et se focalisera essentiellement sur le statut des médecins auquel on semble parfois réduire la politique de santé.

La mesure de gratuité ayant été appliquée de façon indiscriminée quand aux types de dépenses à socialiser va provoquer un accroissement spectaculaire des dépenses à la charge de la collectivité. Dépenses qui paraîtront d'autant plus injustifiées à certains que les charges pesant ainsi sur les financeurs s'accompagnent de dysfonctions diverses des unités de soins où les phénomènes de "pénuries" ne sont le plus souvent que le pendant de gaspillages et de coulages divers.

Le système de santé ainsi édifié après avoir bénéficié néanmoins de beaucoup d'adhésion semble actuellement faire l'unanimité contre lui tant des usagers que de larges fractions des professionnels de soins. Critiques plus fondées toutefois sur des appréciations liées à l'accueil, à la prise en charge du malade, aux dysfonctions des unités de soins qu'à leurs résultats objectifs.

Résultats au demeurant beaucoup plus difficiles à appréhender en termes de niveau de santé en l'absence d'indicateurs irréfutables. En effet si des progrès importants ont été enregistrés en la matière on ne peut les imputer entièrement à l'institution sanitaire.

Il découle aussi de l'ensemble des progrès enregistrés au niveau des déterminants économiques et sociaux de la santé. Si donc la contestation de la "productivité" des dépenses de soins doit être mise en cause, elle ne saurait l'être à partir de ce critère.

La crise qui se déclenche en 1986, va affecter profondément les conditions internes et externes de fonctionnement de l'économie algérienne. Elle se répercute sur les conditions de financement et de reproduction du système et accentue ses difficultés intrinsèques.

Mais c'est surtout le tournant amorcé depuis 1988 vers une économie décentralisée où le marché procéderait à l'allocation des ressources qui va affecter le secteur compte tenu des spécificités de son fonctionnement et de son financement d'une part, de sa faible connexion à l'économie et à l'industrie nationale d'autre part. Le mouvement "d'autonomisation" initié alors pour les entreprises publiques n'épargne pas alors le secteur.

Analyser le système de santé à la lumière de la crise revient donc à repérer les bouleversements et les mutations en cours. Ces derniers ne peuvent toutefois se comprendre que si l'on précise au préalable son mouvement de structuration. Ce dernier se fait par étapes successives où les questions dominantes ne sont pas les mêmes. Non pas d'une façon linéaire mais à travers ruptures et continuité, interactions des structures économiques et sociales qui le portent.

Nous essaierons donc de présenter tout d'abord l'évolution de l'organisation de la protection collective de la santé dans le cadre d'un système de soins qui malgré les apparences sera le résultat d'une hybridation théorique et pratique avec dominance de l'une ou de l'autre des conceptions sous-jacentes selon les périodes.

Nous tenterons par la suite de dégager l'évolution des procédures de gestion et de régulation centrale tant des moyens humains, matériels que financiers. La crise de l'Etat Socialo-providence que nous y identifions, si elle s'analyse en une crise du financement socialisé omet de poser clairement les termes au débat dans la mesure où la logique "keynésienne" de redistribution du revenu national, en fait de la rente pétrolière, et donc d'accentuation de la demande qui le porte s'oppose à une logique "smithienne" de prise en compte des charges et des coûts qu'il fait supporter aux entreprises. Cette interprétation que nous proposons nous semble d'autant plus pertinente que l'économie algérienne est une économie contrainte par l'offre et non point par la demande. L'extension de cette dernière s'était traduite à ce niveau aussi par un fort degré d'extraversion. Nous examinerons enfin quelques uns des "résultats" produits par le fonctionnement du système et qui constituent quelques uns des éléments du bilan de la politique de santé menée au cours de ces trois décennies de développement. Bilan qui fera ressortir les améliorations de l'état de santé de la population bien entendu mais qui précisera les "coûts" induits de ce fait : en termes de dépenses de santé d'une part, en termes de dépendance sanitaire d'autre part.

## **1. EVOLUTION DE L'ORGANISATION DE LA PROTECTION COLLECTIVE DE LA SANTE**

Le système de santé en Algérie s'est construit au lendemain de l'Indépendance sur la base d'un "existant" qui au delà d'une infrastructure renvoie à une conception de la distribution des soins, du statut des médecins et du financement des dépenses. C'est la conception libérale de l'exercice de la médecine et du financement et des ses activités. Cependant, de la Guerre de Libération Nationale à l'Indépendance et au cours de la période de construction du socialisme, d'autres principes sont affirmés. Ils renvoient à une conception de la distribution des soins, du statut des médecins et du financement des dépenses radicalement différente. A l'opposé de la première et où l'Etat serait l'organisateur direct de ces activités.

### **1.1. Principes doctrinaux et legs colonial : 1962-1974**

La mise en place d'un système de santé ouvert à tous, de façon gratuite, même si elle a été présentée en son temps comme une des concrétisations du socialisme en construction, est en fait le résultat d'une hybridation théorique et pratique.

A l'Indépendance, l'Algérie se trouve confrontée en la matière comme en beaucoup d'autres à des choix et des arbitrages douloureux. Certains ne sont pas clairement explicités, d'autres sont entachés d'ambiguïtés même si les choix doctrinaux en la matière paraissent clairs et sont fortement affirmés par le pouvoir politique. Ceux-ci, qui sont autant de choix de société et d'organisation économique, sont exprimés dans la Charte de Tripoli (1962) puis celle d'Alger (1964). C'est la "médecine gratuite pour tous dans les plus brefs délais" qui est prônée ce qui signifie : nationalisation de la médecine libérale. Tentée sans succès en

1963, elle est poursuivie sous des formes atténuées et différentes par la suite.

En particulier le programme de Tripoli semble consacrer au sein du mouvement national la tendance étatiste pour qui "la médecine et les installations sanitaires doivent être rapidement nationalisées de façon à assurer la médecine gratuite pour tous, aspiration sociale des masses, dans les plus brefs délais". "Cette nationalisation sera mise en oeuvre d'après les principes suivants : développement d'un service national de santé qui prend en charge tous les hôpitaux et les installations sanitaires et qui fonctionnera avec des médecins à plein temps... L'installation de ce service national de santé doit prévoir l'absorption du secteur libéral classique".

Les contours de ce service national de santé à construire ne sont pas cependant précisés.

Il est symptomatique toutefois de noter que tous les textes doctrinaux font une impasse totale sur la question des Assurances Sociales qui ont été étendues à l'Algérie en 1949. Cette ambiguïté fondamentale va perdurer avec la gratuité.

Ne devaient-elles pas disparaître avec la médecine privée pour qui elles organisaient un marché des soins ? Devaient-elles être remaniées et constituer le pivot du Service National de Santé ? La primauté de l'Etat appelait plutôt un financement par l'impôt. Quels rapports de ces dernières à l'Etat précisément et donc quel statut ?

Face à ce silence ambigu, il est important de noter que l'UGTA et les syndicalistes semblent au contraire attachées à l'Institution. Ils défendront son statut parapublic face à la politique d'étatisation de cette dernière. Les modifications récentes introduites dans le statut juridique de cette dernière traduisent leur remontée dans le cadre de l'autonomisation des entreprises publiques introduites avec les Réformes de 1988.

Les choix et principes doctrinaux proclamés, malgré des ambiguïtés et des limites, s'opposaient donc à une reconduction ou une réactivation de l'Institution sanitaire à l'identique alors que beaucoup d'éléments en place poussent en sens contraire.

La promotion de la prévention dans le cadre d'un développement intégré et d'une conception globale de la santé et de la politique sociale y est aussi affirmée comme principe directeur de l'action. Cette conception semble découler autant des pratiques novatrices forgées au cours de la lutte armée pour l'Indépendance que des théorisations impulsées par des groupes radicaux au sein du pouvoir - revendication fondamentale aussi de la population autant que nécessité politique.

C'est donc apparemment une remise en cause radicale de la conception et des règles de fonctionnement de l'Institution sanitaire en place...ou de ce qu'il en subsiste. Mais il y a un "legs" colonial dont on ne peut faire abstraction et qu'il s'agit donc de transformer en profondeur.

Ce dernier c'est d'abord une infrastructure hospitalière et sanitaire relativement importante bien que déséquilibrée dans son implantation géographique parce que conçue pour et en fonction de la minorité européenne et des franges urbaines qui gravitent autour. Bien que vidée de ses personnels elle n'en imposera pas moins l'image de l'hôpital comme centre du système d'autant que la réforme française de l'hôpital de 1958 lui a été étendue.

Cette conception de la santé et de la médecine est celle aussi diffusée par la faculté de médecine d'Alger. Elle est en particulier, celle des élites médicales restreintes qui y ont été formées. Elles investiront rapidement le Ministère de la Santé et seront la base de beaucoup d'orientations de la politique sanitaire. Leur poids politique, doublé de leur prestige "technique", sera considérable et plus ou moins contrebalancé par le courant en sens inverse. Leur position sera confortée avec la multiplication de leurs effectifs induite par la réforme des études médicales initiée en 1970.

Par ailleurs au sein de la société il y a eu transformation du système de normes et des valeurs de la population, de ses attitudes et pratiques concernant la maladie, la santé, la douleur et la mort. Si au début de la colonisation, l'école et l'hôpital étaient refusés pour préserver l'identité collective et culturelle il n'en sera plus de même après 1962. La population est prête à accepter la médecine moderne et de façon plus large la "modernité" d'autant que les séquelles de la guerre sont bien lourdes et la déstructuration sociale, la destruction de la société traditionnelle et de ses savoir-faire bien avancées.

Les couches sociales au pouvoir vont d'ailleurs initier dans tous les domaines un processus accéléré et violent de "modernisation" qui ne sera en fait qu'une tentative d'occidentalisation superficielle. Tout est alors rejeté en bloc comme signe d'obscurantisme, d'arriération. Ici, comme dans tous les autres domaines, n'est valable, n'est valide que ce qui vient de l'Occident ou ce qui en est imitation servile.

On peut alors déceler deux courants principaux qui vont s'affronter avec des fortunes inégales selon les périodes sur un certain nombre de questions - clés pour l'avenir de la médecine et de la santé en Algérie.

\* L'un tentant de reconstituer le système en le dotant de moyens humains et financiers pour en permettre l'extension.

\* L'autre essayant de re-construire le système à partir de principes et de mécanismes de fonctionnement différents

Aucun d'entre eux n'essayant de préserver les médecines douces traditionnelles.

Dans la réalité, les choses sont plus complexes et plus enchevêtrées et ce, d'autant que des logiques institutionnelles segmentées prévalent sur des visions d'ensemble en termes de système.

Cela se traduira alors au niveau des règles de fonctionnement ainsi que

celles de financement. Elles combinent de façon particulière la volonté

d'étatisation des uns comme reflet ou symbole de la socialisation et la volonté de "libéralisation" des autres comme conjonction de plusieurs courants. Les uns et les autres arguant de vertus supposées ou réelles, de l'une ou de l'autre conception.

## **1.2. Les étapes de la construction du système de santé : système national de santé ou système de l'assurance maladie obligatoire ?**

Les oppositions doctrinales telles que schématisées plus haut semblent en fait se réduire à l'alternative : système national de santé - ou système de l'assurance - maladie obligatoire ? Dans le champ discursif du populisme algérien l'alternative est posée en termes de "secteur public" - "secteur privé" des soins qui semble constituer un des couples structurants de toute la pensée économique algérienne.

La socialisation est posée comme étatisation. Etatisation qui doit éliminer toute forme de privatisation pour tenir les promesses du projet national de développement. Elle va s'exprimer différemment en fonction des périodes que l'on peut repérer à cet égard.

### **1.2.1. La période de 1962 à 1974 : les hésitations :**

C'est en fait une période de reconduction de beaucoup de pratiques antérieures en matière de politique de santé, malgré des amorces d'extension et de généralisation des noyaux de socialisation et/ou d'étatisation existants. Les affrontements les plus décisifs en la matière semblent concerner essentiellement le statut des médecins.

La médecine privée de type libéral existe. Son développement est toutefois conditionné largement par les Assurances Sociales. Ces dernières existent aussi et sont reconduites. Leur extension reposa sur le volume de l'emploi salarié et donc sur les effets de la politique économique en termes d'emplois. La politique de développement initiée en 1966 dans la mesure où elle va induire une forte salarisation va provoquer leur extension considérable. Or ces dernières sont basées sur l'aspect contributif pour en bénéficier et financent de façon indirecte la médecine privée ambulatoire de ville. Elles contribuent aussi au financement de l'hôpital. Ce sera ce dernier, auquel on rattachera toutes les structures de lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires et les structures de prévention existantes, qui constituera le noyau dur du secteur public. Toutefois ce dernier se pose et se veut prépondérant et amorce toute une série d'actions de santé publique de grande envergure, pour lutter contre les maladies considérées alors comme "fléaux sociaux". C'est aussi le début de la généralisation des vaccinations et de la mise en place des programmes nationaux de santé.

Alors que la médecine de ville est alors l'apanage de ceux qui ont un emploi et/ou de ceux qui bénéficient de revenus importants.

Ce n'est pas le cas alors de la grande majorité de la population. Pour cette dernière, l'Assistance Médicale Gratuite (A.M.G.) existe et s'adresse expressément à ceux dont la qualité d'indigents doit être

dûment établie par les communes de résidence, moyennant inscription sur une liste établie à cet effet. Dans la réalité cette dernière a été ouverte à tous, du fait de l'utilisation sociale très laxiste qui en sera faite alors.

Elle ne sera supprimée qu'en 1974. Cette question de "l'indigence" sera par la suite soulevée à plusieurs reprises - dans un contexte totalement différent - pour délimiter le concours de l'Etat au financement du secteur public et donc tenter de faire payer une fraction de la population. Sans résultat.

L'infrastructure sanitaire existante est jugée suffisante et ne donnera pas lieu à investissements publics... On assiste alors à une extension rapide au niveau des entreprises publique, industrielles et commerciales, de toute une série d'activités dites sociales mais où les activités de santé sont importantes. D'où le développement des Centres Médicaux Sociaux des entreprises et de la Sécurité Sociale. C'est-à-dire d'un segment parapublic des soins qui va fonctionner très bien grâce aux ressources abondantes dont disposent les organismes initiateurs. Au seul profit des catégories nées de l'industrialisation-salarisation étatique.

Cela traduit une démarche générale des Entreprises publiques qui a prévalu durant toute la période de lancement de l'industrialisation. Démarche qui consiste à "internaliser" toute une série de dépenses à travers des activités annexes à leur propre fonction et que le fonctionnement des autres secteurs ne leur assurait pas de façon satisfaisante au vu de leurs "besoins" propres : ceux des couches qui les animent.

Cet éclatement du système de santé a été analysé soit comme simple résultat de la pénurie de l'offre publique de soins (A. BENACHENOU-1982) soit comme "classement social dans l'accès aux soins" (A. THEBAUD-1977), comme "volonté d'accaparement et de consommation d'une partie de la Rente par les catégories favorisées par la politique d'industrialisation" (OUFRIHA-1981), comme "reflet des contradictions et conflits sociaux inhérents aux transformations socio-économiques vécues par la formation sociale algérienne et aux différentes stratégies sociales qui s'affrontent" (M. KADDAR-1986). Ce mouvement déborde largement cette période et s'étend jusqu'au tournant des années 80, où cette "ex-croissance" sera absorbée par le secteur public. En tout hypothèse, on peut dire qu'il traduit le mode d'expression des besoins de santé des groupes directement connectés à l'industrialisation, des groupes salariés à pathologies beaucoup plus différenciées et complexes que les groupes pauvres, urbains ou ruraux.

### **1.2.2. La période 1974 à 1987 : Gratuité et Service National de Santé :**

L'instauration de la gratuité des soins au sein du secteur public en 1974, marque une rupture par rapport à la logique qui prévaut. En même temps, elle clôt une période de tâtonnements et d'affrontements.

Elle coïncide avec la mise en place du second Plan Quadriennal, le plus ambitieux en matière de projets d'investissements industriels et de construction d'une économie nationale autonome et s'insère dans la politique de socialisation intensive. C'est le sommet de la période industrialiste et développementiste. C'est aussi la période d'un pouvoir fort et ambitieux ayant de grands desseins. C'est enfin un tournant radical pour l'économie algérienne qui connaît à l'instar des économies exportatrices de pétrole une amélioration spectaculaire de ses termes de l'échange qui lui procure de substantielles ressources financières intérieures mais surtout extérieures. Ce sont très certainement ces conditions financières permissives qui ont précipité cette décision. Bien sûr, elle participe de la redistribution de la "rente" pétrolière ; mais elle débloque un système que l'accumulation de créances impayées des hôpitaux et de contentieux avec le Trésor et la Sécurité Sociale semblait avoir grippé.

En effet, de facto "la gratuité" était beaucoup plus large que celle postulée en droit par l'A.M.G. puisqu'elle touchait de plus larges couches. Mais sa proclamation solennelle va constituer le premier jalon de la mise en place du Service National de Santé par l'Etat. Dont on ne précise toujours pas le contenu exact et qui semble se réduire à la salarisation accrue du corps médical à travers une gestion étatique des professionnels de soins.

Cependant cette mesure s'accompagne du déverrouillage, financier du secteur public à partir des modalités de son financement. Beaucoup plus que le Trésor Public ce seront les Assurances Sociales qui seront astreintes à son financement. Leur articulation avec le secteur public de soins est radicalement modifiée suite à leur étatisation.

La Charte et la Constitution de 1976 reviennent de façon plus forte sur l'objectif de construction d'un système de santé général et gratuit. Or, on constate la persistance et l'extension du secteur parapublic. L'étatisation des structures sanitaires existantes et même la mesure de gratuité ne semblent pas "suffisantes" comme mesures de socialisation de la santé. En tout état de cause le projet d'un système nouveau reste à construire tant dans son mode d'organisation et de distribution des soins que dans sa base matérielle et donc de financement de cette dernière. La volonté de construction d'un régime Universel devant couvrir la gamme complète des actions de prévention et de soins y est néanmoins toujours postulée.

Si la gratuité marque le premier palier, certes décisif, le second palier structurant, celui qui pose tant les principes d'organisation tels qu'ils existent actuellement que la base matérielle du système s'amorce en 1980.

C'est la quatrième session du Comité Central du FLN qui en 1980 étudie exclusivement le dossier "Santé" et adopte une résolution en 159 points où le "Service National de Santé" semble définitivement consacré - Les caractéristiques et les principes d'organisation sont spécifiés.

En même temps l'ensemble de l'important secteur parapublic initié durant la période précédente est rattaché au secteur public -qui devient

alors absolument prépondérant du point de vue de sa base matérielle et des effectifs de médecins qu'il recueille. Cette base matérielle va être considérablement élargie avec le lancement d'ambitieux programmes d'investissement en la matière au cours du premier et du second Plan Quinquennal (1980-88). C'est le tournant des années 80. Il amorce un virage complet dans les choix sectoriels d'investissement de l'Algérie. Une dimension accrue est accordée aux investissements dits sociaux et à la santé en particulier en rupture complète avec la période précédente en matière d'allocation sectorielle des investissements.

Quels sont les principes d'organisation de base du Système National de Santé ?

- 1) L'application d'un triple principe : de sectorisation, de régionalisation et de hiérarchisation des soins.
- 2) Une approche intersectorielle impliquant la redéfinition du rôle et des fonctions du Ministère de la Santé et des Ministères intervenant plus ou moins directement dans le secteur de la santé.
- 3) Le principe d'intégration de toutes les structures de santé quelles que soit leur nature juridique et leur insertion dans l'application de programmes nationaux et régionaux de santé.
- 4) Toute extension du réseau de santé doit obéir à un schéma directeur planifié : la carte sanitaire nationale en sera l'instrument. Elle constituera l'outil de régulation centrale des implantations sanitaires.
- 5) L'intégration à tous les niveaux de la distribution des soins des activités préventives et curatives.

Les trois principes deviennent alors structurants du point de vue de la logique de fonctionnement et de la distribution des soins au sein du secteur public. Ils sont renforcés par la double intégration des structures et des activités qui non couplées avec un système d'information financière et comptable, organise en fait l'opacité en matière d'affectation des ressources. Ce sont :

- La sectorisation : Il s'agit d'un découpage géographique de l'appareil de soins en "secteurs sanitaires", de la consistance d'une Daira et devant répondre aux demandes de soins d'une population de 100.000 habitants environ. Un Décret de 1981 va en préciser l'organisation administrative et budgétaire. Les dépenses des secteurs sanitaires vont être "budgétisées" et votées en même temps que la Loi des Finances du Budget de l'Etat. Présentées en termes de chapitres étanches et cloisonnés.

Le secteur sanitaire intègre dès lors l'ensemble des structures de prévention, de soins, de diagnostic et d'hospitalisation. Il sera centré en fait sur l'hôpital qui en constitue le siège et le pôle. Les polycliniques et centres de santé rattachés constituent alors des unités satellites qui seront hiérarchisées et typifiées à l'aide de normes de construction et d'implantation. Il constitue donc le pivot et le coeur du secteur public dans la mesure où il est le centre de toutes les décisions. Il bénéficie

d'une déconcentration par rapport à l'Administration Centrale quant à l'exécution de son budget qui doit néanmoins se faire selon des procédures administratives précises.

Ce type de découpage vertical permet l'unicité de gestion administrative et financière de même que celle d'exécution des programmes - qui constitue un volant important de la politique de santé - par l'ensemble des structures de soins. Cependant la non délimitation de ce qui doit revenir aux activités préventives par rapport aux activités curatives, aux activités ambulatoires par rapport aux activités hospitalières se traduira dans le fonctionnement par une affectation prépondérante des crédits aux activités de soins et particulièrement aux activités hospitalières qui recueillent en moyenne 75 % des crédits (L. LAMRI - 1989). De 1980 à 1988, les secteurs sanitaires détiendront le monopole de l'offre publique de soins.

- La hiérarchisation des soins : Le point de départ, c'est l'idée que l'amélioration du fonctionnement des hôpitaux dont on a dit qu'ils avaient été "dispensarisés" suite à leur large ouverture au public, au lendemain de la gratuité des soins, ne pouvait être réalisée que si les structures légères pouvaient assurer toutes les fonctions sanitaires de base. La hiérarchisation consistera alors à différencier les actions et les unités de soins selon des niveaux déterminés en fonction de leur degré de complexité et de technicité et donc des besoins auxquels elles répondent. Quatre niveaux de spécialisation des soins sont retenus : soins de premier recours, soins généraux, soins spécialisés et soins hautement spécialisés. Avec la hiérarchisation des soins, l'accès aux soins spécialisés, concentrés au sein du secteur public devient sélectif parce qu'il doit se faire de façon impérative par le biais du généraliste qui en devient ainsi le point d'entrée obligatoire. Ceci afin d'alléger la pression sur les spécialistes. L'appréciation de l'efficacité réelle de la mesure n'est pas simple. Du point de vue de l'économie du système si le malade ne peut plus choisir son médecin, il conserve la faculté d'en consulter plusieurs au sein du secteur public..... et bien sûr le médecin privé de son choix !

- La régionalisation sanitaire : La carte sanitaire nationale tout en procédant à la hiérarchisation physique des niveaux de soins, projette corollairement cette structure pyramidale sur le plan spatial et découpe le territoire national en treize régions sanitaires englobant chacune un certain nombre de wilayate.

Le primat du secteur public sévèrement critiqué "par le Bilan de la décennie" pour l'industrialisation, se déplace sur les investissements sanitaires. C'est l'extension et la généralisation des secteurs sanitaires.

### **1.2.3. L'extension des Assurances Sociales : Quelle connexion avec les deux sous-systèmes de soins ?**

Une analyse fréquemment répandue en Algérie, ne voit dans les Assurances Sociales qu'un des instruments de l'exercice à titre privé (N. Taleb-Benmansour 1986- Kaddar 1992), Il est vrai qu'elle en conforte l'exercice en organisant la solvabilité du marché des soins mais elle ne

la fonde pas. De plus le rôle et le statut des Assurances Sociales et de toute la Sécurité Sociale a été fortement "travaillé" par l'Etat National qui en a fortement infléchi la démarche et le fonctionnement à travers son étatisation et sa subordination à sa propre politique. Son articulation en particulier avec le secteur public en a été fortement modifiée.

A contrario de ce qu'affirment beaucoup d'auteurs les lois de 1983, portant unification des différents régimes de Sécurité Sociale, ne nous semblent pas traduire une remontée significative de l'exercice à titre privé. Cela est patent si l'on examine la place qu'occupent alors les "remboursements" qui financent la médecine privée par rapport à celle qu'occupe le "forfait hôpitaux" qui finance la médecine publique. Ce sont les taux de croissance de ce dernier depuis sa mise en place en 1974 et donc le volume de ressources "réclamé" et obtenu pour lui qui font pression sur le système de financement (OUFRIHA 1992).

Au contraire ces lois organisent une péréquation plus large des charges, une redistribution du Revenu National plus étendue et donc une solidarité plus large - dans la mesure où elles sont homogénéisantes et unificatrices des conditions de cotisations et de prestations. Tout au moins au niveau des salariés. Car au niveau des catégories hautes non salariées, nous mettons au contraire en lumière un processus de redistribution à rebours (OUFRIHA - 1984) en leur faveur dans la mesure où leur contribution n'est pas proportionnelle à leur revenu, contrairement aux salariés. Elle est au contraire assise sur un revenu fiscal fictif fortement minoré. De plus les Assurances Sociales n'arrivent pas encore à toucher l'ensemble de la catégorie des non salariés. Cependant cette accentuation de leur effet redistributif résulte surtout du dé plafonnement de l'assiette des cotisations des salariés et, de l'extension des ayants droits, conçus alors de façon beaucoup plus large et libérale qu'auparavant.

Il n'en demeure pas moins que leur extension va jouer aussi dans le sens de la permissivité de l'accroissement de l'exercice à titre privé lorsque d'autres conditions - et en particulier l'abandon des procédures de contrôle central des flux d'installation des médecins- seront remplies.

## **2. LE MODE DE FONCTIONNEMENT ET DE REGULATION DU SYSTEME : DE L'APPROCHE PLANIFIEE ET CENTRALE A L'AUTONOMISATION**

### **2.1. Les procédures de régulation centrale des moyens et des activités :**

Si l'approche sociale et centrale imprègne et impulse toute la démarche des décideurs publics dès le lendemain de l'Indépendance, celle planificatrice mettra du temps à être formalisée et à s'imposer comme mode de gestion du secteur de la santé.

Cette approche centralisée de la gestion du système s'identifie tout d'abord à la mise en place de toute une série d'instruments d'affectation et de régulation des flux de médecins. Elle est en général étudiée comme problème du statut de l'exercice de la médecine, comme statut

des médecins : c'est elle qui s'imposera le plus rapidement. Mais c'est aussi elle qui polarisera, débats, critiques, oppositions violentes ou larvées des professionnels de soins voire même de larges franges de la population et de l'opinion publique.

Cette conception d'ensemble s'identifiera aussi très tôt au souci de faire prévaloir la prise en charge collective des maladies considérées comme fléaux sociaux et dont le contenu va évoluer en fonction des périodes, compte tenu des pathologies, identifiées comme telles par les résultats des recherches épidémiologiques. Ce sont ces dernières qui vont être à la base des programmes d'actions, que les services publics constamment renforcés, vont être amenés à prendre en charge entièrement et gratuitement : La démarche qui accompagne, sous-tend et englobe le tout est une démarche planificatrice dans la mesure où des objectifs précis sont posés en termes d'incidence et de prévalence pour les grandes endémies et à qui des moyens sont affectés. On va progressivement tendre à articuler l'ensemble des interventions publiques et à qui des moyens sont affectés. On va progressivement tendre à articuler l'ensemble des interventions publiques et à les structurer en :

- une gestion centrale des flux de médecins ;
- une planification des activités ou programmation sanitaire ;
- une planification des moyens ou de l'investissement à travers la carte sanitaire.

#### **2.1.1. Régulation centrale des flux de médecins et statut des professions médicales :**

Le problème de l'exercice de la profession médicale a été dès 1963 au coeur des débats sur la question de la santé en Algérie. Il a constitué le lieu de révélation par excellence de tous les clivages en la matière. Il n'a cessé d'y apparaître comme la question de la santé à telle enseigne que l'on peut dire que la politique menée à l'égard des médecins est révélatrice de toute la politique de santé. La dichotomie secteur public - secteur privé qui renvoie à deux conceptions diamétralement opposées de l'exercice de la médecine et de la distribution des soins, affleure constamment et sous des formes renouvelées.

On peut déceler une première phase où le secteur privé est conçu comme antagonique au secteur public (1962-1980) et une seconde phase où il est conçu comme complémentaire. Une ligne de clivage plus significative dans la démarche, nous fera retenir une première phase où prédomine une gestion centrale des flux de médecins : bien sûr des flux publics mais aussi des flux privés, et qui court de 1963 à 1987. Une seconde phase débute alors avec l'abandon de toutes les procédures de régulation centrale. L'imbrication et le chevauchement des statuts public-privé à travers le Service civil, nous autorisera à examiner l'ensemble de la question.

##### **2.1.1.1. Le secteur public : Corps constitués et Service Civil**

L'instauration de la gratuité en 1974 ne concerne explicitement que le secteur public. Elle ne touche pas le secteur privé. A partir de 1976 les médecins doivent théoriquement choisir entre le "régime du plein temps" et le "régime de la mi-temps". En 1977 d'importants mouvements de grève des praticiens exerçant dans les structures publiques reposent cette question à partir des conditions de travail et de rémunération jugées peu attractives. En fait elles traduisent le poids grandissant de ce corps rapidement et fortement gonflé suite au desserrement de la forte sélection qui régnait dans les Etudes médicales (la Réforme des études de 1970). Un choix "définitif" est offert aux hospitalo-universitaires entre une carrière rendue plus attractive dans le secteur public et l'exercice à titre privé. C'est peut-être l'une des mesures qui aura le plus d'influence dans la constitution d'un corps hospitalo-universitaire sur lequel vont alors faire pression tous les spécialistes affectés d'office aux hôpitaux. Cela explique celle exercée pendant longtemps sur les consultations externes organisées au niveau de ces derniers.

Si l'ensemble des agents qui impulsent le système national de santé sont salariés, ils n'en obéissent pas moins à des règles différentes quant aux modalités de leur recrutement, de gestion (ou pas) de leur carrière et surtout aux statuts dont ils bénéficient. Concernant les médecins on peut repérer deux catégories distinctes. La première est celle des hospitalo-universitaires : corps constitué par excellence, qui dans un mouvement d'attractivité très fort fait gonfler rapidement ses effectifs.

Cette catégorie est la mieux et la plus rapidement constituée parce que non seulement prestigieuse avec tous ses échelons hiérarchiques issus de la logique universitaire d'accès aux différents grades, mais aussi parce que ses représentants sauront lui faire octroyer un rôle, une place et des rémunérations attractives. Donc un statut privilégié.

La seconde catégorie est celle des médecins de santé publique. Contrairement à la précédente et pendant longtemps elle ne constituera ni un corps stable ni un corps homogène, encore moins un corps totalement acquis à l'exercice public - parce que constituée dans des proportions variables d'étrangers, de médecins du service civil avant installation et de véritables médecins de santé publique. Dans la mesure où les centres médicaux sociaux publics lieu principal d'exercice de la médecine publique (en sus de l'hôpital) ont semblé dans beaucoup de cas, être une reconduction - extension des dispensaires de l'A.M.G., ils n'ont pas suscité un grand engouement de la part des médecins. Ceux du secteur parapublic au contraire ont mieux réussi à capter les médecins nécessaires à leur fonctionnement..... Mais c'est la question du Service civil, qui sera au coeur des problèmes du secteur public. Il le fait fonctionner mais il est transitoire... d'où un turn over important. Il en constituera pendant longtemps l'armature sans que les assujettis soient persuadés de sa pertinence.

#### 2.1.1.2. Le secteur privé : De la contrainte à la liberté totale

Le mode d'exercice des professions médicales a constitué dès le départ une pierre d'achoppement à la mise en place du Service National de Santé tel que postulé. Aussi l'histoire de l'exercice de la médecine

privée va être celle d'un affrontement ouvert ou larvé aux pouvoirs publics qui ont manifesté très tôt leur volonté interventionniste. Cette dernière qui se heurtera à une forte opposition prendra alors des formes différenciées en fonction du rapport de force des deux courants identifiés.

Ce sont les premières années de l'Indépendance qui voient les affrontements les plus durs à ce sujet. L'instauration d'un Service Civil de deux ans, pour tout le corps médical, provoque une crise ouverte que l'ordonnance de 1966, compromis entre les différentes tendances, va transformer en un Service Civil préalable uniquement aux nouvelles installations. Les anciens moudjahidine en sont dispensés aussi de façon paradoxale. Mais là ne s'arrêtera pas tous les privilèges dont ils vont bénéficier. L'étatisation ainsi amorcée apparaît alors plus comme une sanction ou une brimade que le référent, offert comme modèle de socialisation. C'est l'amorce d'un vaste mouvement de brain-drain dont va bénéficier principalement la France. Jamais entièrement recensé, il va se réactiver en toutes les périodes de tension ou de crise soit du système de santé soit de façon plus large du système économique et social. Pour arrêter l'hémorragie d'un personnel encore trop rare, les possibilités d'installation sont assouplies en 1969. Elles restent toutefois conditionnées par l'exercice préalable d'un Service Civil à plein temps, porté alors à cinq ans.

Mais ce régime du plein-temps obligatoire et donc imposé ne peut se superposer au plein temps permanent délibérément choisi. Par ailleurs les médecins privés sont astreints à un mi-temps obligatoire dans un service public. L'articulation et l'interpénétration secteur public - secteur privé est donc réalisée par le double système du Service Civil et de la mi-temps.

L'affrontement tourne donc essentiellement autour de la possibilité ou de l'impossibilité de s'installer à titre privé qui conditionne le mode d'exercice libéral pour les médecins et à contrario de l'étatisation pour les décideurs publics. Dans l'incapacité de la supprimer, les pouvoirs publics vont donc la gérer par une double procédure :

\* De l'autorisation de s'installer : délivrée par une Commission Centrale d'affectation des médecins siégeant au niveau du Ministère. Un des objectifs affichés à cet égard est de parvenir à un meilleur équilibre régional et de faire fonctionner toutes les structures publiques de l'intérieur du pays.

\* De modification de l'affectation du temps de travail du médecin privé (mi-temps) s'inscrivant elle aussi dans la même démarche.

Dans la réalité on peut dire que de 1962 à 1980 c'est une période d'intégration plus ou moins forcée au secteur public qui a prévalu. A partir de cette date c'est une nette consécration de l'exercice à titre privé, et le début d'une phase d'intégration consensuelle.

L'exercice privé maintenu implicitement puis explicitement cesse d'être un privilège octroyé pour devenir un choix offert y compris aux hospitalo-

universitaires... Cette possibilité reste toutefois tout à fait théorique pour ces derniers dans la mesure où leur sont interdites les installations dans les villes universitaires par suite de la mise en place d'un zoning. Ce dernier comporte en effet une modulation de la durée du Service Civil (de deux à cinq ans). Compte tenu de quatre zones géographiques, à priorité croissante en fonction de leur situation plus ou moins favorable. La zone une, jugée prioritaire parce que la plus défavorisée, donnant lieu au Service Civil le plus écourté. Ce qui attire les candidats à l'installation rapide mais provoque une plus grande instabilité des professionnels de soins.

La dérégulation -par abandon de toutes les procédures de régulation centrale qui avaient permis un certain équilibre régional- est entamé, à ce niveau, à partir de 1985 avec la fin de la mi-temps, du Service Civil puis du zoning. Toutes les entraves à l'installation à titre privé sont alors levées y compris pour les hospitalo-universitaires, qui peuvent exercer leur art, justement dans des cliniques privées qui longtemps interdites, sont alors autorisées.

L'Etat non seulement ne cherche plus à "contraindre" les médecins à rejoindre le secteur public mais au contraire les pousse à s'installer à titre privé. Le revirement doctrinal en la matière qui concerne l'entière économie, se conforte dans le domaine par des contraintes financières aiguës tant au niveau du Budget de l'Etat qu'à celui de la Sécurité Sociale.

Finalement la levée de l'ensemble des mesures coercitives ou volontaristes ces dernières années, semble avoir donné une configuration nouvelle au secteur privé : quantitative et qualitative. L'articulation public-privé prend donc un contenu totalement différent. Elle s'oriente vers un nouveau découpage des activités et des fonctions.

### **2.1.2. La planification des activités ou programmation sanitaire :**

Elle découle d'une politique de santé spécifique se basant sur les fortes externalités en la matière, pour se fixer des objectifs à qui des moyens sont attribués. Plusieurs étapes peuvent être mises à jour.

- Avant 1974 : Les lignes maîtresses de la programmation sanitaire se dessinent avec la mise en place d'une série de programmes de lutte contre les maladies dites sociales : tuberculose, paludisme, rachitisme, trachome..., de protection maternelle et infantile, de vaccinations obligatoires et gratuites, de protection scolaire etc...

- Après 1974 : "La programmation sanitaire du pays", tel est le titre du document qui en trace les grandes lignes en 1975, se raffermi et s'élargit. Elle associe différents partenaires sociaux. L'approche est alors intégrée et l'identification des problèmes de santé est large puisqu'elle prend en compte les problèmes socio-économiques pour l'élaboration de stratégies d'action en particulier contre les maladies transmissibles, les problèmes d'hygiène du milieu.

- Après 1980 : C'est le "plan d'action en Santé Publique" de 1984. Il se veut, lui aussi, basé essentiellement sur la prévention. En fait, pour la première fois on s'attaque frontalement à la mortalité infantile dont le niveau reste trop élevé. L'extension et le renforcement du programme national de vaccination y sont organisés.

- C'est aussi vers la mi-décennie la politique de substitution de soins internes aux envois pour soins à l'étranger comme volonté d'internalisation et de prise en charge par moyens propres des soins complexes jusque là "importés" par "exportation" des malades.

### **2.1.3. La planification des moyens ou de l'investissement :**

Deux périodes distinctes en la matière qui recouvrent en fait deux conceptions opposées en matière de santé sont à distinguer. Elles correspondent aussi à deux types d'organisation et de fonctionnement de l'économie nationale et à deux types de politique économique.

- Avant 1980 : Nous venons de voir que la conception de la santé est intégrée. Les programmes tracés n'ont pas besoin d'hôpitaux pour être exécutés. De façon plus large, la primauté est accordée à l'investissement directement productif, la réorganisation des structures existantes et leur remise en fonctionnement semblent être suffisantes.

Il n'empêche qu'il y a alors deux programmes successifs d'investissement qui inscrivent la réalisation d'un certain nombre d'hôpitaux et de structures légères, mais la planification est menée alors essentiellement en termes financiers et non en termes réels. De toute façon, elle est trop grande pour les capacités de réalisation et d'absorption du pays. Cependant, si des déficiences et des glissements importants de planning sont enregistrés au niveau des structures publiques, ils sont largement compensés par le dynamisme du secteur parapublic. Sécurité Sociale et entreprises publiques mettent en place un important réseau de Centres Médico-sociaux décentralisés, en fonction de besoins plus catégoriels, mais étroitement connecté à la localisation spatiale de la population salariale.

- Le tournant des années 80 : Il s'accompagne d'un "Bilan de la décennie" très sévère pour l'ensemble de la politique économique menée jusque là qui n'épargne point le secteur de la santé jugé "délaissé". Une forte impulsion en matière d'investissements planifiés est alors donnée au secteur, suite à la réorientation de la politique économique d'ensemble. Le premier et le deuxième plan quinquennal se caractérisent par un nouveau type d'arbitrage en matière d'allocation intersectorielle des investissements. C'est alors la période de l'investissement dans l'agriculture, les transports, la santé.... suite à ce que l'on a appelé la "montée des besoins sociaux". Ceux induits par l'industrialisation, la salarisation et l'urbanisation accélérées que connaît l'Algérie. Le monopole du Ministère de la Santé sur l'offre publique de soins est nettement affirmé à travers le rattachement administratif des unités de soins du secteur parapublic.

Une carte sanitaire est mise en place en 1982 comme principal instrument de l'extension et de la modulation de l'offre publique des moyens matériels. Théoriquement elle vise l'égalisation de l'accès aux soins par correction des disparités existantes au niveau de l'affectation des moyens et leur polarisation autour des grandes villes, en particulier des trois plus grande centres urbains et universitaires (Alger-Oran-Constantine). Mais ne peut-on dire aussi que c'est sous la "pression" des flux de médecins fortement croissants depuis la réforme de l'université en 1970 que s'opère ce glissement ?

Ses objectifs explicites sont alors :

- La réaffirmation de l'unification des structures et de l'intégration des activités au sein des secteurs sanitaires pleinement constitués.
- La hiérarchisation de l'offre des différents types de soins et des structures leur correspondant qui doivent être affectées de façon équilibrée sur l'ensemble du territoire.
- L'harmonisation du fonctionnement du système de soins et de celui de la formation des personnels de santé.

La démarche s'articule au niveau des moyens à mettre en oeuvre sur :

- Une définition de normes en personnels et en infrastructures "typifiées".
- Une conception hiérarchisée et pyramidale de différents niveaux de soins.
- Une volonté de réorganisation qui vise à la concrétisation des principes précédents au niveau des treize régions délimitées.

Cette vision très cohérente est cependant fortement réductionniste dans la mesure où elle postule un lien univoque entre état de santé de la population et dimension de l'offre dans ses composantes matérielles, ce qui est faux. Le nouveau type d'organisation et de structuration du système de soins, qu'elle propose est plaqué sur une réalité économique et sociale, non appréhendée, et sur une utilisation sociale de l'appareil de soins non conforme à ce qu'elle énonce. Les hôpitaux existants ne sont pas utilisés pleinement et ce ne sont pas les hôpitaux des zones défavorisées qui sont le plus fréquentés, bien au contraire. L'enquête de 1981 en la matière l'établit de façon nette. On peut dire alors qu'elle résulte d'une conception arbitraire et purement technique de la santé qui va aboutir à un surdimensionnement de l'offre. Offre qui au demeurant, va rester dans beaucoup de cas potentielle (OUFRIHA 1989). Nous entendons par là essentiellement un phénomène de "disjonction" entre moyens humains et moyens matériels. Leur combinaison productive est tellement déficiente qu'elle s'oppose à un fonctionnement "normal", celui postulé par les équipements, voire à tout fonctionnement de tout ou partie des nouveaux hôpitaux et infrastructures sanitaires mis en place.

Les frais récurrents en matière de fonctionnement vont être amplifiés d'autant, compte tenu du fait que les médecins publics sont

automatiquement rémunérés et que des accroissements successifs de salaire leur ont été consentis sous la pression de grèves multiples.

Mais les investissements accélérés ainsi réalisés ne l'ont été que moyennant appel à l'extérieur : les hôpitaux clefs en mains, outre qu'ils ont procuré des marchés et des profits confortables à des firmes telles que Bouygues vont participer aussi de l'extraversion du système.

Finalement la carte sanitaire représente la tentative la plus achevée de gestion centrale des moyens matériels du système. Elle a été révisée depuis lors dans le sens de la baisse puis abandonnée faute de moyens financiers, puis de retournement de démarche.

#### **2.1.4. Ajustement structurel et politique d'autonomisation :**

Le retournement brutal de la conjoncture extérieure en 1985 par retournement du marché des hydrocarbures amorce une crise économique profonde, où la contrainte extérieure réactivée, va affecter de façon radicalement différente les conditions endogènes et exogènes de fonctionnement du système de santé. L'Etat va se dessaisir progressivement des instruments de régulation centrale qu'il s'était octroyés, ce qui inaugure entre autre un nouveau type d'articulation entre les deux segments de soins constitutifs du système.

La dérégulation qui s'amorce est le signe de la crise de l'Etat socialo-providence dans un contexte de rigidités structurelles : - à l'importation des biens -salaires organisés dans le cadre de marchés réglementés et des produits pharmaceutiques classés aussi comme bien prioritaire. Ceci va poser de difficiles problèmes d'arbitrage pour les biens intermédiaires et de capital nécessaire à l'important appareil industriel mis en place durant la période précédente. Cela va poser au sein même du secteur un problème de choix : les rares devises doivent-elles être affectées à l'importation des biens finals ou intermédiaires en matière de médicaments ?

- à l'exportation : L'économie algérienne est devenue mono-exportatrice d'hydrocarbures. Ceci se traduit par une forte volatilité de ses recettes extérieures qui accroît son degré de vulnérabilité.

Les Réformes de 1988 qui constituent un programme d'auto-ajustement structurel avec tentative de passage à l'économie de marché, vont profondément affecter les conditions internes et externes de fonctionnement du système de soins. Parmi les mesures qui auront le plus d'impact on peut noter en tout premier lieu la dévaluation du dinar qui multiplie les prix des inputs importés par plus de six, la libération des prix, la hausse des taux d'intérêt, la fin du monopole du commerce extérieur et donc du monopole des pharms pour l'importation de médicaments.

Le système de santé que l'on tente "d'autonomiser" pour réduire ses dépenses et ses dysfonctionnements est sommé de fournir des prestations de soins quantitativement plus grandes du fait de la pression démographique et qualitativement meilleures et plus complexes avec la

nécessité de maîtriser les nouvelles technologies de soins, compte tenu des ressources financières stagnantes du pays.

Une transformation profonde des modalités de gestion et de régulation du système est en fait entreprise dans le cadre de son autonomisation. L'objectif étant de passer d'une gestion budgétaire classique à une gestion par objectifs, s'accompagnant de négociation et contractualisation avec la Sécurité Sociale.

Finalement on peut dire que le système est à la recherche de techniques appropriées et de procédures sociales efficaces lui permettant de faire face aux impératifs d'économicité et de rationalité auxquels on semble vouloir le soumettre depuis peu.

## **2.2. Les procédures centrales du financement :**

Cette centralisation de la gestion va concerner de façon plus forte les procédures de financement collectif. Elle va culminer avec l'instauration du forfait hospitalier ou budget global mis en place en même temps que la gratuité.

Cependant si les dépenses d'investissement vont être fortes en matières de santé de 1980 à 1988, le système de santé a mobilisé des ressources plus importantes et très fortement croissantes d'année en année pour son fonctionnement et ce, depuis l'instauration du forfait au sein du secteur public.

Le financement de la gratuité des soins et de son extension à travers une extension de l'offre publique automatiquement rémunérée, à coûts croissants, aboutit à une situation où la santé semble représenter un coût insupportable pour l'économie en phase de forte récession. Par quels processus a-t-on abouti à une telle situation ?

### **2.2.1. Service national de santé : principe du financement direct et dérationnement financier**

La santé gratuite peut s'analyser comme un dérationnement financier réalisé en période de très haute conjoncture avec afflux de ressources externes. En effet, contrairement au modèle français, le modèle algérien de financement des dépenses de santé est passé d'un rationnement objectif et implicite malgré des modalités de remboursement à posteriori des producteurs de soins à travers la tarification à la journée d'hospitalisation et à l'acte en général, à un dérationnement pervers par le biais de l'installation d'un forfait ou budget global aux secteurs sanitaires c'est-à-dire grâce à l'installation de procédures centrales de financement -à priori- des dépenses de santé.

Le retournement brutal de conjoncture et donc de ressources financières va induire des stratégies de limitations et de rationnements divers, qui ne vont pas toujours aboutir ni donner les résultats escomptés. En particulier les dépenses continuent d'augmenter très fortement.

#### **2.2.2.1. Les modalités initiales de financement : 1962-1974**

## a) Catégories d'agents et d'opération en place :

Le secteur public composé de l'ensemble des hôpitaux et des structures légères rattachées est financé théoriquement par trois sources distinctes correspondant aux trois catégories de malades alors recensées.

- Les "ressources propres" des hôpitaux ou les malades payants :

Les personnes non couvertes par l'un des multiples régimes d'Assurances Sociales existants alors et possédant des ressources personnelles doivent payer leur hospitalisation. Leur contribution constitue les "Ressources propres" des hôpitaux dont la faiblesse va amener en 1966 la mise en place d'un système de participation progressif avec taux différenciés.

Les difficultés initiales de recouvrement sont doublées de difficultés d'établissement des bénéficiaires.

- Les "remboursements" ou les malades assurés sociaux

Les Assurances Sociales remboursent - à posteriori - les producteurs publics de soins sur la base d'une tarification à la journée d'hospitalisation. Le montant très bas de cette dernière est fixé par les autorités de tutelle. Elles vont progressivement accumuler des excédents financiers à leur niveau tout en étant mauvais payeurs vis-à-vis du système de soins.

- Les "avances" du Trésor ou les indigents :

Les malades dépourvus de ressources, bénéficient de l'Assistance Médicale Gratuite (A.M.G.). La qualité d'indigent doit être cependant établie par les Communes chargées d'établir des listes à cet effet. Dans la réalité, elles seront ouvertes à tout le monde.

Le Trésor consent alors des "Avances" aux hôpitaux pour le compte de l'Etat (85 %) et des Collectivités Locales (15 %). Question épineuse alors que celle de l'indigence qui se pose en termes de bénéfice, de la gratuité des services publics.... Destinée à une catégorie restreinte, elle va dans les faits prendre une grande extension et appeler de facto un large financement budgétaire, pour faire face aux déséquilibres financiers des hôpitaux. Elle ressortira comme question posée de façon totalement inversée après l'instauration de la gratuité... pour déterminer la participation de l'Etat.

## b) Le jeu des mécanismes en place :

Les modalités de financement s'appuient donc sur des remboursements qui induisent une adaptation normalement des recettes aux dépenses constatées. Elles n'ont pas conduit à une expansion incontrôlée des dépenses du fait d'un rationnement objectif qui résultait de deux séries de causes distinctes :

- La première découlait de la faiblesse initiale de l'offre (infrastructures et personnels médicaux) et de la faible médicalisation d'une population, jeune de surcroît, et qui exprime alors peu de besoins. De plus, pour une grande partie de la population, un grand nombre d'affections étaient alors, soit non révélées et donc non exprimées, soit traitées de façon traditionnelle, c'est-à-dire hors circuit de la médecine moderne et officielle.

- La deuxième résultait d'un mécanisme institutionnel en place : la prescription biennale des créances. Le contexte de sous-administration et de désorganisation des structures de gestion post-indépendance rendait les hôpitaux incapables d'émettre à temps leurs créances et donc de les recouvrer en particulier sur les Assurances Sociales. C'est le budget l'Etat qui assure alors l'équilibre financier du système en adaptant les recettes aux dépenses qui restent limitées parce que contenues par les possibilités d'accès. De façon plus large les possibilités financières et réelles de l'économie sont encore restreintes.

#### 2.2.1.2. La rupture : le dérationnement des dépenses : 1974-1988

##### a) Une nouvelle catégorie d'opérations et des agents classés différemment :

Les agents de financement sont réduits à deux : Budget de l'Etat et Assurances Sociales puisque du fait de la gratuité la classification en malades payants, indigents et assurés sociaux n'a plus cours. L'accès n'est plus subordonné à un débours immédiat et préalable : l'obstacle financier pour l'accès aux soins est levé au plan individuel et reporté au plan collectif. Si les sources de financement ne sont pas unifiées, il n'en est pas de même des procédures. Au contraire, on n'aura plus affaire qu'à une modalité unique : un budget global, forfaitaire est établi -à priori- pour le financement de l'ensemble des dépenses de santé sans lien ni avec le volume des malades, ni celui des soins ou des Actes dispensés. Ce budget unique est alimenté par des ressources provenant du Budget de l'Etat et de la Sécurité Sociale. Le recouvrement de la participation de cette dernière incombe au Trésor.

Son montant est pré-établi compte tenu des prévisions de dépenses du secteur public de soins. La participation de dépenses va fonctionner comme une "donnée", les besoins des secteurs sanitaires comme une "contrainte", la contribution de la Sécurité Sociale s'établissant par différence ou plutôt par complément. Cependant, ceci n'a été possible que durant la phase de très forte croissance économique avec forte croissance de l'emploi qui alimentait les ressources prélevées par cette dernière. Depuis 1989, on enregistre un mouvement en sens inverse où c'est la participation des Assurances Sociales qui compte tenu des difficultés financières de l'Institution devient une "donnée".

- Finalement, la gratuité n'est pas financée entièrement par le Budget de l'Etat. Elle n'est pas fiscalisée. Au contraire l'évolution concrète va d'abord renverser son poids dans ce financement lequel de prépondérant (75%) en 1974, devient minoritaire en 1988 (25 %).

Depuis lors on assiste à un mouvement en sens inverse qui instaure l'équilibre (50 %, 50 %) entre les deux sources de financement puis tend à rendre le financement budgétaire plus important compte tenu du déficit de la Sécurité Sociale.

- Le jeu des mécanismes en place :

La santé gratuite c'est en fait la médecine et les soins qui vont devenir gratuits et qui vont progressivement prendre le pas sur l'approche intégrée initiale dans un contexte où l'offre va être progressivement multipliée grâce aux flux fortement croissants des médecins puis des structures de soins. Les mécanismes de remboursement à l'Acte et à posteriori ayant joué dans le contexte algérien un rôle de frein à l'accès et de rationnement des dépenses collectives en matière de santé vont être levées par le forfait ou budget global.

En effet le budget annuel préalable va lever les verrous que la Sécurité Sociale semblait imposer au système de soins. Cette dernière qui va devenir progressivement le financeur principal d'un Régime Universel de soins n'avait plus rien à dire ni à contrôler. Elle devait s'exécuter aux injonctions de l'Etat socialo-providence. Cette socialisation intégrale par l'offre va fortement libérer la demande. Le système va fonctionner de façon expansive parce que les ressources de la Sécurité Sociale basées sur l'emploi salarié, alors fortement multiplié, vont être croissantes. Avec la crise et le tassement de l'activité et de la création d'emplois. Un second mécanisme institutionnel de dérationalnement au profit du seul secteur des soins sera constitué par le jeu d'une trésorerie commune des différentes Assurances. La majeure partie des ressources prélevées par l'ensemble de la Sécurité Sociale y compris donc des Allocations familiales et retraites va être affecté au fonctionnement du système de soins et non plus les seules ressources des Assurances Sociales. Ces dernières seront déficitaires dès l'installation du forfait et ce, de façon continue. Mais ce problème n'apparaîtra jamais comme tel jusqu'au moment où l'ensemble du système est déséquilibré et où se pose un problème global d'équilibre financier de la Sécurité Sociale. Toute la stratégie des groupes sociaux et en particulier des professionnels de soins, impulsant le Ministère de la Santé consistera alors à drainer l'essentiel des ressources de la Sécurité Sociale. Un nouveau "choix" de société est fait alors implicitement. Il privilégie les soins et donc les producteurs de ces derniers qui arrivent à se faire octroyer des salaires supérieurs à ceux des autres catégories salariales hautes. C'est un des aspects qui explique la pression et le rush des étudiants vers la médecine.

En termes de formation des coûts, on peut dire alors que l'intégralité des dépenses deviennent des coûts fixes non reliés d'une façon ou d'une autre au volume d'activité, au volume des personnes prises en charge, au volume des cas traités et donc aux résultats, appréhendés d'une façon ou d'une autre.

Finalement la mise en place d'une logique "des besoins" fortement exacerbés voire provoqués et de coûts non maîtrisés, va provoquer de vastes mouvements de gaspillages et de pénuries qui nous semblent

constituer les deux versants d'un mécanisme inefficace d'allocation des ressources.

Ces deux types de déséquilibre résultent du fonctionnement d'un système où les décisions de dépenses émanent d'agents décentralisés, sans responsabilité financière qu'ils soient demandeurs ou offreurs.

En effet malgré le pilotage central, il y a liberté d'exercice, de prescription et d'installation des médecins, le libre choix de l'établissement de soins et celui du médecin dans le secteur privé.

Si les facteurs objectifs de croissance peuvent être ramenés à une forte croissance de l'offre doublée d'une libération quasi intégrale de la demande, des facteurs plus subjectifs et moins bien connus vont résulter des stratégies d'acteurs individuels ou collectifs qui ne vont pas dans le sens des intérêts de toute la collectivité nationale.

Donc même une gestion centrale et sans prix ne peut faire abstraction de la décentralisation des décisions. En particulier les agents qui détiennent l'information et/ou le pouvoir d'affectation des moyens vont se livrer à des stratégies où ils tentent de maximiser leurs avantages pour accroître leurs revenus et/ou leur position. Leurs objectifs n'étant superposables ni à celui de l'Etat qui recherche un niveau global de santé, compte tenu de ses contraintes financières ni à celui des malades qui recherchent une amélioration de leur état de santé individuel compte tenu de nouveaux problèmes de santé et la diffusion du modèle de consommation médicale moderne.

### 2.2.1.3. Vers le rationnement du secteur public ?

Les procédures en place permettent théoriquement - à travers le blocage ou la limitation du forfait à un certain niveau - de contenir l'expansion du secteur public que l'on ne cherche plus à étendre à tous prix faute de crédits. En fait un rationnement plus drastique va résulter de l'onde de choc provoquée par l'ampleur de la dévaluation à travers ses répercussions sur les produits importés nécessaires au fonctionnement du système.

### 2.2.2. Assurance Maladie obligatoire : principe du financement indirect et rationnement financier

#### a) Blocage de l'effet-volume et limitation de la dépense 1962-1986 :

Ici la Sécurité Sociale continuera de financer à l'identique, c'est à dire selon les mêmes principes et les mêmes procédures, le fonctionnement du secteur privé de soins en organisant pour lui un marché des soins à travers l'organisation de la solvabilité collective des assurés sociaux. Les procédures de prise en charge collective des dépenses de santé sont indirectes. Elles prennent forme alors de remboursement des frais engagés à l'occasion de la maladie par les assurés et leurs ayants droits. Ceci lors de la fréquentation des cabinets médicaux privés de ville qui concomitamment aux structures extra hospitalières publiques dispensent des soins à titre ambulatoire. Il y a alors nécessité d'un débours

préalable et justification minutieuse des dépenses pour pouvoir prétendre à remboursements à concurrence de 80 % des dépenses. Les dépenses dont il s'agit ne sont pas celles supportés réellement par le malade (sauf pour le médicament où il y coïncidence) mais celles résultant des tarifs officiels. Tarifs non respectés par le corps médical. Cette socialisation par la demande est donc partielle. Elle est dès le départ assortie de mécanismes de limitation : ticket modérateur, débours préalable, tarifs officiels déconnectés des honoraires réels. Elle sera accompagnée tout au long de la période de mécanismes institutionnels tendant à en limiter l'expansion. Le premier est constitué par un blocage des tarifs officiels à un niveau très bas ce qui fait qu'une partie de la charge est supportée de façon individuelle. Le second résulte de la gestion des flux des médecins à travers l'autorisation d'installation. Dans la mesure où il y a eu limitation volontaire, certes plus ou moins forte selon les époques, par les pouvoirs publics des prescripteurs et donc de l'offre à titre privé. Ce sont ces deux mécanismes qui expliquent que les taux d'accroissement des "Remboursements" pour soins au niveau des Assurances Sociales seront largement en deçà de ceux du "forfait hôpital". Ce n'est pas donc le secteur privé en soi qui est moins dispensieux. Mais ce sont des contraintes institutionnelles, qui font que les dépenses qu'il induit ne sont pas entièrement socialisées et donc répercutées sur la Sécurité Sociale.

#### b) Le desserrement des contraintes institutionnelles :

A partir de 1986 l'économicité du secteur privé est mise en avant : il y a desserrement des contraintes institutionnelles à ce niveau. Outre la libération des flux des prescripteurs à l'acte on enregistre une revalorisation brutale et brusque des tarifs officiels (60 %). Ce qui va se traduire par un doublement du volume des Remboursements de la Sécurité Sociale en deux ans seulement et donc par un fort taux de leur croissance. Sans que le taux de croissance du "forfait" diminue. On semble entrer alors dans une phase où en Algérie on cumule les désavantages financiers des deux secteurs de soins sans que les avantages en termes, réels de l'un et de l'autre secteur en soient accrus. Bien au contraire.

### **3. LES RESULTATS**

#### **3.1. Des progrès sanitaires indéniables :**

Il est difficile d'établir un bilan circonstancié de la politique de santé menée en particulier à travers la gratuité.

En effet selon l'angle d'approche que l'on adopte, on aura une vision totalement différente. Nous essaierons toutefois d'apporter quelques éclairages à partir de trois angles d'analyse.

\* Les résultats appréciés en termes d'amélioration du niveau de santé à travers des indicateurs classiques et d'amélioration de la protection à travers l'extension de l'offre ou des moyens.

\* Les résultats en termes de dépenses collectives supportées du fait de la santé, et donc d'articulation avec l'économie nationale qui finance sa restauration.

\* Les résultats en termes d'articulation du système avec l'extérieur.

### 3.1.1. Une amélioration sensible du niveau de santé :

Des progrès sanitaires importants ont été enregistrés durant ces trois décennies grâce à la gratuité d'abord partielle (vaccinations, programme nationaux) puis totale. Elle a permis l'accès à tous et en particulier aux couches les plus défavorisées, aux soins et à la protection sanitaire.

Les indicateurs classiques de santé en attestent : la mortalité générale mais aussi la mortalité infantile ont largement chuté. Cette dernière après avoir été "négligée" a été posée en objectif d'où des résultats plus significatifs. L'espérance de vie à la naissance, et surtout à un an, a considérablement augmenté. Les grands "fléaux sociaux" post-indépendance ont disparu ou ont été maîtrisés. De façon plus large les maladies infectieuses ont fortement régressé en prévalence et en incidence. Elles ne constituent plus que le cinquième motif de consultation et le quatrième d'hospitalisation comme vient de le montrer l'Enquête Nationale sur l'état de santé menée par l'Institut National de la Santé Publique.

Il est vrai qu'elles font place aux autres types de maladies dites de civilisation. Cependant, il faut bien voir qu'il n'y a pas de lien univoque ni de corrélation stricte entre moyens affectés aux soins et à l'institution sanitaire et résultats en termes de niveau de santé. Ceci est un problème général à tous les pays et spécialement ceux en voie de développement.

Ces derniers sont dépendants beaucoup plus des déterminants économiques et sociaux (alimentation, eau, habitat) et culturels (degré d'éducation en particulier des femmes, attitudes collectives vis-à-vis de la santé) bref du développement lui-même et de son contenu que de la disponibilité en lits, en médecins et en médicaments. Mais si ces résultats ne peuvent être totalement imputés au système de santé, il n'en demeure pas moins qu'il y participe grâce en particulier à l'extension de la Santé Publique et à la généralisation de mesures préventives (vaccination, PMI, facilité d'accès aux soins de base).

Même si ces résultats ne disent rien sur les inégalités régionales et sociales devant la maladie et la mort, il est indéniable que la gratuité, les programmes nationaux de lutte contre la maladie ont produit des atténuations certaines en la matière.

Si donc la "productivité" des dépenses de santé peut être remise en cause actuellement en Algérie, elle ne saurait l'être à partir de ces seuls résultats sanitaires. Au contraire, elle devrait s'appuyer sur l'analyse d'autres types de "Résultats" ou d'effets inducteurs de surcoûts, de

gaspillage, de non prise en charge (accueil) du malade ou de dépendance de l'extérieur.

Bref, on peut dire que les algériens vivent plus longtemps, meurent moins en général. Bien entendu les informations au niveau global que nous avons seraient plus expressives si elles étaient doublées d'informations sur la mortalité et la morbidité par groupes sociaux, sur l'utilisation sociale de l'appareil de soins, sur les causes de décès. Cependant les résultats de l'Enquête INSP s'ils se confirment dénotent un bouleversement du profil pathologique au cours de ces 30 ans qui serait - peut-être - l'amorce d'une "transition épidémiologique" qui accompagne la transition démographique en cours. Les problèmes anciens ne semblent pas pour autant résolus. Les conditions nouvelles de vie de larges franges de la population risquent de les faire remonter rapidement.

Tableau n° 1  
EVOLUTION DES INDICATEURS D'ETAT DE SANTE

	1962	1972	1982	1984	1988	1989
Taux de mortalité générale %	14,6	16,8	10	8,6	6,6	6
Taux de mortalité infantile	185	122,2	83	79	58	55,4
Espérance de vie à la naissance	50	53,5	60	--	65	--

Source : ONS

Cependant mis en regard aux moyens matériels, humains et financiers mobilisés, ces résultats semblent modestes.

Les combinaisons productives ont manqué tant d'efficacité que d'efficience dans la mobilisation et l'affectation des ressources octroyées par la collectivité nationale.

Et ce, d'autant que des pays de niveaux similaires de développement et souvent bien moins pourvu financièrement que l'Algérie ont obtenu des résultats plus satisfaisants (Tunisie, Kerala, Cuba) en termes de niveaux de santé.

Les nouveaux problèmes de santé, centrés sur des pathologies "lourdes" interpellent directement le système abondamment doté de technologies complexes et de spécialistes formés à l'étranger ou sur place. L'hôpital public et en particulier le C.H.U. conçu depuis lors en termes de plateaux techniques est confronté à la reconversion réelle de sa fonction. Il ne peut plus continuer à assurer son rôle classique, trop longtemps maintenu, d'hébergement social.

La période (1980-1990) pose de difficiles problèmes de maîtrise technologique et de maintenance industrielle, similaires à ceux posés par toute l'industrie nationale et induits par une importation indiscriminée

de tous les types de technologies nouvelles dans un environnement non préparé pour les accueillir. Les taux de panne élevés des différents équipements en donne un bon indicateur.

### 3.2.1. Une extension considérable de l'offre :

La politique de santé s'est traduite rapidement par une politique d'extension de l'offre qui va participer à l'élévation du niveau de médicalisation de la population.

Cette extension va d'abord concerner les personnels médicaux et paramédicaux pour concrétiser la gratuité. La réforme de l'Enseignement Supérieur de 1970, démocratise l'accès aux études supérieures et en particulier à celles de Médecine. Une politique délibérée de desserrement de la sélection à l'entrée et à la sortie des études est organisée dont les effets se font rapidement sentir en termes de volume. La crise, la forte augmentation des dépenses de santé et les difficultés de recrutement de ces personnels vont amener en sens inverse dès les années 80 à des procédures de sélection et de contrôle à l'entrée très sévères avec mise en place d'un *numerus clausus*.

Cette augmentation du nombre des médecins, se double bien entendu, de tous les autres types de personnels médicaux, paramédicaux, administratifs. Son contenu en termes de spécialistes a tendu à s'accélérer ces dernières années avec la politique de substitution des soins à l'étranger. En effet, les spécialistes représentent 31 % en 1991 et ce, sans prendre en considération les résidents, qui sont des spécialistes encore en formation.

Il faut dire aussi que l'attractivité des spécialistes découle de tout le discours biomédical, de la survalorisation de leur travail que ce soit en termes de rémunérations salariales au sein du secteur public ou de surcotation de leurs "Actes" au sein du secteur privé.

Tableau n° 2  
EVOLUTION DU NOMBRE DE MEDECINS

	1962	1970	1974	1978	1984	1990	1991	1992
<b>Algériens</b>	342	--	1.245	3.756	9.106	19.487	24.323	25.304
<b>Etrangers</b>	937	1.149	1.247	1.607	3.026	845	468	367
<b>Hab. Méd.</b>	7.812	7.812	5.813	3.112	1.745	1.080	1.038	1.068

Source : Ministère de la Santé.

Une correction doit être introduite, compte tenu de la localisation spatiale des médecins. Nous avons exposé précédemment les instruments de régulation et d'affectation géographique des médecins et les difficultés rencontrées dans leur mise en oeuvre.

Leur abandon depuis 1987 risque de produire le même type de polarisation observé aux premières années de l'Indépendance et contre lequel des résultats certains avaient été observés.

Cette extension va ensuite concerner les infrastructures sanitaires. Si elles ont été jugées pendant longtemps comme suffisantes par l'Etat, elles vont recevoir une forte impulsion durant le premier et deuxième plan quinquennal (1980-1988).

D'où l'évolution suivante :

**Tableau n° 3**  
**EVOLUTION DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES**

	1962	1966	1974	1984	1990	1992
<b>Hôpitaux</b>	156	163	163	173	181	--
<b>Nombre de lits</b>						
<b>Etrangers</b>	42.937	1.149	1.247	1.607		
<b>Hab. Méd.</b>	7.812	7.812	5.813	3.112	1.745	1.068

Source : Ministère de la Santé.

Notons qu'en bien des aspects cette offre constitue une offre potentielle et non réelle dans la mesure où les combinaisons productives, où l'utilisation des capacités et des moyens sont fortement déficients comme dans la plupart des pays sous-développés. Les hôpitaux fonctionnant largement en deçà de leurs capacités, et certains construits clés en mains n'ont pu être ouverts qu'avec beaucoup de retards.

Les matériels et équipements sophistiqués issus de la diffusion des nouvelles technologies de diagnostic et de soins, sont soit sous-utilisés soit mal utilisés et faute de maintenance appropriée ou de pièces de rechange, souvent en panne. La plupart des médecins et des infirmiers dans le secteur public travaillent de façon très peu intensive.

En toute hypothèse on peut dire que cette phase de croissance extensive est terminée en Algérie. Seul un fonctionnement plus intensif mais aussi plus efficace et plus économe de moyens est à même de lui conférer un rôle accru. L'efficacité et l'efficacités en la matière ne peut s'assimiler à une quelconque rentabilité financière. Les réserves de productivité sont importantes mais les problèmes d'organisation du travail et de structuration interne des personnes et des moyens restent grands.

### **3.2. Mais une augmentation spectaculaire des dépenses collectives affectées à la santé:**

Il y a plusieurs façons et plusieurs lieux de saisie de cette forte augmentation des dépenses de santé depuis la gratuité. Que ce soit en valeur absolue ou en valeur relative un constat majeur peut être dégagé de l'examen de tous les chiffres : celui de la trop forte croissance, de leur accélération bref de leur croissance plus que proportionnelle au PIB.

#### **3.2.1. Une croissance plus que proportionnelle des dépenses de santé par rapport au PIB :**

Ce problème de l'ampleur et du rythme de la croissance des dépenses de santé 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. En effet, le taux de croissance des dépenses de santé a été très soutenu grâce à la conjonction de plusieurs facteurs : socialisation accrue du financement tant par l'offre que par la demande, extension de l'appareil de soins et du nombre des prescripteurs, meilleure prise en compte de nombreux problèmes de santé, diffusion de 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" les ressources 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 l'ensemble des prestations complémentaires, ni celle de la Sécurité Sociale des militaires, ni celles des CMS d'Entreprises et biaisées dans le sens d'une minoration au niveau des dépenses à la charge des ménages, l'évaluation de la dépense nationale de santé n'en traduit pas moins de façon nette, le phénomène majeur de la plus forte croissance des dépenses de santé par rapport au PIB. D'un PIB qui a été lui-même très fortement croissant surtout sur la période 1965-1985, mais dont le taux de croissance s'est infléchi brutalement depuis lors - alors qu'il reste encore très élevé au niveau des dépenses de santé... et continue à croître malgré la crise et l'évolution régressive de la PIB.

**Tableau n°4**  
**EVOLUTION DE LA DNS**  
**PAR RAPPORT AU PIB**

<b>Années</b>	<b>DNS/PIB en %</b>
1973	1.6
1979	3.5
1980	3.6
1981	3.8
1982	4.0
1983	4.2
1984	4.4
1985	4.4
1986	5.2
1987	5.4
1988	6
1989	5.5

**Tableau n° 5**  
**EVOLUTION DE LA DNS (en valeur absolue, indice**  
**et taux de croissance)**

Années	Valeur absolue	Indice	Taux de croissance
1973	4.617	100	--
1979	6.112	132	32
1980	7.384	160	28
1981	8.579	185	25
1982	8.579	185	25
1983	9.939	216	30
1984	11.474	249	34
1985	12.754	277	28
1986	15.173	329	52
1987	16.379	367	38
1988	19.187	416	49
1989	19.959	432	16

Calculs personnels.

Cette croissance a fait passer le rapport de la DNS au PIB de 1,6 % en 1973 à 4,4 % en 1984... à 6 % en 1988. Cela veut dire que les dépenses de santé tendent à s'accaparer une part de plus en plus importante des richesses créées par l'économie nationale.

Cela résulte des mécanismes de financement collectif, qui constituent un grand processus de redistribution du Revenu National. Il n'y a aucun lien entre ceux qui sont à l'origine de la dépense et ceux qui la supportent. Admissible jusqu'à un certain point, ce type de logique peut provoquer et provoque réellement des résultats financiers très pervers. Sans que les résultats en termes réels soient forcément les meilleurs.

**Tableau n° 6**  
**EVOLUTION DU TAUX D'ACCROISSEMENT ANNUEL DU**  
**PIB ET DE LA DNS DEPUIS 1985**

Année	Taux de croissance PIB	Taux de croissance DNS
1985 - 86	0,3	20
1986 - 87	0,6	10,2
1987 - 88	3,3	14,8

Les dépenses de santé malgré les mesures de dérégularisation analysées plus haut continuent à croître sur la lancée précédente. Ceci résulte du fait que la plupart des charges sont fixes dans le secteur public et que le secteur privé dont l'extension a été organisée n'est pas "moins cher" pour la collectivité. Au contraire et de plus en plus on semble cumuler certains des désavantages des deux types de système de ce point de vue là.

### 3.2.2. Des dépenses financées de plus en plus par les Assurances Sociales :

Les Assurances Sociales financent de façon prépondérante l'ensemble des dépenses de fonctionnement et d'investissement du secteur public de soins mais aussi, l'ensemble des dépenses qui d'une façon ou d'une autre, sont affectées à la santé. Notons toutefois, que si les ressources publiques sont comptabilisées intégralement, il n'en est pas de même de celles des ménages qui ne constituent qu'une évaluation approximative.

**Tableau n° 7**  
**EVOLUTION DES SOURCES DE FINANCEMENT DE LA DNS**

	1979	1980	1982	1984	1985	1989
Budget Etat	32,8	29,3	30,0	20,8	17,9	19,94
Assurance Sociales	38,5	39,9	40,5	54,3	57,2	60,24
Ménages	26,0	--	27,0	22,7	--	18,7
Autres	2,7	5,4	2,5	2,2	2,3	1,1
TOTAL .....	100	100	100	100	100	100

Source : Ministère de la Protection Sociale.

**Tableau n° 8**  
**EVOLUTION DES SOURCES DE FINANCEMENT DU SECTEUR PUBLIC A**  
**TRAVERS LES SECTEURS SANITAIRES EN POURCENTAGE**

	1974	1979	1980	1984	1985	1988
Budget Etat	79,93	56,83	45,80	38,99	36,50	30,800
Assurance Sociales	23,48	38,60	43,30	58,70	61,40	67,50
Autres	5,58	4,60	10,80	2,30	2,10	1,60
TOTAL .....	100	100	100	100	100	100

Calculs personnels.

Le Secteur Public tend à être financé très largement par les Assurances Sociales, moyennant une inversion des taux de participation de cette dernière par rapport à celle du Budget de l'Etat. Ce dernier qui finançait les Secteurs Sanitaires à 71 % en 1974 n'y participe plus qu'à concurrence de 30,8 % en 1988, alors que la part de la Sécurité Sociale passe de 23,5 % à 67,5 %.

La part prépondérante que prennent les Assurances Sociales, totalement subordonnées, non seulement à la politique étatique de production de soins, mais à l'ensemble de cette production, telle que la font apparaître ces chiffres, démontrent l'inanité des analyses qui se fondent sur l'évolution du seul Budget du Ministère de la Santé et de son évolution par rapport à celui global de l'Etat, concluent au recul de ce dernier. L'interprétation de ce double mouvement d'extension de l'étatisation de l'appareil de production des soins financés par les Assurances Sociales d'un côté et de l'extension du champ d'action de ces mêmes Assurances Sociales n'est pas simple. Elle nous semble participer d'un mouvement plus large d'un nouveau type de partage entre les deux sphères et les deux modalités d'intervention de l'Etat.

### **3.2.3. 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 Service National de Santé a été explosive. Leur taux de croissance moyen annuel a été de 40,3 %, sur une période de dix ans (1974-84). Les sommes passent alors de 847,3 Millions de DA à

4.278 Millions de DA puis à 10.126 Millions de DA en 1987 et à 11.441 Millions de DA en 1988, soit un taux moyen de croissance de 89,3 % sur l'ensemble de la période avec nette accélération en fin de période. Trois sous-périodes peuvent être délimitées :

- La première court de 1974 à 1980 : Le taux de croissance bien que croissant d'année en année (il va de 5 % en 1974 par rapport à 1973 à 88 % en 1980 par rapport à 1979) reste néanmoins à des niveaux tolérables.
- La seconde où ce taux de croissance se stabilise à des niveaux vertigineux (188 % à 234,8 %). Elle va de 1980 à 1987 et correspond à l'incorporation du secteur parapublic, l'extension du Secteur Public, l'extension des charges comptabilisées à ce niveau (dépenses d'enseignement médical).
- La troisième démarre en 1988 avec un coup d'arrêt brutal de ce taux de croissance comme première manifestation d'un "rationnement" global qui va essayer par la suite, dans le cadre de la politique d'autonomisation appliquée au secteur, de trouver des procédures de maîtrise et/ou de rationalisation à l'intérieur du système public lui-même. Le changement des règles de fonctionnement de l'économie nationale et ses nouvelles contraintes vont accentuer d'année en année les difficultés, principalement au niveau des approvisionnements externes du système.

La forte réduction des importations et donc des biens nécessaires au fonctionnement d'un système fortement extraverti, pose le problème des "pénuries" de façon différente, en paralysant cette fois-ci le fonctionnement des hôpitaux et des programmes nationaux de santé (P. CHAULET 1992). Ce sont les dépenses de fonctionnement du Secteur Public qui tendent à mobiliser la partie la plus importante de la DNS : elles en représentent 62 % en 1989. C'est lui qui pour la période écoulée et compte tenu de toutes les politiques menées à ce niveau a vu croître les dépenses le plus vite en particulier par le biais du forfait. Ce sont les dépenses d'hospitalisation qui recueillent de 75 à 80 % des recettes des Secteurs Sanitaires. Ces dernières représentent uniquement l'hospitalisation à titre interne, à laquelle il faut ajouter l'hospitalisation à titre extérieur que constituent les envois pour soins à l'étranger.

**Tableau n° 9**  
**ÉVOLUTION DES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT DU**  
**SECTEUR PUBLIC PAR RAPPORT A LA DNS**

	1980	1985	1989
(1) DNS	6 112	12 625	19 959
(2) DFSPS	2 597	6 368	12 500
RAPPORT (1)/(2)	42,5	49,9	62,6

### 3.3. Une accentuation de l'extraversion du système :

La médicalisation croissante des problèmes de santé s'opère dans un contexte où leur expression ne rencontre plus de frein financier au plan individuel. Sur le plan collectif les caractéristiques institutionnelles de fonctionnement de l'économie font que pendant longtemps les prélèvements opérés par la Sécurité Sociale ne rencontrent aucune résistance. Les entreprises publiques en particulier qui les supportent ne sont pas astreintes à des résultats en valeur : ni à dégager un bénéfice, ni même à l'équilibre. L'économie algérienne fortement à l'abri de l'extérieur (monopole du Commerce Extérieur, tarif douanier etc...) non astreinte à exporter de surcroît (autre chose que des hydrocarbures), s'organise sur des niveaux de salaire et des niveaux de prix qui n'ont rien à voir ni avec les prix internationaux ni avec les productivités sur lesquelles ils sont assis. C'est l'économie de la redistribution de la rente qui prévaut alors. Sa fin pose actuellement de cruels problèmes d'ajustement de l'ensemble des structures productives.

Cette pression sur les ressources internes s'accompagne alors d'une pression plus forte sur les ressources extérieures qui va s'exprimer à travers deux articulations perverses avec l'étranger et que nous analysons en termes de dépendance sanitaire qui se superpose à la dépendance alimentaire. Toutes deux produites par la même démarche générale.

### **3.3.1. Monopole public de l'importation, complexe intégré et facture pharmaceutique :**

Très rapidement l'Algérie a instauré un monopole de l'offre pharmaceutique à travers une pharmacie centrale (P.C.A) à qui sont conférés le monopole de l'importation et de la production de médicaments. Le but explicite à travers l'instauration d'une Nomenclature basée sur la Dénomination Commune Internationale (D.C.I) pour les médicaments est de minimiser la facture pharmaceutique d'une part, de produire les médicaments dont elle a besoin d'autre part. D'où dans la phase d'industrialisation accélérée : nationalisation des deux unités existantes et surtout installation d'un complexe intégré à Médéa avec l'aide de firmes italiennes pour briser l'embargo que les firmes françaises organisent contre l'Algérie.

Les résultats sont loin d'être à la mesure des moyens mobilisés à cet égard. Le gros complexe, par suite de difficultés internes similaires bien qu'accentuées à celles qu'enregistrent les grosses entreprises industrielles et de son type d'articulation avec l'extérieur n'arrive pas à atteindre un rythme de croisière suffisant et pose des problèmes de maîtrise (fermentateurs) et de redimensionnement.

L'ensemble de la production de la branche ne couvre en valeur qu'environ 10 % de la consommation nationale. Il semble qu'en volume ce taux soit de 20 %. Ceci suite à des prix qui lui sont imposés et qui sont plus faibles que ceux de l'importation. Or ces derniers suite au blocage des prix, doublé de la forte surévaluation du dinar qui a prévalu de 1980 à 1988, ont été très bas à l'importation. D'où un fort effet-volume qui gonfle les importations d'année en année malgré les procédures centrales du contrôle financier externe que représentent les

Autorisations Globales d'Importation (A.G.I). Surconsommations et gaspillages à tous les niveaux sont la face cachée des "pénuries" chroniques qui agitent le secteur et se manifestent par des ruptures de stocks épisodiques. L'Algérie cependant devient progressivement le second importateur mondial net - (après l'Arabie Saoudite), - parmi les pays sous développés. C'est donc un gros marché pour les Multinationales du Médicament et les firmes françaises en particulier et dont le contrôle constitue un enjeu considérable. Il en est de même pour tous les biens et appareillages médicaux nécessaires au fonctionnement des hôpitaux. De même que l'importation des hôpitaux clefs en mains et de tout l'équipement du secteur en technologies nouvelles de diagnostic et de soins.

La seule facture pharmaceutique a évolué de la façon suivante :

Tableau n° 10  
EVOLUTION DES IMPORTATIONS PHARMACEUTIQUES 10<sup>6</sup> DA

	1973	1974	1976	1979	1981	1983	1988	1990
Valeur absolue	285	347	381	715	948	1200	1600	2300
Indice	100	122	184	251	333	421	561	807

Reconstitution et calculs personnels.

Les restrictions actuelles de l'enveloppe devises affectée à leur importation plus la répercussion de la dévaluation sur des budgets médicaments en dinars qui étaient faibles compte tenu des systèmes de prix antérieurs posent de grands problèmes. Ceci dans la mesure où elles ne sont pas accompagnées de mécanismes de rationalisation de la prescription et/ou de la dépense. Cela introduit un type de blocage nouveau au niveau des structures lourdes et des médications complexes en particulier. Finalement l'importation croissante de biens industriels et de technologies démontre que le rapport entre système de santé et système productif est capital : Du degré de liaison entre les deux dépend l'autonomie dans la décision et les progrès décisifs. L'importation inconsidérée de technologies avancées a bloqué les mécanismes de développement de politiques de la Santé Publique. De la même façon qu'en matière industrielle les choix technologiques, leur maîtrise, leur impact sont importants et ne doivent pas être effectués en fonction d'un pseudo-modernisme fortement mimétique et finalement destructeur de beaucoup d'équilibres antérieurs.

### 3.3.2. Gratuité, envois pour soins à l'étranger et logiques sociales :

La gratuité va s'accompagner de phénomènes complexes de perte de contrôle de l'hospitalisation, en particulier en matière de soins complexes et lourds. Or ces derniers concernent des maladies qui affectent beaucoup plus les couches sociales dominantes en émergence, celles issues de la politique de développement menée et de façon plus large de l'étatisation monopoliste fortement rentière.

Les mécanismes institutionnels en place du fait de la convention Algéro-Française de Sécurité Sociale ainsi que les systèmes de tarification appliquée alors vont se révéler un puissant facteur de permissivité que

des mécanismes sociaux et des logiques d'acteurs vont utiliser et amplifier pour constituer une filière de soins spécifique. Ce sont les envois pour soins à l'étranger.

Cette "exportation" originale de malades, principalement en France, va s'amplifier brutalement jusqu'en 1979 - Date à partir de laquelle un coup d'arrêt en termes de volume d'envois est enregistré.

**Tableau n° 11**  
**EVOLUTION DU NOMBRE D'ENVOIS A L'ETRANGER POUR LE SEUL**  
**REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE**

Année	1970	1974	1977	1979	1980	1985	1986
Volume	2.563	7.786	24.507	25.460	17.508	19.909	16.664
Indice	100	304	906	994	683	660	650

Calculs personnels.

Ce dernier correspond à la politique de substitution des soins à l'étranger qui est mise en place au sein des hôpitaux, plus recentrés sur leur aspect plateau technique et lieu de diagnostic et de thérapies complexes et donc moins d'hébergement social. Un programme d'équipement lourd est effectué par diffusion des nouvelles technologies de soins et de diagnostic.

Les dépenses d'hospitalisation à titre "externe" constituent un poids croissant pour les Assurances Sociales. Elles représentent 28 % de l'ensemble de leur prestation en nature en 1978. Si en valeur absolue elles continuent à croître, leur part relative tend à être bloquée, suite à la politique de substitution... menée avec plus ou moins de vigueur et de cohérence, en fonction des différentes équipes qui se sont succédées.

Cependant ces dépenses se sont faites à coûts fortement croissants suite à des modifications de tarification que leur sont appliquées au niveau des hôpitaux français (tableau n°12). Initialement un forfait fixé bas, puis des prix reflétant des coûts réels fortement en hausse, suite en particulier à la technisation croissante des soins.

**Tableau n° 12**  
**EVOLUTION DES DIFFERENTS COÛTS DES ENVOIS POUR SOINS A**  
**L'ETRANGER DU FAIT DE REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE**

Année	1970	1974	1979	1980	1985	1986
Coût total en 10 <sup>3</sup> DA	14.267	65.729	364.850	469.861	418.759	706.661
Coût moyen en DA	5.567	8.442	14.330	26.837	24.777	42.406
Indice Coût moyen	100	152	257	482	445	762
Indice Dépenses Totales	100	461	2.557	3.293	2.935	4.953

Calculs personnels.

## CONCLUSION

L'ajustement au niveau du secteur de la santé et de façon plus générale pour toute l'économie algérienne sera-t-il processif ou récessif ? Le renchérissement des biens importés amènera-t-il à une meilleure utilisation des ressources ? à une suppression des gaspillages ? à une stimulation de la production interne par meilleure protection résultant de la nouvelle valeur extérieure de l'unité monétaire nationale ? Cela dépend de bien d'autres arbitrages... La politique d'ajustement structurel de l'économie algérienne se conjugue aux effets de la crise pour affecter profondément les conditions dans lesquelles a fonctionné le système de santé. On peut en particulier se poser le problème de l'impact sur l'état de santé de la population de l'augmentation générale des prix et des accentuations de difficultés d'approvisionnements et de pénuries.

L'effet le plus massif et le plus couramment mis en lumière consiste dans la rupture du processus de soins (tuberculose, neuropsychiatrie, oncologie.. lutte contre la mortalité infantile...) Il y a désorganisation des services de soins par suite de la non disponibilité des biens et services nécessaires. Ceci ne peut qu'accentuer le peu d'efficacité enregistré. Et ce, d'autant que les conditions physiques de reproduction du système semblent devenir de plus en plus difficiles à concrétiser. Cela l'incitera-t-il à se remettre en cause et à se transformer ou continuera-t-il d'absorber les mêmes ressources avec un degré accru d'inefficacité ? Finalement c'est à une mutation profonde des modalités de gestion et de régulation qu'est confronté le système de santé à la lumière de la Crise. Il est donc à la recherche de techniques appropriées et de procédures sociales efficaces lui permettant de faire face aux impératifs d'économicité et de rationalité auxquels il doit faire face sous peine de perdre encore une plus grande part de sa crédibilité.

## BIBLIOGRAPHIE

- F. Z. OUFRIHA : Organisation de la couverture des dépenses de santé et modalités de leur financement en Algérie Cahiers du CREAD n° 13 - 1988.
- M. KADDAR : Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie - Cahiers du CREAD n° 13 - 1988.
- F. Z. OUFRIHA : De quelques éléments d'appréciation sur l'efficacité du fonctionnement des services de soins en Algérie - Cahiers du CREAD n° 19 - 1989.
- M. KADDAR : Les rapports entre la Sécurité Sociale et le système de soins en Algérie - Cahiers du CREAD n°19 - 1989.
- F. Z. OUFRIHA : Médecine gratuite, forte augmentation des dépenses et crise de l'Etat socialo-providence en Algérie - Cahiers du CREAD n° 22 - 1983.
- F. Z. OUFRIHA : Crise, autonomie du système de santé et nouveau mode de régulation en Algérie - Acte de la Xème Conférence Mondiale sur les systèmes de santé dans le monde - Prague 1992.

- F. Z. OUFRIHA : De la santé gratuite à la santé - Coût insupportable pour l'économie
- Communication préparée pour le XXXVème Colloque International de l'A.E.A. San-José 1992.
  
- F. Z. OUFRIHA : Cette chère santé : une analyse économique du système de santé en Algérie - livre OPU.
  
- H. KADDAR : La crise sanitaire en Algérie : une technique de planification 1985.
  
- REVUE DU CENEAP N° SPÉCIAL : Aspects économiques de la santé en Algérie - 1985.
  
- D. BOURAS : Tentative d'évaluation du programme d'investissement du secteur de la santé - 4ème Cahier Spécial "Economie de la Santé". CREAD
  
- L. LAMRI : Essai d'analyse sur l'affectation des crédits budgétaires entre unités hospitalières et non hospitalières - Revue CREAD n° 22 - 1989.
  
- P. CHAULET : A. HELALI : L'approvisionnement en médicaments antituberculeux en 1991. Un problème mondial, un problème national : Société algérienne de pneumophtisiologie - Oran - Décembre 1991.
  
- N. TALEB BEN HANSOUR : L'alternative public privé et le champ de la santé CREAD n° 13 - 1988.
  
- F. Z. OUFRIHA : Approvisionnement en médicaments et coût des maladies mentales en Algérie - Colloque ARCAP - Venise 1992.