

DAHMANE BOURAS [*]

Tentative d'évaluation du programme d'investissements du secteur de la santé [**]

Les investissements consentis au secteur de la santé, au titre des programmes publics d'équipement, ont connu une évolution remarquable depuis le début de la période de planification pour atteindre leur point culminant durant le premier plan quinquennal.

Le coup d'arrêt qui leur est donné actuellement apparaît comme étant directement lié à l'existence d'un reste à réaliser physique et financier important, ainsi qu'à l'alignement de l'indice général de couverture sanitaire sur les indices cibles retenus par le planificateur, et ce à échéance de la réalisation de la totalité des projets retenus.

La réduction drastique du programme neuf est due pour une part à la contrainte de l'insuffisance des moyens de paiement extérieurs suscitée par la crise économique qui aura probablement pour effet si elle persiste, de conduire à une révision de la politique de développement du secteur telle qu'elle a prévalu jusqu'à maintenant.

L'optique sur laquelle se fonde le développement du secteur accorde une place privilégiée à l'extension du réseau des infrastructures pour aboutir à un niveau de densification acceptable du point de vue des établissements de soins combinant des critères géographiques et de spécialités médicales, et du point de vue des plateaux techniques requis. La couverture sanitaire est ainsi réalisée par le biais d'investissements relativement volumineux, massivement dirigés vers les infrastructures lourdes ainsi que le montre la structure en valeur des investissements.

Par ailleurs, les actions de programmation sanitaire, engagées à différentes périodes de planification, ont servi de cadre à la mise en oeuvre de la politique des investissements en lui fixant une somme d'objectifs alternés.

La mise en oeuvre de cette politique s'est cependant heurtée aux problèmes de maîtrise des conditions de réalisation des investissements faussant ainsi la programmation établie et conduisant à une remise en cause des objectifs fixés. D'autre part, l'importance relative des moyens financiers accordés au profit du secteur, sans support de gestion appropriée, a eu pour conséquence de susciter différentes formes de gaspillage (surcoût, allongement des délais,...) et d'entraîner de multiples incohérences dans la mise en oeuvre des projets de développement de même qu'elle conduit à la tentation de réduire des problèmes de couverture sanitaire à de simples opérations de dotation en infrastructures. De ce fait, une relative désarticulation est introduite entre

le processus de développement du secteur par le biais du renforcement de son assise matérielle et des conditions réelles de prise en charge en termes d'utilisation rationnelle des moyens, d'intégration des activités et de satisfaction des besoins. La logique d'extension des moyens est progressivement substituée à l'obligation de résultats. Cette logique des moyens vaut autant par la neutralité des thèses et des positions qui l'animent que par son caractère déresponsabilisant. Cependant, confrontée à des critères d'efficacité qui fondent toute approche économique, elle n'en présente pas moins les inconvénients majeurs de rendre prohibitif le coût de la couverture sanitaire ainsi réalisée et de rendre problématique la perspective d'une prise en charge réelle des besoins.

Devant l'étendue d'un tel sujet qui implique une pluralité d'approches, nous nous limiterons, dans le cadre de cette contribution, à tracer les principaux axes qui fondent la politique de développement du secteur pour en montrer la rationalité d'ensemble ainsi que les incohérences et les limites qui résultent de sa mise en oeuvre. L'analyse de l'évolution des programmes d'investissements qui lui ont été concédés nous permettra également, à un second niveau, d'apprécier les conditions de coûts et de délais dans lesquels sont réalisés les projets.

L'objectif sous-jacent à cette approche est de s'interroger sur les conditions passées et actuelles de maîtrise du développement du secteur aussi bien au stade de la conception de ce développement qu'à celui de sa mise en oeuvre, ces deux aspects étant situés dans le prolongement l'un de l'autre.

La tentative d'évaluation de la programmation sanitaire telle qu'elle est mise en oeuvre aidera à comprendre la portée des choix effectués et les indices majeurs que ces choix impliquent sur le fonctionnement du système.

I. L'EVOLUTION DES AXES DE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR

Le regard rétrospectif qui peut être jeté sur l'évolution du secteur de la santé éclaire un développement fait de discontinuités. Il ne s'agit pas d'une remise en cause des fondements de la politique sanitaire mais d'un processus de reformulation de la stratégie du secteur pour atteindre les objectifs globaux fixés. Le souci mis en avant est de mieux couvrir les besoins exprimés, ce qui conduit à une révision de l'approche des problèmes de santé au fur et à mesure de leur identification et, par voie de conséquence, à un redéploiement des moyens du secteur.

Si l'identification des besoins et des créneaux de demande est restée fragmentaire, l'élargissement de l'offre constitue par contre le point d'achoppement de la totalité des tentatives de programmation sanitaire.

En l'absence d'un système de référence qui aurait permis d'orienter l'offre de soins, la fixation volontariste de seuils de couverture en termes d'indices cibles offre à la programmation sanitaire l'avantage de pouvoir se situer par rapport à des objectifs qu'il s'agit d'atteindre graduellement. Les paramètres de l'offre peuvent d'ailleurs être modulés suivant une

diversité de critères, dont la régionalisation et la hiérarchisation des soins.

Côté demande, la gratuité des soins combinée à d'autres déterminants exogènes qui sont l'accroissement démographique, le désenclavement des populations, l'amélioration des communications, ont conduit à une extension des canaux d'expression. De fait, la demande de soins a connu une progression très importante en l'espace d'une décennie, ce qui a eu pour effet d'amplifier le déficit enregistré en termes d'infrastructures et de moyens humains. Ni les capacités de prise en charge existantes, ni le niveau de performance d'ensemble du système de distribution de soins n'autorisaient un niveau de prestation en adéquation avec la demande ainsi exprimée aussi bien en termes quantitatifs que, a fortiori, qualitatifs.

L'approche des problèmes de santé publique qui fondent la politique sanitaire révèle un hiatus entre une demande incontrôlée, possédant de fortes corrélations avec des domaines connexes à la santé et susceptible d'être prise en charge à ce niveau et une offre qui se préoccupe davantage des questions de moyens que des problèmes d'organisation et d'économie.

Le contexte et le contenu de la programmation sanitaire ont cependant évolué progressivement avant de connaître le stade de formalisation qui les caractérise actuellement. Pour saisir cette évolution et par là même les traits dominants de la planification du secteur, il apparaît nécessaire de retracer très brièvement les différentes étapes qui ont marqué l'élaboration de la politique sanitaire.

A ce sujet, on peut distinguer quatre phases principales qui gardent un caractère chronologique marqué :

- Une phase de réorganisation du secteur et de redistribution des moyens disponibles qui couvre la période comprise entre les deux premiers plans ;
- Une phase de recentrage du développement du secteur à la lumière des nouvelles dispositions relatives à la gratuité des soins qui correspond à la période couverte par le 2ème plan quadriennal ;
- Une phase de développement intensif marquée par la mise en place des principaux éléments de la politique sanitaire à l'occasion de la mise en oeuvre du 1er plan quinquennal.
- Une phase de stabilisation de la croissance du secteur caractérisée par la tendance (l'affirmation) à la prise en charge des aspects qualitatifs de la santé et qui démarre avec le 2ème plan quinquennal.

1.1. La première phase s'échelonne de 1967 à 1974. Elle est marquée par l'absence d'un système de programmation sanitaire organisé. Durant cette période, les actions engagées se sont limitées à une redistribution de moyens par l'extension de la couverture sanitaire en surface et par la correction des disparités régionales sans accroissement de la capacité en lits d'hôpitaux [1] ; la mise en place d'une infrastructure légère devait permettre de développer la prise en charge des soins ambulatoires.

L'indice de couverture sanitaire à la veille du 1er plan quadriennal était en moyenne relativement satisfaisant dans la mesure où il permettait d'atteindre des seuils de 1 lit pour 300 habitants et d'une unité sanitaire (légère) pour 8000 habitants. Il n'en demeure pas moins que le niveau de prise en charge, la qualité de la prestation des soins et le déficit en personnel médical vidaient complètement de sa substance le concept de couverture sanitaire. De plus, les déséquilibres dans la répartition des infrastructures et du personnel médical entre les grandes villes et l'arrière-pays introduisaient de profondes distorsions sur le plan de la prise en charge médicale. Aussi les programmes spéciaux des wilayates et le 1er plan quadriennal ont-ils tendu vers des objectifs d'amélioration des capacités d'accueil des wilayates déficitaires et de redistribution des moyens, notamment humains du secteur. En termes d'investissements, le volume des inscriptions était limité et portait :

- Pour le plan triennal sur 10 hôpitaux, 82 centres de santé et 109 polycliniques ;
- Pour le premier plan quadriennal sur 8 hôpitaux (dans le cadre des programmes spéciaux des wilayates), 24 polycliniques et 232 centres de santé. Les infrastructures légères étaient surtout destinées au renforcement du dispositif de consultation et à créer les conditions d'une bonne organisation préventive.

La contrainte des moyens humains n'a cependant pas permis d'atteindre les objectifs fixés. Les retards pris dans la réalisation des projets ont entraîné une dégradation de l'indice de couverture ; le nombre des lits pour 1000 habitants est descendu à 2,5 en 1974.

1.2. L'année 1974, qui voit débiter la seconde phase, marque une rupture vis-à-vis de l'ancien système de santé avec l'entrée en vigueur de la gratuité des soins. En liaison avec cette nouvelle donnée, les tentatives de programmation sanitaire réalisées dans le cadre de la "P.S.P" allaient fournir une base méthodologique pour l'évaluation des problèmes de santé publique tout en introduisant des éléments de rationalisation dans la définition de modes d'intervention spécifiques (suivant un axe pathologique) et en systématisant les actions engagées à l'ensemble des domaines juxtaposés, influant directement sur l'état de santé de la population.

L'identification des problèmes de santé est ainsi faite suivant les relations de causalité qui les lient à leur contexte pathologique, économique, culturel, suivant le champ d'expression des problèmes ainsi identifiés. Il est procédé, dans un second temps, à la fixation des objectifs à atteindre à partir de l'évaluation des moyens disponibles ou susceptibles d'être mis en oeuvre. Les stratégies alternatives qui sont élaborées à partir de cette démarche sont traduites en "programmes de développement sanitaire" [2] sur la base d'une quantification des moyens et de l'identification des axes devant servir de support à la mise en oeuvre de ces programmes. Une unité de moyens pouvait servir de base à un ensemble d'activités communes combinant simultanément plusieurs stratégies.

La volonté de réalisation n'a malheureusement pas pu transcender la réalité des moyens et la programmation proposée péchait par excès d'ambition en référence aux moyens disponibles. En particulier, le manque de personnel et d'encadrement a joué le rôle de frein à la mise en oeuvre des programmes arrêtés. D'autre part, la rigidité des structures et le manque d'information combinés à l'opacité de l'environnement ont réduit les actions engagées à un niveau superficiel. Aussi la PSP, à de rares exceptions qui ont valeur d'exemple n'a pas atteint les objectifs qu'elle s'était fixés faute d'une prise en charge des exigences en moyens induits par la programmation.

Sur le plan des infrastructures, le 2ème plan quadriennal a lancé un programme assez important de structures légères constitué de 154 polycliniques, de 317 centres de santé et de 25 maternités. Ce programme correspond à une tentative de prise en charge de la demande additionnelle en infrastructures résultant de l'application de la gratuité des soins. Il correspond également à une tentative de dotation systématique de l'ensemble des centres de vie en unités de soins de premiers recours ; dans cette perspective, la demande induite par la mise en oeuvre des plans communaux de développement, les plans de modernisation urbaine et la politique des villages socialistes agricoles a été en proportion assez considérable.

Le programme des infrastructures lourdes a porté sur la réalisation de 7 hôpitaux ainsi que l'aménagement de l'équipement d'autres unités. Ce programme limité devait contribuer, dans le prolongement du précédent, à rétablir certains équilibres géo-sanitaires et renforcer la couverture médicale. Le choix effectué portait principalement sur la prévention et la prise en charge rapprochée et la plus large possible des soins de santé primaire.

Entre 1966 et 1980, l'évolution enregistrée au plan de la dotation en moyens humains et matériels n'a pas beaucoup évolué en dépit des programmes inscrits. On comptait, en 1969, 40500 lits pour 13095000 habitants contre 45000 lits pour 17 860 000 habitants à la fin de cette période, soit une détérioration de l'indice lits/habitants. Les signes d'un retard structurel dans la réalisation des investissements commençaient à apparaître alors que "l'organisation sanitaire en place reste insuffisamment productive et aurait pu assurer une meilleure utilisation des installations et du personnel médical. Cette faible efficacité de l'appareil sanitaire entraîne une surcharge de demandes en soins primaires au niveau des hôpitaux qui ne peuvent de ce fait, jouer leur rôle primordial dans le soins spécialisés" [3].

1.3. La P.S.P n'ayant pas conduit aux résultats escomptés, la reformulation de la politique sanitaire à l'occasion de la mise en oeuvre du 1er Plan Quinquennal constitue l'occasion d'un redémarrage du secteur. En particulier la mise en oeuvre de la carte sanitaire devait permettre de rationaliser l'offre de soins.

L'objectif recherché était "la densification du réseau sanitaire de base pour prendre en charge la demande en soins primaires et servir d'assise au développement de l'action préventive. Ce large éventail d'unités de

premier recours est complété par un programme d'implantation de structures hospitalières de manière à assurer l'ensemble de la gamme de soins (généralistes, spécialisés et hautement spécialisés) au niveau d'une aire géo-sanitaire définie" [4]).

En s'appuyant sur une démarche différente de celle utilisée pour la programmation sanitaire, la carte sanitaire se fonde sur plusieurs types de critères (démographiques, pathologiques, socio-économiques et de localisation des populations) avec un système de prise en charge intégré et une prestation de soins hiérarchisée [5].

D'autre part, la mise en oeuvre d'un plan de sectorisation sanitaire durant la période devait constituer le cadre de référence aux options retenues par la carte sanitaire alors que le critère de régionalisation de l'offre tendant à devenir un critère dominant parmi tous les autres critères.

De nombreuses critiques ont été formulées à l'endroit de la carte sanitaire et la remise en cause d'une partie de ses objectifs constitue la preuve incontournable de son inadaptation. En fait et par rapport à la richesse du modèle théorique de base, son application s'est trouvée réduite à sa plus simple expression. La majeure partie des critères devant servir de déterminants à la fixation d'objectifs régionalisés ont été abandonnés, faute d'informations. Ce biais a eu pour conséquence majeure d'introduire une cassure entre la nature et la spécificité des besoins ressentis et l'offre de soins restée à l'état d'un schéma théorique conceptuellement extraverti.

Critiquant la carte sanitaire, Kaddar note qu'"aucune finalité explicitée n'est attribuée au système de soins de telle sorte que la question des besoins de santé et des modes d'organisation sanitaire et sociale à privilégier est totalement occultée" [6]. Ainsi des aspects importants liés à l'environnement tel que le problème de l'alimentation en eau potable, la prévalence des maladies à transmission hydrique ou encore la couverture sanitaire dirigée vers des catégories particulières de population (enfance, 3ème âge,...) sont restés à l'état d'énoncés de principe.

L'offre de soins est réduite à des normes de lits et d'infrastructure légères par habitant dont on ne sait comment elles sont fixées. Leur caractère standardisé et uniformisé conduit à s'interroger sur leur référence propre et leur rationalité sans ignorer davantage les caractéristiques afférentes à la distribution de la population et que la carte sanitaire passe sous silence.

Le plan de distribution des soins confère à l'hôpital un rôle stratégique de centre nerveux alors que les unités légères sont confinées dans des rôles subalternes sans possibilité d'autonomisation. La gestion d'un secteur sanitaire dominé par l'hôpital conduit très souvent à une affectation inéquitable de moyens tant humains que matériels au désavantage des structures légères.

Sans tendre vers l'exhaustivité ces observations mettent en lumière les insuffisances attachées à la carte sanitaire et aux principes directeurs de la programmation sous-jacente. En plaçant l'offre de soins comme

principe actif de la programmation sanitaire, la carte sanitaire confirme le choix de la solution médicale donnée aux problèmes de santé publique et place ainsi l'hôpital en tant que pivot central de l'organisation du système de soins.

En renforcement des infrastructures existantes pour la mise en oeuvre des options retenues, le plan quinquennal 80-84 a permis l'inscription en autorisations de programmes de 12,92 milliards de dinars soit près de 2,5 fois, plus les autorisations de programmes consenties de 1967 à 1980. Le programme d'infrastructures correspondant met l'accent sur les infrastructures lourdes avec l'inscription de 60 hôpitaux totalisant une capacité de 11300 lits (soit près du quart de la capacité globale disponible à fin 84).

Dans ce programme 36 hôpitaux totalisant une capacité de 6500 lits ont été confiés à des constructeurs étrangers dans le cadre du programme préfabriqué.

Le programme des infrastructures légères bien financièrement moindre par rapport aux hôpitaux n'en est pas moins important dans la mesure où il porte sur l'inscription de :

- 167 polycliniques (sur un nombre total estimé à 292 à fin 1989) ;
- 301 centres de santé (sur un nombre total de centres de santé estimé à 911 à fin 1984) ;
- 87 maternités ;
- 17 laboratoires d'hygiène de wilaya.

L'ampleur de ce programme traduit un effort de dotation en infrastructures et en équipement sans précédent. A lui seul, il change la configuration du secteur par rapport à ses moyens d'intervention. Cette masse de projets n'est cependant pas sans poser des problèmes de programmation et de mise en oeuvre complexes et multiformes : affectation de moyens de réalisation, planning d'entrées en service, prise en charge des coûts de fonctionnement induits.

La gestion d'un programme d'investissements aussi volumineux, par les efforts qu'elle requiert, oblige à y consacrer toutes les énergies reléguant au second plan les problèmes liés au fonctionnement des structures déjà opérationnelles.

1.4. La quatrième phase débute avec le plan d'action adopté par le Gouvernement en Mai 1984 qui fait de la prévention l'axe prioritaire et la base de la politique nationale de santé. Cette réhabilitation de la prévention se justifie au regard d'une statistique "toute simple" montrant que 80 % de la demande en soins regroupe des maladies infectieuses et transmissibles[7].

Le programme mis en oeuvre à partir du 2ème Plan Quinquennal est axé sur la prévention, le développement des soins primaires, l'organisation des structures de santé pour faire face aux urgences et la rentabilisation des moyens mis en oeuvre.

La prépondérance de l'axe préventif ne remet pas en cause les éléments d'organisation en place sauf en ce qui concerne la volonté affichée de réhabilitation des infrastructures légères et de la médecine légère pour contrebalancer les effets de l'hospitalo-centrisme. En termes de moyens, les indices cibles retenus par la carte sanitaire sont revus en baisse et les nouvelles normes adoptées sont de :

- 2 lits pour 1.000 habitants ;
- 1 polyclinique pour 48.000 habitants ;
- 1 centre de santé pour 12.000 habitants.

Etant donnée l'ampleur des programmes engagés notamment durant le 1er Plan Quinquennal, les déficits dégagés à partir de ces seuils de références deviennent minimes, ce qui conduit à la fixation d'un programme très léger ne comportant comme infrastructures en tout et pour tout que :

- 21 polycliniques ;
- 24 centres de santé ;
- 7 maternités ;
- L'aménagement de services (cardio-vasculaires (2) et de radiothérapie (2)) ;
- La reconversion de structures administratives (centres payeurs de la Sécurité Sociale...) en hôpitaux et ce pour les deux premières années du Plan (1985 et 1986).

Les nouvelles orientations imprimées au développement du secteur, à la faveur du programme d'actions décidé en 1984, traduisent des changements qualitatifs d'une portée considérable en mettant en cause les axes de développement et de gestion qui ont prévalu jusqu'à maintenant. En particulier, la réhabilitation des structures légères et leur intégration dans le cadre d'un système de prévision organisé aidera à rompre avec la conception médicale de la santé qui a dominé le développement du secteur. D'autre part, une plus grande attention accordée aux conditions de fonctionnement des structures conduira à une plus grande rigueur dans la gestion du patrimoine et aidera la santé à "faire ses comptes". Ces deux projets peuvent apporter à eux seuls la plus grande partie des solutions des problèmes qui se posent au système de santé. Il reste à savoir si ces projets ne vont pas se heurter aux pesanteurs qui caractérisent le secteur.

II. LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES PROJETS D'INVESTISSEMENTS

Les programmes d'investissements dont le secteur de la santé a bénéficié à différentes périodes de planification montrent un effort de dotation accru destiné à résorber le déficit enregistré dans le domaine des infrastructures. A l'examen du nombre et de la consistance des projets inscrits, force est de constater que la configuration du secteur a été complètement modifiée dans le sens d'un renforcement de son potentiel et de ses moyens d'intervention.

Néanmoins, la prise en charge des projets d'investissements a souvent souffert d'un manque de suivi, ce qui a conduit à une série de réajustements en hausse des autorisations de programmes (A.P) initiales, de reconversion de projets ou de remises en cause pures et simples. En plus des conditions générales -nationales- de réalisation des investissements qui font peser une série d'incertitudes sur les échéances et les coûts, les données propres au secteur ajoutent en complexité à la mise en oeuvre et à la gestion de projets de développement.

En abordant très succinctement les contraintes de réalisation des infrastructures parce que n'étant pas spécifiques au seul secteur de la santé, nous accorderons un peu plus d'importance aux problèmes relatifs à la gestion des projets par les structures de santé ainsi que ceux ayant trait aux conditions de mise en service de ces infrastructures.

Le profit escompté de cette investigation est de mettre en évidence les principales insuffisances attachées à la gestion des projets et leurs incidences sur les coûts et les délais de réalisation.

2.1. Les contraintes de réalisation :

La maîtrise des conditions de réalisation des investissements offre plusieurs axes d'investigation mais qui débouchent néanmoins sur les deux préoccupations centrales que sont les délais et les coûts. Ces deux paramètres résument à eux seuls l'ensemble des contingences attachées à la mise en oeuvre des projets d'investissements et montrent avec autant de brièveté que d'éloquence tous les avatars de la programmation établie.

Le champ des causes apparaît tout à fait complexe en impliquant divers niveaux d'opérateurs, d'étapes de réalisation, de constructeurs et en fixant, a priori, les modalités d'intervention des instances concernées. Aussi les conditions de programmation initiale, de synchronisation des interventions sur site et de suivi de réalisation pèsent-elles d'un poids déterminant sur les coûts et les délais ?

A un premier niveau, les contraintes découlant des procédures d'individualisation, d'établissement des plans de financement des projets et la mise en place des conditions préalables au démarrage des chantiers sont sources de retards importants. Elles se répercutent directement sur les moyens de réalisation et les possibilités de financement existantes en perturbant -bouleversant- le calendrier de mise en oeuvre. La désorganisation de la programmation qui en résulte conduit à une suraccumulation de projets qui sont le plus souvent lancés dans un intervalle de temps très restreint ce qui pose, par voie de conséquences, les problèmes des capacités de réalisation.

La mise en oeuvre de la décentralisation, à partir du 1er Plan Quinquennal, en sollicitant massivement le concours des entreprises locales de réalisation a atténué la pression qui s'exerçait sur la prise en charge des projets mais en même temps a créé d'autres types de problèmes de maîtrise et de suivi. En dépit de la typification des infrastructures et de la normalisation des coûts de réalisation, très rares

sont les projets à avoir été réalisés dans les conditions initialement prévues.

Les infrastructures légères sont prises en charge par les entreprises locales (de wilaya et communales) quelquefois dans un cadre de réquisition et, accessoirement, par les entreprises du secteur privé. La typification des infrastructures ne prémunit pas contre diverses formes d'expressions architecturales incontrôlées qui peuvent aller jusqu'à altérer les caractères de fonctionnalité attachés aux établissements. D'autre part, les conditions locales de réalisation présentent l'inconvénient majeur de ne pas permettre une bonne maîtrise des différents paramètres liés à la gestion et au suivi des projets. La résultante en est un dépassement systématique des plannings et des échéances de réalisation alors que les réévaluations de coûts des projets deviennent un dénominateur commun à l'ensemble des entreprises tant publiques que privées.

Les infrastructures lourdes sont prises en charge par les entreprises nationales avec le concours des entreprises étrangères à partir du 1er Plan Quinquennal, justifié par la faiblesse des capacités nationales de réalisation. La comparaison des délais entre un mode de réalisation en dur assuré par les entreprises nationales et le programme en préfabriqué confié aux entreprises étrangères qu'à coût équivalent d'individualisation, les infrastructures réalisées par les entreprises nationales requièrent trois fois plus de temps en moyenne. Les délais contractuels de réalisation étant de 36 mois, les hôpitaux en traditionnel sont réalisés dans une plage de temps de 9 ans à compter du lancement des études.

L'ampleur du programme consenti au secteur de la santé, notamment à partir du premier Plan Quinquennal et le peu d'entreprises spécialisées dans la réalisation des infrastructures sanitaires ont conduit à un gonflement des plans de charge de ces dernières sans qu'elles soient en mesure de réaliser suivant les dispositions contractuelles de coût, de délai et de qualité.

En dépit d'une accélération de la consommation des crédits observée à partir de 1985, les projets continuent néanmoins d'être révisés dans le sens de la hausse en matière de délais de réalisation.

Si le contenu de la typification des infrastructures élaborée par l'ETU ne semble soulever aucune critique de fond en raison de la pertinence des normes retenues, les problèmes les plus importants résident dans la qualité du bâti et dans la finition des locaux. Le suivi technique des chantiers n'étant pas systématiquement assuré par le bureau d'études, où le maître d'oeuvre en général, les malfaçons ne sont repérées qu'une fois l'établissement réceptionné et mis en service. Ce sont parfois les restrictions imposées dans les réévaluations qui se répercutent directement sur la qualité des travaux ainsi que sur la configuration de l'établissement. Pratiquement tous les hôpitaux réalisés en dur par les entreprises du secteur public sont concernés à des degrés divers par les problèmes de finition. Les malfaçons sont la cause d'une dégradation accélérée des établissements, créant des situations d'inconfort et de non fonctionnalité et pesant d'un poids quelquefois important sur les coûts de fonctionnement.

Ainsi, le lancement massif d'infrastructures sur des périodes de temps assez courtes et les insuffisances dans la maîtrise de la conception et des délais de réalisation des projets ont produit une somme d'effets pervers dont le gonflement artificiel des coûts et les perturbations engendrées au niveau du programme tout entier par reports successifs d'entrées en service ne sont pas les moindres. Les conditions de réception et de mise en fonctionnement des infrastructures exigent un minimum de coordination avec d'autres éléments qui ne sont plus assurées face à des livraisons massives, décalées par rapport à leur programmation initiale.

2.2. Les incidences sur les délais et les coûts de réalisation :

A l'instar de la typification des infrastructures, les coûts des projets sont établis suivant une grille de coûts normatifs. Ces derniers sont calculés et actualisés sur la base de normes de productivité du travail, de délais de réalisation, de coût des matériaux et des équipements, mais aussi sur la base des estimations de coûts confirmées par l'expérience du terrain. Les coûts normatifs ainsi obtenus sont pondérés par des coefficients reflétant les surcoûts qui peuvent résulter des conditions de localisation des projets de développement.

Suivant la grille de coûts ainsi établie, la maîtrise des projets du secteur renvoie principalement à la maîtrise des coûts dans le BTP, l'équipement médical ne représentant environ que 12 % du total et étant importé. L'évolution des coûts enregistrée sur 5 ans montre un gonflement important du coût du BTP et particulièrement du gros oeuvre au détriment de l'équipement médical principalement. La chute enregistrée est probablement due aux restrictions imposées dans le domaine des importations. Le coût de la réalisation a augmenté d'une manière non proportionnelle pour les catégories d'établissement : il a crû de 43,7 % pour les hôpitaux de 240 lits contre un taux de croissance de 63,9 % pour les hôpitaux de 120 lits.

TABLEAU N° 1
ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE DE COÛTS DES HOPITAUX DE 120 ET 240 LITS

Désignation	Structure 1983				Structure 1987				Taux d'accroissement 1983-1987 %	
	Hôpitaux 120 lit		Hôpitaux 240 lit		Hôpitaux 120 lit		Hôpitaux 240 lit		H. 120 lits	H. 120 lits
	1000 DA	%	1000 DA	%	1000 DA	%	1000 DA	%		
Etudes	2500	5.28	3500	5.1	2500	3.22	3850	3.91	0	10 %
GROS-Œuvre VRD	18400	38.92	26500	38.67	46000	58.06	51500	52.23	144.5	94.3
Second-Œuvre	17600	37.23	25350	37.0	21200	27.35	30000	30.46	20.4	18.3
Équipement (*)	6500	13.75	10900	15.9	6600	8.52	10950	11.06	1.5	0.4
Logements d'accompagnement	2275	4.81	2275	3.32	2200	2.84	2200	2.23	- 3.3	-3.3
TOTAL	47275	100	68525	100	77500	100	98500	100	63.9	43.7

(*) L'équipement médical représente environ 15 % du total équipement.

Les coefficients de pondération des coûts s'appliquant à la grille précédente sont fixés par rapport aux quatre niveaux suivants :

- Zones du littoral : 100 % du coût normatif ;
- Zones des hauts plateaux : 115 % du coût normatif ;
- Zones pré-sahariennes : 130 % du coût normatif ;
- Zones sahariennes : 150 % du coût normatif ;

Confrontée aux données du terrain la grille des coûts révèle son inadaptation en raison de son décalage par rapport aux conditions objectives de réalisation. Les coefficients de pondération de coûts sont eux-mêmes sans signification en raison de l'existence de contraintes différentes dans une même zone théoriquement homogène pouvant influencer significativement sur les coûts dans le sens d'une hausse ou d'une baisse.

Si la grille des coûts normatifs sert de base à la détermination du coût global des enveloppes des projets, il n'en demeure pas moins qu'elle constitue un coût plancher à partir duquel sont introduites les demandes de réévaluation.

Les exemples suivants, qui ne constituent cependant pas des cas d'espèce, illustrent le hiatus existant entre les coûts normatifs et les coûts réels observés.

TABLEAU N° 2
EVOLUTION DES COÛTS ET DES DELAIS DE REALISATION DE QUELQUES PROJETS D'HOPITAUX DE 240 LITS

	Azzazga		Draa El Mizan		Bou-Saâda		El Harrach		Constantine	
	Année	1000 DA	An-née	1000 DA	An-née	1000 DA	An-née	1000 DA	Année	1000 DA
Individualisation	75	14800	75	14800	75	14800	80	70000	80	70000
1ère réévaluation	78	52260	78	49105	78	40598	85	80500	87	83850
2ème réévaluation	81	61360	81	58205	81	49618	86	87500	88	111350
3ème réévaluation	85	85000	85	81500	84	65118	88	108500		
4ème réévaluation	88	16900	88	104000	85	78418				
5ème réévaluation					86	90970				
6ème réévaluation					86	104500				
7ème réévaluation					87	109000				

Les coûts ont été multipliés par 8 environ pour les trois hôpitaux programmés durant le 2ème Plan Quadriennal, alors que les délais de réalisation ont à chaque fois dépassé les 10 ans à partir du moment où les études ont été engagées.

L'inadaptation de la grille des coûts d'une part et l'allongement des délais de réalisation d'autre part ont conduit à une surenchère des coûts de réalisation sans pour autant que l'on puisse prouver le bien-fondé des demandes de réévaluation par minoration des autorisations de programmes initiales ou leurs excès par insuffisance de maîtrise des conditions de réalisation des projets.

Il y a probablement interférence des deux facteurs sans pouvoir situer les proportions respectives. En tout état de cause, l'ampleur des réévaluations introduites contribue à remettre profondément en cause le

système de gestion planifiée des investissements tel qu'il a prévalu jusqu'au 2ème Plan Quinquennal. A titre indicatif, l'autorisation de programme initiale du programme A (triennal et premier quadriennal) a été fixée à 987.569 milliers de DA ; actualisée à fin 84, elle est réévaluée à concurrence de près de 1,7 million de DA pour se fixer à 2,75 millions de dinars. A la fin 84, l'AP du programme B est passé de 3 milliards (AP initiale) à 4 milliards de dinars avec des perspectives de clôture plus élevées.

La contrainte des moyens de réalisation conduit à des consommations de crédits très faibles par rapport aux inscriptions de chaque année.

TABLEAU N° 3
EVOLUTION DES INSCRIPTIONS ET DES CONSOMMATIONS DE
CREDITS ENTRE 1980 ET 1986
(en milliers DA)

Année	80	81	82	83	84	85	86	Cumul 80-86
Inscriptions	2560	1830	3120	4800	1100	1260	470	15140
Consommation	360	390	1040	1610	1970	1520	1790	8680
Taux de consommation	14.1	21.3	33.3	33.5	179.1	120.6	380.8	57.3

Source : Ministère de la Planification.

A fin 1986, sur un montant global de 19,654 milliards de dinars d'autorisation de programmes accordés au secteur, le reste à réaliser se chiffre à 9,86 milliards de dinars soit la moitié du programme tout entier.

En ne prévoyant aucune inscription pour les années à venir, il faudrait quelques 5 ans et demi pour absorber le reliquat des investissements au même rythme de consommation que celui de l'année 1986.

En termes de réalisations physiques, à fin 1984, il a été livré seulement :

- 37,4 % des hôpitaux;
- 42,8 % des polycliniques;
- 51 % des maternités;
- 41,3 % des centres de santé.

Les projets d'investissements n'ont pu être sérieusement pris en charge du point de vue de leur réalisation que tardivement. L'importance du programme retenu dans le cadre du 1er Plan Quinquennal a contribué à créer un engorgement massif de projets.

D'une manière générale, la résolution du problème des moyens de réalisation s'est, le plus souvent, effectuée au détriment du suivi des coûts, ce qui a d'ailleurs conduit à des réévaluations de programme en proportion considérable.

2.3. Les conditions de mise en service des infrastructures :

Ces conditions influent directement sur le fonctionnement et la rentabilisation des structures sur une période plus ou moins longue.

La dotation initiale en moyens requis pour permettre l'entrée en service et **le fonctionnement régulier de tout établissement est un élément important**

d'une bonne prise en charge et d'une intégration de ses activités.

Dans les cas des établissements sanitaires, la synchronisation est à réaliser entre trois composantes : les infrastructures, le personnel médical et l'équipement. Les problèmes afférents aux retards de livraisons présentent des incidences négatives sur les conditions de mise en service des infrastructures et les modalités d'agencement des différentes composantes. La programmation réalisée est l'objet de perturbations qui tendent à différer les entrées en services et à allonger les délais de montée en cadence. Dans ce contexte, les livraisons massives d'infrastructures bouleversent complètement les plannings les plus larges. Entre 1980 et 1984, il a été réceptionné :

- 27 hôpitaux totalisant 10.740 lits ;
- 130 polycliniques ;
- 276 centres de santé ;
- 30 maternités ;
- 10 laboratoires d'hygiène de wilaya.

Beaucoup plus concentrée est la livraison des hôpitaux durant la période considérée puisque la quasi-totalité des réceptions s'échelonne sur deux ans (1983 et 1984) :

TABLEAU N° 4
RECEPTION DES HOPITAUX ENTRE 1980 ET 1986

Désignation	80	81	82	83	84	85	86	En cours à fin 86
Hôpitaux 60 lits						1		1
Hôpitaux 120-150				4	13	5	2	13
Hôpitaux 240-260		1		2	6	17	12	20
TOTAL	0	1	0	6	19	23	14	34

Source : Ministère de la Santé Publique.

Les contraintes pesant sur les livraisons d'infrastructures étant données, elles vont affecter diversement la dotation en moyens humains et matériels pour conduire, dans tous les cas, à des allongements de délais de mise en service.

Dans le cas de l'équipement médical, les procédures de suivi de projet conduisent l'ENEMEDI - titulaire du monopole dans ce domaine - à intervenir une fois le gros oeuvre terminé pour s'informer des plans de pré-installation et vers la fin du projet (avant cloisonnement) pour réservation de l'espace équipement. Le matériel médical est livré alors suivant les délais prévisionnels de fin des travaux pour montage. Or, entre les prévisions de fin de chantier et les délais réels, plusieurs années peuvent s'écouler alors que la livraison des équipements a déjà été effectuée. De la sorte, le matériel est soumis à des délais d'attente onéreux (quelquefois plus de 5 ans). Les retards de livraison des projets attendus durant le 1er Plan Quinquennal ont conduit à des accumulations des stocks de matériels importants en suscitant de véritables goulots d'étranglement. Entre 1980 et 1984, il a été importé (pour une valeur de 1,7 milliards dinars) :

- 5 scanographes ;
- 1220 appareils de radiologie ;
- 1600 blocs dentaires ;
- 138 blocs opératoires ;
- 115 échographes ;
- 100 postes d'ophtalmologie ;
- 102 reins artificiels ;
- 126 incinérateurs.

D'autre part, les mauvaises conditions de conservation du matériel quelquefois entreposé sur chantier sans protection entraînent à de multiples dégradations.

A différents niveaux, les établissements sanitaires subissent des contraintes en matière d'équipement :

- la dotation initiale au titre de l'équipement des hôpitaux (240 lits) et de l'ordre de 7,5 millions de DA en moyenne (inscription) alors que les études de typification et de normalisation réalisées par l'ENEMEDI situent cette enveloppe à environ 20 millions de DA. Il en résulte que les établissements sont concernés à des niveaux divers par les problèmes de "sous-équipements " ;

- les effets de la crise économique ont conduit à une quasi-suspension des importations de matériel médical, ce qui oblige à réaliser des ponctions de plus en plus nombreuses sur le stock disponible pour faire fonctionner les établissements nouvellement réceptionnés. A défaut de demeurer fermés, ceux-ci enregistrent des taux d'activité très bas ;

- les problèmes de maintenance commencent à leur tour à susciter de grandes inquiétudes face à la vacuité du domaine et au regard du parc hétérogène constitué.

CONCLUSION

Aux termes de cette étude, nous tenterons de fournir quelques éléments de réponse à la question de la maîtrise de la croissance de la santé dans sa finalité et dans sa mise en oeuvre.

En premier lieu, la "planification du développement" sanitaire apparaît comme étant dominée par des préoccupations portant sur un renforcement en termes d'infrastructures du secteur sans qu'elle arrive à justifier par une argumentation objective et acceptable le bien-fondé de sa démarche.

En deuxième lieu, la relégation des problèmes de mise en service et d'utilisation des infrastructures au second rang des priorités place la fonction de planification exclusivement au niveau de la programmation des investissements, sans incidence significative sur l'organisation et le fonctionnement dans sa globalité du secteur.

Les difficultés attachées à la mise en oeuvre et à la gestion des projets de développement éclairent les insuffisances et les limites de la programmation ainsi réalisée.

En troisième lieu, les errements et les retournements de tendances observés dans la mise en oeuvre de la politique sanitaire sont l'expression d'une vision segmentée et parcellisée du secteur et d'une interprétation restrictive des objectifs qui lui sont attachés. En particulier, la séparation des fonctions de gestion des établissements et de programmation des investissements conduit à une vision autonomisée du développement du secteur.

Ces caractères confirment d'une manière générale la politique sanitaire dans la perspective d'une médicalisation accrue du champ de la santé alors que l'offre de soins devient le principal levier du secteur.

Il y a à ce niveau l'expression d'une tendance technocratique qui développe une conception de la santé fondée sur l'affirmation de la fonction curative et qui situe les problèmes de santé publique uniquement dans la sphère des soins. Sans doute faut-il comprendre à ce niveau les difficultés de l'appareil sanitaire national à atteindre les seuils de capacité, d'efficacité et de performance que le programme consenti en sa faveur se doit de lui exiger.

Les nouvelles dispositions de la politique sanitaire augurent de perspectives plus favorables au développement du système de santé. Ces orientations sont en mesure de contrebalancer les tendances observées actuellement. Mais fallait-il de nouvelles orientations pour rétablir la prévention dans ses droits et pour inciter à une gestion plus rationnelle et plus efficiente du patrimoine sanitaire ?

Notes

[*] Chercheur au CREAD

[]** Communication présentée aux journaux d'études : «pour une investigation socio-économique du champ de la santé en Algérie» organisées par le CREAD les 25/26 Mai 1988 à l'hôtel El-Djazair-Alger

[1] Plan triennal 1967-1969.

[2] Programmation sanitaire du pays : bulletin de liaison n° 1 - 1976. Document préparé par le groupe de travail inter-ministériel.

[3] Bilan économique et social de la décennie 1967-1978.

[4] Fondements de la carte sanitaire nationale 1982. Ministère de la santé.

[5] Pour une présentation critique de la carte sanitaire cf. l'article de M. KADDAR in la revue du CENEAP n° spécial consacré à la santé.

[6] M. KADDAR op. cit. p. 143.

[7] Ministère de la Santé Publique : rapport sur l'exécution du Plan 1980-1984.