

FATIMA ZOHRA OUFRIHA<sup>[\*]</sup>

## De quelques éléments d'appréciation sur l'efficacité du fonctionnement des services de soins en Algérie

L'activité de soins et en particulier l'activité hospitalière ne se prête que très malaisément à la quantification et ce, dans les pays les mieux outillés du point de vue statistique. On ne sait pas mesurer son efficacité réelle. En fait avant de procéder à notre tentative d'évaluation nous allons procéder à la critique des instruments statistiques utilisés à cet égard pour en montrer les limites.

En effet, l'hôpital constitue toujours la conjonction d'une structure administrative ayant mission de service public qui fournit des prestations, des services, en faisant appel à une profession, celle de médecin, qui même salarié n'en conserve pas moins des pratiques et une idéologie fortement imprégnées par ce qu'il est convenu d'appeler l'esprit libéral. Les médecins principaux ordonnateurs des dépenses de santé ne participent que partiellement à la gestion de leur propre service et de l'établissement ou de façon plus large du secteur sanitaire dans lequel ils exercent et ceux en dépit de la mise sur place d'organes les impliquant dans cette gestion<sup>[1]</sup> (conseil médical, conseil de direction).

L'hôpital est devenu l'élément central du système de soins en Algérie, malgré tout le discours en sens inverse, or il en est un des éléments le plus coûteux : les hôpitaux reçoivent à peu près les trois quarts des ressources affectées au fonctionnement des secteurs sanitaires<sup>[2]</sup>.

Ceci constitue un des éléments de critique à porter au dossier de l'hospitalo-centrisme. C'est pour cela que nous centrons notre tentative d'évaluation sur les hôpitaux.

Par ailleurs les nouvelles conceptions développées depuis peu à la suite de la modification de la politique de santé et des règles de fonctionnement du système (lesquelles se sont traduits en particulier par l'organisation distincte des CHU), voudraient le voir «rentable» c'est-à-dire qu'elles l'assimilent implicitement à une «entreprise». Or du fait des particularités de service public qui pèsent sur lui on ne peut lui appliquer les mêmes critères ni l'analyser de la même façon. En effet il a mission d'hébergement et d'assistance qu'il doit pouvoir accomplir dans n'importe quelle circonstance. Il est astreint à une obligation d'enseignement et de recherche qui ne sont «rentables» qu'à long terme...

Mais surtout du point de vue de l'analyse économique les usagers ne sont pas payeurs, n'ont aucune possibilité de choix vis-à-vis de leur hospitalisation et ne sont pas aptes à apprécier et à juger – du point de vue technique – le service rendu. La tutelle gouvernementale (via le Ministère de la Santé et celui des Finances qui sont en dernière instance les vrais décideurs des moyens à lui allouer et, de ses procédures de travail) est-elle à même de suppléer à cette impossibilité de choix et de contrôle des usagers ? Est-elle à même d'initier et d'accompagner de façon efficace des procédures de rationalisation des méthodes et d'affectation des ressources en vue de véritables politiques de santé ? Telle serait la gageure à tenir qui jusqu'à présent semble n'avoir fonctionné que timidement et produit peu de résultats.

Ceci est d'autant plus important à analyser que l'hôpital en Algérie – et en particulier le CHU – à l'instar de ce qui se passe dans les pays développés se veut lieu de pratique d'une médecine technicisée : la diffusion récente des nouvelles technologies d'aide au diagnostic et de soins est là pour en témoigner[3]. Tandis que le simple clinicien est entouré de toute une série de tests biologiques, d'explorations fonctionnelles, de clichés radiologiques. La couverture collective du risque maladie permet théoriquement à chacun de pouvoir bénéficier des soins hospitaliers les plus coûteux : qu'elles sont les procédures sociales et économiques à l'oeuvre dans la hiérarchisation des besoins et l'affectation des ressources ?

Or l'activité hospitalière fournit un «produit» difficile à cerner puisque sa nature même pose problème jusqu'actuellement. En effet on rencontre en général deux types de démarches pour l'appréhender. La première fait référence à ses missions, la seconde se base sur des indicateurs d'activité censés exprimer l'importance quantitative de cette activité. Toutes deux ont été critiquées et sont peu satisfaisantes quand à la saisie de son objet. La première parce que se référant à des notions trop vagues et trop générales telles que «diagnostiquer», «traiter», «rééduquer» etc... La seconde parce que se basant sur des indicateurs d'activité classique dont l'insuffisance n'est plus à démontrer. Il en est ainsi des «entrées» par suite de la non homogénéité des états de santé des différents malades à l'entrée puis à la sortie de l'hôpital, il en est aussi des traitements qu'ils y ont reçus, même si par ailleurs ils ont le mérite de centrer l'output sur la personne du malade traité – peuvent donc constituer une bonne mesure du produit de l'activité d'hôpital.

Il en est de même des «journées d'hospitalisation» lesquelles constituent une expression statistique encore plus mauvaise de la production hospitalière car le contenu en est fortement hétérogène (différent de personne à personne, de service à service). Il reste que la solution idéale sur le plan théorique préconisée par certains consisterait dans la saisie d'une différence d'un état de santé à l'entrée et à la sortie[4]. Ceci pose des difficultés considérables d'ordre conceptuel et statistique. Cependant si les indicateurs actuels de gestion semblent être remis en cause par tout un courant de

pensée, parce que trop grossiers et donc ne permettant point de comparaisons spatiales ou temporelles, du fait de l'hétérogénéité du contenu des journées de l'hospitalisation et de la diversité des motifs d'admissions à l'hôpital, encore moins d'établir un jugement définitif sur la qualité de la gestion des établissements ; c'est non pas pour refuser toute mesure mais pour essayer de mieux cerner cette activité. Les propositions et recherches sont nombreuses à ce sujet et vont de la revendication de la standardisation du produit hospitalier «de telle sorte que l'on puisse relier les dépenses à une prestation médicale bien définie, ce qui permettra ensuite d'évaluer les conditions de son obtention[5] aux projets de médicalisation des systèmes d'information[6] ayant pour but l'amélioration de l'information médicale et la médicalisation de l'information administrative.

En Algérie la budgétisation administrative des dépenses de santé qui constitue le système actuel de collecte des données financières se prête mal à une exploitation simultanée des informations médicales lesquelles sont «produites» mécaniquement par les services mais non traitées au niveau central[7]. Il y a donc lieu de préconiser sa suppression et son remplacement par un système qui permette le croisement des informations médicales et financières lequel permettrait alors le calcul du coût des traitements et des activités déployées à l'hôpital.

C'est ce que semble viser le Ministère de la Santé avec l'établissement du tableau de bord de la Santé (TBS)[8] qui vise la saisie combinée des activités et des moyens ainsi que le contrôle général de gestion.

En dépit donc des critiques formulées à la démarche qui se base sur les indicateurs d'activité dans des pays qui ont fortement épuisé cette voie et qui tentent de concevoir des systèmes d'information intégrés et en attendant leur production et leur mise en place, nous estimons qu'il reste utile de se pencher sur ces indicateurs, nous apporter quelques éclairages utiles surtout si on essaie de les mettre en rapport avec les dépenses. Par ailleurs nous estimons que la rupture de tout lien financier entre rémunération des médecins et activités de soins en Algérie confèrent à ces dernières un degré plus élevé de signification qu'il n'en a dans une médecine à l'acte dans la mesure où l'activité peut être gonflée artificiellement.

En fait nous essaierons d'apprécier «l'efficacité» de l'hospitalisation tout d'abord à travers le degré d'utilisation de ses moyens physiques : coefficient d'occupation des lits et durée moyenne de séjour : indicateurs compris à partir des journées d'hospitalisation. Il s'agit donc d'une première «mesure» de nature «technique». Cette première partie ne prend en considération que l'hospitalisation parce qu'il n'existe aucune donnée permettant d'apprécier l'activité réelle des structures extra-hospitalières.

Ensuite nous essaierons de rapprocher certains indicateurs de moyens (budgets des secteurs sanitaires, nombre de lits, nombre de médecins...) aux indicateurs d'activité pour apprécier l'efficacité

économique de fonctionnement c'est-à-dire l'efficacité, des secteurs sanitaires.

## **1 – L'efficacité technique de fonctionnement de l'hospitalisation**

### **1. L'efficacité de l'hospitalisation saisie à travers le coefficient d'occupation des lits**

#### **1.1. Elle peut l'être au plan national d'abord :**

Deux sources d'information distinctes existent à ce sujet : l'une ponctuelle : il s'agit de l'Enquête<sup>[9]</sup> effectuée en 1981 pour l'établissement de la carte sanitaire et exploitée par un groupe d'experts soviétiques. La seconde qui théoriquement devrait être régulièrement suivie (avec une périodicité à déterminer) existe en fait pour les années 1977, 1978 et 1979<sup>[10]</sup> dernières années pour lesquelles on a procédé à l'exploitation des rapports moraux et financiers des hôpitaux (ou des secteurs sanitaires). Depuis bien que l'information nécessaire continue à être produite, elle n'est point exploitée au niveau central, ou plus exactement on se contente des indicateurs les plus globaux : journées d'hospitalisation et mouvement sanitaires...

Des données établies directement par les propres services du Ministère, le taux moyen d'occupation des lits a été de 63 % en 1977, de 62 % en 1978 et de 64 % en 1979 : Ce taux semble donc bien être un taux moyen de la période traduisant fidèlement la situation qui prévaut globalement, même si comme nous le verrons plus loin il masque des disparités régionales qui auraient dû être prises en considération avant de postuler et de viser l'égalisation du ratio de nombre de lits déterminé pour une population déterminée (le ratio visé a été de 29 pour 10.000 habitants).

Quelques années plus tard en 1981 le groupe d'experts soviétique aboutit à travers l'enquête effectuée à un résultat similaire. L'appréciation de l'utilisation – en fait de la sous-utilisation des lits – est effectuée à partir de l'indice du nombre moyen de jours d'utilisation laquelle peut-être calculée en jours ou en pourcentage. En 1981 cet indice s'est globalement établi à 230-234 jours soit 63,3 % de taux d'utilisation, ou en d'autres termes l'ensemble des lits hospitaliers disponibles n'a pas été utilisé pendant 130 à 135 jours dans l'année, ce qui veut dire aussi que 36,7 % des lits disponibles, largement plus du tiers, sont restés inoccupés durant toute l'année.

La sous-utilisation élevée des lits dans les hôpitaux (qui peut aller de 70 à 30 %) est d'autant plus injustifiée qu'elle s'accompagne d'un très bas niveau d'hospitalisation compte tenu de l'état de santé de la population. Le problème n'étant pas d'hospitaliser coûte que coûte, ni de construire des hôpitaux qui restent inoccupés – mais au minimum de se préoccuper de l'utilisation de ceux existants. C'est ce qui ne semble pas être le souci majeur des autorités responsables du secteur si l'on croit le rapport d'experts pré-cité puisque «dans les

établissements hospitaliers un nombre important de lits dont le prix est élevé n'est pas utilisé et les organismes sanitaires directeurs n'effectuent pas sur les lieux le contrôle nécessaire et ne sont pas responsables de la sous-utilisation des lits au niveau national». Un constat bien sévère, pire : inutilisé par ses commanditaires puisqu'il ne va pas servir à modifier l'approche en termes de nombres de lits nécessaires à mettre en place et qu'au contraire nous allons assister avec le premier et le second quinquennal à la multiplication des lits d'hôpitaux pour accroître l'offre publique jugée insuffisante par certains, alors que l'on met l'accent sur la montée des besoins sociaux. Mais si insuffisance de l'offre de soins il y avait : Etait-ce bien insuffisance de lits d'hôpitaux et le besoin de lits était-il si urgent qu'il fallait se mettre à les commander «clefs en main», pour aller plus vite, en préfabriqué ? Or tout hôpital entraîne des frais récurrents de fonctionnement dont beaucoup sont des frais fixes qu'il fonctionne «bien ou mal» «beaucoup ou pas assez». On a donc préparé le lit de la flambée des dépenses publiques qui va accompagner leur réception et leur mise en fonctionnement. Pour en revenir au degré d'utilisation du parc hospitalier existant en 1981 : la durée moyenne d'utilisation d'un lit qui y est relevée (230 jours) est à rapprocher de la norme internationale en la matière qui s'établit à 320 jours. Il y avait donc des potentialités considérables d'utilisation supplémentaire des lits existants qui n'ont pas été exploitées. Il serait utile de savoir où en est actuellement ce coefficient d'occupation après l'extension rapide du parc de lits.

Il faut souligner à cet égard que le fonctionnement correct d'un lit c'est-à-dire son utilisation optimale est conditionnée par plusieurs facteurs dont il faudrait pouvoir déterminer le plus important d'entre eux, mais dont on peut citer les suivants (sans préjuger de leur importance) :

- Une bonne intégration des secteurs sanitaires c'est-à-dire une coordination efficace entre les unités de soins extra-hospitalières (polycliniques, centres de santé...) et les hôpitaux. Les premières organisant et dirigeant un flux de malades justiciables des seconds qui sont susceptibles alors de les accueillir. Pour qu'il s'agisse réellement d'un secteur sanitaire intégré, il faudrait que le flux de malades qui lui soit interne ne soit pas bloqué à tous les niveaux par des procédures bureaucratiques et des goulots d'étranglement de toutes sortes...

- Une organisation efficace des services susceptibles de recevoir un flux plus ou moins régulier de malades externes au secteur sanitaire faisant partie d'un système de soins articulé, en particulier les urgences médicales et chirurgicales sur lesquelles l'attention des pouvoirs publics s'est localisée à un certain moment, mais aussi les accouchements dans la mesure où la politique choisie est celle de les «capter»<sup>[11]</sup> et qui se font dans les conditions les plus défavorables même en «milieu assisté» ce dont témoigne l'importance tant de la mortalité maternelle que de la mortinatalité en milieu hospitalier.

- L'organisation de l'hospitalisation des malades n'est pas non plus sans jouer un rôle important. Cette dernière va de l'accueil aux

malades jusqu'aux procédures administratives par lesquelles il faut transiter. Globalement les structures publiques, à l'exception de quelques services spéciaux, après avoir joui d'une popularité et d'une attractivité certaines se sont par la suite au fil des ans constitué une réputation fâcheuse – d'où la pression pour envois pour soins à l'étranger, qui n'est pas une simple demande de soins sophistiqués non disponibles sur place mais bien aussi le signe plus profond d'un rejet du fonctionnement de l'hospitalisation en particulier par les couches aisées et celles produites par la politique de développement lesquelles ont "mieux accepté et pratiqué les consultations externes de ce dernier.

– L'entretien régulier des locaux, des lieux d'exercice, de la literie, des équipements et matériels médicaux et chirurgicaux etc... de façon telle que ne se transforment pas très rapidement en quasi-dispensaire des services neufs – refaits à neuf et rééquipés – y compris de services spécialisés (chirurgie) du plus grand et plus spécialisé des CHU de Mustapha. Autrement il ne sert à rien d'avoir du personnel pléthorique et de demander des crédits supplémentaires.

En fait, il est tout à fait faux de dire que les services de santé ont manqué de moyens financiers, si l'on se base sur le taux de croissance des budgets globaux alloués aux secteurs sanitaires – en fait essentiellement et pendant très longtemps quasi uniquement aux hôpitaux – par suite de la faiblesse initiale des structures extra-hospitalières. Plus fondamentalement et à ce simple niveau, leur a fait cruellement défaut une politique doublée d'une volonté continue d'entretien régulier, au jour le jour d'abord, d'entretien et de réparation de fond normalement faites, bref de maintenance tant des locaux que des appareils et instruments utilisés (dont témoigne les taux élevés d'appareils en panne, cassés, mis au rebut...).

Si ponctuellement et de façon tout à fait circonscrite à certains appareils complexes, on peut incriminer l'insuffisance de techniciens de façon générale et massive il faut noter «l'irresponsabilité» généralisée dans les hôpitaux. Dans beaucoup de services il semble ne plus y avoir une autorité incontestée<sup>[12]</sup> et dirigée incontestablement dans le sens d'un fonctionnement normal où le personnel paramédical et d'entretien assure convenablement sa tâche. Le «manque» de formation professionnelle, le faible degré de qualification outre qu'ils ne sont pas toujours réels, ne sont en fait que des alibis pour masquer les défaillances, le manque de conscience professionnelle (sinon de conscience tout court) d'une grande partie du personnel en particulier paramédical.

Tableau n° 1  
Coefficient d'occupation des lits par wilaya

Wilaya	taux d'occupation %			Wilaya	taux d'occupation %		
	1977	1978	1979		1977	1978	1979
Adrar	45	53	54	Djelfa	68	71	75
El-Asnam	77	77	84	Jijel	78	90	88
Laghouat	37	14	41	Sétif	84	75	78
Oum El-Bouaghi	77	62	67	Saïda	49	42	52
Batna	64	68	67	Skikda	63	61	61
Béjaïa	82	88	79	Sidi Bel-Abbès	56	54	53
Biskra	71	63	64	Annaba	72	68	57
Béchar	48	47	52	Guelma	54	55	60
Blida	64	64	67	Constantine	71	75	74
Bouïra	67	54	61	Médéa	47	50	66
Tamanrasset	49	49	45	Mostaganem	64	71	58
Tébessa	57	59	68	M'Sila	90	76	90
Tlemcen	47	43	48	Mascara	48	47	50
Tiaret	53	58	68	Ouargla	41	45	50
Tizi-Ouzou	57	54	53	Oran	56	61	61
Alger	65	64	70	Algérie	63	62	64

Source : Données statistiques sur la santé p.

Tableau n° 2  
Coefficient d'occupation selon les disciplines  
Unité : 0 %

Disciplines	Coefficient d'occup.			Disciplines	Coefficient d'occup.		
	1977	1978	1979		1977	1978	1979
Médecine générale.	68	70	72	Cancérologie	48	96	75
Pédiatrie	63	59	63	Rééducation	60	17	28
Pneumo-ptisiologie	62	58	59	Chirurgie générale	63	66	69
Maternité	69	73	77	Gynécologie obstétric.	74	53	51
Psychiatrie	62	63	70	O.R.L.	50	47	49
Gastro-entérologie	63	97	77	Ophthalmologie	73	62	69
Cardiologie	—	36	54	Urologie	70	72	54
Dermato-vénérologie	68	17	49	Endocrinologie	84	90	96
Rhumatologie	—	108	94	Neuro-chirurgie	55	71	57
Neurologie	—	66	55	Autres	—	63	—
Contagieux	20	30	53	Ensemble	63	62	64

Source : op. cité.

Si comme il semble ce taux moyen recouvre des situations divergentes selon la spécialité et masque semble-t-il un déficit en lits spécialisés il y aurait lieu d'organiser des services de désencombrement et non pas forcément multiplier ces derniers. En effet l'hôpital ne peut refuser son rôle d'hébergement et il n'y a aucun moyen de savoir si un lit même spécialisé est occupé à des fins médicales ou sociales. On ne sait comment sont orientés les cas sociaux, les indigents les chroniques... Un grand nombre d'entre eux semble être conservé à l'hôpital.

## 1.2. Elle peut l'être au plan régional ensuite :

En effet le coefficient d'occupation des lits au plan national ne constitue en fait qu'une moyenne pondérée, compte tenu du nombre de lits disponibles qui recouvre des taux d'occupation par wilaya extrêmement divergents puisqu'il va de 41 ou 90 % en 1979. Si le nombre de wilaya où il a tendance à augmenter est plus grand que

celui où il a tendance à diminuer ou à stagner entre 1977 et 1979 (18 contre 13) l'examen attentif des tableaux y afférents ne laisse pas déceler de «loi» ou de tendance nette à une sur-occupation des lits dans les wilayate où la densité hospitalière est la plus faible bien au contraire. On peut donc en déduire une première conséquence extrêmement importante du point de vue localisation hospitalière : on ne peut partir des densités hospitalières – ou nombre de lits pour 1000 habitants – pour décider de planifier (via la carte sanitaire nationale) l'implantation géographique de nouveaux hôpitaux, avec comme but proclamé l'égalisation des densités hospitalières et ce, dans un souci d'équilibre régional et de justice sociale, les zones les moins densément équipées en lits d'hôpitaux étant toujours présumées plus «démunies» plus «deshéritées» etc... de ce seul fait. On connaît les résultats déplorables qu'une telle approche a produit en termes de multiplication de lits d'hôpitaux et donc il faudrait pouvoir faire l'évaluation en termes de surcoûts imposés à un système de soins dont on a accentué les dépenses qu'il occasionne sans impact radical sur le niveau de santé.

### **Quels sont les déterminants régionaux du coefficient d'occupation d'un lit hospitalier ?**

On peut dire tout d'abord que du point de vue «offre de soins» ce sont les conditions générales précédemment énumérées qui jouent plus ou moins fortement selon les wilayate, compte tenu des personnels de santé qui impulsent le fonctionnement des différentes structures. L'inégalité réelle, réside plus dans la disponibilité différentielle en catégories et types de personnels médicaux. En fait c'est plus dans la combinaison «infrastructures personnels», dans le couplage de moyens matériels et humains, dans l'organisation du travail au sein des unités de production que se joue l'efficacité de la façon la plus grossière qui soit en Algérie : rien ne sert d'avoir des murs si on n'est pas capable de les faire fonctionner réellement comme unités de soins, de façon efficace c'est-à-dire en utilisant au mieux d'abord les potentialités qui existent sur place – en sens inverse rien ne sert d'«encombrer» les services de trop de médecins et de personnel... alors que les malades sont dehors.

Une telle démarche impliquait une optimisation du fonctionnement et non une extension du système hospitalier, en résolvant cas par cas éventuellement, et en prise directe sur le fonctionnement concret et non à partir de normes abstraites de prétendus besoins de lits d'hôpitaux !

Du point de vue «demande de soins» d'autres facteurs peuvent être mis en relief pour expliquer les taux d'occupation différentiels et ce sont ces derniers qui semblent déterminants. En effet l'offre n'engendre pas de façon mécanique une demande correspondante, de même qu'il n'y a aucune liaison obligatoire et immédiate entre disponibilité de l'offre et production réelle de soins.

On peut tout d'abord mettre en avant des morbidités différentielles, elles-mêmes résultant de conditions climatiques, écologiques,

économiques ou même démographiques spécifiques aux différentes wilayate – ou mieux aux différentes régions géographico-sanitaires du pays.

Par ailleurs, la demande exprimée auprès des réseaux publics de soins – dont on peut présumer qu'ils ont plus tendance à orienter vers l'hôpital – peut-être d'autant plus faible qu'existe par ailleurs une forte densité médicale privée ou que sa répartition est plus équilibrée dans certaines wilayate, soit que ces services eux-mêmes sont très mal organisés et «rejetent» donc les malades pour toutes sortes de raisons.

Il y a ensuite des attitudes collectives culturelles devant l'hôpital propres en fait non pas à chaque wilaya mais propres à chaque aire géoculturelle de l'Algérie, qui rejoint sans s'y confondre des clivages tels que citadins, néo-urbains, montagnards, fellahs, ouvriers etc... qui traduisent des attitudes différenciées devant la maladie et le rapport au corps d'abord, devient l'appareil de soins ensuite.

Cependant, le clivage le plus important en matière d'attitude devant l'hospitalisation semble être d'ordre socio-économique, c'est-à-dire en termes de groupes ou de catégories sociales plus ou moins homogènes à cet égard. On peut émettre l'hypothèse d'un «refus» de l'hospitalisation telle que pratiquée par de larges couches, en particulier de catégories salariales hautes produites par la politique de développement qui se traduit par l'ampleur des soins à l'étranger qui théoriquement et initialement étaient destinés aux soins hyperspécialisés, mais qui en fait ont été pratiqués de façon extensive. Avec le quasi blocage récent de ces derniers et les perspectives de cliniques privées, l'hôpital public, s'il veut attirer les clientèles de malades qui l'intéresse doit changer son image de marque : offrir une technicité suffisante ce qu'il est en train d'essayer de réaliser, et un service hôtelier acceptable. L'hôpital et en particulier le grand hôpital étant utilisé plus volontiers dans sa version consultations spécialisées où on reconnaît alors la qualité technique. Il est évident par ailleurs que des couches plus défavorisées (ou des cas sociaux n'ont pas eu cette attitude, au contraire. Cependant une investigation approfondie est nécessaire pour répondre à la question : qui fréquente l'hôpital ? qui y est hospitalisé ?... c'est-à-dire à celle de l'utilisation sociale de l'hospitalisation.

### **1.3. Elle peut l'être enfin à travers le coefficient d'occupation selon les disciplines**

Pour pouvoir être significatifs, les coefficients d'occupation par discipline doivent être rapprochés de la morbidité tout d'abord. «L'impression qui se dégage de leur confrontation avec ceux des morbidités hospitalières dégageées à partir de l'enquête de 1981, et est celle d'un très fort décalage entre les deux.

La comparaison étant rendue malaisée sinon impossible suite à l'utilisation de nosologies différentes dans les deux cas.

On peut cependant noter parce que la disproportion semble flagrante : entre une morbidité hospitalière par maladies des organes génito-urinaires qui semble déjà excessive en soi (43,38 %) [13] et probablement peu fidèle à la réalité (?) et des services d'urologie dont le coefficient d'occupation en baisse de 1977 à 1979, se situe parmi les plus faibles enregistrés.

## **2. L'efficacité de fonctionnement de l'hospitalisation à travers l'évolution de la durée moyenne de séjour**

L'indice d'utilisation des lits saisi par le coefficient d'occupation ne peut à lui seul permettre de juger du degré d'efficacité du fonctionnement d'un hôpital. En effet on peut arriver à un coefficient d'utilisation plus élevé des lits moyennant des séjours plus prolongés des malades, ce qui est le cas avec le système de la tarification journalière, système qui effectivement «incite» à prolonger les durées de séjour au delà de ce qui est nécessaire sur le plan thérapeutique, compte tenu du fait que les journées «additionnelles» ne comportent que peu d'actes.

Il est donc nécessaire de le coupler à d'autres indices du type durée moyenne de séjour dans les établissements hospitaliers, ou temps moyen d'occupation d'un lit... Tous représentatifs cependant de la seule «utilisation physique» et auxquels il faudrait adjoindre des indices qualitatifs de l'efficacité des soins dispensés tels que ceux suggérés par le groupe d'experts soviétiques concernant l'opportunité des examens, le degré d'exactitude du diagnostic et du traitement compte tenu du fort contingent tant de médecins inexpérimentés (jeune du service civil) que des étrangers [14], ce qui nécessiterait une étude spécialisée qui ne peut être que du ressort des professionnels de la santé.

Voyons cependant comment a évolué la durée moyenne de séjour à l'hôpital : Elle est manifestement en baisse continue durant la période examinée puisqu'elle passe de 11,37 jours en 1977 à 11,11 jours en 1978, à 10,06 jours en 1979 et 7,1 jours en 1981 alors qu'elle était de 26,93 jours en 1961, 25,80 en 1962, qu'elle passe à 23,40 jours en 1965 et à 19,20 jours en 1967 [15] déjà – c'est donc un mouvement à long terme de baisse peut-être par élimination des «cas sociaux», mais par rotation plus rapide des malades compte tenu des modalités de financement : le forfait n'incitant pas à produire des journées d'hospitalisation.

Si un tel résultat peut-être imputé aux nouvelles modalités de rémunération des services, c'est à dire de financement (budget global, forfaitaire préétabli) des hôpitaux en fait plus comme expression d'une volonté délibérée de réduction des durées de séjour moyen, cela ne semble pas aller plus loin dans la rationalisation de l'utilisation des moyens puisqu'en fait suite à :

- un bas niveau d'hospitalisation (41,6 à 47,7 %) ;
- des durées moyennes de séjours courts (7,1 jours) ;
- une rotation des lits ne dépassant pas 68,4.

Tableau n° 3  
Évolution des paramètres d'appréciation de l'activité des secteurs  
sanitaires

<i>Année au 31 Décembre</i>	<i>Taux de fréquentation hospitalière pour 1000 habitants</i>	<i>Coefficient d'occu- pation des lits I</i>	<i>Durée moyenne de séjour (jours)</i>
1977	51,96	62,63	11,37
1978	51,81	61,97	11,11
1979	56,05	64,13	10,06

Tableau n° 4  
Durée moyenne de séjour dans les établissements hospitaliers selon les  
wilayate (au 31 Décembre de l'année)  
Unité : jours

<i>Wilayate</i>	<i>D. moy. de séjour</i>			<i>Wilayate</i>	<i>D. moy. de séjour</i>		
	1977	1978	1979		1977	1978	1979
Adrar	13,18	13,14	10,34	Djelfa	10,96	12,03	11,57
El-Asnam	12,66	13,31	11,30	Jijel	7,92	7,53	7,01
Laghouat	8,46	9,42	5,30	Sétif	8,87	6,91	5,30
Oum El-Bouaghi	10,32	7,50	6,91	Saida	8,15	8,62	7,60
Batna	11,41	11,53	9,83	Skikda	13,48	13,10	11,55
Bejaïa	7,61	7,63	7,28	Sidi Bel-Abbès	9,53	10,07	9,53
Biskra	7,56	7,50	6,45	Annaba	17,11	14,19	9,95
Béchar	11,80	9,54	9,79	Guelma	8,52	7,84	12,28
Blida	19,48	19,52	17,63	Constantine	12,06	12,52	12,54
Bouïra	10,32	10,75	9,00	Médéa	8,81	9,06	6,73
Tamanrasset	10,96	10,96	8,19	Mostaganem	7,14	2,97	6,77
Tébessa	10,09	11,08	11,33	M'Sila	7,31	6,96	7,61
Tlemcen	9,16	8,20	8,52	Mascara	11,15	11,41	9,29
Tisret	11,35	11,19	10,89	Ouargla	8,67	8,18	6,72
Tizi-Ouzou	8,96	8,85	8,17	Oran	15,96	17,00	17,00
Alger	12,75	12,44	11,58	Algérie entière	11,37	11,11	10,06

Source : op. cité.

On arrive à un coefficient d'utilisation des lits de 63 % seulement. Cela signifie en bref que l'on dégage plus rapidement les malades mais qu'on n'utilise pas pour autant les capacités ainsi dégagées pour accroître le volume d'hospitalisation, au lieu de multiplier la construction des hôpitaux. Ceci explique la stagnation des journées d'hospitalisation sur la période 1974-1984 lesquels sont à l'indice 108 en 1984 si on prend 1974 comme base, alors que le nombre de personnes admises à l'hôpital durant la même période est à l'indice 154.

Ce qui corrobore bien une politique délibérée de rotation plus accélérée des malades mais non une politique systématique de meilleure utilisation des lits disponibles. C'est ce que cherche à mettre en relief le rapport du groupe d'experts en faisant varier la durée moyenne de séjour on fait varier son impact sur le besoin en lits. C'est ainsi que le calcul effectué [16] sur la base d'un taux de morbidité de 71 %, de la sélection sur un lit de 5,8 % des malades auprès des consultations publiques, d'une durée moyenne de 7,1 jours et d'une durée moyenne de l'utilisation d'un lit d'hôpital de 230/an – donne un

besoin en lits de 1,3‰ ou 13 pour 10.000 habitants (alors que les normes établies par le Ministère de la Santé visent au contraire : 29 pour 10.000 habitants) ce qui nécessitait 18.353 lits pour 1981.

Au contraire si la durée d'hospitalisation était portée à 320 jours [17] seulement, le «besoin» en lits aurait été de 0,92 ‰ contre 1,3 ‰ déduit des paramètres de fonctionnement (niveau d'hospitalisation, durée moyenne de séjour, rotation des lits) et le nombre de lits nécessaires aurait été de 17.588 lits seulement : soit une différence de 765 lits c'est à dire un «gain» d'un peu plus de trois hôpitaux de 240 lits, qui semble être la taille la plus répandue par la typification des structures de soins.

## 2 – L'efficacité économique de fonctionnement

### 1. Faible degré d'utilisation des structures sanitaires et surcoûts

Nous analysons le faible degré d'utilisation de l'ensemble du potentiel en soins comme l'expression première et la plus générale des surcoûts qui grèvent le fonctionnement de notre système de soins, dans la mesure où en toute hypothèse, l'ensemble est financé par la collectivité. Ce faible degré d'utilisation qui se traduit par une faiblesse de l'offre réelle de soins peut être assimilé à une faible productivité. Il affecte aussi bien les structures légères que la composante la plus onéreuse du système – l'hôpital, dont nous savons par ailleurs qu'elle reçoit l'essentiel des crédits – soit dans les trois quarts du budget des secteurs sanitaires [18] ne serait-ce que parce qu'elle reçoit l'essentiel des personnels médicaux en particulier spécialisés. Il n'est pas dû à une quelconque saturation des besoins et est probablement amplifié par une politique d'extension des capacités d'hospitalisation souvent mal localisées et qui de ce fait seront utilisées de façon plus faible encore, sinon parfois pas du tout : c'est ainsi qu'en 1985, une vingtaine d'hôpitaux préfabriqués construits clés en main, ont été réceptionnés physiquement mais n'ont pu ouvrir leurs portes, faute de trouver les médecins nécessaires, (généralistes mais surtout les spécialistes) sur-affectés ou mal affectés par ailleurs dans d'autres structures publiques et ce n'est pas la libéralisation actuelle des installations à titre privé qui permettra de faire fonctionner ces structures ou de dégager l'ensemble des frais de fonctionnement récurrents dans des hôpitaux qui ont fonctionné de façon très extensive jusque là.

Sans compter qu'en fait les hôpitaux ne répondent nullement à des «besoins» exprimés ou pas de la population – mais répondent plus sûrement à la logique de «modernisation» et de «progrès» telle que comprise et appliquée par les couches sociales au pouvoir. (Cette vision n'étant pas propre au champ de la santé mais englobe beaucoup d'autres aspects de ses politiques sectorielles). De plus leur extension répond à la logique professionnelle des médecins, qui ont fortement «investi» les centres de décisions et en particulier le Ministère de la Santé.

Or, ce que la population désire plus sûrement c'est d'être soignée rapidement et efficacement en cas de nécessité : un quadrillage plus systématique en unités légères eût été certainement plus judicieux ; mais aussi ce qu'elle veut c'est surtout d'être protégée contre les maladies évitables par l'assainissement du milieu : mais cela semble plus spectaculaire «et plus prestigieux» d'inaugurer un hôpital que de mettre en place les systèmes de collecte des ordures, des égouts, de distribution d'eau etc... Sans compter que ce ne sont pas les mêmes catégories de population qui sont exposées aux deux catégories de risques.

Le faible degré d'utilisation des moyens se traduit par la faiblesse de l'activité des établissements sanitaires et en particulier du degré d'utilisation des personnels de plus en plus spécialisés dont le nombre et les rémunérations longtemps bloquées, sont fortement croissantes en particulier depuis la valorisation des salaires intervenue en 1962 comme il apparaît dans le travail que nous avons effectué déjà [19]. Le degré croissant de spécialisation apparaissant au tableau n° 5.

C'est ainsi par exemple qu'il n'existe point de normes de charge tant des médecins des différentes spécialités que des différents personnels para-médicaux tant au niveau de l'activité hospitalière que de celle de soins à titre ambulatoire. Or, tout porte à croire que cette activité est «rationnée» au plus bas par un grand nombre d'entre eux, dont le comportement d'activité change totalement selon qu'ils travaillent dans un service public ou en cabinet privé.

## **2. La faiblesse de l'activité hospitalière**

La faiblesse de l'activité peut être directement par l'évolution physique de ce qu'il est convenu de considérer et jusqu'à meilleur indice, comme étant le «produit» de l'activité hospitalière : nombre de personnes admises et/ou nombre de journées d'hospitalisation. Le nombre de consultations externes posent un problème supplémentaire d'imputation étant donné l'intégration des services au niveau du secteur sanitaire (cf. tableau n° 6 : Evolution des moyens et de l'activité). Mais la faiblesse de cette activité n'est pas explicative en soi et n'est vraiment significative que rapportée aux taux de croissance enregistrés par les différents moyens mobilisés à cet effet : soit en termes de budget de fonctionnement des secteurs sanitaires, soit en termes de nombre de lits, soit en nombre de médecins...

L'inefficience peut alors être appréhendée à partir de la simple comparaison de l'évolution des taux de croissance des deux séries d'indices de moyens et d'activité, lesquels sont fortement divergents.

Alors que les premiers qui traduisent des indicateurs de moyens augmentent très fortement, en particulier c'est le cas de celui mesurant les moyens financiers, c'est-à-dire le budget des secteurs sanitaires, lequel passe de 847,3 millions de DA en 1974 à 5.272,5 millions de DA en 1984 et à 6.368,5 millions en 1986 et est donc à l'indice 622 en 1984 et à 751 en 1985 (en prenant comme base 1974 = 100) soit un taux de croissance moyen annuel de 65 %. C'est-à-dire

une hausse spectaculaire. De même l'indice de «moyens» en termes physiques – augmente beaucoup plus en termes de personnels (indice 376 en 1984 pour le personnel paramédical et 316 pour le personnel médical, que de lits (indice 138 en 1984).

Au contraire les seconds, qui représentent des **indicateurs d'activité** des structures sanitaires sont beaucoup plus modestes : que ce soit les journées d'hospitalisation qui sont à l'indice 108 en 1984 par rapport à 1974 ou le nombre de personnes admises qui en est à l'indice 154 – tandis que les consultations externes qui résultent de l'ensemble des structures sanitaires en est à l'indice 508. On peut donc en conclure que l'activité lourde des secteurs sanitaires, l'hospitalisation, qui reçoit en moyenne les trois quarts du budget des secteurs sanitaires **s'est faite à coûts croissants dans la mesure ou à peu près le même volume de journées d'hospitalisation coûte plus de six fois plus cher en 1984 qu'en 1974** si l'on se base sur la seule évolution des indices respectifs de croissance. Evidemment de tels indices ne nous renseignent pas sur le contenu de la journée d'hospitalisation qui peut avoir changé. Mais étant donné que jusqu'à la moitié des années 80 les cas lourds et onéreux sont envoyés à l'étranger, la technicisation même si elle existe est tronquée.

Nous avons voulu essayer de «vérifier» d'une autre façon ce résultat. Pour cela nous sommes partis des seuls éléments d'informations disponibles qui certes sont grossiers et donc ne permettent qu'un ordre de grandeur. Nous avons alors effectué un calcul rapide de l'évolution du coût moyen d'une journée d'hospitalisation à partir d'hypothèses simplificatrices. Nous avons tout d'abord appliqué la tarification officielle des actes, en supposant que l'ensemble des consultations étaient cotés en C (ce qui sous-estime ce paramètre) dans l'impossibilité de savoir quel était le taux de consultation spécialisées qui y figure **[20]** au nombre de consultations et soins enregistrés au soin des secteurs sanitaires année par année. Nous avons écarté les actes de radiologie et de biologie bien qu'un certain volume (inconnu) soit effectué à titre externe. Nous avons ensuite défalqué la somme obtenue du budget du secteur sanitaire : le résultat obtenu étant considéré comme le budget de l'hospitalisation uniquement (et non des hôpitaux puisque nous avons défalqué l'ensemble des consultations externes).

**Tableau n° 5**  
**Évolution de la structure de spécialisation des**  
**personnels médicaux des secteurs sanitaires**

Catégorie de personnel	1974		1975		1976		1977		1978		1979		1980		1981		1982		1983		1984		1985		1986		
	Abx.	Σ	Abx.	Σ	Abx.	Σ																					
Professeurs	85		87		88		90		94		96		102		110		125		140		150						
Docents	62		65		68		70		73		75		78		85		90		105		130						
Chargés de cours	20		22		25		27		30		32		45		60		85		120		180						
Maîtres-assistants	150		162		175		200		230		256		380		590		800		1150		1450						
S/Total	317	17,70	336	16,60	356	15,50	387	15,80	427	16,80	459	17,80	605	18,80	845	22,00	1100	23,80	1515	28,21	1910	28,00					
Spécialistes santé Pb. Alg.	580	32,30	590	29,10	600	26,0	610	24,90	620	24,40	630	24,30	635	19,70	645	16,90	700	15,10	750	14,00	820	12,00					
Généralistes santé S. Pb. Alg.	900	50	1100	54,50	1350	58,50	1450	59,30	1490	58,80	1500	57,90	1980	61,50	2350	61,10	2830	61,10	3100	57,80	4080	60,00					
S/Total S. Pb.	1480	82,30	1690	83,40	1950	84,50	2060	84,20	2110	83,20	2130	82,20	2615	81,20	3000	78,00	3530	76,80	3850	71,80	4900	72,00					
Total spécial Alg.	897	50	926	45,70	956	41,50	997	40,70	1047	41,20	1089	42,10	1240	38,50	1495	38,90	1800	38,90	2265	41,2	2730	40					
Total Algériens	1797	100	2026	100	2306	100	2447	100	2537	100	2589	100	3220	100	3845	100	4630	100	5365	100	6810	100					
Spécial Etrangers	100	8,70	150	10,80	150	10,30	150	10,30	280	17,40	300	13	300	13	320	13,20	360	14	400	12,80	420	14,95					
Général Etrangers	1150	91,30	1240	89,20	1300	89,7	1300	89,70	1330	82,60	1500	87	2010	87	2100	86,80	2200	86	2730	87,20	2390	85,05					
Total Etrangers	1250	100	1390	100	1450	100	1450	100	1610	100	1800	100	2310	100	2420	100	2560	100	3130	100	2810	100					
Total Général	3047	100	3416	100	3756	100	3897	100	4147	100	4389	100	5530	100	6265	100	7190	100	8495	100	9620	100					
Total Spécialistes	997	32,72	1076	31,50	1106	29,45	1147	29,43	1327	32	1389	31,65	1540	27,85	1815	28,97	2160	30	2665	31,37	3150	32,75					
Total Généralistes	2050	67,28	2340	68,50	2650	70,57	2750	70,57	2820	68	3000	68,35	3990		4450	71,03	5030	70	5830	68,63	6470	67,25					

Nous avons divisé les sommes obtenues par le nombre de journée d'hospitalisation correspondant pour obtenir le coût moyen d'une journée d'hospitalisation.

Les résultats tels qu'ils figurent au tableau n° 7 bien que donnant une idée approximative et grossière de la « mesure » n'en confirment pas

moins l'hypothèse d'un «coût» ou d'une dépense moyenne par journée d'hospitalisation croissante de 1974 à 1984 : 50,6 % de taux moyen annuel, qui ne se superpose pas mais suit de près celui de l'évolution des dépenses des secteurs sanitaires (65 %). Malgré l'extension plus rapide des structures légères et des consultations externes. C'est bien le coût de l'hospitalisation qui constitue le moteur de la croissance des dépenses publiques de santé. En fait il faut distinguer des périodes distinctes en matière de dépenses, délimitées par les deux revalorisations de salaires de 1979 et 1982.

Evidemment, cela ne nous renseigne pas sur le contenu de l'hospitalisation qui peut avoir subi des modifications importantes quand au degré de technicité qu'elle incorpore qui est certainement croissant dans la mesure où à l'instar de ce qui se passe dans les pays développés, bien que de façon tronquée et imparfaite ; l'hôpital se veut, les pouvoirs publics le veulent de plus en plus lieu de diagnostics et de thérapies complexes, sans que l'on sache dans quelle mesure il y réussit réellement dans la mesure où se posent de difficiles problèmes de «maîtrise» des nouvelles technologies de soins.

Cela ne nous renseigne pas non plus sur la **qualité** des soins qui y est dispensée, laquelle peut avoir progressé ou régressé – appréciée du simple point de vue technique sanitaire – et encore moins son impact en termes de modification de l'état de santé de la population qui demeure le problème méthodologique central de la discipline puisque si l'on sait par ailleurs mieux mesurer l'activité des services de soins en termes d'actes dispensés (quel en est l'opportunité ?) on n'a point résolu, celui de la mesure du produit final c'est-à-dire en termes de réparation ou d'amélioration d'un état de santé donné.

CREAD

Tableau n° 6  
Évolution de quelques indicateurs de moyens et d'activité des secteurs sanitaires

	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
<b>I. Indicateurs de moyens</b>														
Budgets des soins sanitaires (milliers DA)	847.300	889.000	1.000.000	1.146.000	1.340.000	1.852.000	2.597.000	3.206.500	3.795.000	4.278.750	5.272.500	6.368.500	8.140.000	10.126.000
Indice	100	105	118	135	158	219	307	378	448	505	622	751	960	1.195
Nombre de médecins plein temps	3.047	3.416	3.756	3.897	4.147	4.389	5.530	6.265	7.190	8.495	9.620	—	13.396	
Indice	100	112	123	128	136	144	182	206	236	279	316	—	439	
Nombre de personnel para-médical	14.400	16.000	18.800	20.000	21.500	24.600	29.200	30.500	38.500	45.000	54.000	—		
Indice	100	111	131	139	149	171	203	212	267	313	375	—		
Nombre de chirurgiens-dentistes	184	232	280	350	375	430	565	775	1.010	1.640	1.965			
Indice	100													
Nombre de lits	37.569	42.000	44.137	45.029	45.148	44.885	43.028	44.315	45.830	46.990	52.00	64.000	71.000	
Indice	100	112	118	120	121	120	115	118	122	125	138	170	189	
Nombre de polycliniques	106					157					285		370	
Indice	100					148					269		349	
Nombre de centres de santé	558					644					914		1.147	
Indice	100					115					163		205	
<b>II. Indicateurs d'activités</b>														
Journées d'hospitalisation	10.957.596	10.100.000	10.972.965	10.293.912	9.984.095	9.954.200	10.369.057	10.369.057	10.480.000	10.617.131	10.965.000	11.250.000	11.800.000	
Indice	100	92	100	34	93 ou 91	94	93	94,6	97 ou 96	100	108			
Nombre de personnes admises hosp.	780.554	816.000	887.652	905.249	918.896	1.027.768	1.107.321	1.124.321	1.148.926	1.160.000	1.200.000			
Indice	100	104,5	114	116	118	132	142	144	147	149	154			
Nombre de consultations et soins	6.000.000	8.708.000	—	12.181.950	14.018.788	17.000.580	17.492.323	18.656.504	20.025.000	26.233.000	30.500.000			
Indice	100	145	—	203	234	283	291	311	334	437	508			

CREAD

Tableau n° 7  
Évolution du coût de l'hospitalisation – valeur = 10<sup>3</sup> DA

	1974	1975	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Coût des consultations externes (selon tarification officielle)	180.000	261.240	365.460	420.570	510.000	524.760	559.710	600.750	786.990	915.000
Différence budgets sanitaires coût consult externes	667.300	627.760	780.540	919.430	1.342.000	2.072.240	2.646.790	3.194.250	3.491.760	4.357.00
Coût moyen de la journée d'hospitalisation (en dinars)	60,9	62,15	75,82	90-92 (1)	129,7- 134,8 (1)	202	255,3	304,8	318,8	369,4
Indice	100	102	124,5	148-151	213-221	332	419,2	500	523	606,4

(1) Pour ces 2 années on a 1 volume de journées d'hospitalisation différent – on a considéré les 2 cas.

### **3. Le relatif développement de l'activité extra-hospitalière**

Si l'hospitalisation ne progresse que faiblement tant par suite des conditions d'offre que des conditions de demande, cela ne constitue pas forcément un aspect négatif en soi, bien au contraire, cela peut être par ailleurs le signe d'une importance accrue accordée aux soins ambulatoires laquelle peut être testée au double niveau de l'évolution des moyens et des activités de ces derniers.

Concernant l'évolution des moyens : sur l'ensemble de la période 1974-1986 leur rythme d'augmentation a été effectivement plus rapide : les polycliniques sont à l'indice 349 et les centres de santé à 205 soit

respectivement 20,7 % et 8,7 % de taux de croissance moyen annuel contre 7,4 % pour les lits d'hôpitaux : il y a donc un réel effort de faire progresser ces dernières plus rapidement. L'évolution de l'activité de ces derniers et beaucoup plus difficile à cerner étant donné «l'intégration» du secteur sanitaire. Cependant on peut tout d'abord faire observer que globalement, toutes structures de soins confondues, le taux moyen d'accroissement des consultations externes sur la période 1974-84 est inférieur à celui du taux d'augmentation des budgets des secteurs sanitaires (40 % contre 65 %).

Cependant qu'elle est la part imputable aux structures extra-hospitalières par rapport aux hôpitaux étant donné que les deux types de structures procèdent à des consultations externes, les soins ambulatoires n'étant pas de leur ressort exclusif même si la politique pratiquée à cet égard au niveau des hôpitaux a été divergente selon les périodes. Après une large ouverture de 1974 à 1980, un mouvement de repli est effectué à partir de cette date. A partir d'un élément d'information extrait de l'Enquête de 1981 nous avons tenté de procéder à cette ventilation pour cette même année. En effet les structures extra-hospitalières auraient distribué 0,54 consultations par personne et par an. Pour une population estimée à  $18.956 \times 10^3$  cela nous donne 10.296.240 consultations. Or en 1981 il y eut pour l'ensemble des secteurs sanitaires 18.656.504 consultations externes de dispensées. En faisant la soustraction cela nous donne 45 % des consultations externes par les hôpitaux et 55 % pour les structures extra-hospitalières. Les premières ayant un fort contenu, sinon étant quasi exclusivement spécialisées, alors que les secondes sont constituées de consultations de médecine générale.

En faisant l'hypothèse que cette structure est grosso-modo valable pour 1974 nous avons alors un taux de croissance moyen des consultations externes de 22,9 % pour les hôpitaux et de 21,2 % pour les structures extra-hospitalières : ce qui est sans commune mesure avec celui enregistré par le budget des secteurs sanitaires. Nous pouvons donc conclure que non seulement les structures de soins extra-hospitalières dispensent un bas volume de soins sanitaires, mais que de plus et à l'instar des structures hospitalières elles le font à coûts croissants ; l'extension des moyens (en termes réels et financiers) ayant été beaucoup plus rapide que l'extension de l'activité là aussi ce qui est un signe manifeste de sous-utilisation de moyens sanitaires mobilisé à cet effet ou en d'autres termes une mesure indirecte de leur faible productivité.

#### **4. Les causes de cette faible croissance des soins**

Pourquoi l'extension des structures de soins publiques ne s'est-elle pas traduite par une extension de l'offre de soins similaire durant cette décennie ?

**4.1. Les facteurs de demande** semblent avoir peu joué dans l'ensemble pour expliquer cette faiblesse : forte croissance démographique avec une structure très jeune de la population, forte

distribution de revenus de façon plus ou moins égalitaire, urbanisation-salarisation rapide et enfin forte diffusion du modèle de consommation médicale ont produit une forte demande de soins – d'autant plus forte que ces soins étaient gratuits, n'appelaient pas une solvabilité préalable et étaient régulièrement jugés comme insatisfaits. Au tournant des années 80 : on parlera de la montée des besoins sociaux – dont celui de la santé – non satisfaits et les deux plans quinquennaux qui suivent vont mettre en place de vastes programmes d'investissement et d'équipement des structures de soins.

#### **4.2. Ce sont fondamentalement des facteurs d'offre qui semblent manifester beaucoup plus explicatifs de cette faible croissance :**

– Il y a tout d'abord ce qu'on pourrait appeler «la fonction de production» de l'appareil de soins telle que mise en place par les structures centrales du Ministère de la Santé qui gèrent les implantations de structures (via la carte sanitaire) de soins et des affectations de personnel (via la commission centrale d'affectation) et donc les combinaisons de «facteurs de production» en résultant : sur-affectations d'un côté, sous-affectations de l'autre – pléthores et pénuries – mauvaises affectations de personnel hyper spécialisée [\[21\]](#) dans des structures non aptes à les accueillir font que une partie considérable du potentiel productif est gaspillé. Ce constat relève de la plus banale observation il est visible «à l'oeil nu» et ne se base pas sur des études spécialisées d'optimisation de l'utilisation des moyens. L'exemple le plus simple est celui du nombre élevé de dentistes par fauteuil dentaire jusqu'à 10 ! parce que là, la «combinaison» est ici connue de tout le monde, mais une multitude d'exemples abondent dans ce sens concernant les médecins dès que l'on discute avec ceux qui sont en contact avec les structures de soins. En bref, il n'y a pas «correspondance» entre l'infrastructure et les moyens techniques et le personnel médical.

– Il y a ensuite éventuellement des erreurs de localisation : les implantations ne se faisant pas là où elles seraient les plus utiles par insuffisance des critères d'implantation (ratio par wilaya, daïra, commune). Concernant plus spécialement les unités légères la construction des salles de soins relève des communes et celles des C.M.S. du Ministère : à défaut de coordination elles peuvent se retrouver dans la même implantation, pour une population insuffisante.

– Il y a aussi, et abstraction faite de toute autre considération, mais en fait s'y superposant ici : le temps de travail réel des médecins (par journée et par année de travail) et l'intensité de ce travail (nombre de personnes examinées en une heure, nombre de lits pour un hospitalier...) qui sont des paramètres clefs explicatifs du volume de soins dispensés. La charge annuelle d'un médecin dépendant de «normes» soit explicitement exprimées soit implicitement pratiquées, de charges horaires, de nombre de personnes vues dans une journée, le tout multiplié par le nombre de journées effectivement travaillées durant l'année nous donne le nombre de personnes qu'un médecin

peut consulter au cours d'une année (et en codage statistique : le nombre d'actes produit à défaut d'un meilleur indicateur...).

On sait que dans beaucoup de pays développés ce sont des professions où le volume de travail, exprimé en heures par journée et par semaine de travail et/en nombre de journées par année est élevé, beaucoup plus élevé en général que la moyenne nationale. C'est ainsi qu'en France elle s'établit à 50,5 heures[22]/semaine (52,6 pour les hommes et 36,2 pour les femmes) avec un maximum de 57,9 heures pour les hommes de la tranche d'âge 35 à 39 ans.

Ce fort volume de travail qui se double d'un fort volume d'activité est le corollaire – bien qu'il ne superpose pas – des modalités de rémunération à l'acte produit – d'ou un effet pervers dans le sens de l'amplification du nombre d'actes. Il faudrait pouvoir le comparer au volume horaire de la médecine privée en Algérie. Tel n'est pas notre propos ici – et interrogeons nous sur le temps de travail des médecins salariés des secteurs sanitaires en Algérie. Théoriquement il est de 46 heures par semaine, à l'instar de tous les fonctionnaires. En fait l'observation la plus banale et la plus grossière montre que dans le meilleur des cas elle ne représente que la moitié de ce temps : en gros les matinées[23] avec certainement des disparités importantes. En tout état de cause, il n'est pas connu véritablement et nécessite une investigation plus approfondie.

Cette restriction temporelle est-elle compensée par une «intensité» plus forte de travail ? Il ne le semble pas non plus, au contraire car là aussi on peut dire que le comportement d'activité est très faible, qu'il obéit à un rationnement de fait comme produit des modalités d'exercice et donc de rémunération (la salarisation) doublé d'un manque de consensus d'autant plus fort qu'existe toujours la tentation de l'exercice à titre privé, valorisé paradoxalement par les modalités de gestion du Service Civil qui semble constituer «l'épreuve» préalable pour accéder à la médecine libérale laquelle semble être alors la seule digne de considération et apparaît comme une «récompense».

La conjonction des modalités de rémunération au sein de l'exercice d'une profession fortement marquée par un type d'exercice (curatif, techniciste...) et de la gestion du temps de travail et de l'affectation à un type d'exercice de façon centrale[24], semble avoir produit des effets pervers dans le sens d'une restriction drastique de l'activité. Le gonflement des dépenses de santé dont le poste majeur est constitué de dépenses de personnel ne s'est pas accompagné d'un développement plus ou moins parallèle de l'activité de distribution des soins, en faisant l'hypothèse que **cette dernière n'étant point liée de «façon perverse» aux modalités de rémunération, se développe plus sous l'impulsion de la demande.** C'est-à-dire **des besoins** en l'occurrence censés s'exprimer en dehors de toute contrainte financière, puisque cette dernière a été levée au niveau individuel. Sans accorder une importance excessive aux résultats obtenus par suite des lacunes de l'information statistique, mais comme simple indication d'une tendance, manifeste nous avons essayé (à partir de

l'information existante) de procéder à un calcul du nombre d'actes effectué en moyenne par un médecin. Nous avons fait l'hypothèse fortement réductionniste, que tous les médecins publics abstraction faite de leur statut particulier dispensaient de façon égale les soins, soit en rapportant leur nombre aux consultations recensés cela nous donne 2.978 consultations par médecin pour une année (1981), soit sur la base de 250 jours de travail par année cela donne 11,9 consultations/jour. Ce qui est manifestement très bas en Algérie où les médecins privés ont des moyennes d'activité beaucoup plus importantes.

Cela nous amène alors à dire que la prise en charge collective du financement des dépenses de santé aurait nécessité à coup sûr une réflexion plus sérieuse sur le type de médecine à organiser mais aussi une analyse plus sereine du statut et des modalités de rémunération des médecins dénuée de tout préjugé doctrinal et d'a priori idéologique. En particulier **une rémunération à la capitation** c'est-à-dire une rémunération forfaitaire pour la prise en charge d'une personne, versée au médecin directement par un service national réellement unifiée. Ce qui supprimerait la dichotomisation actuelle «Service National de Santé» – «Sécurité Sociale» dans laquelle cette dernière ne constitue qu'une simple caisse passive, qui ferait accéder cette dernière – qui constitue le principal financeur – au rang de décideur du type de politique, de gestion, de suivi... des soins et ferait une plus large place éventuellement aux représentants, en particulier, des salariés principaux financeurs[25] d'un système de soins où ils n'ont pas droit au chapitre en tant que consommateurs. De façon plus radicale on peut incriminer la conception trop fortement médicalisante du système. Mais là nous abordons un autre chapitre !

– Il y a de plus les règles de fonctionnement du système de soins en Algérie qui ont abouti jusqu'à la levée du zoning à un autre type de surcoût particulièrement pernicieux et lié aux modalités d'installation des spécialistes soit que le Ministère de la Santé Publique ne délivre pas des autorisations d'installation pour les spécialistes alors qu'il a permis sinon favoriser leur formation, dans le but de les «inciter» à opter pour des services publics.

Nous aboutissons au paradoxe de voir des médecins spécialistes algériens «effectuer» des consultations à titre de généralistes, dans le premier cas, en «choisissant» de s'installer à titre de généraliste, dans le second cas en «choisissant» une zone où ils peuvent s'installer mais où ils n'ont aucune chance de faire de la médecine spécialisée, alors que parfois l'hôpital «d'à côté» n'a pu être ouvert faute de médecins et en particulier de spécialistes.

– Il y a enfin au-delà du temps de travail et son intensité, les problèmes liés à la stabilité du personnel médical qui occasionnent un autre type de surcoût. L'efficacité de fonctionnement des structures publiques, a été profondément affecté par les modalités de gestion «publique» des médecins dans le cadre du Service Civil. En effet ce dernier étant par définition temporaire et n'étant «accepté» que comme unique voie ouvrant le passage à l'autorisation de s'installer à

titre privé, a entraîné un turn-over extrêmement rapide et important des médecins soit algériens qui n'y demeurent que le temps de leur Service Civil, soit étrangers et qui n'y restent que le temps de leur contrat. Il n'y a pas un secteur public stable constitué de médecins qui auraient choisi d'y servir et un secteur privé mais un lieu de passage obligatoire, qui sert en même temps de lieu de stage pratique. L'instabilité s'accompagnant de l'inexpérience constamment renouvelée au gré des affectations. Le zoning institué pour permettre de couvrir les régions jugées les plus défavorisées à cet égard ne faisant qu'amplifier le phénomène : les hôpitaux et les structures légères situées en zone I c'est-à-dire en zone rurale ou le Service Civil n'est que de deux ans étant le plus affecté par cette instabilité et ce, de façon dégressive jusqu'en zone IV où le Service Civil au sein des structures publiques, s'accompagne souvent de «ruptures» d'affectations de personnel médical totales ou partielles, ce qui les amène à fonctionner très en deçà de leur «capacité» appréciée en terme de lits, de C.M.S., de polycliniques etc...

## Conclusion

Finalelement le secteur public constitué en secteurs sanitaires articulés autour des hôpitaux qui ont drainé l'essentiel des ressources humaines, matérielles et financières, par ailleurs très fortement croissantes, par suite de la levée des goulots d'étranglement et de façon plus large des mécanismes de «rationnement financier» n'a pas résolu pour autant le problème de façon plus satisfaisante.

– ni du point de vue financier stricto sensu c'est-à-dire en termes de dépenses appréhendées par des budgets alloués (sur quelle base, quels critères...).

– ni d'un point de vue économique plus large c'est-à-dire en termes de coûts voire de surcoûts qui prendrait en considération non pas son efficacité réelle en termes de niveaux de santé ou de résultats positifs du point de vue de la santé lesquels par ailleurs ne sont ni strictement corrélables ni surtout imputables au fonctionnement du seul système de soins – mais si l'on se base uniquement sur les résultats en termes physiques du produit de ses activités en faisant l'hypothèse forte, que la qualité de ses prestations en termes de technique de santé n'a pas varié.

Il est évident que le but des unités de soins à quelque niveau que ce soit n'est pas de fournir un volume «d'actes» plus important, bien au contraire, mais d'en fournir les plus appropriés pour réduire l'incidence de la maladie et de l'hospitalisation. Or la stagnation des journées d'hospitalisation alors que les envois pour soins à l'étranger [26] se sont multipliés durant cette période peut signifier globalement une perte de maîtrise et/ou une non-reconversion réussie de l'hôpital en lieu de diagnostics et de thérapies complexes mais bien le maintien d'une forte fonction d'hébergement pour les factions les moins riches de la population. On est alors en droit de dire que le phénomène majeur d'alourdissement considérable des coûts globaux et moyens

qui ne s'explique pas ou pas totalement par la reconversion de l'activité et des techniques médicales est forcément le résultat de multiples surcoûts et en particulier celui résultant du gonflement des personnels non accompagné d'un volume d'activité similaire et de gaspillages à tous les niveaux.

## Notes

---

**[\*]** Professeur agrégée à l'Institut des Sciences Economiques d'Alger. Chercheur associé au CREAD.

**[1]** F.-Z. OUFRIHA : Etablissement du budget d'un secteur sanitaire et augmentation des dépenses de soins. Travail en cours.

**[2]** L. LAMRI : Essai de ventilation des dépenses entre structures hospitalières et extra-hospitalières. Travail en cours.

**[3]** F.-Z. OUFRIHA : La diffusion des nouvelles technologies de la santé en Algérie. Cahiers du CREAD – n° spécial.

**[4]** C'est en particulier la position d'A. LEVY et de son équipe dans «Economie de soins» – Dunod.

**[5]** Pierre GIRAUD et Robert LAUNOIS : «Les réseaux de soins, médecine de demain» – Economica – Paris, 1985.

**[6]** Ces derniers ont pris naissance aux USA et sont plus ou moins diffusés, sinon à l'état d'expérimentation dans les pays développés.

**[7]** Circulaire en date d'Avril 1988.

**[8]** Les «rapports moraux et financiers» des hôpitaux ont été annulés en 1979 et remplacés par les monographies annuelles par secteur sanitaire qui donne des informations élargies. Ça a marché, ceci a fonctionné jusqu'en 1981 semble-t-il ?

**[9]** Ministère de la Santé : Quelques résultats de l'analyse de l'état de santé de la population et de l'activité des services sanitaires de la RADP – Avril 84.

**[10]** Ministère de la Santé : Données statistiques sur la Santé – Octobre 1980.

**[11]** Ce n'est sûrement ni la solution la moins onéreuse, ni la plus efficace forcément que de les orienter sur les hôpitaux. Une politique différente plus axée sur la formation des sages-femmes et l'encadrement des accoucheuses aurait été certainement plus efficace et moins onéreuses pour la collectivité.

**[12]** Qui n'est pas forcément celle d'une seule personne.

**[13]** Telle quelle figure dans : Quelques résultats – op. cité.

**[14]** Ceux parce que trop hétérogènes de formation (on a pu recenser jusqu'à 35 nationalités différentes) et trop peu stables, au gré des contrats et des coopérations.

**[15]** F.-Z. OUFRIHA : «Principaux aspects de l'économie de la Santé en Algérie» – Thèse Doctorat – Tome 4, p. 359.

**[16]** Rapport du Ministère de la Santé : Quelques résultats de l'analyse – op. cité, p. 24.

**[17]** C'est la norme sur le plan international.

**[18]** L. LAMRI : Essai de ventilation des dépenses des secteurs sanitaires entre hôpitaux et structures légères – Travail de recherche en cours.

**[19]** F.-Z. OUFRIHA – L. LAMRI : Analyse de l'évolution des statuts et de la structure des dépenses de personnel selon la catégorie dans les secteurs sanitaires – Cahier spécial CREAD.

**[20]** En fait, nous l'avons estimé plus loin à 45 % environ.

**[21]** Cf. à ce sujet F.-Z. OUFRIHA : Elaboration du budget d'un secteur sanitaire et croissance des dépenses de soins – op. citée.

**[22]** E. LEVY – M. BUNGENER – G. DUMENIL – F. FAGNANI : Economie du système de soins – Dunod, p. 214.

**[23]** Tendances contre laquelle le Ministère réagit en imposant des heures d'ouverture pour les structures extra-hospitalières.

**[24]** F.-Z. OUFRIHA : L'organisation de la protection collective...

**[25]** Et qui tendanciellement tendent à devenir uniques financeurs d'un système qui couvre l'ensemble de la

population.

**[26]** F.-Z. OUFRIHA : Les envois pour soins à l'étranger et politique nationale de substitution de soins – en cours de publication.