

MILOUD KADDAR<sup>[\*]</sup>

# Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie 1962-1987

## Introduction

Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie ne sont pas aisés à définir et à analyser du fait, notamment, des multiples "ambiguïtés" qui pèsent tant sur le modèle d'organisation sanitaire en place que sur le statut des organismes de protection sociale.

Cette difficulté a des causes historiques liées d'une part, aux conditions d'émergence et de structuration des formes "modernes" de soins et de protection sociale (période coloniale) et, d'autre part, aux places données à l'institution médicale et à la sécurité sociale dans le projet social post-indépendance.

Nous choisissons, ici, le thème du financement des dépenses de santé comme angle d'entrée et d'analyse des rapports entre la sécurité sociale et le système de soins. Ce thème a formé, ce que l'on appelle par ailleurs, le champ de "l'assurance-maladie". En Algérie, comme on le verra, ce champ est plus large et fortement géré par l'Etat. Il est aussi d'une brûlante actualité.

Le resserrement des contraintes économiques au cours des années quatre vingt, l'affaissement des ressources publiques et la baisse de la croissance de l'emploi salarié ont, peu à peu, miné les bases de la poursuite d'une politique "social étatique"<sup>[1]</sup> menée aux côtés d'une privatisation rampante de l'exercice des professions médicales. La transformation des caisses de sécurité sociale en financeurs d'une part croissante de l'ensemble des dépenses de santé, trouve en 1987/88 sa limite dans la quasi-disparition des "excédents financiers structurels", produits, en fait, de la forte poussée de l'emploi salarié et de la modestie des prestations sociales servies.

Le problème du choix du mode et des sources de financement des dépenses de santé se (re)pose et interpelle les politiques, les acteurs et les pratiques jusque-là impliqués. La question des rapports entre la sécurité sociale, toujours en chantier et le système de soins, aux contours encore variables, est au centre de ces interrogations.

Pour introduire à ce débat, il nous semble utile de tenter une mise en perspectives historiques et une périodisation (I) avant de proposer

quelques réflexions sur deux thèmes-clés : le statut des cotisations sociales et le rapport à l'Etat par rapport au financement des services de santé et le problème de l'articulation de la sécurité sociale aux différents segments du système de soins (II).

## **I. Les rapports sécurité sociale-système de soins : un essai de périodisation**

La sécurité sociale est, en Algérie, de création récente, 1949. Elle est le résultat d'une extension du salariat et un des éléments de la reproduction de la force de travail. Les services de santé "modernes" ont une existence plus ancienne et ont longtemps été régis par l'assistance médicale gratuite (A.M.G) et l'exercice privé de la médecine. Les rapports avec la sécurité sociale ont pris forme en 1949, tout en restant secondaires, par rapport à l'A.M.G, jusqu'en 1972. C'est, en fait, l'industrialisation et la salarisation de la population active qui ont densifié les rapports dans les années soixante dix, avant de voir la sécurité sociale se transformer en épargnant institutionnel et en premier payeur des soins médicaux de l'ensemble de la population.

On peut, sommairement, distinguer trois périodes de durée très inégales :

- la première s'étend de 1949 à 1972,
- la deuxième va de 1972 à 1984,
- la troisième est ouverte depuis 1984.

Ce découpage s'appuie sur des dates-clés qui marquent, dans le domaine institutionnel, des changements significatifs quant aux formes et à la nature des rapports entre la sécurité sociale et le système de soins.

### **1.1. 1949/1972 : de l'A.M.G au forfait hôpitaux**

La sécurité sociale fut réellement introduite en Algérie en 1949 pour tenir compte de la présence d'une importante colonie européenne, au sein de laquelle, les salariés étaient nombreux et relativement bien structurés sur le plan syndical. Une autre raison était de justifier l'oeuvre sociale que s'attribuaient le patronat et le pouvoir colonial pour accompagner la politique d'assimilation proclamée. Le système de sécurité sociale mis en place portait les traces des influences contradictoires subies et des efforts constants du patronat, pour en réduire la portée effective : champ d'application limité aux seuls fonctionnaires et salariés permanents, disparités entre les régimes, multiplicité des tutelles...[\[2\]](#).

A l'indépendance, l'Algérie s'est retrouvée avec un des systèmes des plus avancés dans le Tiers-Monde, mais dont les bases économiques et sociales étaient inadéquates (le nombre d'assurés est passé de 708.000 en 1960 à 287.000 à la fin de 1963 pour le seul régime général...). Une des questions clés allait être celle-là : *«la sécurité sociale doit-elle être l'instrument d'une politique de protection sociale au service de l'ensemble de la Nation ou bien constitue-t-elle,*

*simplement, un système de redistribution d'un salaire indirect à l'intérieur d'un groupe de salariés ?»* [3]. Cette question était, d'autant plus pertinente, que la population salariée allait être, jusqu'aux débuts des années soixante dix, relativement minoritaire quoique, déjà, importante.

L'intervention des organismes de sécurité sociale dans le champ de la santé relevait, au cours de cette période, des mécanismes de l'assurance-maladie malgré l'existence, déjà, de quelques distorsions significatives de l'inadaptation du système au contexte social existant. Dès les premières années de l'indépendance, la branche des assurances sociales était en situation "d'excédent financier", trois raisons y concourraient :

– la première est le maintien de tarifs bas de remboursement des actes médicaux et biologiques (consultations, visites, analyses...) effectués dans le secteur privé. L'absence de conventions négociées avec les praticiens et le non-respect généralisé des tarifs officiels par les médecins aboutissaient au fait que les remboursements effectifs n'excédaient jamais 40 % des prix pratiqués [4].

– la deuxième est, que les hôpitaux publics ont souvent été dans l'incapacité de présenter aux caisses de sécurité sociale les factures relatives aux frais médicaux à la charge de la sécurité sociale.

– la troisième, enfin, provenait du fait que pour assurer l'exercice de leurs droits, les assurés sociaux devaient respecter toute une série de procédures et remplir maints formulaires ; le faible niveau de scolarisation de la majorité des salariés faisait que, seuls, les fonctionnaires, les agents de maîtrise et les cadres pouvaient bénéficier effectivement des services de la sécurité sociale.

Si, ce sont là des problèmes surmontables et transitoires, ils montrent bien, toutefois, le caractère inadapté d'une institution et d'une législation conçues dans un tout autre contexte. D'ailleurs, en matière de santé, toute cette période est marquée, non par l'action de la sécurité sociale, mais plutôt par celle de **l'assistance médicale gratuite** (A.M.G) qui relève d'une autre conception de la solidarité (l'assistance) et qui s'adresse aux populations défavorisées, aux "indigents" [5].

Promulguée en juillet 1893 en France, la loi sur l'A.M.G est étendue à l'Algérie en 1902. Le problème de son financement fut constant ; plusieurs réformes (1943, 1956, 1966) ont tenté d'organiser le champ d'application de l'A.M.G et, surtout, les sources de son financement (budget de l'Etat, budget des collectivités locales...).

La reconduction de l'A.M.G après l'indépendance a conduit à des difficultés croissantes de financement et de fonctionnement des hôpitaux et des structures médicales publiques : recouvrement des créances auprès des caisses de sécurité sociale et des particuliers, définition de la notion "d'indigent", capacités de gestion des établissements médicaux...

L'amorce d'un vigoureux processus d'investissements industriels, de création d'emplois salariés et de redistribution des revenus précipitèrent la décision d'élimination de l'assistance médicale gratuite et l'instauration, en 1974, du principe de la "gratuité des soins" dans le secteur public pour la quasi-totalité de la population. En 1972/73, la pratique de la **dotation forfaitaire annuelle** avait déjà remplacé celle, inopérante, de la facturation des frais médicaux des assurés sociaux ; un nouveau type de rapport était ainsi inauguré entre la sécurité sociale et les structures médicales publiques qui s'organisent sous forme de "secteurs sanitaires".

## **1.2. 1973/1984 : socialisation de la consommation médicale et épargne institutionnelle**

Les années soixante dix sont marquées par trois mouvements : le premier est l'accélération de la salarisation de la population active, le deuxième est la croissance de l'offre de soins sous des formes multiples et le troisième est la redéfinition des rapports entre la sécurité sociale et l'Etat. L'évolution de la sécurité sociale et du système de soins se fait, en cette période, sur un fond de volontarisme économique permis, entre autres, par la mise en valeur de la rente pétrolière. L'investissement public passe de 13,1% de la P.I.B en 1967 à 43,50 % en 1984, avec une pointe de 64,9 % en 1977 !

Le niveau de la formation brute du capital fixe connaît une ampleur analogue atteignant plus de 54 % en 1978. Le salariat qui représentait autour de 60 % de la population active occupée en 1966 atteint les 80 % au début des années quatre vingt. La salarisation accélérée de la population active se double d'une croissance des revenus salariaux dans ceux des ménages et d'un plus large accès à la consommation.

Ce mouvement va se traduire par un élargissement considérable de la base sociale et financière de la sécurité sociale : le nombre d'assurés sociaux passe de 1.208.854 en 1973 à près de 3.000.000 en 1984 ; les cotisations augmentent de 20 % par an en moyenne, "l'excédent financier" (différence entre les cotisations perçues et les prestations effectivement servies) qui était estimé à 25 millions de DA en 1967 atteint les 1493 millions de DA en 1980.

La salarisation bouleverse également l'expression des "besoins de santé" de la population active : l'accès à l'emploi industriel commande une certaine "normalisation" médicale en même temps qu'il impose un nouveau rythme de vie et de travail et l'exposition aux "risques professionnels". Une mutation culturelle des valeurs et des attitudes collectives, vis-à-vis de la santé et du bien être, s'accomplit rapidement, aidée par la propagation du modèle sanitaire occidental prôné par les élites médicales et politiques. Le champ de la demande de consommation de soins médicaux s'élargit considérablement, d'autant plus que la salarisation concernait essentiellement le milieu urbain. Face à cette montée de la demande de soins, l'offre institutionnelle, celle organisée par le ministère de la Santé à travers les secteurs sanitaires, s'avérait bien insuffisante. Les programmes

publics d'investissements sanitaires dépassaient difficilement 30 % en taux de réalisation[6] alors que les effectifs médicaux augmentaient rapidement. Cette pénurie de l'offre publique de soins a permis l'éclosion d'un dynamique segment "para-public" initié par les entreprises publiques, les mutuelles et surtout par les organismes de sécurité sociale.

Dès 1970/71, ces derniers et, en particulier, le régime général se lance dans une vaste politique "d'action sanitaire, sociale et familiale" au profit des assurés et de leurs familles. Elle s'est traduite par un assez large ensemble de structures médico-sociales, essentiellement dans les zones urbaines, ouvertes d'abord aux assurés puis ensuite, virtuellement, à toute la population (cf. tableau n° 1).

Tableau n° 1  
Évolution des infrastructures de la sécurité sociale

	1967	1977	1980	1982
<b>Infrastructures sanitaires</b>				
— Centres médico-sociaux	7	33	119	212
— Cliniques médico-chirurgicales	4	19	90	159
<b>Infrastructures familiales</b>				
— Centres de familles	1	1	2	6
— Crèches et jardins d'enfants	—	—	2	15
<b>Infrastructures spécialisées (handicapés...)</b>	—	1	4	21
<b>Infrastructures administratives</b>				
— Centres payeurs	24	50	198	268
— Caisses de sécurité sociale	10	19	32	39

Avec cette implication directe, la sécurité sociale se retrouvait, non seulement comme **financeur** de prestations médicales du segment public, par le biais du "forfait hôpitaux" annuel versé aux secteurs sanitaires et du segment privé, par le remboursement (partiel) des frais médicaux et pharmaceutiques aux assurés, mais également comme **offreur** de soins par le biais de ses propres structures médico-sociales[7]. De plus, la sécurité sociale couvrait une part croissante des dépenses pour "soins à l'étranger". Cet engagement de la sécurité sociale dans le financement et la conduite du système de soins algérien était le résultat d'un compromis entre les différents acteurs sociaux sur le type de politique de santé à mener (service national de santé, modèle libéral...) sur le mode de financement des services de santé (par les cotisations sociales, par l'impôt...) et sur la place de la sécurité sociale dans la politique économique et sociale algérienne (nécessaire refonte, agent d'épargne, acteur de la politique sociale...).

Les organes dirigeants de la sécurité sociale, appuyés par la majorité du mouvement syndical, s'étaient donnés certaines marges d'autonomie leur permettant d'effectuer des investissements dans le

secteur médico-social, de soutenir la nécessité d'une profonde refonte du système de protection sociale et de santé et de polémiquer avec certains organes de l'Etat sur la conduite de la politique sociale et sur le statut de la sécurité sociale<sup>[71]</sup>. Nous y reviendrons dans la deuxième partie à travers la discussion sur la gestion des avoirs de la sécurité sociale.

### **1.3. Après 1984 : débudgétisation, monopole de l'offre publique et privatisation**

Les années quatre vingt consacrent avec force les tendances amorcées auparavant : débudgétisation relative des dépenses des secteurs sanitaires, unification des structures sanitaires publiques et poursuite de la privatisation de l'exercice des professions médicales. La sécurité sociale assiste à un rétrécissement de son champ d'intervention en matière de santé tout en voyant son rôle de financeur quasi-exclusif des dépenses publiques de santé se confirmer.

Tout le segment para-public et, en particulier, les infrastructures médico-sanitaires de la sécurité sociale sont intégrées aux secteurs sanitaires sous tutelle du ministre de la Santé qui conquiert ainsi le monopole de l'offre publique de soins. Cette absorption a été beaucoup plus administrative que fonctionnelle, du fait, notamment, de la faiblesse des capacités de gestion et de coordination des secteurs sanitaires. La réalisation de cette opération a été vécue dans le malaise pour les personnels médicaux et para-médicaux dont une partie a préféré rejoindre le secteur médical privé.

Ce retrait de la sécurité sociale de l'organisation directe de l'activité médicale ne s'est pas répercuté par une baisse de ses dépenses de santé. Au contraire, elle devient le payeur principal de l'offre publique de soins en assurant le financement :

- de la plus grande part des budgets de fonctionnement des secteurs sanitaires (38,5 % en 1979 ; 64,19 % en 1987),
- des transferts pour soins à l'étranger (365 millions de DA en 1979, 766 millions de DA en 1986 soit 94,45 % des dépenses de ce poste),
- des dépenses d'investissements sanitaires publics (depuis 1984 : 1450 millions de DA en 1984, 2850 en 1985 et 1986),
- des dépenses exceptionnelles d'investissements (achat d'équipements médicaux pour programmes de dialyses, de chirurgie cardiaque et de lutte contre le cancer : 49 millions de DA en 1987),
- des dépenses de fonctionnement des structures médicales de la sécurité sociale (195 millions de DA en 1979, 342 en 1983, 150 en 1987),
- des dépenses du programme d'espacement des naissances (3 millions en 1985, 31 en 1987).

Elle assure, en outre, le remboursement (partiel des frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés, notamment, par le recours des assurés sociaux aux praticiens privés (443 millions de DA en 1979, 931 en 1987).

Tableau n° 2  
Dépenses de santé 1979/1987 financées par la sécurité sociale  
en 10<sup>6</sup>DA

	1979	1982	1983	1984	1985	1986	1987
1. Secteurs sanitaires	714	1800	2102	3096	4000	5000	6000
2. Soins à l'étranger	365	620	738	417	493	766	300
3. Fonctionnement des structures de la sécurité sociale	195	314	342	282	247	178	150
4. Investissements sanitaires auto-financés	61	157	191	224	83	86	52
5. Contribution aux investissements sanitaires	—	—	—	1450	2850	2850	1960
6. Dépenses exceptionnelles d'investissements	—	—	—	—	—	—	49
Programme espacement des naissances	—	—	—	—	3	24	31
8. Remboursement de frais médicaux, pharmaceutiques, analyses	443	491	638	766	816	836	931
<b>TOTAL</b>	<b>3053</b>	<b>3382</b>	<b>4011</b>	<b>6235</b>	<b>8492</b>	<b>9740</b>	<b>9473</b>

Les dépenses de santé supportées par la sécurité sociale se sont ainsi diversifiées, intégrant depuis 1984 les dépenses d'équipements et de substitution aux soins à l'étranger (programmes dialyse, chirurgie cardiaque, cancer...). Leur montant, exprimé en prix courants, a été multiplié par 3,10 en 7 ans, alors que les dépenses de santé financées directement sur budget de l'Etat (secteurs sanitaires, soins à l'étranger, hygiène et prévention...) n'ont connu qu'un doublement au cours de la même période comme nous le montre le tableau suivant :

Tableau n° 3 :  
Sources de financement des dépenses publiques de santé 1979-1987

<i>Dépenses financées par...</i>	<i>Années</i>						
	1979	1982	1983	1984	1985	1986	1987*
1. Etat	1516	2664	3336	2389	2287	3024	3665
2. Sécurité sociale	3053	3382	4011	6235	8492	9740	9473
3. * Autres (collectivités locales, entreprises...)	125	211	246	251	296	296	296
4. Total du financement public	4694	6257	7593	8875	11075	13060	13134
5. 1/4 en %	32,5	42,5	43,9	26,9	20,6	23,1	27,9
6. 2/4 en %	65	54	52,8	70,4	76,6	74,5	72,1

\* Ménages non inclus

Ce tableau montre bien l'implication financière croissante de la sécurité sociale dans le financement des dépenses publiques de

santé et en particulier "le bond" de 1984 (financement des investissements et des programmes spéciaux). La débudgétisation des dépenses de santé (le Trésor assure moins de 30 % du financement public de la santé) a transformé le rôle de la sécurité sociale qui, du statut d'épargnant institutionnel, est passé à celui de financeur principal de l'offre et de la consommation médicale. D'intervenant actif sur le système de soins, la sécurité sociale en est devenue le financeur **passif**. Peut-elle longtemps reconduire ce rôle sans s'interroger sur l'efficacité du système de soins et sur celle de l'affectation de ses fonds ?

N'aura-t-elle pas à définir de nouveaux rapports avec les différents segments du système de soins ?

La réponse à ces deux questions nécessite de longs développements hors de la portée du présent article. Nous nous contenterons, ici, de poser quelques éléments de débats sur deux questions épineuses : le statut des avoirs financiers de la sécurité sociale et le problème des articulations entre la sécurité sociale et le système de soins.

## II. Etat, sécurité sociale et système de soins : quelles articulations ?

La nature des rapports entre l'Etat, la sécurité sociale et le système de soins est essentielle car elle définit les traits fondamentaux du "système de santé" en place, à condition qu'on y intègre au moins un quatrième acteur : la "population"[\[8\]](#). Aussi, il importe de tenter d'identifier les logiques en place et leurs implications. Nous choisissons de les traiter en prenant deux thèmes fort controversés : la question du statut des fonds de la sécurité sociale et le type de rapports entre la sécurité sociale et les différents segments du système de soins.

### 2.1. Du statut des fonds de la sécurité sociale

Cette question ne nous intéresse, ici, que dans la mesure où elle est au centre du débat sur la "légitimité" de l'utilisation des avoirs financiers de la sécurité sociale pour financer les dépenses de santé que l'on a identifié plus haut.

Elle pose plus directement le rapport de la sécurité sociale à l'Etat.

Sur ce débat donc, on retrouve schématiquement deux types de thèses :

– la première considère que les fonds de la sécurité sociale sont, pour l'essentiel, des salaires non distribués. Ils font partie **des salaires indirects** ou différés pour faire face aux aléas de la vie et couvrir collectivement des risques sociaux du groupe concerné. Les fonds collectés sont donc la propriété des salariés qui doivent participer aux décisions d'affectation et d'utilisation. Cette thèse a été souvent celle du mouvement syndical et mutualiste. Elle a été défendue par les organes administratifs dirigeants des caisses de sécurité sociale, en



insistant sur la nature spécifique de la cotisation qui est un prélèvement **affecté**, destiné au financement **exclusif** des prestations sociales, contrairement à l'impôt.

A ce titre, l'autonomie financière de la sécurité sociale est considérée comme une garantie pour les salariés de voir leurs cotisations non détournées.

– la deuxième thèse est défendue, essentiellement, par les ministères de la Santé et surtout des Finances (Trésor). Elle peut être résumée ainsi : les fonds de la sécurité sociale sont des prélèvements obligatoires sur des revenus dont le niveau et le montant sont décidés par l'Etat qui peut en disposer pour financer tout ou partie de sa politique sociale. Ainsi, dans l'exposé des motifs de l'arrêté de 1974, portant domiciliation au Trésor des fonds de la sécurité sociale, le ministère des Finances souligne : «*les fonds résultant des prélèvements obligatoires effectués sur l'ensemble des travailleurs et des employeurs doivent, de par leur nature* (c'est nous K. M. qui soulignons), *relever du circuit du Trésor...*».

L'évolution suivie a été celle d'une soumission, de plus en plus serrée, des organismes de sécurité sociale aux règles et normes fixées unilatéralement par le ministère des Finances. On peut rappeler, ici, quelques dates significatives de ce processus :

– En 1963, la recommandation est faite aux différentes caisses de sécurité sociale de déposer leurs avoirs au Trésor, du fait que les banques existantes alors étaient étrangères.

– En 1971, la loi de finances définit une politique de mobilisation de l'épargne institutionnelle et autorise le Trésor à emprunter l'ensemble des fonds de réserve disponibles (des entreprises d'assurance, des caisses de retraite, de sécurité et de prévoyances sociales et des fonds d'épargne C.N.E.P). Ainsi, les services du ministère des Finances décident la souscription obligatoire en bons d'équipement des fonds déposés par les caisses de sécurité sociale. Le montant concerné en 1971 était de 1,01 milliard de DA.

Dès 1972, une décision unilatérale fixe un "forfait hôpitaux" à la charge de la sécurité sociale, au titre des assurés sociaux soignés par les établissements sanitaires publics. Le forfait vient remplacer la facturation individuelle des frais médicaux et systématiser la pratique des "avances" jusque là suivies. Ce forfait, instauré avant la décision portant médecine gratuite, connaîtra une croissance rapide.

– En 1974, est prise la décision par le ministère des Finances de faire domicilier les fonds de la sécurité sociale auprès du Trésor. La décision de "gratuité des soins" verra l'élargissement de la "participation" de la sécurité sociale du financement des budgets des secteurs sanitaires : 70 millions de DA en 1972, 6.500 en 1987.

– La fin des années soixante dix et le début des années quatre vingt verront une manipulation quasi-directe des réserves de la sécurité

sociale par le ministère des Finances. La gestion de la dette publique a constitué un facteur principal dans la redéfinition par le Trésor, du statut financier de la sécurité sociale[9].

La mise en route de la refonte de la sécurité sociale en 1983 par l'unification des régimes et des taux de cotisation pour l'ensemble des secteurs d'activités, l'élargissement du nombre d'assurés et de bénéficiaires et le déplafonnement de l'assiette de cotisation a apporté, avec l'application des dispositions salariales du "statut général du travailleur", de nouvelles ressources et de plus grandes capacités de financement. Toutefois, l'intense mobilisation des ressources de la sécurité sociale pour financer les dépenses de santé et les autres prestations (retraite notamment) a induit un tarissement des "excédents financiers" et menace gravement les équilibres comptables de la CNASSAT (Caisse Nationale d'Assurances Sociales et des Accidents du Travail).

Tableau n° 4 :  
Capacité de financement et épargne de la sécurité sociale (1970-1987)

	<i>Moy. An. 1970-1977</i>	<i>Moy. An. 1978-1979</i>	<i>Moy. An. 1980-1984</i>	<i>Moy. An. 1985-1987</i>
1. Capacité de financement	+ 643,7	+ 2097,8	+ 5630	+ 7891,5
2. Financement dépenses de santé par sécurité sociale	139,5	594,8	2000	8170
3. Excédent annuel net (3) = (1) - (2)	+ 504	+ 1503	+ 3348	- 278,5
4. Indice d'évolution de l'excédent 1970/77 = 100	100	300	665	—

Sources : A. Saker, op. cité p. 212.

On peut être tenté de soutenir que le débat sur le statut des cotisations sociales et des fonds de la sécurité sociale est dépassé par le fait que "les excédents" ont pratiquement disparu et que le problème du financement, à venir, des dépenses de santé reste entier. Il est, tout au contraire, permis de considérer ce débat utile maintenant pour au moins quatre raisons :

– la première, c'est qu'une autre gestion des ressources de la sécurité sociale aurait pu conduire à d'autres résultats.

– la deuxième est que la période d'économie de rente est quasi-révolue. Les revenus salariaux distribués obéissent moins à des considérations de simple répartition et de légitimation politique. Cette mutation en cours du statut du salaire et de la situation de salarié redonne du relief à la question du salaire différé, indirect et à son mode d'utilisation-appropriation.

– la troisième est que la fiscalisation-budgétisation des ressources de la sécurité sociale et leur utilisation pour le financement des dépenses publiques de santé auraient pu être socialement validées, si deux conditions étaient réunies : la première, c'est que la salarisation de la

population active soit totalement généralisée et la deuxième, est que la distribution de soins soit organisée sur le modèle du service national de la santé tel que le prévoit la Constitution de 1976. Or, on s'éloigne de ces deux conditions : la salarisation est, actuellement, "en panne", elle régresse, des formes précaires d'emploi se développent, élargissant les exclusions sociales ; par ailleurs, l'exercice médical privé a tendance à s'étendre et à imposer au secteur public ses valeurs.

– la quatrième raison est que la mise en oeuvre de la refonte de la sécurité sociale en 1983/84 et de la réforme économique en 1986/87 pose des exigences relativement contradictoires. La refonte de 1983 a amélioré les capacités de financement et élargi la base sociale potentielle de la sécurité sociale ; mais elle signifie un accroissement rapide des dépenses, notamment, en matière d'assurances sociales et de retraite. Le tassement du niveau de l'emploi salarié et le fléchissement des investissements risquent de freiner l'entrée régulière et la croissance des cotisations et de "grossir" le contentieux financier avec les entreprises sur lesquelles pèsent maintenant les exigences de l'équilibre comptable et de la rentabilité financière, assimilées souvent au resserrement des "charges salariales et sociales".

Ces éléments de débats nous incitent à dire que la relance de la discussion sur le statut des fonds de la sécurité sociale et sur le financement des dépenses de santé risque d'être confondue avec la question des tutelles administratives, si elle n'est pas reliée aux problèmes de la réforme fiscale, de la répartition des revenus et du mode d'organisation sanitaire et sociale à construire.

La question du rapport à l'Etat ne prend un sens que si elle est posée sur le mode d'exercice de la tutelle sur les organismes de sécurité sociale. L'ampleur des ressources concernées, la tendance à la généralisation juridique de la protection sociale, l'exigence du respect des grands équilibres économiques appellent, inévitablement, une tutelle financière étatique<sup>[10]</sup>. De larges plages d'autonomie restent cependant possibles au niveau de l'organisation interne des caisses, du rapport aux assurés, à la population et aux "besoins sociaux".

## **2.2. Du rapport de la sécurité sociale aux différents segments du système de soins**

La question du contrôle de l'affectation des ressources de la sécurité sociale n'a pas une dimension exclusivement financière. Elle vise à poser le problème des "besoins sociaux", pris en compte, et des types de réponse qui y sont apportés.

Pour le système de soins, ces questions amènent à s'interroger sur les modalités institutionnelles et sociales de détermination de la hiérarchie des "besoins" à prendre en compte, des acteurs de la négociation et des formes d'organisation qui les portent. Le niveau et le mode d'affectation des moyens sont une façon de définir et d'orienter des priorités et de conduire des actions. L'allure

"incontrôlable" de la croissance des dépenses de santé en Algérie et la part que prend la sécurité sociale dans ce processus justifient les interrogations que l'on peut avoir sur la logique des rapports qu'entretient la sécurité sociale avec les différents segments du système de soins.

On peut, pour aller à l'essentiel et en simplifiant, distinguer deux pôles principaux : le premier est organisé autour des hôpitaux publics et se compose de secteurs sanitaires et de C.H.U, le deuxième s'articule autour d'un vaste ensemble de structures médicales et pharmaceutiques privées[11].

La sécurité sociale joue, pour le premier, un rôle de financeur de l'offre globale et, pour le second, elle est une institution assurant une relative solvabilité de la clientèle. Notre hypothèse est, que la sécurité sociale se voit cantonner dans une fonction de financeur passif de segments de soins tirés, beaucoup plus, par les logiques des professions médicales et, secondairement, du pouvoir politique, que par celles des "besoins sociaux".

Nous n'évoquerons brièvement, ici, que les procédures de prise de décision pour le financement des **secteurs sanitaires**[12].

Deux niveaux peuvent être distingués : central, local. Au niveau central, trois acteurs institutionnels participent à la prise de décision :

- le ministère des Finances dont la préoccupation essentielle est l'équilibre du budget global et la pleine mobilisation des capacités contributives des agents, autres que l'Etat, au financement des dépenses publiques. C'est, à ce titre, que la sécurité sociale a été de plus en plus "sollicitée",
- le ministère de la Santé qui administre les "secteurs sanitaires et les C.H.U", prépare leurs projets de budgets sur la base des dotations antérieures, avec le souci principal de couvrir au moins les dépenses croissantes des personnels (80 % du budget en moyenne),
- la sécurité sociale, représentée par son ministère de tutelle, se voit prélever, annuellement, une "contribution forfaitaire" censée représenter l'équivalent des frais occasionnés par la consommation médicale des assurés sociaux dans les structures sanitaires publiques.

Cette procédure de détermination des budgets des secteurs sanitaires est, d'abord, administrative et comptable, la sauvegarde des équilibres globaux l'emporte sur la recherche de la meilleure allocation des ressources de l'économie et de la société. Elle est, d'ailleurs, largement basée sur le principe du "forfait" et du "budget global".

Il n'est nullement question, à côté des budgets, d'obligations contractuelles ou de programmes à réaliser et à évaluer.

Au niveau local, dans chaque secteur sanitaire, c'est le conseil de direction qui propose au ministère de la Santé un projet de budget sur

la base de ses prévisions des dépenses annuelles. Le souci de maximisation des ressources budgétaires est d'autant plus présent qu'il n'y a pas d'incitation économique/institutionnelle à mieux combiner les "facteurs de production" disponibles. En outre, la difficulté de négociation entre les dirigeants administratifs et médicaux ne peut trouver de solution acceptable de tous que dans l'accroissement des dépenses. Ces divergences d'intérêts entre, la collectivité et les agents du système de soins d'une part, entre le niveau central et le niveau local d'autre part, sont tranchées par l'Etat en limitant l'autonomie des agents et en imposant un rationnement centralisé, aveugle. Ainsi, au niveau des secteurs sanitaires, la gestion budgétaire reste peu prise en compte, car, opérée pour l'essentiel, au niveau des ministères. Seule, la gestion de trésorerie les concerne directement.

Dans tout ce processus, fortement schématisé ici, ni les usagers ni les payeurs (sécurité sociale...) ne sont impliqués dans la prise de décision et les gestions des moyens. Cette situation ne peut être reproduite qu'en période de prospérité économique. Tout exercice de la contrainte financière a tendance à aller à l'encontre des larges besoins et, encore plus, en période de crise.

Par rapport au **secteur médical privé**, la sécurité sociale semble subir un processus géré, quasi exclusivement, par le rapport des professions médicales et pharmaceutiques à l'Etat.

L'ampleur du champ de l'exercice privé de la médecine et de la pharmacie résulte du compromis négocié. Appelé au lendemain de l'indépendance à disparaître par extinction progressive [13], le secteur médical privé s'est toujours maintenu, notamment, en se limitant à la médecine ambulatoire et à la distribution de détail des produits pharmaceutiques.

Ces dernières années, l'exercice, à titre lucratif, des professions médicales s'est beaucoup étendu sous la pression de la démographie médicale et de l'incapacité à rendre hégémonique, attractif et performant le secteur public. Le nombre de praticiens privés (médecins et dentistes) est passé de 981 en 1979 à 2339 en 1982 et à près de 5000 en 1987. Pour la sécurité sociale, cette place accrue de la médecine libérale pose un double problème : financier et qualitatif.

L'aspect **financier** se résume dans la question suivante : est-ce que la sécurité sociale, en particulier sa branche assurances sociales, pourra rembourser tous les frais médicaux et pharmaceutiques aux tarifs officiels et, plus encore, comme le réclament les assurés sociaux, à ceux réellement pratiqués (plus du double des premiers) ?

On estime en 1986/87, à moins de 502 les actes médicaux du secteur privé présentés au remboursement, au niveau des caisses de sécurité sociale. Depuis l'indépendance, une politique de desserrement de fait du rapport, entre tarifs médicaux et tarifs de responsabilité, a été pratiquée. Ce compromis, qui a permis aux praticiens privés d'élever

leur niveau de revenus, et à la sécurité sociale de limiter ses dépenses, peut-il être reconduit en cette période de tassement du pouvoir d'achat des assurés sociaux ?

Cette question devient d'autant plus présente, que l'exercice à titre lucratif a été étendu aux spécialistes qui pratiquent des "tarifs" élevés et est envisagé pour les cliniques médicales et chirurgicales.

L'extension de la médecine à l'acte alourdira, obligatoirement, les charges financières de la sécurité sociale, comme celles supportées directement par les usagers. Au delà des questions du statut juridique d'exercice et des tarifs à appliquer, se pose les problèmes du mode de rémunération des praticiens et de la contractualisation des rapports avec la sécurité sociale.

– L'aspect **qualitatif** interpelle la sécurité sociale dans sa mission vis-à-vis des assurés sociaux et de leurs familles. L'institution proclame sa volonté de dépasser la fonction de réparation et de couverture individuelle du risque, pour promouvoir une vision et une pratique préventives. Or, le secteur médical privé, dans son immense majorité, offre peu de possibilités, en ce sens, et se cantonne à rechercher les segments du marché les mieux rémunérés, à accroître le nombre d'actes individuels et à susciter un usage accru des techniques de diagnostic et de traitement. Sa stratégie de recherche de maximisation des revenus met le secteur médical privé en contradiction avec toute conception globale de la réponse à la demande de consommation de soins et, plus largement, de satisfaction des "besoins de santé".

Disposant de ressources limitées, la sécurité sociale doit-elle les consacrer au remboursement des frais médicaux et au financement des secteurs sanitaires, au détriment des autres prestations sociales (programmes en direction de l'enfance, des handicapés, des familles, des personnes âgées...) ?

## Conclusion

De l'exploration quelque peu désordonnée et hâtive des rapports entre la sécurité sociale et le système de soins, se dégage l'idée que l'Algérie a voulu se doter, en même temps, de tous les modes possibles d'organisation des services de santé, sans pouvoir en assurer les conditions économiques internes de reproduction et la cohérence d'ensemble.

Ainsi, toute expansion des services de santé s'exprime en demande de consommation de biens et de services **importés** (matériel biomédical, médicaments, documentation, maintenance...). C'est là le résultat, tant du modèle d'organisation sanitaire imposé par les élites médicales et politiques que de l'aisance financière permise par la valorisation active de la rente pétrolière. Aujourd'hui, en période de crise, l'asphyxie financière de la sécurité sociale et du système de soins est déjà présente. L'arrêt de la croissance de l'emploi salarié, la poursuite du taux actuel de la démographie médicale et de la consommation de soins pèseront, chacune à sa manière, sur les

recompositions possibles du rationnement de l'accès social aux soins. Les voies de solution et de compromis mises en oeuvre jusqu'à présent : débudgétisation des dépenses de santé, implication accrue de la sécurité sociale, privatisation de l'exercice médical et transfert de charges à l'usager, montrent leurs limites et leurs effets pervers. Si les objectifs de solidarité nationale et de modernisation intégratrice sont encore recherchés, d'autres voies de sortie sont à inventer car, ce sont les formes sociales de réponse aux besoins qui sont en question, depuis les formes d'exercice de la médecine, la redistribution des revenus, la prévention réelle à instaurer dans les conditions de vie et de travail, jusqu'aux nouvelles modalités d'organisation et de gestion des services de santé et de protection sociale.

## Notes

---

**[\*]** Maître-Assistant à l'Institut des Sciences Economiques d'Oran. Chercheur Associé au CREAD.

**[1]** L'expression est de M. Ecrement dans *Indépendance politique et libération économique*, Editions ENAP/OPU/PUG, Alger, 1986.

**[2]** J. Audinet, *Sécurité sociale*, Les cahiers de la formation administrative, Alger, 1974.

**[3]** D. Weiss : *Doctrine et actions syndicales en Algérie*, Ed. Cujas, Paris, 1970.

**[4]** J. Audinet, op. cité, p. 110-111.

**[5]** Pour une présentation globale cf. H. Abed : *Essai sur l'évolution de l'assistance médico-sociale en Algérie de 1830 à nos jours*, Des sciences politiques, Alger, 1974.

**[6]** Pour un bilan des programmes d'investissements sanitaires 1967-1984 cf. M. Kaddar : *Le système de santé en Algérie : aspects économiques*, Cahiers du C.C.A, Paris, 1986, p. 77-98.

**[7]** O. Daoud-Bixi et P. Chaulet : *Médecine gratuite et sécurité sociale en Algérie – Contradictions et convergences*, Institut des sciences économiques d'Oran, Avril, 1983.

**[8]** Cf. schémas d'organisation des différents systèmes de santé présentés par B. Majnoni d'Intignano et J.-C. Stephan dans *Hippocrate et les technocrates*, Ed. Calman-Lévy, Paris, 1983, p. 36-81.

**[9]** A. Saker : *Trésor et mobilisation de l'épargne institutionnelle*, in Monnaie, crédit et financement en Algérie 1962-1987, CREAD, Alger, p. 198-233.

**[10]** Sur le processus de généralisation de la sécurité sociale voir M. F. Grangaud : *Rôle de la sécurité sociale en Algérie*, Cahiers du CREAD, Alger, n° 2/1984.

**[11]** Pour une analyse proche, voir F. Z. Oufriha : *Coût et surcoût du système de soins en Algérie*, Revue du CENEAP, n° spécial, Alger, 1988.

**[12]** Voir pour de plus amples développements, notre étude dans *Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie 1962-1987* dans Cahiers du CREAD, Alger, 1988.

**[13]** Voir textes du *Programme de Tripoli* de 1962 et les recommandations Conseil National Économique et Social (CNES) en 1975/76 notamment sur l'exercice des professions pharmaceutiques.