

F. Z. OUFRIHA

Avant propos

Contribution à l'Economie de la santé en Algérie

Contrairement aux secteurs clefs de l'économie nationale (industrie, agriculture...) ou même à autres secteurs considérés comme «sociaux» (éducation...) qui ont constitué l'objet privilégié d'un grand nombre d'analyses et de réflexions de la part des chercheurs et des universitaires : que ce soit dans le cadre d'analyses théoriques ou de réflexions critiques sur les politiques concrètes et leurs résultats, comme productions scientifiques isolées ou collectives. Le secteur de la santé semble avoir très peu jusqu'à ces derniers temps retenu l'attention tant des économistes que des sociologues.

Les premiers néanmoins commençant à l'investir comme champ de réflexions fécondes et d'analyses à partir de leurs propres instruments et concepts même s'ils sont considérablement remaniés et réadaptés en fonction des caractéristiques et des spécificités de ce domaine d'activité...

Les seconds semblent curieusement le bouder totalement, alors que l'engouement qu'il suscite par ailleurs parmi les sociologues est des plus importants et qu'ici manifestement se fait cruellement sentir le manque d'analyses des logiques d'acteurs, des comportements devant la maladie, des stratégies et des filières d'accès aux soins, de catégories de populations hospitalières, etc... qui permettrait de mieux comprendre l'utilisation que fait la population (à saisir selon de multiples critères) de l'appareil de soins.

En effet, le secteur de la santé est très spécifique et non réductible sans précaution purement et simplement à tout autre activité économique, ne serait ce que parce qu'il fait appel à un corps de professionnels dont les caractéristiques de formation et donc de comportements en tant qu'agents dispensateurs de soins obéissent à des motivations et à des logiques qui ne se laissent pas facilement appréhendées d'une part et sont trop largement imprégnées de représentations de la maladie comme phénomène individuel comme dysfonction ou dommage à réparer...

Cependant la «santé» en tant que bien désiré à titre individuellement ou collectivement est celui qui suscite le plus de réactions plus ou moins passionnelles – peu propres cependant à poser clairement et donc à analyser lucidement les différents problèmes soulevés par le

système de soins : accès aux différents niveaux, modalités de financement, modalités de prix en charge, coûts.

Or il y a crise en particulier du financement collectif, crise que si elle prenait largement du rythme rapide d'accroissement des dépenses face à des niveaux de satisfaction, de prise en charge... qui le moins plafonnent et remettent donc en cause les mécanismes de fonctionnement du système de distribution des soins mais aussi crise des ressources que la collectivité peut mettre à la disposition de ce secteur dans un contexte de ralentissement de la croissance économique.

Le problème de la forte augmentation des dépenses de soins de leur nécessaire maîtrise vient donc à l'ordre du jour en Algérie que procède à un rationnement financier globale inattendant des mécanismes plus efficaces de rationalisation tant d'affectation des crédits, que de leur utilisation ne sont pas mise en face. Le rationnement s'installe et devient incontournable, il risque de s'exercer, ou mieux comment on va l'organiser et à quelles fins sociales, de façon à ce que la collectivité ne finance que ce qui est jugée sur le plan collectif comme prioritaire, comme devant donc faire l'objet d'une prise en charge collective. Le plus difficile étant de séparer le niveau individuel du niveau collectif. Mais c'est une démarche et une procédure qui doit nécessairement se substituer au «laisser-faire» actuel et donc passer d'un rationnement implicite qui s'opère en tout état de cause à un rationnement explicite et clairement exprimé. Encore faut-il se donner les moyens concrets et les instruments de mesure adéquate.

Pour cela il faudrait dépasser les raisonnements en terme d'institutions distinctes (Ministère de la santé, Ministère de la Protection Sociale, Sécurité Sociale etc...) ou de professions (médicales : privées ou publiques...) et raisonner dans un contexte global de système de soins dont il faut saisir toutes les dimensions et toutes les articulations implicites ou explicites. De plus il faudrait que «l'aspect économique» ne soit pas pris en compte différemment par les gestionnaires et ne se situent strictement dans ces logiques institutionnelles ou professionnelles ce qui fait que les «résultats» macro-économiques peuvent être à l'opposé de ce qui est postulé au départ.

En effet, très largement non marchand, et donc hors-marché, fortement réglementé dans beaucoup de ses aspects, il accède grâce à la gratuité à un financement intégralement socialisé (dans la composante publique) et mobilise des recettes automatiques à rythme très fortement croissant de 1974 à 1985. Ce qui va lui permettre de multiplier les structures de soins et les personnels dans une logique de fonctionnement fortement extensive. De la même façon que pour l'ensemble du système productif il y a lieu de passer là aussi à un mode de fonctionnement plus cohérent, plus finalisé, plus intensif, dans un contexte où les contraintes macro-économiques se font plus pressantes (restriction de «la base» sur laquelle sont prélevées les ressources.

Les travaux que nous livrons aujourd'hui n'ont pas pour ambition de «répondre» à toutes les questions soulevées, mais constituent les premiers résultats de recherche et réflexion d'une équipe dont la démarche a été constamment sous-tendue par le souci d'une analyse systémique tendant à élucider les mécanismes de fonctionnement et les articulations significatives tant au niveau des agents que des institutions dans un aspect cognitif préalable nécessaire à des visées décisionnelles-rationnelles et cohérentes.

La seconde livraison sera plus axée sur les résultats (appréhendé en termes financiers – et leurs analyses à la lumière de la logique de fonctionnement d'ensemble.

Dans un premier papier nous avons voulu présenter le système de soins en tant que tout, en prenant en considération ses principes, ses agents, ses modalités d'organisation, fonctionnement et de financement dans ses deux segments principaux (public - privé) en essayant de montrer comment la Sécurité Sociale par le biais du financement articule les différents composants : ce qui explique sa longueur inhabituelle dans ce genre de présentation.

L'ensemble des autres papiers sont centrés sur l'analyse de points particuliers – mais particulièrement significatifs – du système national de santé dont la prépondérance explique cette focalisation.

C'est ainsi que le problème du financement des secteurs sanitaires retient plus particulièrement l'attention de M. Keddar qui essaie de montrer la forte croissance des dépenses. Mais qui aussi s'interroge sur le rapport de la Sécurité Sociale principal financeur et le système de soins.

Que le problème du statut de la hiérarchisation des personnels de santé – en tant que poste principal des dépenses des secteurs sanitaires – méritait une analyse spécifique que nous avons menée avec L. Lamri.

Que l'alternative public-privé dans le champ de santé qui conditionne les modalités d'exercice des praticiens et de fonctionnement des services est un clivage tellement prégnant qu'il a retenu longuement l'attention de N. Taleb Benmansour.

Nous espérons de la sorte avoir contribué à apporter quelques éléments d'analyse et de réflexion sur un aspect important de la protection sociale et particulier sanitaire.