

F. Z. OUFRIHA[*]

Essai sur le système de soins en Algérie

Avec quelques décalages par rapport aux pays développés, l'Algérie se pose le problème du «coût de la santé» et de son évolution, en particulier relative (par rapport à la P.I.B). Au-delà de la divergence des causes et des dynamiques des systèmes qui les sous-tendent, il est incontestable que cette émergence du problème des coûts est importante à plus d'un titre, car elle traduit la prise de conscience des contraintes économiques pesant, aussi, sur le secteur sanitaire, et longtemps occultées. Cette prise de conscience nécessaire est insuffisante, si elle ne s'accompagne pas d'une série d'interrogations et de réflexions visant à élucider les mécanismes de fonctionnement de notre système de soins, tentant par là de dépasser le simple niveau de constat. En effet, se limiter à un simple constat global sur les coûts pour limiter les dépenses publiques n'a aucune valeur heuristique si l'on n'a assigné aucun but précis à la politique de santé et si l'on n'a pas évalué ses résultats. En effet, une interrogation sur les coûts n'a de sens qu'en liaison avec l'efficacité du système.

Pourquoi ce problème des coûts est-il actuellement soulevé ?

Parce que non seulement on enregistre une croissance forte des dépenses de soins, mais surtout une croissance non maîtrisée de ces dépenses, en particulier suite au jeu des multiples mécanismes en place où prédominent les modalités de couverture en place, et surtout, une croissance non finalisée, car non conçue en fonction d'objectifs précis de santé. D'où, des niveaux de santé encore très faibles, de quelque façon qu'on les saisisse, et ce, malgré l'ampleur relative des moyens mobilisés, qui ont tendu à être polarisés sur certains segments précis d'activité sanitaire, et surtout une insatisfaction généralisée des différents acteurs tant du système de soins, que ceux qui y sont partie prenante et qui sont l'expression de la crise que traverse le système ; et c'est parce que l'efficacité technique de ce dernier reste faible que surgit avec acuité ce problème des coûts qui, pour n'être pas particulier à l'Algérie, n'en prend pas moins des aspects spécifiques.

Cette émergence du problème du coût, sinon des coûts, du système de soins concomitamment à ses performances sanitaires, nous interpelle à plus d'un titre et nous incite à nous poser la question du bilan de la politique de la santé en Algérie qui fut, en fait, une politique de soins essentiellement tendant à se polariser de plus en plus sur certains d'entre eux, d'où un double niveau d'appréhension de l'efficacité : du point de vue niveau de santé, qui impliquerait de

reconnaître que les facteurs de risque ne sont pas exclusivement biologiques et du point de vue niveau de soins, qui alors prend en considération l'efficacité intrinsèque du système de soins.

I. – La gratuité des soins : socialisation ou médicalisation extension de l'assistance

La mesure de gratuité des soins peut s'analyser comme tentative de faire prévaloir une logique des besoins sociaux sur celle de la demande.

En fait, elle consista en une mise à disposition de l'appareil de soins public à la portée de toute la population, abstraction faite des solvabilités individuelles, tout en laissant subsister un secteur privé soumis alors à mi-temps. Instaurée dans la lancée et l'euphorie des grandes réformes économiques et sociales des années 1970, elle promut la socialisation du besoin de santé par une affirmation de la démocratisation généralisée de l'accès aux soins. Mais elle restera finalement purement formelle en beaucoup de ses aspects, car elle butera sur des goulots inéliminables qui vont se manifester rapidement en termes d'insuffisances de «moyens sanitaires», suite à la reconduction du système existant où le secteur public pratique, de fait, mais non de droit^[1], une gratuité (par le biais de l'assistance médicale gratuite et de l'assistance hospitalière) quasi-généralisée. Cette première caractéristique va fortement influencer sur son devenir dans la mesure où cet aspect d'assistance va prédominer. Par ailleurs, dans la mesure où elle reste dominée par les représentations courantes et la perception dominante qui assimilent abusivement politique de santé et politique de soins, elle constitue finalement en élément «exogène» dont la logique et la dynamique qu'elle porte en germe vont entrer en contradiction avec les principes et mécanismes qui structurent les institutions sanitaires en place.

De plus, cette réduction, déjà fortement contestable dans le cas des pays développés, va s'avérer dangereuse dans le cadre de la gratuité dans le cas d'un pays ne maîtrisant que faiblement les éléments de sa politique sanitaire, car elle va aboutir à une médicalisation outrancière fortement dépendante de l'extérieur.

Dans la mesure où la «gratuité» n'a radicalement modifié ni les règles du jeu du système et donc les mécanismes par lesquels se forment les coûts aux différents niveaux, ni résolu de façon pertinente le problème des modes d'organisations sanitaires mais aussi économiques et sociales, propres à produire les effets désirés en matière de santé, elle va aboutir à un alourdissement considérable des «coûts» sans modification radicale des niveaux de santé, accompagné d'une série de phénomènes de perte de contrôle au niveau des types de soins où elle tend à se localiser.

En effet, gratuité des soins ne peut aucunement signifier absence de critères de socialisation déterminés à l'avance, et absence de prise en considération des coûts et des charges réelles nécessaires à l'obtention d'un niveau de santé satisfaisant, ce qui, entre autres,

nécessitait une refonte totale de l'institution sanitaire et, en particulier, une redéfinition des modalités de son financement.

En effet, «la socialisation des dépenses de santé (ie : la gratuité) exige plus de rigueur dans la définition, la mise en place et l'appréciation d'une politique de santé qui doit se fixer des adjectifs clairs, précis, facilement repérables (autrement, elle risque de ne pas être crédible) lesquels ne peuvent être atteints que si la logique globale et la dynamique du système de soins sont enracinées dans notre contexte économique et social et sont cohérentes avec les objectifs fixés», écrivions-nous quelques années seulement après la promulgation de la mesure de gratuité, et nous poursuivions que «même gratuite» la santé «coûte» ou plutôt parce qu'elle est gratuite, elle risque de coûter très cher, si ses performances, appréciées par des indices thérapeutiques significatifs, ne sont pas supérieures à celles enregistrées auparavant, c'est à dire, si l'on n'a pas précisé les formes et les modalités de financement et de contrôle des fonds devant aller aux soins, par rapport à ceux devant aller nécessairement aux autres formes de l'action en vue de la santé. Cela pose le problème des mesures les plus propres à favoriser l'élévation des niveaux de santé des différentes catégories de population, c'est à dire d'une politique globale de santé qui ne doit pas se résoudre en une médicalisation coûteuse et peu efficace, et donc se réduire à des moyens d'action sanitaire où le rôle et la place du médecin et des différents personnels de santé n'ont pas été redéfinis de façon à conférer plus d'autonomie à la population qui, après plus d'une décennie, va se retrouver encore plus dépendante du médecin et des soins. Il est admis maintenant que le niveau de santé d'une population résulte autant sinon plus de ses conditions générales de vie et de travail que de l'importance de sa consommation médicale et pharmaceutique, surtout quand elle prend un fort niveau de consommation médicale et pharmaceutique et niveau de santé. On peut même dire qu'en l'occurrence (cas d'ailleurs de tous les pays sous-développés mais non uniquement) un niveau de consommation élevé n'est pas signe, et ne produit pas un niveau de santé élevé mais tout le contraire.

En effet, il est vain de vouloir s'attaquer uniquement aux manifestations pathologiques, si l'on n'a pas, au préalable, résolu des problèmes majeurs, comme celui de l'assainissement du milieu ou de l'alimentation et de la disponibilité de l'eau potable, qui ont des retentissements directs et importants sur la santé. Le premier allant de la collecte des ordures ménagères à celle des eaux usées et passant par l'assainissement des rues, immeubles, y compris la diffusion massive visant à une véritable intériorisation des principes d'hygiène issus des grandes découvertes, modernes concomitamment à une réinterprétation des principes d'hygiène issus de l'Islam, lesquels semblent plus fortement intériorisés. Quant au problème de l'eau, et en particulier de l'eau potable, sa distribution régulière pose de tels problèmes en Algérie qu'à lui seul, il nécessite une «politique» spécifique, ne serait ce que par l'importance des maladies à

transmission hydrique, sans que ce soit le seul aspect retentissant sur la santé.

L'action d'un système de soins, voire sa rationalisation, risque d'avorter si elle omet de prendre en compte tous les déterminants, toutes les phases de la maladie, son efficacité étant conditionné par le substrat dans lequel elle s'insère.

Aussi, notre interpellation, pour prématurée qu'elle était, n'en constitue pas moins une anticipation au sujet de laquelle nous aurons aimé être démenti par les faits. On ne peut résoudre un problème en l'évacuant, mieux, en le niant. Ce qui ne veut pas dire pour autant que nous épousions la thèse de ceux qui ne prennent en compte que le «coût financier de la gratuité des soins»^[21]. Bien au contraire.

En effet, c'est parce que la «gratuité des soins» ne semble pas avoir tenue ses promesses ni du point de vue niveaux de santé globaux, qui ne semblent pas avoir connu de mutations significatives (aspect objectif) encore qu'il faille dans ce domaine être plus circonspect et voir à qui elle à «profite»^[31], ni du point de vue amélioration «d'accès» aux soins pour toutes les couches sociales, y compris celles réputées être favorisés (aspect subjectif dont l'un des aspects les plus stressants est «l'indisponibilité» chronique des médecins, outre le «coût» important que constituent les pertes de temps considérables qu'il fait encourir aux usagers), ni du point de vue des «gestionnaires» du système (impact de son segment dominant le public) dont la préoccupation en termes d'équilibre recettes – dépenses est uniquement financière, qu'elle est mise en débat voire en «contestation».

Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, que le débat actuel se polarise autour de cet aspect financier qui devient central.

Deux types de discours vont alors se développer implicitement, ou explicitement, mais dont les protagonistes ne sont pas clairement délimités. Le premier concerne la prise de conscience des dysfonctionnements de notre système de soins, et donc des surcoûts partiels ou globaux en résultant – mais non toujours des mécanismes qui les produisent – particulièrement sensibles mais aussi spécialement perçus au niveau du secteur public (et parapublic), qui tout en attirant l'essentiel du corps médical (en particulier spécialisé) et des moyens matériels, ne réalise que de faibles performances sanitaires et, en particulier, de soins, c'est à dire au sein de la logique même dans laquelle il s'inscrit (les critiques les plus radicales émanant de ceux qui, tout en remettant son orientation exclusive vers les soins, sont pour une publicisation intégrale) moyennant une utilisation irrationnelle des moyens humains et matériels mis à sa disposition, même si par ailleurs il remplit des fonctions importantes (enseignement, effort de démocratisation), avec des conséquences particulièrement perceptibles au niveau des organismes de financement des dépenses de santé.

Le débat semble alors déboucher essentiellement sur le statut de l'exercice des médecins avec une dichotomie de plus en plus accentuée : public/privé. Ce dernier étant crédité de vertus qu'il est loin de posséder même s'il a la vertu cardinale en l'occurrence, d'être plus «disponible» que le public tout au moins en matière de soins ambulatoires courants, suite à une présence effective et à une utilisation plus intensive de son temps de travail. Il est évident que, dans une appréciation micro-économique, le médecin privé ne gaspille apparemment aucune ressource publique, mais il est tout autant ordonnateur des dépenses sanitaires – financées par la Sécurité Sociale. L'existence du ticket modérateur, mais surtout des tarifs de responsabilité de cette dernière, déconnectés non seulement des tarifs de remboursement mais surtout des honoraires perçus par les médecins, fait que les répercussions financières sont atténuées pour les caisses de Sécurité Sociale (mais non pour les malades ni pour en «charge» réelle de l'économie). D'autant que ce serait toujours le médecin gros prescripteur de médicaments, même inutiles, qui serait le mieux perçu par le malade, discours constamment véhiculé mais qui, en fait, traduit le peu de temps consacré au diagnostic accompagné d'une insouciance quant aux conséquences financières globales.

Il y a, à ce niveau, un grand effort de réflexion pour trouver et mettre en place des mécanismes compensateurs, soit du genre «profil de médecin» ou tout autre système susceptible de filtrer les dépenses, mais surtout ceci traduit le peu de changement au niveau de l'attitude des formateurs qui continuent à «ignorer» ce problème. C'est plus à ce niveau que l'action est possible. Mais le médecin public et, en particulier, celui de l'hôpital, ne se comporte pas de façon différente en général, car, sa motivation principale, plus le fonctionnement du système dans lequel il s'insère, ne sont pas orientés vers l'économie des moyens.

Au contraire, on peut dire que le résultat logique des mécanismes en place fait que la caractéristique majeure est d'institutionnaliser l'irresponsabilité généralisée : «personne ne paie». En fait, par delà le statut du médecin, il faut bien voir qu'il s'agit du statut et des logiques de fonctionnement des deux secteurs, mais aussi de leur articulation. Dans la mesure où ils existent tous les deux, complémentarité ou antagonisme peuvent en être les deux pôles extrêmes[4].

De plus, comme il n'y a de prise en charge complète du malade par aucune structure, celui-ci va tenter de se «rassurer» en multipliant les actes et, en particulier, en faisant appel concomitamment aux différents segments du système. Ceci est accentué par la multiplication des spécialistes au détriment de l'omnipraticien et de la relation malade-médecin. Le fait de ne pouvoir accéder aux médecins spécialistes du secteur public que moyennant une lettre d'un généraliste, se traduit par une multiplication formelle des actes pour beaucoup d'usagers.

Le second discours, qui n'est en fait qu'un corollaire du premier, peut s'analyser comme la progressive émergence d'une volonté de

compression des dépenses plus que des surcoûts, se traduisant par des mesures ponctuelles de rationnement financier plutôt que par une véritable rationalisation des dépenses de soins, qui en fait aussi la remise en cause de certains aspects du système^[5], mais qui en reste à un niveau superficiel (car sans véritable analyse de la logique interne du système et des types d'articulation des différents segments de sa logique externe), par rapport au système économique et social dans lequel il s'insère, mais aussi par rapport à son articulation extérieure, en particulier vis à vis du système de soins français, qui lui fournit le «modèle» qu'il tente de reproduire moyennant, ces dernières années (le premier mais surtout le second plan quinquennal), une importation massive d'appareils sophistiqués (scanners, échographes, reins artificiels etc...), dont on sait que certains n'apportent aucun progrès véritable (scanners) et qui, de plus, sont loin d'être maîtrisés et constituent une source de dépendance manifeste, au regard de leur coût en devise, sans rapport réel avec leurs impacts thérapeutiques fortement minorés par suite de leurs conditions de fonctionnement.

II. – Coûts et surcoûts en matière de santé en Algérie ou la nécessité d'une politique de santé dans le cadre d'un système réarticule

Une politique de santé peut être définie comme un ensemble de mesures, cohérentes entre elles, susceptibles de réduire les affections pathologiques, ces mesures étant généralement de type sanitaire, mais ne pouvant en aucun cas s'y réduire^[6].

De la même façon, on pourra définir les coûts comme étant ceux nécessaires et suffisants au maintien et à l'amélioration de l'état de santé des différents groupes de population repérés à partir d'objectifs-cibles.

Cette première définition est nécessaire mais non suffisante car, comme nous l'avons déjà noté, les coûts en la matière n'ont de signification qu'en liaison avec l'efficacité saisie tant au niveau global qu'en liaison avec l'efficacité saisie tant au niveau global qu'aux différents niveaux significatifs (au niveau sectoriel, aux niveaux des différents types d'unités de soins). L'efficacité dont il est d'abord question est, bien entendu, une efficacité appréciée du point de vue sanitaire (en termes de vies épargnées sans séquelles, c'est à dire de baisse de la mortalité et en particulier de la mortalité infantile, et ce, même si l'on convient par ailleurs de la nécessité d'une politique de restriction des naissances, car ce sont deux choses totalement différentes...) de baisse de la morbidité en particulier infectieuses mais non uniquement (problème, en particulier, des accidents de voiture^[7]), d'amélioration des capacités d'adaptation etc... C'est à dire que l'on se donne une ou des mesures, non monétaires, pouvant servir précisément à apprécier cette efficacité. Ce faisant, on se donne les moyens de détermination et d'évaluation des coûts nécessaires et suffisants pour la santé, et donc le moyen de la maîtrise de ces coûts, tant en fonction des objectifs préalablement fixés que des ressources disponibles, en vue de leur utilisation optimale, de façon à éliminer progressivement les surcoûts ou coûts non nécessaires (c'est à dire

les gaspillages) qui apparaissent à différents niveaux, visant par là, une efficacité sanitaire maximum au moindre coût.

Dans ce contexte, des analyses de type coût / efficacité prendraient leur dimension si elles n'étaient pas cantonnées aux moyens purement sanitaires et intégraient, au niveau de la démarche, les phénomènes économiques et sociaux qui participent à la naissance et au développement des affections pathologiques, n'excluant nullement, par là, que les moyens d'action proprement sanitaires soient aussi adaptés que possible aux conditions locales, à l'image d'un certain nombre d'actions de grande envergure, dont la plus importante et la plus originale a concerné la tuberculose en Algérie.

Or, on sait, par ailleurs, que les objectifs concrets d'une politique de santé, dans la mesure où elle s'inscrit dans un espace social structuré, ne peuvent en aucun cas être définis de façon «neutre», dans la mesure où ils traduisent les préoccupations des groupes sociaux qui les forment. En ce sens là, on peut dire que les politiques mises en oeuvre effectivement, résultent de l'interaction des rapports de force des groupes sociaux en présence.

De plus, beaucoup d'études concrètes font apparaître que la «décision» en elle-même, n'a pas le caractère monolithique que lui confèrent tout autant les analyses ou représentations menées en termes décisionnels que planificateurs, dans lesquelles le «décideur» unique serait l'Etat ou ce qui en tient lieu, c'est à dire le responsable du secteur.

Une analyse neutre^[8], évacuant les acteurs sociaux en présence, niant leurs divergences, ignorant les tensions et unifiant formellement les exigences en présence, à toute chance de laisser de côté l'essentiel car il faut bien voir que toute «décision» en matière, constitue un processus contradictoire où objectifs et centres de décision risquent de s'opposer.

Dans ce contexte, il faut accorder une attention particulière aux centre de décision et à la décision elle même, car sa place est centrale. Cette dernière s'exprime en fonction des règles du jeu du système qui «s'imposent» aux différents acteurs et à partir desquelles il agissent ou réagissent.

Ces règles sont multiples et multidimensionnelles puisqu'elles concernent autant les normes, les règles, que les institutions sociales qui lui servent de cadre de fonctionnement. On peut, dans le cas présent, inclure aussi bien la (ou les) déontologie (s) médicales (s) et le (s) types (s) de formation médicale, l'information médicale des différentes couches sociales de la population, que les représentations sociales en matière de santé. Il faut y ajouter la nature et l'organisation des mécanismes de couverture des dépenses de santé et, en particulier, des assurances (ou de la sécurité) sociale, le (ou les) mode (s) de rémunération des professions médicales, le mode de tarification des actes médicaux...

Or, il se trouve que l'ensemble de ces règles n'est pas cohérent puisqu'elles sont issues de représentations différentes de fonctionnement du système, et qu'elles s'appliquent différemment selon les différentes formes d'organisation de la médecine existante en Algérie. On peut en recenser schématiquement trois, reconnues juridiquement : le secteur public, le parapublic^[9] et le privé (le quatrième, du type «informel», étant ce qui subsiste de médecine empirique traditionnelle), qui produisent alors une «logique» particulière globale, résultat des logiques partielles qui animent les sous-secteurs, surtout non axée sur une logique d'ensemble du moindre coût, et ce, même si l'on se situe au niveau du seul secteur public.

L'élimination des surcoûts suppose leur identification préalable et celle des mécanismes par lesquels ils apparaissent, se perpétuent et s'amplifient, mécanismes découlant des règles même du jeu des différents sous-système de soins en Algérie étant hétérogène et se composant de plusieurs «filières» de soins, non animées par les mêmes mécanismes et donc n'ayant pas les mêmes logiques et plus animées par la «concurrence» que par la complémentarité, a tendu à fonctionner de façon perverse.

On peut, dans ce contexte, essayer d'analyser les différentes modalités de financement des dépenses de santé et de formation du coût, tant du médicament que de la santé, pour faire apparaître, par exemple, que le «National Health Service britannique», qui ne socialise que les dépenses nécessaires tout en assurant une couverture sanitaire de base intégrale et obtient des résultats, en matière de niveaux de santé, similaires à ceux des pays les plus développés, est néanmoins le moins onéreux pour la collectivité et le moins dispendieux, dans tous les domaines et en particulier dans celui du médicament, par rapport au système français, dont le système algérien reste «marqué» au niveau de certaines règles du jeu, malgré des changements radicaux au niveau de la forme juridique.

En effet, le secteur public, largement prépondérant, qui concentre l'essentiel des ressources matérielles et humaines, en particulier, toutes les installations lourdes, par mesure de gratuité, fut ouvert à toute la population sans discrimination (de nature médicale) de quelque forme que ce soit, donc sans critère précis de ce qui relève de lui, de ce qui doit être socialisé, en bref, sans mécanismes de sélection-hiérarchisation des problèmes, sans objectifs précis de santé et, de plus, animé par des médecins formés dans une insouciance complète des coûts, le tout dans un climat de déresponsabilisation générale suite, à la gratuité...

Il fut investi par deux catégories de population distinctes^[10].

– celle disposant de peu de ressources financières et de beaucoup de temps pour affronter les files d'attente provoquées de ce fait, c'est à dire essentiellement des femmes non salarié des catégories sociales les plus défavorisées (que ce soit pour elles-mêmes ou pour leurs enfants) ;

– celle disposant d'un réseau étendu de relations, au niveau du corps médical ou des différents paramédicaux mais aussi des responsables administratif (en particulier des directeurs d'hôpitaux). Il va tendre progressivement à se polariser sur les hospitalisations et les soins «sophistiqués» non disponibles par ailleurs.

De plus il va se faire adjuger l'essentiel de crédits, tant budgétaires que ceux drainés par le biais de la Sécurité Sociale, mais ne va pas pour autant assumer de façon satisfaisante la fonction pour laquelle il se justifie, et c'est là qu'éclate et se situe la contradiction majeure du système de soins, c'est à dire au sein même de sa logique de fonctionnement intrinsèque, contradiction qui se surajoute et se superpose à la contradiction déjà soulevée par ailleurs entre les grands problèmes de santé publique et son orientation même.

De plus, et même pour les soins ambulatoires qu'il pratique, et malgré tout ce qu'on a pu en dire par ailleurs, il fonctionne de façon très peu intensive par rapport aux moyens matériels et surtout humains dont il dispose, où viennent s'ajouter des problèmes d'organisation et de non-adhésion d'une grande partie du corps médical qui l'anime, d'où ce que certains auteurs ont analysé comme une raréfaction de l'offre publique de soins.

En réaction à cette situation, les salariés du secteur public (en particulier ceux des plus grosses sociétés industrielles et commerciales mais aussi de certaines administrations) vont tendre à se doter d'unités de soins distinctes de celles du secteur public (relevant du Ministère de la santé). Le mouvement va concerner aussi les Caisses de Sécurité Sociale et faire naître un vaste secteur «para-public» de santé qui va coller au champ salarié puisqu'il constitue une tentative de rapprochement de mise à disposition des soins aux salariés et leur famille. Malgré certains abus liés, là aussi, à une sous utilisation manifeste des capacités de soins, il a joué un rôle certain dans la démocratisation et la présentation de la santé des catégories sociales issues de l'industrialisation. Aucune évolution des résultats de son fonctionnement n'est disponible, avant comme après son rattachement administratif au secteur public (é). De même qu'on ignore l'évolution de son efficacité réelle, avant comme après cette mesure qui, dans beaucoup de cas, semble formelle.

Le secteur privé libéral, dont l'accès se fait moyennant paiement d'honoraires donnant droit à remboursement de la part de la Sécurité Sociale (à ceux qui y sont affiliés), s'est progressivement étendu à toutes les catégories de la population active et prend son essor suite à l'extension de la salarisation.

Il va progressivement prendre en charge une grande partie des soins ambulatoires des assurés sociaux ne bénéficiant pas des centres médico-sociaux d'entreprises, la médecine gratuite ambulatoire apparaissant alors le plus souvent comme une forme d'assistance réservée aux pauvres.

Le système de soins qui résulte du fonctionnement spécifique de chaque secteur, mais surtout de l'articulation spécifique de ces trois secteurs, est doué globalement d'une faible efficacité sanitaire interne et semble ne plus satisfaire **aucune** des parties en présence. Son efficacité «externe» est malheureusement, elle aussi, fort restreinte. Aussi, c'est par rapport à ce deuxième type d'efficacité macro-sociale et macro-économique que l'on doit nécessairement apprécier les coûts et les surcoûts des modalités de fonctionnement de notre système de soins. Un des aspects le plus caractéristique nous semble être constitué par son degré d'autonomie par rapport à l'extérieur, c'est à dire sa capacité d'assurer les soins et en particulier l'hospitalisation vers laquelle il s'est tourné.

Or, on sait que partout et toujours l'hospitalisation est la forme la plus onéreuse de distribution des soins. Dans la mesure où on ne peut la supprimer totalement, elle doit être, au minimum, strictement délimitée par des formes vigoureuses d'intervention en aval, pour ne concerner que les formes sévères, graves, non curables par d'autres types de soins. Paradoxalement, avec la gratuité des soins et malgré une certaine extension des structures publiques extra-hospitalières de soins, c'est sur elle que va se polariser le système de soins public, c'est elle qui va se voir adjuger l'essentiel des crédits, (vraisemblablement autant, sinon plus que dans le système antérieur) au détriment, bien entendu, des formes ambulatoires. Aussi, la gratuité des soins va signifier dans la majeure partie des cas, gratuité de l'hospitalisation. Mais cette dernière va se transformer en hospitalisation de «substitution» aux soins ambulatoires (ayant davantage un fort contenu d'hébergement que de soins intensifs) et donc, de ce fait, délaisser, voire rejeter les formes «lourdes» ce qui, avec le développement de certaines pathologies, va poser un problème. D'où une fraction de ce type de demandes d'hospitalisation sera «sélectionnée» pour être détournée vers l'extérieur : ce sont les envois pour soins à l'étranger.

Paradoxalement, mais le paradoxe n'est qu'apparent, c'est au moment où le nombre de médecins et en particulier de spécialistes s'accroît, au moment où l'équipement des hôpitaux, en termes de plateau technique, s'élargit, que ces envois s'amplifient et prennent l'aspect d'une véritable filière de soins pour les catégories de soins les plus lourdes et les plus onéreuses, même quand les possibilités de guérison sont très restreintes, comme en matière de cancer, ou lorsque les chances de décès en cours de transport sont très élevées, comme dans le cas de certains traumatismes.

Initialement, les envois pour soins à l'étranger (c'est à dire la France) ne pèsent pas fortement sur le plan financier. En effet, ils prennent la forme d'un forfait global qui ne tient pas compte du nombre de personnes concernées et donc échappent à la tarification «normale» pratiquée par les hôpitaux en France. Ils semblent même «avantageux» sur le plan financier, pour l'Algérie.

En réalité, cette modalité de financement initiale a joué à la manière

d'un prix de dumping et a eu pour conséquence une forte insertion, de

façon subordonnée, de notre système hospitalier français dont il a tendu à constituer un appendice pour certains types de soins.

La modification des modalités de financement dans le sens d'une tarification prenant en compte le volume et les caractéristiques médicales des soins, intervenue après les années de 1980, va brutalement modifier l'incidence financière de ces envois (une incidence financière en devises) qui va être d'autant plus forte sur le plan extérieur que le taux de change surévalue de dinar et donc, provoque une illusion monétaire spécifique. Cependant, malgré ceci, son extension est telle qu'elle finit par inquiéter les responsables du secteur, et ce d'autant que l'actuelle chute des cours du dollar et l'effondrement du prix du baril de pétrole exporté, conjugué à une restriction drastique de la demande mondiale, met brusquement l'Algérie en face de la contrainte monétaire extérieure. L'heure n'est plus au laxisme financier et monétaire. L'envoi pour soins à l'étranger nous semble constituer la manifestation la plus flagrante d'une nouvelle forme de dépendance, aussi lourde de conséquence que cause de surcoûts manifestes. Elle relève, à notre sens, des mêmes dynamiques sociales qui se sont exercées dans l'industrie pour faire prévaloir le « clé en main » de façon systématique, aboutissant à la perte de contrôle même des segments maîtrisés jusque là par le système productif et installant la dialectique de la dépendance à un niveau rarement atteint dans ce domaine, du moins sous cette forme spécifique.

Pour n'être pas particulier à l'Algérie le problème de la dépendance par le biais du médicament n'y occupe pas moins une place tout aussi intéressante à analyser. Contrairement au cas précédent, il ne découle pas directement de la logique de fonctionnement de notre système de soins, il lui est préalable et découle en quelque sorte de la nature du sous-développement. Néanmoins, il a constitué un des points d'approche les plus importants sur lesquels s'est appuyée la politique de soins, un des aspects où la recherche de compression des prix sanitaires s'est le plus manifestement exercée ; aussi, il ne semble pas constituer un poste important de la dépense nationale [12]. Mais le résultat de minimisation des prix [13] au niveau des consommateurs publics ou privés, n'a fait, en fait, que déplacer le lieu de manifestation de la dépendance, laquelle loin de s'amoinrir, s'est amplifiée. En effet c'est au niveau de la contrainte extérieure qu'il apparaît, et c'est, tant par le volume que par la valeur de nos importations, qu'il doit être saisi. Volume et valeur ont crû de façon exponentielle, par suite du jeu de deux mécanismes qui ont joué de façon concomitante. Le premier et du même type que celui qui s'est exercé au niveau des marchés réglementés des produits alimentaires [14] : de faibles prix à la consommation de produits importés allant de pair avec la socialisation du financement de la dépense, ont constitué un puissant facteur (mais non le seul), car il faut prendre en compte, aussi, la croissance démographique, la médicalisation croissante des problèmes tant sociaux que de santé) d'augmentation croissante des problèmes tant sociaux que de santé) d'augmentation de la demande de médicaments et ce, d'autant qu'un

taux de change fortement surévalué fait paraître « bon marché » les médicaments libellés en dinar et se surajoute aux autres facteurs de gaspillages (dont les volumes de péremption constituent la forme socialisée mais non unique) et donc de surcoûts que l'économie est obligée de supporter pour assurer un approvisionnement « régulier ». Le biais ainsi introduit par le taux de change minore fortement les dépenses effectuées en devises, en particulier celles concernent le médicament, qui, évaluées en dinar officiel, semble très peu peser par rapport aux autres postes de dépenses. Mais ce n'est pas à ce niveau que son « coût est significatif, mais à celui de notre balance du commerce extérieur : c'est là que l'on peut saisir et le poids et le prix de cette dépendance. Un examen rapide mettant en rapport. Dépense Nationale de Santé Tota (DNST), c'est à dire, y compris l'investissement, et Dépense National de Santé de Fonctionnement (DNSF), aux dépenses de médicaments évaluées successivement en Da officiel et en Da « corrigés » fait apparaître le problème. Ainsi apparemment les dépenses en médicaments représentent 30 % de la dépense nationale de fonctionnement, si on y inclut les dépenses d'investissement, et 33 % si on les retranche. Avec un taux de change plus « réaliste » qui prend en considération l'état du marché parallèle, ces dépenses en médicaments atteignent en moyenne le même volume (où plus) que la DNS. Mais, même si le facteur de correction devait être moindre, il n'en demeurerait pas moins patent et tous les économistes savent bien qu'on ne rend pas service à son économie en surévaluant sa monnaie [16] car ceci provoque une perte de substance considérable. (« le poids » du médicament étant pris comme illustration du mécanisme).

D.N.S.T.	1980	1981	1982
(Y compris investissement	5.311	6.736	8.472
D.N.S. de fonct.	4.762	6.110	7.563
Dépenses de médicaments.			
* en Da officiel	1.630	1.900	
* en Da « corrigés » (X3)	4.890	5.700	
% DNST/M	30.7	28.2	
DA officiel			
DNSF/M	34,23	31,1	
DNSF/DA Courrigé			

Il faut bien voir en effet que le pourcentage des dépenses de santé affecté aux médicaments par rapport à celui allant aux autres catégories de dépenses est un très mauvais indicateur, entre autre parce qu'un taux de charge inadéquat biaise les mesures et ne permet pas de chiffrer les coûts réels supportés par l'économie algérienne, lesquels s'appréhendent mieux au niveau de la balance commerciale et des paiements. Sans compter qu'à cet aspect « coût » s'ajoute un facteur de dépendance manifeste quand la consommation interne est couverte à concurrence de plus de 90 % par l'importation, une importation forte (en moyenne 10 fois plus en valeur qu'au Maroc pour

une population similaire et des niveaux de santé qui ne sont pas significativement différents) dont aucun frein de nature économique ne vient limiter la croissance. (Si on y ajoute le « poids financier » de l'appareillage importé au cours des deux plans quinquennaux, on aura une plus mesure plus exacte de ce coût).

De la même façon que pour les marchés réglementés des produits alimentaires, des biens offerts à prix administrés en deçà de leur coût réel sont fortement gaspillés : il ne reste plus alors que l'intervention administrative en dernier recours, laquelle ne s'exerce en général qu'avec beaucoup de lenteur.

Un progrès très important dans la maîtrise des surcoûts pourrait être réalisé à partir d'une série de réflexions axées sur la nature des principaux surcoûts, sur leurs causes, de façon à pouvoir agir sur elles et non sur les conséquences qu'elles produisent. Il reste qu'une véritable politique de santé doit largement dépasser le cadre sanitaire, contribuant par là à agir aussi sur une des causes de surcoûts.

Conclusion

Finalement, la gratuité des soins instaurée au sein du secteur public (et parapublic, qui en a été une induction) n'a pas constitué une rupture véritable, par rapport au système de soins préexistant qu'elle a conforté dans ses aspects les plus « technicistes », mais un simple relais, fortement dominé de l'extérieur, et ce, tant au point de vue des ses « moyens » que ses « acteurs » l'impulsant.

On ne peut analyser autrement :

– d'une part, la formidable poussée des importations de produits pharmaceutiques, de matériels médicaux et chirurgicaux (y compris du matériel ultra sophistiqué, type scanner), de « modèles » thérapeutiques, d'hôpitaux clés en mains... Le marché « algérien » constitue alors un débouché de plus en plus important pour les firmes multinationales, en particulier les firmes françaises : c'est le plus gros et le premier de leurs clients, et ce, tant au niveau de ses moyens de fonctionnement que de ses investissements ;

– d'autre part le rôle passif et subordonné des services de point des C.H.U., incapables de prendre en charge les malades « lourds » (et les envoyant de plus en plus à l'étranger !) au moment même où ils sont les mieux équipés dans la mesure où ils drainent la majeure partie des crédits publics, et au moment même où ils n'assurent quasiment plus les soins ambulatoires, rôle qui a servi longtemps d'explication sinon d'alibi au non respect de leur fonction

Mais si elle s'est soldée par une efficacité restreinte à ce niveau, moyennant des surcoûts considérables dont il faudrait pouvoir « préciser la part de l'intentionnel et de l'inintentionnel (ce dernier découlant des mécanismes en place, des réglementations, est donc un résultat inconscient), alors que le précédent est le fruit d'actions

conscientes de la part d'une fraction des personnels médicaux et paramédicaux^[17] qui rationnent leurs activités.

Elle n'a pas pour autant induit une logique nouvelle quant à la prise en charge véritable des besoins sociaux, qui résultent des mutations économiques et sociales impulsées par un processus d'investissement essentiellement industriel et urbain, ayant produit une vaste population salariée mais aussi une urbanisation accélérée et sauvage, le tout dans un contexte de croissance démographique extrêmement forte.

Le seul énoncé de ces données de base fournit autant de contraintes à prendre en considération pour la définition tant des objectifs que des moyens concrets susceptibles d'apporter une réponse satisfaisante aux problèmes suscités, en essayant de prévenir l'apparition des maladies et en agissant sur les causes pathogènes (chaque fois que cela est possible). Cette façon de concevoir une prévention à la source, en fournissant par exemple une eau potable à toute la population, est radicalement différente de la prévention médicalisée qui consiste à vacciner la population contre le choléra en cas d'épidémie. On peut multiplier les exemples, mais celui-ci nous semble bien illustratif de la démarche. C'est en prospectant systématiquement toutes les mesures non médicales susceptibles d'améliorer l'état de santé que l'on peut avancer. C'est parce que l'on n'a pas pris, par ailleurs, toutes les mesures propres à influencer de façon positive l'état de santé, et donc que l'approche reste fondamentalement marquée par une optique de soins, une optique d'hospitalisation uniquement, que le problème des coûts se pose en Algérie d'une façon spécifique. Ce n'est pas uniquement de moyens financiers que le secteur a manqué et les constats de «stagnation» des seuls crédits budgétaires stricto sensu en termes relatifs mais non absolus seulement, n'expliquent rien mais, peut-être, occultent même la nature des problèmes qui s'y sont posés sans compter qu'ils omettent que le fonctionnement du secteur a tendu à être assuré par la Sécurité Sociale et non le budget de l'Etat.

Aussi, va-t-on aboutir à une situation très contrastée du point de vue état de santé où la pathologie infectieuse et transmissible, non seulement occupe encore une large place, mais n'est pas strictement délimitée aux couches défavorisées de la population.

Les vrais leviers d'action n'étant pas du ressort du Ministère de la Santé, lequel y consacre peu de moyens de type purement sanitaire, une véritable politique de prévention globale et systématisée ne peut émerger de ce fait que là où les formes (extrêmes) de pathologie liées à la vie et à l'activité moderne prennent une place grandissante et occasionnellement des surcoûts considérables (sans pour autant que la prise en charge soit matériellement assurée. compte tenu de nos seules capacités internes de soins), dont une fraction seulement, est cause de surcoûts socialisés.

Notes

[*] Cet article reprend en l'élargissant une contribution publiée, par ailleurs.

Professeure agrégée à l'Institut des Sciences Economiques d'Alger. Chercheur associé au CREAD.

[1] F. Z. OUFRIHA : Principaux aspects de l'économie de la Santé en Algérie - 1963 - 1970 - Thèse de doctorat d'Etat - Alger - 1972.

[2] Selon l'expression de Mr. KEDDAR «Financement et logique du système de santé en Algérie». Avant projet de problématique de thèse de doctorat, Oran Juin 1983.

[3] On peut en avoir une première indication à travers la modification des dépenses de santé personnelles des différentes CSP entre les deux enquêtes nationales de consommation, (1966 - 67 et 1979 - 80)

[4] Si l'on opte clairement et explicitement pour la première alternative, il faut l'organiser de façon à éliminer les surcoûts.

[5] Comme la réinstitution du paiement partiel de certains actes au niveau de l'hôpital en 1983.

[6] Toute cette partie doit beaucoup à la lecture des textes de G. DESTANNE DE BERNIS.

[7] DEKKAR, BEZAOUCHA : Les accidents de la circulation en Algérie : Approche Epidémiologique SNED - Alger 1983.

[8] J. DUMOULIN : Essai sur le dynamique du système de soins - IREP - Grenoble.

[9] Tout au moins avant son intégration dans le secteur public.

[10] Nous n'ignorons pas les résultats mis en relief par A. THEBAUD à partir d'enquêtes sur 2 services «Besoins de santé et réponse de l'institution sanitaire en Algérie» - Cahier de sociologie et de démographie médicale. Mais ils sont trop partiels.

[11] En particulier A. BENACHENHOU «Planification et Développement en Algérie». Mais ce n'est pas en donnant uniquement plus d'argent au secteur public qu'on accroît son offre. De plus cette position occulte les problèmes véritables d'organisation et de fonctionnement du secteur

[12] Même si en fait le médicament constitue 30 % de la DNS (Dépense National de Santé) alors que l'OMS recommande que ce taux ne dépasse pas 10 à 20 % et HEMMAM Rosa p. 141. «Essai sur la politique du médicament en Algérie», Mémoire Magister Alger 1985 p. 141.

[13] En «minorant» le prix à la consommations c'est

l'effet volume qui s'exerce plus fort et l'emporte sur l'effet

prix - même s'il se traduit finalement en valeur.

[14] F. Z. OUFRIHA «Essai sur la structure du modèle de consommation en Algérie» ONRS - CREA, Alger 198.

[15] Nous avons appliqué un facteur de correction de 3 qui semble être un indicateur moyen compte tenu du fait qu'au change officiel $1 \text{ DA} = 1,6 \text{ FF}$ (en moy.) et qu'au change parallèle $1 \text{ FF} = 2 \text{ à } 3 \text{ DA}$ (en moy.) soit, en faisant le rapprochement des 2 cours du DA, $1 \text{ DA} = 0,5 \text{ à } 0,33 \text{ FF}$.

[16] Problème actuel et lancinant de toute l'économie algérienne, qui entre autre, s'oppose à l'intégration intersectorielle en poussant l'ensemble des agents économiques à privilégier l'importation à l'acquisition sur place de biens, même quand ils sont produits et disponibles au plan interne.

[17] La médecine gratuite s'est faite plus contre la volonté des médecins qu'avec leur adhésion véritable, sauf pour une minorité d'entre eux. Il faut dire aussi que la «décision» n'a pas cherché à obtenir leur consensus...