

F. Z. OUFRIHA^[*]

L'organisation de la couverture collective des dépenses de santé et modalités de leur financement en Algérie

Les systèmes de couverture collective des dépenses de santé sont extrêmement variables d'un pays à l'autre. De plus, à l'intérieur d'un même pays, peuvent coexister plusieurs sous-systèmes dont l'articulation entre eux et avec le système de soins peut être différemment organisée. Ces articulations sont évolutives dans la mesure où elles doivent répondre à des contraintes constamment renouvelées. De plus elles traduisent fidèlement le rapport de forces entre les différents segments et donc les couches sociales qui les portent.

On a pu regrouper en quatre types principaux la gamme étendue des modes d'organisation existants qui constituent en même temps des modalités de financement des dépenses de soins : Prévoyance libre, Assurance – maladie obligatoire, Assurance-maladie nationale et Service National de santé^[1].

En Algérie, après un certain nombre de modifications importantes dont certaines majeures, nous aboutissons à l'instauration et à la coexistence d'un Service National de Santé progressivement constitué et d'un système d'Assurance maladie obligatoire, progressivement étendu à des catégories de bénéficiaires de plus en plus larges, articulés de façon spécifique. En effet la période écoulée depuis l'Indépendance est au moins marquée par les deux années charnières de 1974 et de 1984, qui délimitent de façon nette les tournants et donc les étapes enregistrées tant dans le fonctionnement du système de soins et donc l'organisation de la couverture collective que dans les articulations de ses différents composants.

CHAPITRE I

L'organisation de la protection de la santé dans le cadre du secteur public : le Service National de Santé

SECTION 1

Les principes : de la gratuité des soins au Service National de Santé

1) La «Rupture» de 1974 dans le système de soins

Le projet de gratuité des soins qui figure dans tous les documents doctrinaux de la Révolution algérienne voit sa mise en application en 1974 (Ordonnance de décembre 1974 portant gratuité des soins) : c'est

le premier tournant et le plus décisif. Il marque une rupture en même temps qu'il clôt une période d'affrontements directs avec les médecins, en instaurant une dynamique de socialisation à partir du noyau existant constitué par le secteur public de soins en place. Il prévoit l'édification progressive d'un système de santé similaire à celui des pays socialistes.

Il coïncide avec la mise en place du deuxième plan quadriennal (1974-1977) le plus ambitieux en matière de projets d'investissement et de construction de l'Economie Nationale et s'insère dans l'ensemble de la politique de socialisation entreprise alors. Parallèlement le rapport général du deuxième plan, énonce que «cette mesure qui apporte une réponse à un besoin social profondément ressenti, se verra ainsi considérée et enrichie au fur et à mesure que les bases matérielles et organisationnelles s'améliorent. D'ores et déjà il a été possible de fixer comme objectif minimum d'installer avant la fin du plan une équipe médicale efficiente au niveau de chacune des communes rurales...»

Il s'agit donc d'un projet de système de soins nouveau qui reste à construire tant dans son mode d'organisation et de distribution des soins que dans sa base matérielle et donc dans le financement de celle-ci et résultant d'un choix politique clairement volontariste dans les conditions de l'époque car il remet en cause et bouscule tant l'institution sanitaire existante que les mentalités et les comportements des principaux acteurs du système de soins.

Volonté politique indispensable certes, mais non suffisante pour aboutir, si elle ne se donne pas les instruments de sa réalisation et de sa concrétisation effective.

Au niveau de la responsabilité et de la direction de cette action, la Charte Nationale de 1976, prône une intervention étatique généralisée : «l'Etat a la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population... La médecine gratuite constitue la base de l'action de santé publique en Algérie», tandis que la Constitution consacre dans son article 67 le droit à la protection de la santé «par un service de santé général et gratuit».

Il s'agit donc là de la volonté de la mise en place d'un **Régime Universel** devant couvrir la gamme complète des actions de prévention et de soins. En effet les bénéficiaires de la mesure de gratuité sont tous les citoyens sans exception, il en est de même de la nature des soins et traitements effectués. En d'autres termes cela veut dire que la **socialisation des dépenses** ainsi effectuée n'a pas été sélective : ni au niveau bénéficiaires (groupes sociaux ou catégories des maladies prises en charge collectivement ou les modalités mêmes de traitement de ces dernières ce qui va peser lourdement sur le fonctionnement du secteur public par la suite et marquer la formation de ses coûts.

Cette triple question est centrale, car compte tenu de la faiblesse des moyens réels, lesquels n'ont pas accompagné initialement le projet, et donc des rationnements qui vont s'ensuivre, on devra se poser la

question de savoir pour quelles catégories de population va fonctionner le secteur public (puis para-public progressivement mis en place jusqu'à son intégration dans le premier) appliquant la gratuité des soins. De même qu'on devra se poser la question de savoir qui va le financer en dernier ressort c'est-à-dire en supporter le **coût** étant donné que les soins sont dispensés par des **personnels médicaux salariés**, comme l'ensemble des autres personnels.

A défaut de réponse claire posée préalablement et d'organisation du système en conséquence cela revient en fait en matière d'affectation des dépenses, compte tenu des affections, à laisser jouer les mécanismes antérieurs basés essentiellement sur la structuration du corps médical lequel va être !!! Et donc sur le comportement des seuls médecins à l'égard de la santé et de la maladie. Or ces derniers sont, de par leur formation, tournés vers l'aspect curatif, imperméables aux déterminants sociaux et économiques de la maladie et surtout insensibles aux coûts des soins de ceux qui ont pu accéder au système.

Enfin le dernier point majeur pour notre recherche : c'est que le système va se «construire» à partir d'un existant : le secteur public initialement constitué de l'ensemble des hôpitaux dont la prééminence et donc la logique vont non seulement impulser le système mais déterminer ses coûts.

La conjonction de la libération incontrôlée de la demande, du peu d'extension de l'offre lui faisant face, offre au demeurant peu structurée pour y répondre, et de multiples phénomènes de pertes de contrôle vont amener à des dysfonctionnements voire un quasi blocage du système, lequel tente actuellement de trouver son équilibre par des mesures ponctuelles d'ajustement.

2) Les étapes de la construction du «Système National de Santé»

Cependant une étape décisive est franchie en décembre 1980, lors de la réunion de la quatrième session du Comité Central du Parti FLN, qui se réunit pour étudier exclusivement le dossier Santé et adopte alors une Résolution en 159 points où on prône pour la première fois officiellement^[2] un «**Système National de Santé**» dont les caractéristiques sont alors spécifiées.

En 1984 cependant, la gratuité des soins est remise en cause partiellement ; un certain nombre d'actes et de soins médicaux à titre ambulatoires redeviennent payants en partie : c'est donc le rétablissement du ticket modérateur dans les structures publiques.

Le problème financier est donc au coeur de la gratuité des soins qui devait lever l'obstacle financier de l'accès aux soins, répondre de ce fait aux «besoins de santé» et introduire une «dynamique nouvelle de l'institution sanitaire», mais il est aussi au centre de la décision de réintroduction de paiement partiels, cette fois-ci, dans le but proclamé d'éliminer les gaspillages, d'introduire plus de «rigueur» et de responsabilité dans la consommation des soins, de même qu'il

explique un certain revirement en matière d'octroi d'autorisations d'installations des médecins suite aux difficultés financières des secteurs sanitaires et donc à l'impossibilité de dégager les crédits budgétaires correspondants nécessaires à leur fonctionnement, et finalement à la suppression du «zooming» qui va se provoquer immédiatement en grand nombre de «sorties» du système public.

Il semble qu'au niveau des principes, des discours et des intentions il y ait passage de 1974 à 1984 de la prééminence d'une logique des «besoins», non spécifiée toutefois, à celle des coûts. En fait, c'est tant le problème des modalités de financement des dépenses de santé que celui de la maîtrise de leur croissance qui ressurgit brusquement dix ans son occultation voire sa négation au niveau du secteur public, qui va alors faire financer de façon aveugle mais socialisée toutes les dépenses de santé, justifiées ou pas.

Cette question renvoie en fait à des éléments propres c'est-à-dire endogènes au système de soins : modalités de fonctionnement et d'articulation des différents secteurs et unités de production et de distribution des soins qui constituent les segments spécifiques du système, dynamiques des acteurs en présence, et à des éléments externes ou exogènes au système de soins et qui relèvent de la nature du système économiques et social, du type de rapports au système de soins dont les effets vont être déterminants sur cette évolution, mais aussi de son articulation à l'étranger, par le biais des personnels, des médicaments et des appareillages nécessaires à son fonctionnement.

SECTION II

L'organisation de la distribution des soins : les secteurs sanitaires

Le système national de santé tel qu'il va être aménagé progressivement suite à la résolution du Comité Central du Parti FLN en date de 1980 découlera d'un certain nombre de recommandations qui sont autant de principes d'organisation.

Cependant un certain nombre de modifications importantes quant à la logique de fonctionnement vont être introduites en particulier en 1981. En effet le système préconisé devra être unifié, décentralisé, démocratisé et intégré au plan de développement économique et social. Cet objectif devrait être atteint par **[3]** :

- l'unification et la réactualisation de la réglementation sanitaire,
- l'application des principes de sectorisation et de régionalisation,
- une approche nécessairement intersectorielle impliquant la redéfinition du rôle et des fonctions du Ministère de la santé et des Ministères intervenant plus ou moins directement dans la santé, chacun dans son domaine respectifs,
- la notion d'intégration de toutes les structures de santé quelles que soient leur nature juridique et leur insertion dans l'application des programmes nationaux et régionaux de santé,
- toute extension du réseau de santé doit obéir à un schéma directeur

planifié : la carte sanitaire est l'instrument de ce schéma planifié, et constitue donc en principe un outil de régulation des implantations sanitaires,

– l'intégration à tous les niveaux de la distribution des soins des activités préventives et curatives.

Or le système de soins s'étant construit parallèlement à la mise en place du système productif s'était structuré jusque là, au niveau de l'offre, en un certain nombre de secteurs juridiques ou segments de soins d'inégale importance. En particulier, à côté du secteur public constitué initialement de l'ensemble des hôpitaux et d'un embryon de structures légères renforcé par ceux appartenant à la Mutualité Agricole dès 1974, va se développer un important secteur parapublic impulsé par la Sécurité Sociale dont les ressources ont été fortement accrues par suite de l'extension de la salarisation, et les Entreprises publiques industrielles et commerciales, en faveur donc des salariés de ces secteurs d'activité et de leur famille.

L'ensemble de ces structures va être rattaché – «intégré» administrativement aux secteurs sanitaires à partir de 1983, venant ainsi renforcer en moyens humains et matériels le «secteur public», qui de ce point de vue devient absolument prépondérant – et se trouve régi alors par les mêmes principes, dont trois semblent être structurants du point de vue de la logique de fonctionnement.

1. – Le principe de la sectorisation

L'ordonnance portant gratuité des soins s'était accompagné sur le plan de l'organisation d'une innovation qui aurait pu être décisive alors, si elle n'avait été finalement vidée de tout contenu, devenant alors une simple mesure d'organisation administrative beaucoup plus qu'un instrument de véritable transformation de la dynamique du système, jusque là basé sur les hôpitaux et les soins curatifs, et qui va au contraire et paradoxalement être encore plus polarisés sur ces derniers.

Il s'agit du découpage géographique de l'appareil sanitaire en «secteurs sanitaires» dont la consistance territoriale est celle d'une daïra^[4], devant répondre aux demandes de soins d'une population de 100.000 habitants environ et dont le décret du 5 septembre 1981 précise l'organisation de ce nouveau type d'établissement public à caractère administratif doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière.

Un secteur sanitaire intègre l'ensemble des structures de prévention, de soins de diagnostic et d'hospitalisation implantés dans le territoire administratif de la daïra. En fait, le secteur sanitaire est composé d'un hôpital, en général le plus important sinon le seul de la daïra, siège du secteur sanitaire et qui en représente le pôle dans la mesure où il est le centre de toutes les décisions, et d'unités sanitaires satellites, constituées par des polycliniques et des centres de santé hiérarchisés.

Il constitue donc le pivot et le cœur du secteur public. Il est décentralisé par rapport à l'administration centrale et bénéficie d'une complète autonomie quant à l'exécution de son budget qui se fait selon des procédures administratives précises : Il s'agit donc beaucoup plus d'administration que de gestion proprement dite des établissements de soins.

Les centres médico-sociaux (CMS) dépendant des organismes publics ou para-publics mis en place à la faveur de la gratuité vont progressivement voir leurs personnels et leurs activités intégrés dans ceux du secteur sanitaire. Ce qui ne va pas se faire sans un certain nombre de difficultés. Ce dernier est découpé en plusieurs sous-secteurs dont la structure centrale est en général une polyclinique qui en est aussi le siège technico-administratif. Longtemps sans effet au niveau du fonctionnement les sous-secteurs semblent bénéficier d'une impulsion nouvelle en tant que services extra-hospitaliers distincts.

Cependant on a pu montrer[5] que ce type de découpage vertical qui épouse étroitement les contours administratifs, s'il permet l'unicité de gestion administrative et financière de même que celle d'exécution des programmes par l'ensemble des structures sanitaires de la daïra, souffre de cette «transposition d'une fonction sanitaire à une fonction administrative»[6]. Ces deux institutions n'étant animées ni par les mêmes logiques, ni les mêmes préoccupations ni les mêmes objectifs. La primauté de l'aspect administratif appliqué de façon mécanique aboutissant parfois à des aberrations, particulièrement en milieu urbain où plusieurs secteurs sanitaires complètement autonomes peuvent coexister dans la même ville, pour deux quartiers mitoyens (à Alger par exemple).

De plus, chaque secteur sanitaire s'accompagnant de la création d'une multiplicité de postes administratifs[6] de direction et d'exécution (un directeur, quatre directeurs-adjoints, un économiste... une secrétaire pour chacun d'entre eux et de personnel subalterne) il en résulte un alourdissement considérable des frais de personnel administratif et donc des **coûts** au niveau du fonctionnement de l'ensemble des secteurs sanitaires (nous essaierons par la suite de saisir l'évolution du ratio personnel médical/personnel administratif) dont le nombre a été lui-même considérablement augmenté suite aux redécoupages administratifs successifs dont le dernier en date (1984) vient de porter le nombre des wilayates à 48, celui des daïrates à 219 et des communes 1540.

La faiblesse principale d'un tel type d'organisation réside cependant dans la polarisation et la centralisation autour de l'hôpital qui devient beaucoup plus qu'auparavant le cœur du système de soins car il faut bien voir que le secteur sanitaire est impulsé par des médecins hospitaliers qui ont tendance à perpétuer la logique d'un système basé sur l'hospitalisation.

Les unités légères qui lui sont rattachées semblent ont plus ou moins être marginalisées[7], confiées qu'elles sont à un chef de service médecin ou surtout infirmier qui n'a aucun poids devant le Conseil

médical qui régit l'hôpital. Toute la politique de la primauté des actions de prévention et des soins de santé primaires réellement initiée à partir de 1980, bute sur ce type d'organisation et ce qu'elle induit comme polarisation en matière d'approvisionnement en médicaments et équipements, d'affectation de personnel médical et paramédical, bref de l'ensemble des moyens de santé, au profit de l'hôpital au détriment des unités légères... qui semble être une tendance lourde de notre système de soins.

2. – Le principe de la hiérarchisation des soins

Le point de départ c'est l'idée que l'amélioration du fonctionnement des hôpitaux [8], dont on a dit alors qu'ils avaient été «dispensarisés» suite à leur large ouverture au public au lendemain de la gratuité des soins, ne pouvait être réalisée que si le réseau sanitaire de base, c'est-à-dire les sous-secteurs en fait et donc les structures légères pouvaient assurer toutes les fonctions sanitaires de base. On va procéder à une hiérarchisation des soins à partir de là.

L'application de ce principe sur le terrain va connaître des fortunes diverses d'abord dans l'espace mais surtout dans le temps avec des périodes d'application «heureuses» où l'on voit une fraction du temps de travail des maîtres-assistants affectée aux unités légères et donc permettant de filtrer à la base la demande de soins spécialisés, de faire moins pression sur les hôpitaux, et donc un fonctionnement plus efficace du système, et des périodes d'interprétation «malheureuses» où ces derniers refusent d'exercer dans les structures légères.

La hiérarchisation consiste à différencier les actions de soins relevant de la compétence sanitaire du système de base c'est-à-dire des structures extra-hospitalières de celles qui relèvent des structures hospitalières selon des niveaux déterminés et différenciés en fonction du degré de technicité des soins exigé ou plutôt «souhaité».

En fait l'ensemble des structures sanitaires va être ainsi hiérarchisé en quatre niveaux de santé (A.B.C.D.) selon le degré de complexité et de spécialisation des soins dispensés, classés ainsi :

1.– **Les soins de premier recours** du type D sont le fait des centres de santé, salles de soins et de consultations mais aussi des polycliniques quand elles existent. Les normes de l'expansion des services de santé prévoient :

- une salle de soins et de consultations pour 10.000 habitants environ,
- un centre de santé au niveau de la commune, en fait dans chaque village ou agglomération regroupant environ 20.000 personnes. Il est censé assurer les actions de prévention telle la PMI, avec en particulier les vaccinations et l'hygiène scolaire et des actions de soins et de consultations, en particulier en médecine générale,
- la polyclinique conçue pour 20.000 à 30.000 habitants a une action en matière de soins beaucoup plus étendue à mi-chemin entre celle du centre de santé communal et de l'hôpital de daïra. Elle offre des

possibilités de consultation spécialisées, lorsqu'elle peut être effectivement dotée de personnels spécialisés.

2.– **Les soins généraux** du type C sont dévolus aux hôpitaux de daïra, de wilaya ou de région assurant chacun en ce qui le concerne, dans le cadre du secteur sanitaire les tâches de soins, de prophylaxie, de formation et d'administration de la santé.

L'hôpital de daïra en est le pivot, c'est en général et surtout pour ceux récemment implantés, un hôpital de 240 lits qui comprend les spécialités de base que l'on estime nécessaires de rapprocher de la population jusqu'à ce niveau. Ce sont la médecine interne, la chirurgie générale la gynéco-obstétrique, la pédiatrie.

On estime que moyennant l'implantation de ces spécialités au niveau de la daïra, on peut assurer une couverture sanitaire suffisante en matière de soins généraux et d'hospitalisation qui représenteraient 85 % des prestations sanitaires en matière de soins curatifs. On estime que deux spécialités supplémentaires (l'ORL et l'ophtalmologie) doivent être intégrées au fur et à mesure des disponibilités en personnels qualifiés.

3.– **Les soins spécialisés** du type B sont assurés uniquement par les établissements hospitaliers spécialisés – qui ont vocation pour ces prestations à un niveau régional ou national – et dont le siège est le chef-lieu de wilaya. On estime cependant leur mise en place «compromise par le déficit en spécialistes»[\[9\]](#).

4.– **Les soins hautement spécialisés** du type A seraient fournis par des établissements hospitaliers spécialisés localisés dans un chef-lieu de région et dont les activités seraient réservées à la prévention et au traitement de maladies «lourdes» : maladies cardio-vasculaires, cancer mais aussi traumatologie, les grands brûlés, la dialyse rénale. On considère que ces établissements doivent être des structures de référence nationale.

De la même façon que précédemment on se rend compte que la logique «administrativo-hospitalière» prime et que l'application stricte de ces principes conduirait, compte tenu du découpage administratif de 1984 à savoir «besoin» de 13 établissements hospitaliers hautement spécialisés, de 48 hôpitaux spécialisés et de 219 qui seraient à vocation générale. Et comme le fait remarquer de façon tout à fait pertinente H. LAMRI «si l'on adopte cette démarche il faudrait pour la wilaya de Tindouf dont la population en 1984 est de l'ordre de 13.800 habitants, un établissement général et un certain nombre d'unités légères en fonction des découpages administratifs. A contrario une wilaya comme Blida à forte densité de population ne sera pas correctement couverte»[\[10\]](#).

Ce type de découpage, faisant abstraction des véritables critères pertinents à partir desquels aurait pu s'élaborer une hiérarchisation plus souple et plus efficace, essayant de mettre à jour de véritables régions sanitaires compte tenu des densités de population, de leur

mode d'habitat, des pathologies[11] et des conditions socio-démographiques locales – va se traduire par un alourdissement considérable en personnels administratifs en résultant pour son fonctionnement et donc en surcoûts.

Du point de vue de l'économie du système, on peut noter que la distribution des soins se faisant selon le mode direct le malade n'a pas de liberté pour choisir son médecin, mais on sait qu'un tel type de liberté est purement formel et non toujours exercé à bon escient, le degré de liberté lui étant accordé dans la possibilité d'en consulter plusieurs ou au moins un «public» et un «privé». Les médecins qui l'animent de même que l'ensemble des autres personnels sont salariés d'ou l'importance des charges fixes dans les dépenses de secteurs sanitaires que nous examinerons par la suite[11].

Avec la hiérarchisation des soins, l'accès aux soins spécialisés du secteur public, devient sélectif parce qu'il doit se faire de façon impérative par le biais du généraliste qui devient ainsi le point d'entrée obligatoire dans le système de soins public. Les avis sont controversés quand à son efficacité réelle, c'est-à-dire à sa capacité de filtrage de la demande en soins spécialisés, estimés être beaucoup plus onéreux. Certains lui imputent au contraire un alourdissement compte tenu de la multiplication en termes d'actes qu'il implique, particulièrement pour les soins complexes. Effectivement, s'il faut suivre tout le cheminement des soins hiérarchisés et passer obligatoirement par tous les niveaux, cela risque d'être très long pour le malade relevant effectivement d'une pathologie complexe et finalement assez lourd et donc plus coûteux pour la collectivité concernant les soins complexes.

Cet inconvénient est-il contrebalancé par un «détournement» fixation de la demande de soins au niveau des généralistes, et donc d'une moindre pression sur les spécialistes ? Telle était la justification de la mesure et elle n'est effectivement efficace sur le plan des coûts que si elle aboutit à un tel résultat. Ce qui dans le système de collecte de l'information actuel semble impossible à déterminer[12] et nécessite donc une investigation approfondie pour déterminer les modalités concrètes d'utilisation des ressources disponibles.

En fait, la hiérarchisation des soins traduit essentiellement le mouvement de repli des hôpitaux sur eux-mêmes et donc vise beaucoup plus à mettre fin à ce qu'on a appelé la «dispensarisation des hôpitaux» qu'à réaliser un fonctionnement intégré de l'ensemble des structures[13]. Les hôpitaux qui concentrent toujours l'essentiel des moyens et en particulier – la quasi intégralité des médecins spécialistes – reviennent à une conception plus orthodoxe et plus stricte de leur fonction en s'entourant de toute une série de «barrages» nécessaires à franchir pour y accéder sans cependant devenir des lieux de soins fortement technicisés. Aussi le véritable enjeu à notre sens compte tenu de leur nouvelle orientation concerne la nature et le contenu de l'hospitalisation qui y est dispensée, puisque parallèlement s'amorce une diffusion massive de technologies nouvelles lourdes du type imagerie médicale. Les hôpitaux algériens

sauront-ils se reconverter réellement et efficacement en centres de soins sophistiqués comme ils semblent le vouloir et donc ne plus faire de l'hôtellerie ou de l'hébergement social, sauront-ils alors répondre correctement à la demande de soins complexes, dont une très large partie est actuellement détournée au profit de l'extérieur via «les envois pour soins à l'étranger» ? Le test est là : tant qu'existeront ces «envois» ont peut dire qu'il n'en est rien. La condition étant cependant nécessaire mais non suffisante. C'est donc toute la politique de prise en charge interne de soins lourds qui est en cause – mais qui risque d'être compromise par la désorganisation des équipes spécialisées suite à la levée du «zooning».

L'introduction de cliniques privées – en instance de vote à l'APN – ne peut au mieux que se localiser dans des créneaux «rentables» et très peu lourds techniquement (accouchement, appendicectomie).

Par ailleurs cette hiérarchisation horizontale fondée sur des niveaux de soins attribués mécaniquement et rigidement à des types d'unités de soins leur correspondant s'oppose à la mise en place de programmes de santé intégrées au niveau de toutes les unités de soins et est peu souple quand à son fonctionnement et peut finalement donner lieu à une multiplication inutile des «actes», compte tenu des niveaux de passage obligatoires.

3. – Le principe de la régionalisation sanitaire

C'est, comme nous l'avons déjà noté, la carte sanitaire nationale qui procède à la hiérarchisation des niveaux de soins selon leur degré de complexité et spécialisation, corollairement elle projette cette structure pyramidale sur le plan spatial. C'est ainsi qu'elle découpe le territoire national en treize régions sanitaires comprenant chacune un certain nombre de wilayate.

Parallèlement, elle définit différents types de secteurs sanitaires :

- un secteur sanitaire de type C dont la définition, le nombre de spécialités et les zones d'implantation sont précisées par voie réglementaire,
- un secteur sanitaire de type B correspondant aux hôpitaux de chefs-lieux de wilaya et offrant une gamme de vingt spécialités. Il coiffe un certain nombre de secteurs sanitaires de type C,
- un secteur sanitaire de type A correspondant à un chef-lieu de région sanitaire et coiffant dans un certain nombre de secteurs de type B. Il doit pouvoir assurer les prestations de soins dans 48 spécialités[14].

Cette «typification» des unités de soins s'accompagnant d'une typification c'est-à-dire une standardisation des constructions et des matériels qui, poussée à l'extrême, va soulever de nombreux problèmes.

Cette hiérarchisation ayant sa projection sur les structures

hospitalières se traduit par la «définition» et la «typification»[15] de

différentes catégories d'unités correspondant aux différents niveaux et catégories de soins.

C'est ainsi que l'on aura au sommet de la pyramide hospitalière : un établissement hospitalier régional (EHR) au niveau de la région sanitaire et donc susceptible d'assurer des soins du type A, B, C, et qui dans la région Nord du pays correspond à des centres hospitalo-universitaires (CHU). Cet hôpital devant avoir une capacité de 660 à 700 lits.

A un niveau plus bas, c'est-à-dire à un niveau intermédiaire, il s'agira d'un établissement hospitalier de wilaya (EHW) au niveau de son chef-lieu et susceptible de dispenser des soins de type B et C, l'hôpital en question sera dimensionné de 240 à 400 lits.

Enfin à la base de la pyramide hospitalière l'établissement hospitalier de daïra groupant 120 lits, dispense des soins du type C. A ces établissements hospitaliers qualifiés de généraux viendraient s'ajouter les établissements «spécialisés» tels que définis précédemment.

Cependant là aussi, la prééminence du découpage sinon de la logique administrative, abstraction faite des considérations de pathologies ou de paramètres démographiques [16] en particulier des densités de populations...) aboutit à de multiples aberrations et rend caduc le «montage» ainsi réalisé trois ans seulement après sa mise en place (suite en particulier au nouveau découpage administratif).

Mais surtout, semble-t-il, le système semble grippé par suite de «l'absence» des spécialistes à l'aval de l'hôpital pour pouvoir y répondre à ce niveau et jouer alors le rôle de filtre à la «pression sur l'hôpital», pression fictive en réalité car les hospitaliers ne travaillent au mieux qu'une demi-journée (matinée).

SECTION III

Une excroissance rapidement absorbée. Le secteur para-public de soins

L'Etat, principal initiateur des décisions économiques et sociales, va en fait structurer le système de santé en rapport avec les mutations et les besoins sociaux apparus compte tenu du projet global de société et de ses inflexions.

Le système public va se développer essentiellement sur la base de la planification des moyens matériel [17] qui en dépit de tout le discours sur la prévention et les soins primaires sera en fait impulsée par la demande sociale la plus forte, celle des groupes aisés que la construction de l'Etat et la mise en place d'un appareil de production a rendu progressivement dominants. Or cette demande a été extrêmement diversifiée et de plus en plus spécialisée d'ou la place centrale en fait de l'hôpital et du médecin, de la concentration des moyens au niveau des plus grandes agglomérations urbaines, ceci malgré la sectorisation ou au contraire par le biais de la sectorisation.

Les plans ont été en matière de santé, comme dans beaucoup d'autres secteurs, plus des programmes quantitatifs de construction de murs et de formation de personnels que d'articulations et d'intervention réelles sur les paramètres pouvant imprimer à l'institution sanitaire une dynamique nouvelle, une autre logique de fonctionnement : l'institution sanitaire malgré les bouleversements subis reste profondément marquée par des «règles du jeu» héritées de l'ancien système qu'il faudra bien élucider.

Ayant posé le problème en termes de moyens matériels et humains, il a en fait longtemps négligé les aspects d'organisation, de structuration et de statuts propres à transformer l'institution sanitaire dans ses finalités et la logique de son fonctionnement.

N'ayant pas posé de priorités, de leviers et de moyens de concrétisation d'une politique de santé publique basée sur un développement «endogène» et rapide de l'institution sanitaire, il va en fait favoriser l'émergence et l'expression d'une demande et d'une pression sociale tant pour l'extension de l'exercice privé de la médecine et donc un plus grand nombre d'autorisation d'ouverture de cabinets, que pour une grande intégration du système aux institutions sanitaires françaises : d'où le rôle subordonné et dominé du secteur public qui se fait alors le relais et la courroie de transmission de cette demande. Le deuxième type de pression face à la défaillance et à l'insuffisance du système public va se traduire longtemps par l'extension d'un secteur de soins parapublic par le biais de la sécurité sociale mais aussi les entreprises industrielles et commerciales du secteur public.

Cet éclatement du système de santé a été analysé différemment. Pour A. BENACHENHOU[18] il est le simple résultat de la pénurie de l'offre publique de soins. Pour A. THEBAUD[19] il correspond à «un classement social dans l'accès aux soins» tandis que pour F. Z. OUFRIHA «il traduit la volonté d'accaparement et de consommation d'une partie de la rente par les catégories favorisées par la politique d'industrialisation[20]. Alors que M. KEDDAR[21] s'interroge s'il n'est pas le «reflet des contradictions et conflits sociaux inhérents aux transformations socio-économiques vécues par la formation sociale algérienne et aux différentes stratégies sociales qui s'affrontent».

Cependant cette tentative «d'internaliser» des dépenses de santé concomitamment à toutes les autres charges «sociales» n'ayant pas produit les effets escomptés en termes de productivité du travail, mais ayant participé à l'alourdissement des charges et donc des coûts de production des entreprises, a été remise en cause par la nouvelle orientation de la politique économique générale, qui s'est traduite à ce niveau par la décision de «délester» toutes les entreprises et la Sécurité Sociale de leur appareil de soins et d'intégrer ce dernier aux secteurs sanitaires relevant du Ministère de la Santé et donc d'externaliser ainsi les dépenses sociales des entreprises.

En effet alors que la Mutualité Agricole disposant jusque là d'un important réseau de centres de santé où elle dispensait selon le mode

direct, des soins à ses affiliés, s'en dessaisit au profit du secteur de la santé à la faveur de la gratuité des soins, deux catégories d'institutions vont au contraire être amenées à multiplier rapidement les créations d'unités de production de soins, en général légères, plus ou moins spécialisées et s'adressant à des catégories de personnes spécifiques : ce sont d'une part les différents organismes de sécurité sociale, y compris les Mutuelles – ce sont d'autre part les entreprises industrielles et commerciales (voire les administrations).

1. – Une tentative d'internalisation des dépenses pour soins : les centres médico-sociaux des entreprises publiques

L'extension rapide mais jamais recensée[22] au niveau de l'ensemble des entreprises publiques industrielles et commerciales. et parallèlement à leur propre développement de toute une série d'activités dites «sociales» : transport, formation, santé etc... traduit une démarche globale générale qui a prévalu durant la période de lancement de l'industrialisation – démarche qui a consisté à «internaliser» toute une série de dépenses et donc d'activités annexes à leur propre fonction, que le fonctionnement des autres secteurs ne leur assurait pas de façon satisfaisante au vu de leurs «besoins». Extension qui s'est faite sur les fonds propres des entreprises et qui n'a pu avoir lieu que parce ces dernières ont bénéficié de ressources importantes provenant de l'Etat pour impulser un processus d'industrialisation.

Cependant de façon plus spécifique on a pu analyser la naissance et le développement des centres médico-sociaux (CMS) à ce niveau comme le résultat de la convergence de deux groupes d'intérêts[23] résultant des préoccupations des deux catégories d'acteurs principaux au sein de l'entreprise publique.

– Les intérêts des cadres gestionnaires et couches technologiques pour qui la montée en production des unités industrielles mises en place depuis 1967 devenait une exigence. Or l'absentéisme élevée d'une fraction de la main d'oeuvre s'il répond aussi à d'autres déterminante, n'en a pas moins aussi un contenu sanitaire. En d'autres termes, cela voudra dire que la stabilisation et la normalisation des collectifs de travailleurs va passer pour eux par une certaine «normalisation» médicale de la force de travail.

En fait une grande partie de l'activité des CMS d'entreprises consistera à délivrer des soins aux salariés et à leurs familles, la médecine du travail[24] lorsqu'elle est pratiquée se réduit le plus souvent aux visites d'embauches lesquelles seules permettent le respect de la conformité à certaines normes dont le non-respect peut être très préjudiciable tant aux salariés qu'à l'entreprise, parfois à des examens périodiques et des soins sur place dans le but du maintien et de la réparation, même d'un niveau élémentaire de la force de travail.

Peut-on les accuser d'avoir été cantonnés à des actes de contrôle c'est-à-dire de réduction systématique des congés de maladie comme le font certains[25]. L'appréciation semble excessive voire injuste, en

tout état de cause si telle était la motivation profonde, elle aura échoué à atteindre cet objectif.

Ce qu'il faut noter en tout état de cause, c'est que la question de la santé n'est pas posée de façon telle qu'elle amène à remettre en cause, en aval, l'action des éléments pathogènes liés aux formes d'organisation ou de division du travail^[26], de même que ceux découlant de certain type d'équipements et de technologies importés. L'action, peut être plus facilement praticable au premier niveau, sans être exclue du second, aurait permis si elle avait été initiée, une meilleure maîtrise de l'appareil de production, tout en contribuant de façon plus patente au maintien et à l'amélioration de la santé des travailleurs.

Les intérêts des collectifs de travailleurs dans la mesure où les CMS satisfont sur les lieux mêmes du travail, aux besoins de soins de réparation des travailleurs et donc évitent pertes de temps, transport et files d'attente.

Cette double préoccupation n'est en fait pas toujours présente, et il semble que ce fut surtout pour échapper aux contraintes et aux «pénuries» du secteur public que les CMS ont fonctionné (compte tenu de leur implantation) pour les salariés et leurs familles, en conformité et non en rupture avec le modèle ambiant, limité à l'action curative.

2. – Une expérience d'organisation distincte de la médecine du travail : l'ONIMET

L'office de la médecine du travail fut créé en 1974 à partir d'un noyau existant d'associations de médecine du travail qui furent nationalisées alors. Son objectif explicitement affirmé étant de mettre en place une organisation et une infrastructure prenant en charge de façon distincte et spécifique la médecine du travail sur l'ensemble du territoire national et pour toutes les branches d'activités – à l'exception bien entendu des entreprises dotées déjà de centres autonomes de médecine du travail.

Son action va buter sur une triple insuffisance concernant :

- son expression propre d'une politique de prévention spécifique,
- la disponibilité de médecins du travail,
- une prise de conscience et la revendication participative de la part des travailleurs d'une véritable amélioration des conditions même de travail.

Il s'ensuivit que le contenu de son action ne fut pas notablement différent de celui des CMS si l'on exclut les inspections des lieux du travail dans la mesure où elles ne déboucheront pas sur des modifications. Toutefois elles s'adresseront exclusivement aux travailleurs.

On peut se poser la question de savoir s'il n'y eut pas souvent doubles-emplois. En tout état de cause bénéficiant de disponibilités

financières issues de prélèvements sous forme de cotisations obligatoires des entreprises adhérentes, l'ONIMENT va se maintenir jusqu'en 1983, date de sa dissolution et de l'intégration de la médecine du travail dans les secteurs sanitaires.

Plus que tout autre, compte tenu de la période où elle s'inscrit, cette tentative peut être considérée comme révélatrice d'une certaine approche – jusques et y compris dans les milieux ouvriers et syndicaux – qui n'arrivent pas à poser les besoins de santé, autrement qu'en soins c'est-à-dire en interventions cliniques et thérapeutiques devant répondre aux conséquences dommageables du point de vue santé du travail industriel, les conditions d'exercice de ce travail qui sont les facteurs pathogènes véritables n'étant pas remises en cause.

3. – Une volonté d'extension et de diversification des soins à titre ambulatoire : les CMS de la Sécurité Sociale

C'est par le biais de «l'Action Sanitaire Sociale et Familiale» alimentée par un certain pourcentage des cotisations affectées aux Assurances Sociales que les organismes de Sécurité Sociale vont dès 1972 se lancer dans la mise en place et le fonctionnement d'un réseau d'unités de soins constitué de centres médico-sociaux, cliniques, maternités, petits hôpitaux spécialisés, laboratoires, centres de rééducation et de repos dans le nombre passe de 34 en 1973 à 145 en 1979 [27] (125 CMS – 8 cliniques et 12 unités spécialisées) qui vont distribuer plus de 20 millions de consultations et soins gratuits au cours de cette année.

Contrairement aux CMS d'entreprises dont ni l'activité ni les dépenses n'ont été comptabilisées sur le plan central, les informations concernant les dépenses et les activités de la Sécurité Sociale, à l'exclusion toutefois de celles des Mutuelles, sont centralisées, comptabilisées et publiées.

Les unités de soins de la Sécurité Sociale largement ouvertes dès le départ à l'ensemble des salariés et de leur famille se sont moulées à la demande exprimée en matière de soins plus ou moins complexes, elles ont répondu de façon beaucoup plus souple et adaptée que les structures publiques. Mais on peut noter, là aussi, la faiblesse de la démarche préventive, spécialement s'agissant de la Sécurité Sociale dont c'est la fonction de protéger la santé des travailleurs et qui n'est pas, à priori, sous le poids de l'institution sanitaire. Leur gestion et leur tenue, exemplaires du point de vue des usagers, se sont effondrées avec leur rattachement à la santé.

Au delà des divergences de statut juridique et de l'hétérogénéité des formes d'intervention, si on a pu analyser comme secteur spécifique de soins dit para-public, ces unités c'est qu'elles ont présenté un certain degré d'autonomie [28] par rapport au Ministère de la Santé publique et une certaine cohérence qui leur confèrent des caractéristiques communes. Le secteur para-public de soins a pu être identifié :

– quant aux causes de sa naissance et de son développement : les insuffisances quantitatives et qualitatives en termes de structures de soins ambulatoires du secteur public de soins, en termes de gestion et de tenue de ces établissements quand ils existaient la gratuité s'étant accompagnée d'un laisser-aller et d'un non-entretien des locaux.

– Quant aux modalités de son fonctionnement : la disponibilité de moyens financiers importants, tant au niveau des entreprises que de la Sécurité Sociale, ont permis outre, la mise en place des infrastructures, de drainer du personnel médical par application de salaires nettement plus importants que ceux du secteur public et d'offrir des conditions de travail nettement plus attractives. Il a bénéficié par ailleurs de modalités de gestion beaucoup plus «performantes» pour les usagers.

Par ailleurs, parce que plus souple, il a su capter et attirer des médecins en «instance» (soit de service civil, soit de poste, soit d'installation). Enfin offrant des possibilités d'aménagement du travail, il a attiré certaines catégories de médecins, comme les femmes. Son intégration aux secteurs sanitaires pose de difficiles problèmes d'harmonisation des statuts et des rémunérations et s'est faite moyennant une perte nette d'affectifs médicaux en faveur du secteur privé et une perte nette d'efficacité dans son fonctionnement.

– Quant à son champ d'action il ne s'adresse pas à toute la population mais uniquement aux salariés, qu'il soit plus ou moins lié aux unités de production complètement dissocié.

Son extension a été cependant plus ou moins largement déconnectée du volume de la demande de soins et semble avoir été beaucoup plus impulsée par les «possibilités» financières des entreprises, d'ou certains abus manifestes au niveau des grandes sociétés nationales, qui ont le plus, développé infrastructures et équipements parce qu'elles ont bénéficié de plus de moyens financiers. La restructuration financière et organique posera le problème de l'affectation de ce patrimoine dans la mesure où son intégration aux secteurs sanitaires, qui ne semble pas être encore complète en 1987 a commencé plus tardivement.

Cette intégration aux structures publiques décidée, semble alors être effectuée beaucoup plus rapidement que pour celle de la Sécurité Sociale. Elle a néanmoins suscité des difficultés manifestes suite en particulier aux disparités quand au niveau des rémunérations pratiquées pour les différents types de personnels médicaux, paramédicaux, administratifs et techniques. Elle lui a surtout semble t-il fait perdre toute efficacité de fonctionnement : les secteurs sanitaires étant incapables de gérer, ou même d'administrer correctement les unités de soins, ce qui met en relief l'importance des personnels de soutien et l'encadrement autres que médicaux des structures de soins, mais aussi des «règles» règlement et pratiques de gestion qui les animent.

SECTION IV

Vers un nouveau redécoupage des activités de soins ?

L'année 1987 va voir introduire toute une série de mesures qui remettent en cause l'architecture d'ensemble précédemment exposée et surtout la relative cohérence du système – à défaut d'efficacité intégrale parce qu'il bute sur la «technicisation» du cors médical.

Elle prend tout d'abord la forme de l'autonomisation des CHU [29] qui, érigés en établissements publics à caractère administratif dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière à l'instar des secteurs sanitaires, sont complètement déconnectés du reste du système de soins, et ne font plus partie des secteurs sanitaires puisqu'ils ont en été «extraits». Ces structures de soins précédemment rattachées sont érigées en secteurs sanitaires, lesquels n'ont plus aucune logique d'activité.

Elle prend ensuite la forme de l'autonomisation des sens-secteurs sanitaires (assimilés de plus en plus aux unités de soins non hospitalières) des secteurs sanitaires proprement dits qui semble alors se réduire aux hôpitaux.

Le système semble être segmenté en trois niveaux indépendants. Y a-t-il une coupure entre les trois niveaux de soins ainsi définis ? Qu'elle est l'efficacité technique et sociale de cette redéfinition ? N'est-on pas en train de transformer «les secours» en médecine des pauvres ?

CHAPITRE II

Le secteur public ou principe du financement direct

SECTION I

Le système de financement du secteur public

Essayons de caractériser rapidement le système de financement du secteur public antérieur à l'instauration de la gratuité en son sein et qui va coïncider avec une profonde réforme des procédures d'affectation tant des crédits budgétaires que ceux de la sécurité sociale qui constituent les deux sources principales de son financement : Réforme qui va bouleverser les données et les résultats financiers du système.

Le secteur public, composé de l'ensemble des hôpitaux et de quelques structures légères de soins (dispensaires généraux ou spécialisés comme les DAT : (dispensaires antibuberculeux) et antitrachomateux... Peu développées alors était financé théoriquement par trois sources distinctes et complémentaires correspondant aux trois catégories de malades qui pouvaient fréquenter l'hôpital.

a) Les ressources propres :

Elles devaient provenir des paiements effectués par les malades payants, c'est-à-dire possédant des ressources propres mais non couverts par un régime quelconque d'assurances sociales (professions libérales, commerçants, artisans, indépendants etc...) à la suite de leur hospitalisation.

Elles vont être tout au long de la période 1963-1973, faibles et n'ont jamais représenté plus de 10 % des ressources des hôpitaux, mais sans que l'on sache si cela correspond au recrutement dans ces catégories, ou à une part de non paiement.

b) Les remboursements de frais :

Elles devaient provenir des Assurances Sociales (ensemble des régimes) du fait des soins dispensés aux assurés sociaux ou à leurs ayant-droits hospitalisés.

Ces «remboursements» étaient calculés sur la base d'une tarification ayant comme support un «prix de journée» [30] fixé annuellement par les autorités de tutelle à un niveau bas (prenant appui sur celui de l'année écoulée) ne couvrant pas les charges en général.

En fait les Assurances Sociales, en particulier le régime général, vont se révéler de mauvais payeurs et ce, par le biais d'une clause édictée dans un souci de bonne gestion financière (qui va s'avérer particulièrement restrictive et limitative) : celle de la prescription biennale des recouvrements émis contre elles, qu'elles vont opposer systématiquement aux hôpitaux. Or ces derniers, suite aux désorganisations post-indépendance, compte tenu de leur nouveau niveau d'encadrement et donc des lenteurs de gestion qui vont s'ensuivre, vont s'y heurter fréquemment, sans que l'on ait évalué toutefois le «manque à gagner» de ce fait, encouru par les hôpitaux.

Les Assurances Sociales, qui accumulent par ailleurs des excédents financiers, ne contribueront pas plus de 30 % en moyenne sur la période au financement des hôpitaux, et ne participent donc pas à concurrence de leur utilisation du système de soins. Il faut cependant remarquer que les excédants financiers de la sécurité sociale ne proviennent pas ou pas uniquement du fait des assurances sociales mais aussi allocations familiales et des retraites.

Les avances :

Elle émanent du Trésor pour le compte de l'Etat et de la Caisse de Solidarité des départements et communes pour le compte des collectivités locales et représentent le financement des personnes relevant de l'Assistance Médicale Gratuite. Le Trésor devant couvrir 85 % de ces dépenses, les 15 % restants étant à concurrence de 8 % à la charge des départements et de 7 % des communes.

Dans la réalité, ce financement par le canal budgétaire qui ne devait couvrir théoriquement qu'une fraction restreinte des dépenses, ou pour être plus exact, qui ne devait prendre en charge que les dépenses d'hospitalisation occasionnées par une catégorie spécifique de malades : «les indigents» qualité devant être dûment établie, moyennement carte d'indigence délivrée à cet effet par les services communaux – va par la force des choses devenir la source non pas exclusive, mais prépondérante, du financement des structures sanitaires publiques, en étant à l'origine de 60 % en moyenne de leurs

ressources, en fait et plus exactement des ressources hospitalières sur lesquelles se focalisent les problèmes financiers. Les structures légères peu nombreuses alors relevant pratiquement toutes de l'A.M.G.

Cette situation a été le résultat, non voulu, comme produit de la difficulté de recouvrement des créances émises par les hôpitaux :

– soit auprès des malades payants : en effet ces derniers ne sont pas exigées à la sortie de l'hôpital du malade, mais envoyées pour recouvrement à l'adresse indiquée par ce dernier. Suite aux changements fréquents de résidence de la population au lendemain de l'Indépendance, ce mode de recouvrement va se révéler particulièrement aléatoire, sinon franchement inopérant, du fait qu'une partie des malades hospitalisés donne alors sciemment une fausse adresse : c'est donc l'impasse de ce côté ci :

– soit du fait de la Sécurité Sociale qui comme nous l'avons vu plus haut oppose systématiquement la prescription biennale pour des créances, qui semble-t-il, arrivent trop souvent au delà de deux ans !

Ainsi donc tant les malades payants, que les assurés sociaux par le biais de leurs assurances sociales, vont se révéler de mauvais payeurs d'où des difficultés chroniques au niveau des hôpitaux, constamment en déséquilibre financier^[31].

Au niveau public. le problème du coût de la santé est alors essentiellement perçu et posé en termes de déséquilibres financiers des hôpitaux et donc des modalités de financement de ces derniers.

Notons, d'ores et déjà, que l'hôpital est quasiment gratuit^[32] déjà puisque la contribution des malades payants est faible d'une part et que d'autre part elle est en deçà de ce que ces derniers devraient payer et que l'essentiel est financé par le biais du budget de l'Etat.

SECTION II

Le système actuel de financement du secteur public

L'instauration de la gratuité des soins au sein du secteur public en 1974 ne va pas se traduire par une unification du financement des dépenses. En fait la question du financement n'a pas été abordée avec précision, il est simplement affirmé que «l'Etat et les organismes publics qui en dépendent, financent les secteurs sanitaires» : La multiplicité voire l'hétérogénéité des sources de financement est maintenue. Néanmoins les modalités et règles de participation au financement des différents agents vont être radicalement transformées.

Tout d'abord il ne sera plus question de malades payants, d'indigents d'assurés sociaux... L'accès n'y est plus subordonné à un débours immédiat et préalable et tout recours aux soins.

C'est donc une libération de la demande dont on verra plus loin les expressions, car dans la mesure où on ne spécifie pas le contour de

ce qui va être gratuit, un certain nombre de tendances dont certaines inscrites déjà en filigrane, vont produire tous leurs effets, tandis que la dynamique des groupes sociaux dominants en émergence va lui conférer d'autres inflexions.

Cependant l'obstacle financier pour l'accès aux soins étant levé au plan individuel, il est reporté au plan collectif et se pose en termes de financement du secteur public de soins. Deux solutions types étaient alors théoriquement possibles.

1.- Dans la mesure où le budget de l'Etat finançait déjà largement le fonctionnement du secteur, on aurait pu concevoir son extension et donc établir une budgétisation et donc une fiscalisation complète des dépenses pour soins. Ce qui avait pour avantage de faire participer au financement toutes les catégories de revenus et d'activités en fonction de leur capacité contributive et d'établir une solidarité élargie à l'échelle de la Nation. Restait alors posé le rôle de la Sécurité Sociale...

2.- On aurait pu le faire financer par le système de sécurité sociale complètement aménagé quand à ses principes, et son mode de fonctionnement. Il fallait alors trouver les modalités de participation au financement du système des catégories non assurées sociales, et intégrer de ce fait appareil de soins et source de financement...

Ce fut la solution intermédiaire existante, qui prévalut et qui donc fut reconduite moyennement cependant une modification importante quant aux modalités de participation au financement des deux principaux bailleurs de fonds.

– Le budget de l'Etat participe désormais à ce financement moyennant une subvention : donc une contribution automatique et préétablie, fixée quel que soit par ailleurs le volume de soins ou le nombre de personnes fréquentant l'hôpital.

– La sécurité Sociale, (en fait le régime général) fut astreint à une participation globale et forfaitaire dont le recouvrement incombe au Trésor (elle est dite alors «budgétisée»). Son montant est lui aussi alors, préétabli compte tenu des prévisions de dépenses du secteur public de soins, et de la participation budgétaire et s'établit par différence ou plutôt par complément dans la mesure où la participation de l'Etat va fonctionner comme une «donnée» et les besoins des secteurs sanitaires comme une «contrainte» auquel il faut s'adapter.

Ainsi donc est supprimé l'ancien système de gestion hospitalière basé sur une tarification hospitalières en termes de journées d'hospitalisation qui permettait de suivre au moins les catégories de dépenses, mais constituait un mauvais indicateur de résultats dans la mesure où la tarification poussait à la multiplication des journées (pour avoir le maximum de «journées» et donc de crédits correspondants, celles en fin ou en début d'hospitalisation étant les moins onéreuses car comportant le moins «d'actes»).

A la place, on instaure un budget global forfaitaire annuel réparti en titres de dépenses (personnels, médicaments...) dans le cadre de la loi des finances, non en fait aux hôpitaux mais aux secteurs sanitaires constitués alors, mais sans règles précises de gestion en fonction d'objectifs précis, de contrôle ni d'affectation des ressources – sans moyen d'action ni d'investigation à quelque niveau que ce soit, en particulier pour savoir ce qui «revient» aux hôpitaux par rapport aux structures extra-hospitalières, pour savoir aussi ce qui revient aux différentes catégories de malades, aux différentes maladies... En termes de formation des coûts on peut dire que l'intégralité des dépenses deviennent de ce fait des **coûts fixes non reliés d'une façon ou d'une autre au volume d'activité ou aux résultats appréhendés d'une façon ou d'une autre** : financement aveugle dont les résultats financiers vont être particulièrement lourds.

Or ce type d'affectation de crédits, suppose en fait que les directeurs des secteurs sanitaires soient des gestionnaires compétents capables de gérer par objectifs et donc que l'on trace des **objectifs** à atteindre en **termes de niveaux de santé** ce qui implique une «connaissance» sinon une fixation de la consommation des soins selon des procédures du type de celles mises en place pour la prise en charge du traitement de la tuberculose - de façon à pouvoir répartir aux mieux les sommes entre les différents «besoins» et donc les différentes structures de soins et à l'intérieur de celle-ci entre les différents services. Ce qui ne fut pas fait. De plus à l'exception de quelques grandes actions la démarche globale reste curative et ne prend un contenu préventif que dans son aspect strictement médicalisé (vaccination).

Les deux sources principales de financement étant globales, forfaitaires et préétablies, ne nécessitent donc aucune justification préalable, ce qui est jusqu'à un certain point dans la logique du système – par contre ce qui l'est moins c'est qu'un tel «système» ne permet d'apprécier à posteriori les résultats en termes d'efficacité de gestion par rapport à des objectifs sanitaires préalablement établis. Ceci, parce qu'on n'a pas mis en place un nouveau système de gestion permettant l'évaluation des différents types de coûts aux différents niveaux puisque la médecine est «gratuite», mais aussi parce que la conception est celle d'un service public «administré» selon des règles administratives strictes et le plus souvent désuètes et non pas réellement géré, même et surtout en tenant compte de ses spécificités et en particulier de son caractère de service public.

C'est donc à ce niveau que s'installe la confusion, car alors un financement socialisé, assorti de nouvelles règles de gestion susceptibles de constituer des moyens d'action c'est-à-dire permettant une politique cohérente de distribution des soins aurait évité la non prise en compte, non pas des coûts nécessaires au maintien de la santé mais des surcoûts qui vont en résulter suite à une «inattention» généralisée des acteurs du système qui propagent et amplifient les résultats négatifs propres au système lui même.

Ceci est d'autant plus grave qu'aucun objectif de santé précis n'est fixé, ni au niveau global ni au niveau sectoriel ni au niveau des unités de soins qu'elles soient hospitalières ou extra hospitalières, ces dernières étant non toujours véritablement couplées aux hôpitaux pour qui et vers qui elles sélectionneraient et adresseraient le flux des seuls malades justifiables de l'hospitalisation, mais travaillant le plus souvent en vase clos, avec très peu de moyens. La réaction certaine qui se fait jour depuis le Programme d'Action de la Santé semble, leur redonner plus de moyens d'action et donc un poids accru dans le système.

La gratuité va alors se transformer rapidement en une non prise en compte des coûts véritables qui va se traduire par une gabegie systématique des moyens : les «automatismes» d'accès aux ressources financières n'étant assortis d'aucune procédure interne ou externe s'assurant que ces ressources sont utilisées au mieux des objectifs de santé.

SECTION III

Les agents du système de soins public

Si l'ensemble des agents qui impulsent le système national de santé sont salariés, il n'en obéissent pas moins à des règles différentes quand aux modalités de leurs recrutements, de gestion de leurs carrières et surtout quand au «statut» dont ils bénéficient. Ils constituent en fait trois corps distincts constitué, chacun d'entre eux, d'un plus ou moins grand nombre de «professions» et dont les modalités d'accès ne sont pas les mêmes, en effet, si le corps médical est central il est néanmoins assisté dans ses tâches par deux corps de soutien dont dépend en fait une grande partie de la «qualité» de fonctionnement du système : le corps des agents paramédicaux et celui des agents administratifs.

1. – Le corps des médecins et assimilés

Le corps des médecins stricto-sensu se décompose lui même en deux grandes catégories distinctes :

– celle des hospitalo-universitaires : la plus prestigieuse avec tous ses échelons hiérarchiques issus de la logique universitaire d'accès aux différents grades. Elle regroupe l'ensemble des médecins qui participent conjointement à la fonction soignante et à celle d'enseignement et qui, à ce titre, ont jusqu'en 1982 quant à leur rémunération, et jusqu'en 1987 quant à leur gestion stricto-sensu, relevé de la double tutelle des ministères de la santé et de l'enseignement supérieur.

C'est celle qui semblait, jusqu'aux récentes mesures de libération généralisée[33] de l'installation des médecins à titres privé qui sont en train de la désorganiser, en désorganisant d'abord des équipes de soins lourds ; la mieux et la plus rapidement constituée, puisqu'elle représente en 1984, 28 % de l'ensemble des médecins publics contre 17,7 % en 1974 suite à un statut social particulièrement valorisé. Elle

a de ce fait drainé les éléments les plus dynamiques et les plus brillants à telle enseigne que l'on a pu écrire que pour les médecins algériens, l'exercice en milieu hospitalier universitaire était la seule alternative convenable à l'exercice privé.

La suppression en 1987 de leur double appartenance c'est-à-dire de la tutelle du ministère de l'enseignement supérieur semble avoir provoqué un vif mécontentement de ceux pour qui primait la fonction universitaire, ce qui joint à la possibilité toute nouvelle de «s'installer» à titre privé en zone IV, en attendant l'ouverture des cliniques privées qui est imminente, a provoqué de grands départs dont certains de ses éléments universitaires jeunes et brillants en la matière : la fonction enseignante semble gravement compromise de ce fait.

– Celle des médecins de santé publique qui regroupe les généralistes (soit 60 % de l'ensemble des médecins publics algériens) et les spécialistes (soit 12 %) exerçant dans les structures publiques, récemment homogénéisées.

Contrairement à la précédente, cette catégorie ne constitue ni un **corps stable ni un corps homogène** de médecins. En effet d'une part, elle comporte une fraction qui même décroissante, n'en reste pas moins significative, de médecins étrangers.

Or ces derniers, outre qu'ils n'exercent que dans le cadre de contrats à durée limitée, proviennent de pays et donc de formation et de conception différentes de l'exercice médical. (On a pu dénombrer jusqu'à 35 nationalités !) La même structure de soins pouvant de ce fait recevoir successivement des affectations totalement différentes de médecins. D'autre part, et en ce qui concerne les algériens eux-mêmes, seuls une fraction variable est constituée de médecins réellement publics, c'est-à-dire ayant opté pour un exercice définitif (ou au moins à long terme) dans ce cadre. Le reste, qui semble le contingent le plus important, est constitué de médecins relevant du service civil obligatoire – initialement fixé à cinq ans – puis pouvant n'être que de deux ans dans le cadre du zoning qui régit toujours à ce niveau l'affectation des médecins. En clair, cela veut dire qu'il s'agit de jeunes médecins qui fond de ce fait leur apprentissage pratique dans les structures publiques d'une part et que d'autre part ils ne font que «passer» ce qui nuit à la continuité et à la qualité de fonctionnement des différentes structures de soins où ils sont affectés. Il n'y a donc pas un corps de médecins publics – et donc un secteur public de soins – face à un corps de médecins et donc un secteur privé de soins, mais bien des structures publiques de soins dont les agents principaux ne sont pas intéressés au bon fonctionnement, à la renommée d'un secteur qui se poserait au moins comme concurrent – au niveau de la qualité des prestations – à un secteur privé qui se sentant menacé se fait plus stractif.

Le plein temps obligatoire – qui est donc le régime d'une grande partie de cette catégorie de médecine, s'oppose au plein temps permanent des hospitalo-universitaires, et ne semble pas avoir été favorable à la consolidation du secteur public. La volonté actuelle de délivrer plus

d'autorisations de s'installer assorties de rémunérations plus substantielles des médecins de santé publique arrivera-t-elle à stabiliser ces derniers en effectuant les clivages nécessaires ou au contraire ne servira qu'à affaiblir le secteur public comme certains l'affirment ? La réponse ne peut être fournie car le résultat final dépendra tant du comportement des médecins que de la gestion globale de ce corps par le ministère de la santé.

On peut appliquer la même analyse aux corps assimilés des pharmaciens et chirurgiens dentistes quand à la structuration et aux logiques de comportement en hospitalo-universitaires et en santé publique d'une part, en plein temps obligatoire d'autre part.

L'ensemble de ces personnels est rémunéré selon une grille salariale issue des principes du SGT (Statut Général du Travailleur) qui tente d'établir à l'échelle de toutes les activités économiques, des principes de classification unique et donc une seule grille salariale nationale sur lesquels se greffent les statuts particuliers. L'application de ces principes de classification a amené à partir de 1982 des hausses substantielles de rémunération des médecins qui à partir de cette date ne perçoivent plus qu'un seul salaire (par suppression de la «prime» universitaire) **totale­ment pris en charge par les secteurs sanitaires (1)**, d'ou un alourdissement des charges de personnel à ce niveau, et donc y retentissement direct sur la Sécurité Sociale dont l'équilibre financier global semble être mis en cause.

3. – Le corps de agents paramédicaux

Il a de tout temps relevé uniquement de la santé, que ce soit directement d'abord – puis des secteurs sanitaires ensuite, et a crû à un taux très fort (indice 375 en 1984 en prenant comme base 100 = 1974).

Il est hiérarchisé en trois niveaux distincts selon le degré de formation et de spécialisation :

– les techniciens supérieurs de la santé regroupent les sages-femmes, infirmiers spécialisés, assistantes sociales, kinésithérapeutes, infirmiers radiologues, prothésistes dentaires, etc...

Après avoir représenté 5,3 % de l'ensemble des agents paramédicaux en 1974, ils atteignent 10,2 % en 1984 par progression continue et plus rapide de leurs effectifs que des deux autres catégories suite aux efforts déployés en matière de formation.

– Les techniciens de la santé quand à eux regroupent les infirmiers de soins généraux, les infirmiers d'hygiène et d'assainissement, les infirmiers adjoints de radiologie et de pharmacie.

Après avoir constitué 47,7 % des effectifs en 1974 leur poids s'est amoindri pour ne représenter que 36,1 % en 1984.

– Les agents techniques comprennent les aides en soins infirmiers, en soins obstétricaux, en hygiène et assainissement et les ambulanciers.

Leur poids croissant (53,7 % en 1984 contre 43 % en 1974) semble beaucoup plus lié aux nécessités de recrutements massifs, suite à l'extension physique des structures publiques de soins et en particulier des hôpitaux.

L'évolution du rapport médecin personnel paramédical dans le secteur public qui a été dans le sens d'une hausse continue, passant de 4,72 % en 1974 à 5,61 % en 1984, en même temps qu'elle traduit un taux de croissance plus élevé de ces derniers par rapport aux médecins, dénote la volonté des pouvoirs publics de leur accorder une certaine importance – volonté toutefois qui n'a pas été jusqu'à une remise en cause du partage du travail entre les deux catégories de personnel.

Si un certain nombre d'analyses ont été produites concernant le corps médical, on ne trouve mot, nulle part, concernant le personnel paramédical. Or ce dernier occupe une position charnière en particulier dans les hôpitaux, car une fois le diagnostic établi c'est à ce dernier, en particulier aux infirmiers à qui il revient d'exécuter les soins prescrits.

Si l'on en juge par les appréciations émises à ce sujet par l'ensemble des personnels ayant eu «besoin» de l'hôpital pour eux même ou leurs proches, c'est ce dernier maillon qui semble le plus faible. Celui qui semble avoir suscité le plus de rejets et donc de méfiance à la perspective d'une hospitalisation et qui se trouve ainsi souvent à la base de la pression pour les envois pour soins à l'étranger[34]. Le médecin n'est pas toujours présent et en particulier il est absent la nuit d'où des «accidents» multiples dont certains mortels. La «déshumanisation» des hôpitaux algériens nous semble largement imputable au comportement du personnel infirmier.

4.– Le personnel administratif

De la même façon que le personnel paramédical il est hiérarchisé en trois niveaux distincts selon le degré de qualification. Bien que sa croissance ait été moins vive (indice 243 en 1984 avec toujours comme base 1974 = 100) il n'en a pas moins vu ses effectifs gonflés suite aux multiples tâches de gestion administrative sans que toutefois cette croissance affecte sensiblement son rapport au nombre des médecins qui semble fluctuant. Bien que n'ayant pas affaire directement aux malades, ce corps de soutien n'en a pas moins un rôle certain à jouer dans le fonctionnement du système, par sa plus ou moins grande célérité à traiter les dossiers, à commander et à réceptionner les différents produits nécessaires... Bref à permettre un fonctionnement correct des différentes structures.

CHAPITRE III

L'organisation de la protection de la santé dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire

SECTION I

Le principe de fonctionnement : le financement indirect des soins

Ici la sécurité sociale va continuer de financer à l'identique^[35] c'est-à-dire selon les mêmes procédures de prise en charge indirecte, moyennant remboursement de frais engagés à l'occasion de la maladie par les assurés sociaux, lors de la fréquentation de cabinets privés médicaux qui concomitamment aux structures extra-hospitalières dispensent les soins à titre ambulatoire. Le secteur privé après avoir été strictement cantonné, va néanmoins se constituer progressivement comme le secteur de la médecine ambulatoire de ville – en particulier pour les salariés assurés sociaux et les titulaires de hauts revenus – médecine pour laquelle le malade doit effectuer un débours et justifier minutieusement ses dépenses pour pouvoir prétendre à remboursement à concurrence de 80 % des dépenses, lesquelles ne sont celles réellement supportées que dans le cas du médicament, alors que pour les actes médicaux et chirurgicaux, il s'agit de 80 % des tarifs officiels, fixés de façon obligatoire et unilatérale par les pouvoirs publics sans consultation ni consensus ni moyen de pression quelconque sur le corps médical lequel ne les respecte pas et pratique de façon généralisée des dépassements d'honoraires. Analyser le fonctionnement de ce secteur revient en fait essentiellement à examiner le statut des médecins privés.

SECTION II

Les agents du secteur privé de soins : de l'antagonisme à la complémentarité

L'histoire de l'exercice de la médecine à titre privé depuis l'Indépendance est celle d'un affrontement ouvert ou larvé aux pouvoirs publics qui ont manifesté très tôt la volonté de réorganiser sur de nouvelles bases de système de distribution individuelle des soins et le statut du corps médical. Mais malgré un certain nombre de restrictions importantes il continue de fonctionner selon les mêmes principes, dits de l'exercice libéral, (ce qui ne veut pas dire pour autant que ce soit une médecine libre !).

En effet ce dernier s'oppose par bien des points à l'exercice de la médecine publique, en particulier dans les modalités des rémunérations des praticiens. Alors que les premiers sont salariés, les seconds sont payés directement à l'acte par les patients, d'où des divergences importantes quand au niveau des revenus des uns et des autres, et des répercussions importantes quand à son accès suite à la barrière à l'entrée financière qu'elle instaure.

Aussi l'affrontement tournera-t-il essentiellement autour de la question **de la possibilité ou de l'impossibilité de s'installer à titre privé** qui conditionne la survie de cette forme d'exercice. Dans l'incapacité de la supprimer (même si c'est le but visé initialement) les pouvoirs publics vont la «gérer» par le biais de **l'autorisation de s'installer**^[36] délivrée par le Ministère de la Santé Publique^[37] de façon plus ou moins rationnée et en essayant de la subordonner **sur l'affectation du temps de travail** du médecin qui sera une forme majeure d'intervention sur ce type d'exercice dont on ne cherchera pas à modifier les principes de fonctionnement tout en conservant certains

de ses avantages, dans une logique du tout ou rien qui secrétera finalement les conditions permissives à sa propre remise en cause.

Ce sont les premières années de l'Indépendance qui voient les affrontements les plus durs : l'instauration d'un service civil de 2 ans en 1963 pour tout le corps médical provoque une crise ouverte que l'ordonnance de 1966, compromis entre les différentes tendances, transforme en un service civil préalable uniquement aux nouvelles installations : c'est donc la première tentative de «nationalisation-socialisation» du secteur, qui dans sa seconde version est moins «radicale» dans la mesure où elle interdit pratiquement toute nouvelle installation, tout en maintenant celles en place. C'est l'amorce d'un vaste mouvement de Brain Drain dont on n'a jamais véritablement chiffré l'ampleur... Pour arrêter l'hémorragie en un type de personnel déjà trop rare, on va quelque peu assouplir les possibilités d'installation en 1969...

Cependant, cette dernière reste conditionnée par l'exercice préalable d'un service civil à plein temps, fixé initialement à deux ans puis porté à cinq ans^[38] dans un service public, hospitalier ou non, à l'exception d'un CHU. Il s'agit donc d'un **plein-temps obligatoire**, qui s'oppose ou en tout cas ne peut se superposer au **plein-temps permanent**, de ceux qui ont choisi délibérément cette forme d'exercice ... Elle s'accompagne de l'institution de la mi-temps obligatoire par laquelle les praticiens installés sont tenus de consacrer six matinées, soit 25 heures hebdomadaires, au fonctionnement d'un service public moyennant une rémunération symbolique.

L'articulation secteur public – secteur privé est donc réalisée par le double système du service civil et de la mi-temps au moyen duquel on fait fonctionner le secteur public, par ailleurs largement «extraverti» dans la mesure où une partie importante du personnel médical qui l'anime est étrangère. Son extraversion ne se limitait pas toutefois à cet aspect.

L'instauration de la médecine gratuite qui intervient en 1974, ne concerne explicitement que le secteur public et ne dit mot du secteur privé qui reste donc articulé au secteur public de la même façon.

Les possibilités d'installation ne sont pas radicalement supprimées dans les textes, même si cette liberté d'installation est quasiment supprimée dans les faits, du fait du contrôle par le biais des autorisations d'installation gérée par le ministère de la santé publique. En effet elles vont conditionner le flux des installations et donc le rapport médecins publics-médecins privés, mais aussi l'implantation géographique de ces derniers, substrat de l'équilibre régional et de la résorption des disparités villes-compagnes postulées dans tous les domaines, mais plus particulièrement en matière de couverture sanitaire.

De plus ce système géré lourdement par une bureaucratie tatillonne et inefficace, produit des goulots d'étranglement quand à la délivrance de l'autorisation, une fois accomplies les obligations, permettant de

postuler à l'exercice privé, et ce même quand il n'y a pas une volonté explicite de restriction d'installation.

En 1977, trois ans après la gratuité, d'importants mouvements de grève des praticiens exerçant dans les structures publiques posent de façon cruciale le problème des installations, cette fois-ci à partir des conditions figées peu attractives, de travail et de rémunération au sein des services publics, lesquels n'ayant subi que peu de modifications quant à leur assiette, sont «débordés» rapidement. Les mouvements de grève traduisent non seulement le poids grandissant de ce corps, rapidement et fortement gonflé suite au desserrement de la forte sélection qui régnait jusqu'alors dans les études de médecine, instauré par la réforme de l'enseignement supérieur de 1970, mais aussi et surtout le fait que rien n'a été prévu pour «organiser» la gratuité dans le cadre d'un système cohérent, c'est-à-dire pour mettre en place des mécanismes ou des procédures de hiérarchisation, de filtrage et de rationnement de la distribution des soins à partir de critères qui ne soient plus individuels et d'ordre financier à l'accès. Autrement outre une libération incontrôlée de la demande, quels vont être les critères de sélection à l'admission aux soins et quels soins sont gratuits ? De plus, faute d'avoir su combiné de façon judicieuse les différents inputs [39] qui conditionnent l'offre publique des soins, cette dernière croît faiblement tout en mobilisant l'essentiel des personnels disponibles. Faute aussi d'avoir élucidé clairement les mécanismes de distribution à l'aide de politiques claires, cohérentes de santé – on provoque une surcharge certes réelle par bien des aspects, mais que nous estimons gonflée entre autres par l'attitude de la majorité des médecins dont le consensus est loin d'être acquis et qui organisent de ce fait la rareté en travaillant peu, de façon peu intensive, comme réponse aussi aux multiples défaillances dans la gestion du système : rupture de stocks fréquentes en médicaments faisant suite à des gaspillages multiples, pléthore et mauvaise formation du personnel paramédical...

La réponse des pouvoirs publics aux grèves de 1977 même si elle ne concerne que les seuls hospitalo-universitaires, semble marquer une pause : un choix définitif [40] leur est offert entre une carrière à plein temps dans le secteur public ou l'exercice à titre privé. La situation est donc décantée de ce fait. C'est peut être l'une des mesures qui permettra la constitution d'un corps stable de médecins hospitalo-universitaires à qui des perspectives de carrière sont alors offertes et dont nous verrons par la suite l'extension et la structuration (28 % en 1984 contre 17,7 % en 1974 des médecins algériens des secteurs sanitaires).

Les spécialistes tout court, n'ont pas encore le droit de s'installer à titre privé et sont donc massivement affectés aux structures hospitalières : d'ou la pression sur les consultations externes de ces dernières par la population, d'où aussi l'attraction du statut d'hospitalo-universitaire pour ces derniers qui ne constitueront que 12 % des médecins algériens des secteurs sanitaires en 1984 contre 32,3 % en 1974.

Enfin si l'affrontement s'est focalisé sur la liberté d'installation c'est qu'elle conditionne un mode d'exercice – que l'on n'a pas donc cherché à modifier de l'intérieur – caractérisé par un certain nombre de «principes» c'est-à-dire de mécanismes de distribution et de rémunération des soins que l'on peut analyser de la façon suivante.

La liberté de prescription demeure et n'a jamais été remise en cause. Elle est toujours mise en avant par les médecins lorsqu'on essaie de faire valoir qu'ils sont en fait les ordonnateurs de dépenses collectives : celles de la Sécurité Sociale et celles des secteurs sanitaires (et donc aussi du budget de l'Etat).

En fait cette liberté totale de prescription existe aussi au sein du secteur public et est défendue contre toute idée de rationalisation des schémas thérapeutiques. Il faut observer que si cette liberté est essentielle concernant l'exercice de l'acte médical même, elle ne l'est plus concernant les prescriptions pharmaceutiques dans un pays fortement dépendant de l'extérieur pour ses approvisionnements – d'autant qu'elle est par ailleurs mal assumée. Cependant les tentatives de «rationalisation» ayant porté sur des restrictions ou des changements au niveau de la nomenclature des produits pharmaceutiques, non toujours correctement argumentés auprès des prescripteurs dont on ne cherche pas le plus souvent à obtenir le consensus et dont on provoque alors l'opposition (ouverte ou larvée cette dernière étant plus dangereuse que la précédente !)

En fait derrière la liberté d'installation il y a surtout les modalités de rémunération.

En effet le médecin se fait payer chaque acte qu'il pratique, totalement et directement, par le malade lui même, la Sécurité Sociale intervenant pour rembourser ce dernier : il peut donc agir tant sur le volume de son travail que le «prix» des actes qu'il fournit de façon à maximiser ses revenus et à optimiser son temps de travail. Ceci découle de deux principes complémentaires : l'entente directe et le paiement à l'acte lesquels permettent aussi une opacité fiscale certaine.

Le principe de l'entente directe n'est pas défendu en tant que tel par les médecins mais il est appliqué de fait. Théoriquement, ils doivent se conformer aux tarifs officiels fixés par le ministère de la santé publique sur lesquels se base la sécurité sociale pour le remboursement des actes, alignant ainsi son taux de responsabilité à ces tarifs, alors qu'initialement ils en étaient disjoints et inférieurs.

Dans la réalité peu de médecins les respectent, même quand ils signent «TS» (Tarif «syndical» au lieu de TO (Tarif officiel)) : le dépassement d'honoraires pratique courante et constante, consiste donc en fait à appliquer ce principe autour duquel se sont aussi, maintes fois cristallisées les oppositions.

La tentative la plus radicale de contrôle ayant consisté dans la mise en place d'un carnet à souches en 1971 dont le médecin devait

extraire des quittances à délivrer à chaque malade, c'est-à-dire porter les honoraires réclamés. Emanant de l'administration des finances, elle avait donc des visées fiscales de contrôle des revenus des médecins pour leur imposition. Elle se traduit par une paperasserie impuissante à atteindre son but. Peu respectée, sinon pas du tout pour les non assurés[41], elle fut abandonnée en 1979 sous la pression des médecins. Le difficile problème de la coïncidence des honoraires réclamés par les médecins et du tarif de remboursement de la sécurité sociale, semble avoir mis en échec toutes les tentatives de conciliation.

Le principe du tiers-payant dans le cadre de la sécurité sociale, procédure probablement la plus radicale et la plus efficace de faire respecter des tarifs, n'ayant jamais été appliqué, les tarifs n'étant pas négociés, tandis que le conventionnement avec la sécurité sociale prévu par les textes, semblant aussi peu pratiqué, en tout état de cause nul car il n'existe pas une information quelconque qui préciserait alors le pourcentage de conventionnement des médecins... Le corps médical impose ses tarifs propres[42]. Le problème de la révision dans le sens d'un relèvement des tarifs officiels selon une cotation des actes inchangées[43] est actuellement à l'étude entre la sécurité sociale et le ministère de la santé.

Si elle aboutit et dans l'hypothèse du maintien des conditions actuelles, son effet sera peut être un meilleur remboursement des assurés (si les praticiens n'augmentent pas de ce seul fait leurs honoraires...) et donc une confortation de l'exercice privé, certainement un alourdissement des charges financières au niveau des «remboursements en nature»[44] de la sécurité sociale dans l'immédiat, peut être un redéploiement et donc un nouveau partage des soins ambulatoires entre secteur public - secteur privé.

Le retentissement en termes de coûts imputable à cette dichotomie tarifs officiels-honoraires réels est supporté par les ménages ou plus exactement les assurés sociaux. N'étant pas socialisés et donc non comptabilisés, ces coûts n'apparaissent nulle part et ne font l'objet d'aucune évaluation sérieuse se basent sur une enquête, ou toute autre investigation permettent de situer le niveau et le degré d'extension des dépassements d'honoraires.

Le principe du paiement à l'acte (—) sur la base des services effectivement fournis, signifie médecine au rendement ; ce qui présente de inconvénients et des avantages qui semble être «redécouverts». En effet par rapport au peu de rendement, c'est-à-dire au peu d'intensification du travail dans le secteur public en général, c'est sûrement un «avantage» du point de vue collectif. Il permet de voir beaucoup plus de malades dans un laps de temps déterminé (une heure par exemple). Il incite de plus le médecin à allonger son temps de travail effectif. Cependant les avantages les plus décisifs tant sur le plan financier que sanitaire semblent relever du système de paiement à la capitation qui permet pour une somme globale déterminée à l'avance la prise en charge intégrale d'une personne.

Cependant si le niveau de rémunération, fonction du prix et du nombre d'actes fournis, pousse le médecin à pratiquer le plus d'actes possibles, la pratique concrète sera modulée par le comportement animé par la conscience professionnelle ou la conscience tout court du médecin et de la façon plus objective par la demande solvable en soins exprimée, la densité médicale... L'expérience française montre que cette modalité de financement est inflationniste, qu'elle pousse à la multiplication des actes.

L'intensification du travail du médecin n'est socialement et économiquement désirable, que si elle ne pousse pas le médecin à provoquer des actes «inutiles» sur le plan thérapeutique, particulièrement ceux qui sont les mieux cotés (les radios, les échographes... Et si elle «n'empêche» pas le médecin de prendre le temps nécessaire en cas de problèmes difficiles. La question est controversée et il n'est pas évident finalement – compte tenu de l'expérience de ces dernières années – que la médecine salariée soit toujours et automatiquement de meilleure qualité, que ce soit sur le plan technique ou d'accueil humain, et c'est même le contraire qui semble s'être produit parfois. La médecine privé auquel on n'accède finalement qu'après un «stage probatoire et de perfectionnement» dans le secteur public du fait du service civil semble brusquement être perçue comme étant de meilleure «qualité» ne serait-ce que par son accueil qui sans être parmi les meilleurs possibles semble redevenir certainement meilleur que celui du secteur public^[45], que par la disponibilité en temps voulu du médecin et la simplicité de fonctionnement pour le citoyen, confronté par ailleurs à une hiérarchisation des soins qu'il ne comprend pas toujours, et dont les règles du jeu sont constamment modifiées.

SOUS-SECTION II

Le secteur privé complémentaire du secteur public ?

Un tournant semble s'amorcer à la Résolution du Comité Central du Parti FLN de 1980 consacrée au dossier «Santé», laquelle tout en se prononçant pour un système national de santé organisé tel que présenté plus haut mais aussi de son renforcement en termes de moyens matériels, consacre de façon nette l'exercice à titre privé que d'aucuns considéraient comme appelé à disparaître.

Cependant le service civil est modulé de deux à cinq ans, compte tenu d'un découpage territorial en quatre zones – ou «zoning» – à priorité croissante de la zone 4 à la zone 1, dans l'affectation des médecins. La zone 1, jugée la plus prioritaire parce que la plus défavorisée – donnant lieu au service civil le plus écourté pour y attirer les candidatures des jeunes médecins – ce qui se produit comme conjonction de «l'intérêt» des gestionnaires du système de soins et des médecins candidats à l'installation rapide, mais provoqua une instabilité encore plus grande par suite de l'accélération du turn-over des médecins par le zoning. Ce dernier qui concernait aussi l'installation des nouveaux médecins sera supprimée pour ces derniers en 1977 : d'où des installations qui dans les zones fortement médicalisées ne provoquent pas les clientèles escomptées... Et

peuvent donc amener à des redéploiements personnels en fonction des marchés de soins escomptés.

Déjà en 1982, une circulaire largement diffusée, offre la possibilité à toutes les catégories de personnels médicaux exerçant dans les structures publiques qu'ils soient praticiens généralistes ou spécialistes de santé publique ou hospitalo-universitaires de choisir soit l'exercice public moyennant une bonification des traitements existants de 1.000 DA. soit l'exercice à titre privé après l'accomplissement du service civil... Cette possibilité vient d'être réitérée de façon plus accentuée. On s'achemine donc vers l'idée d'un secteur public plus strictement délimité.

C'est bien dans ce sens que va la note [\[46\]](#) du ministère de la santé en date du 29 octobre 1985 adressée aux walis, mettant pratiquement fin au service de la mi-temps dans les grandes villes en particulier universitaires, lequel à vrai dire aboutissait le plus souvent à un mi-fonctionnement du secteur privé, les après-midi seulement – faisant pendant un mi-fonctionnement du secteur public les matinées seulement auquel on tente par ailleurs de remédier avec des résultats inégaux [\[47\]](#). C'est finalement donc uniquement par le biais des contingents du service civil et de la coopération que fonctionnent une grande partie des structures publiques non universitaires. Or tant que durera cette situation une analyse objective des logiques d'acteurs devrait interdire de parler de secteur public stricto sensu mais de structures publiques de soins à fonctionnement aléatoire.

Finalement, après plus d'une décennie d'affrontements plus ou moins violents, il semble que l'on soit parvenu à un nouvel équilibre des forces où l'image de la médecine privée après avoir été complètement dévalorisée sort quasiment victorieuse, en même temps que sont levées progressivement la plupart des entraves posées à son fonctionnement mais surtout à son extension. Depuis 1982, le nombre d'autorisations de s'installer est délivré de façon de plus en plus souple et de plus en plus large aussi.

Ce revirement d'attitude s'appuie aussi sur une inquiétude grandissante devant la forte poussée des dépenses au niveau du fonctionnement des secteurs sanitaires dont 67 % constituent des dépenses en personnel, dont les rémunérations ont été fortement revalorisées en liaison avec l'application du SGT et font apparaître brusquement comme intolérable le niveau des dépenses collectives qui leur sont affectées : encore une fois le problème financier, c'est-à-dire celui des coûts, est au coeur d'une décision importante concernant les modalités de fonctionnement du secteur de la santé.

Parallèlement, l'instauration en 1984 d'un régime unique de sécurité sociale à une population salariée fortement agrandie par le processus de développement – mais surtout son extension à de larges couches non cotisantes, assure un vaste marché de soins solvable à la médecine privée, laquelle semble redevenir la profession la plus fortement valorisée. La sélection au niveau des études médicales et même à leur accès redevient alors très sévère, parce qu'on estime –

que l'on a formé trop de médecins alors que les structures publiques fonctionnent toujours avec un certain volant d'étrangers ou que certaines d'entre elles en particulier les nouveaux hôpitaux construits trop rapidement via la clef en mains ne sont pas ouvertes faute de personnel médical.

Les moyens matériels semblent être venus trop tard par rapport aux moyens humains, (que l'on est en train de laisser s'installer à titre privé) sauf à déployer et à gérer différemment les personnels qui s'y trouvent.

En fait le «retournement» concernant l'exercice privé de la médecine semble résulter de la convergence de l'attitude globale des pouvoirs publics concernant le secteur privé en général et en particulier le secteur privé industriel et paradoxalement d'une pression qui semble être collective pour une extension de la médecine privée, que dix ans de gratuité semblent avoir rendu plus attractive, par suite des défaillances du secteur public.

Finalement la pression pour l'exercice de la médecine privée résulte plus des défaillances du secteur public que de l'attractivité intrinsèque du secteur privé et où se conjuguent des facteurs subjectifs et objectifs en particulier :

- des retards dans la mise en place de l'infrastructure sanitaire publique - avec une première phase où la surconcentration des médecins sur les structures existantes, sans extension notable, provoque à côté de certains aspects de «débordement» des phénomènes de sous-utilisation manifestes en particulier des médecins plus ou moins sous-payés alors et une deuxième période, à partir du premier plan quinquennal où les infrastructures sont considérablement étendues mais où parallèlement s'amorce un mouvement de «libération» des médecins dont de plus en plus d'éléments choisissent alors l'exercice à titre privé,
- des défaillances graves de fonctionnement au sein même du secteur public dont «l'offre de soins» est finalement très restreinte et ce, au vu même des moyens dont il dispose,
- de l'élargissement tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'institution sanitaire du statut social et matériel des professions libérales et du secteur privé. Ceci dans un contexte où grâce à la forme des études médicales le nombre de médecins formés a beaucoup augmenté, que la formation et l'information même des médecins, les préparent à un exercice libéral de la profession où location l'action curative – s'opposant donc à une quelconque activité de prévention – par corps séparés d'ou l'importance et le rôle qu'y jouent les prescriptions médicales, facteur important de l'extension de la consommation des médicaments il s'y ajoute l'absence ou l'insuffisance de la formation en épidémiologie, en médecine sociale, en économie sanitaire...

A contrario le statut social et matériel du médecin du secteur public bien que fortement valorisé par rapport à d'autres professions et on

peut même dire survalorisé cet égard, reste en deçà de celui du privé mais n'en introduit pas moins de biais considérable et une attractivité accrue pour les études de médecine.

C'est finalement le peu d'attractivité du fonctionnement du secteur public jusque et y compris dans le poids et l'inertie des paramédicaux et des administrateurs qui semblent être à la base de ce mouvement de reflux, que les pouvoirs publics eux mêmes semblent appeler à ce niveau.

La résultante de ces mouvements contradictoires se répercute au niveau du mouvement d'extension du secteur privé dont la dynamique a été fortement impulsée depuis 1982.

C'est la médecine considérée comme payante : Le paiement dont il s'agit ici est donc un paiement d'accès qui peut se résoudre de 2 façons différentes :

- soit être remboursé par la sécurité sociale – soit être supporté définitivement par les ménages.

L'extension considérable du nombre des assurés sociaux suite à la généralisation de la salarisation mais aussi à la mise en place du régime des non salariés va contribuer à la constitution et à l'extension d'un « marché » sûr pour l'exercice de ce type de médecine que 10 ans après la gratuité et les difficultés d'accès qui vont en résulter va se retrouver considérablement conforté. Cette procédure de financement conditionne donc le fonctionnement et l'extension d'un secteur privé qui se caractérise essentiellement par les agents qui l'impulsent.

SECTION III

L'organisation du système de la sécurité sociale

Le secteur de la sécurité sociale vient de subir une réforme profonde – qui même si elle ne remet pas en cause les principes de son fonctionnement – n'en va pas moins produire un certain nombre de résultats financiers et ce, d'autant qu'elle se greffe sur une refonte totale des modalités de rémunération des salariés et de hiérarchisation salariale. Essayons de caractériser rapidement les deux situations, quant à l'organisation et au fonctionnement de la sécurité sociale.

SOUS-SECTION I

Le système antérieur à 1984

La pluralité des régimes et des avantages

Le financement des dépenses pour soins des particuliers à travers la sécurité sociale vient de subir une réforme profonde par la loi du 2 juillet 1983 qui a commencé à produire ses effets en 1984. Le système antérieur à cette loi ou système initial était une réplique du système français dont il était l'héritier. Il se caractérisait par :

– la pluralité et l'hétérogénéité des «régimes» quand à leur taille. Il y avait tout d'abord le régime général des salariés, le plus important par le nombre de ses affiliés et qui groupait l'ensemble des salariés ou assimilés de l'industrie, du BTP, des commerces et services, chargé aussi de gérer le régime «étudiant» (initialement relevant de la caisse de solidarité des départements et communes) mais surtout le régime «émigré» dans le cadre d'une convention algéro-française de sécurité sociale instaurant la réciprocité en date de juillet 1965, renégociée en 1984, par laquelle il sert les prestations aux ayants-droits, des travailleurs algériens émigrés en France, résidant en Algérie.

Il y avait ensuite, outre le régime des fonctionnaires groupant les salariés des administrations publiques, un certain nombre de régime spéciaux : des mines des gens de mer, de la Sonelgaz (électricité et gaz d'Algérie) et de la SNTF (chemins de fer algériens) ayant une base professionnelle stricte et enfin un régime agricole organisé en mutualités.

L'ensemble de ces régimes existait en 1982 et a été quasiment reconduit moyennant quelques aménagements de détail.

– le régime des non salariés par contre a été créé de toute pièce en 197 ; il s'adresse aux professions libérales, aux indépendants, commerçants artisans,

– l'ensemble de ces régimes était coiffé par une Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) chargée de la coordination et de l'animation des différents régimes et était sous tutelle du ministère des affaires sociales en dernier lieu après avoir été longtemps rattaché au ministère du travail et même à un certain moment au ministère de la santé. Au contraire le régime agricole organisé sous formes de mutualités a toujours dépendu du ministère de l'agriculture et a toujours été un régime «à part» qui pratiquait jusqu'à la mise en place de la gratuité une «médecine directe» dans le cadre de centres de soins qu'il gérait lui-même – date à laquelle il va «céder» tout son patrimoine de CMS à la santé, se contentant d'être un simple organisme de remboursement de frais – contrairement aux autres régimes. Mention à part doit être faite de Caisse de Sécurité Sociale des militaires rattachée directement au ministère de la défense nationale sur laquelle nous n'avons aucun élément d'information. En tout, donc 9 régimes relevant de tutelles administratives différentes, obéissant à des législations parfois en matière de cotisations et de prestations.

Les disparités quand aux taux de cotisation des assujettis des prestations fournies et quand aux risques couverts.

Ce qui explique les différences quant aux «ressources» et aux «dépenses» moyennes des différents régimes et donc le coût moyen d'un assuré[48]. En effet alors que le régime général sert à ses affiliés : des prestations nature (remboursements de frais médicaux et pharmaceutiques) et en espèces (indemnités journalières pour cause de maladies) au titre des assurances sociales (maladie maternité,

décès) : lesquelles couvrent strictement le domaine qui nous concerne et auxquelles cependant il faut ajouter les «accidents du travail et maladies professionnelles socialisés» en 1967 alors qu'auparavant, elles relevaient de système d'assurances économiques (d'ailleurs tant pour de régime que pour l'ensemble des autres régimes.)

Enfin l'action sanitaire sociale et familiale dont les dépenses sont non affectées à une catégorie de personnes particulières pour clore les champs des prestations liées à la santé en général. Il s'y ajoute des prestations au titre de la famille dans le cadre d'un régime d'allocations familiales. Il est le plus complet à ce titre. Il en est pratiquement de même du régime des mines (à l'exception des AF) et de celui des gens de mer.

Au contraire le régime des fonctionnaires et deux régimes spéciaux celui de Sonelgaz et de SNTF, ne gèrent que les prestations en nature au titre des assurances sociales : les prestations en espèces des allocations familiales étant servies par l'employeur directement, et les pensions vieillesse par les caisses spécifiques parmi lesquelles il faut signaler la C.G.R.A. pour les fonctionnaires.

Le régime des non-salariés s'occupe lui de la gestion des prestations en nature des assurances sociales, des capitaux décès, des pensions d'invalidité et des retraites. Donc finalement disparité concernant les avantages et les droits, le financement et gestion des différents régimes.

SOUS-SECTION II

L'unification de la sécurité sociale : les lois de 1983

Un ensemble de lois portant sur l'ensemble du domaine de la sécurité sociale, à l'exception des prestations familiales, a été promulgué le 2 juillet 1983. Il y est procédé à la dissolution de tous les régimes existants et à la constitution d'un régime unique en matière d'assurances sociales – mais aussi l'accident du travail et maladies professionnelles – et de retraite concernant l'ensemble de la population active de tous les secteurs d'activités, c'est-à-dire qu'il regroupe outre les affiliés du régime général, du régime des fonctionnaires des régimes spéciaux, du régime des non salariés, ceux de la mutualité agricole différente jusque là quand à son organisation et sa tutelle. Seule est donc exclue de cette unification généralisée, la caisse de sécurité sociale des militaires.

Corollairement à cette unification des régimes, il y a uniformisation des cotisations et des prestations, c'est à dire des charges et des avantages des différentes catégories de travailleurs, et au delà, des charges supportées par les entreprises des différents secteurs d'activité malgré quelques «aménagements» particuliers concernant les administrations publiques et les exploitations agricoles de l'autogestion et de la réforme agraire. En effet les cotisations sont toujours assises sur le salaire dont une part est à la charge des employeurs et une part à la charge des salariés. Mais le taux de cotisation globale de sécurité sociale est fixé à **29 % du montant brut**

du salaire de poste non plafonné dont 5 % sans exception dans tous les cas sont à la charge des salariés de tous les secteurs d'activités publics ou privés. Dans cette quote part salariale 1,5 % sont affectés aux assurances sociales.

Trois exceptions concernant le taux de cotisation global sont prévues en faveur d'employeur «spéciaux» : les administrations publiques qui ne supportent que 20 %, mais qui continuent néanmoins de verser directement les allocations familiales à leurs salariés et donc si on devait appliquer le taux correspondant cela donnerait 26 % de taux de cotisation globale et donc finalement 3 % de moins (11 % contre 14 %) pour l'administration en tant qu'employeur au niveau des seules assurances sociales. Les exploitations agricoles du secteur autogéré et les coopératives d'anciens moudjahidines dont le taux global de cotisation est de 24 % et les coopératives agricoles de production de la réforme agraire dont le taux global est de 18 % participent uniquement aux taux de 9 % aux assurances sociales et aux mêmes taux pour les autres risques : donc trois catégories d'employeurs qui versent moins du fait de leurs salariés au titre de la couverture de la protection de la santé.

Tableau : Modification des cotisations globales au niveau de la sécurité sociale

ANCIEN REGIME	Taux global de cotisation	Part patronale	Part salariale	TAUX GLOBAL NOUVEAU REGIME
— Salariés non agricoles				Régime général élargie dont :
.Régime général	29,25	24,75	4,5	Assurances sociales 14%
.Régime complémentaire	6	3	3 7,5	Allocations familiales 6%
— Régime fonctionnaires				Administration 20%
.CAMPS	6,5	3,25	3,25 9,25	Assurance sociales 11%
.CGRA	18	12	6	Accidents du W. 2%
— Régime agricole				Retraite 7%
.Régime général	21,5	17,5	4 9	Autotstructure Réforme agraire assimilés
.Régime complémentaire	11,5	6,5	5	Agricole 24 18
				Assur. Sociale 9 9
				Alloc. Famil. 6 —
				Accidents du W. 2 2
				Retraites 7 7

En ce qui concerne les non salariés, c'est-à-dire les commerçants, industriels exploitants agricoles, membres des professions libérales et

artisans relèvent initialement de la CAVNOS (Caisse Assurances de Non Salariés), la nouvelle législation[49] implique qu'ils relèvent des mêmes caisses (CNASA, CNA). Comment vont être calculées leurs cotisations dans le nouveau contexte ? Le montant global de la cotisation c'est-à-dire y compris retraite est égal à 12 % du «revenu annuel brut» assimilé en fait au B.I.C. (Bénéfices Industriels et Commerçants), en fait du revenu imposable réalisé au cours de l'exercice, et ce dans la limite de 100.000 DA (soit 6 % pour les AS et 6 % pour les retraites).

En ce qui concerne les personnes relevant du régime de la «RASMA» ou de la taxe unique (sur les transports publics) et pour lesquelles le revenu imposable n'est pas établi, la détermination μ ou l'évaluation se fait à partir du chiffre d'affaires retenu par l'administration fiscale, en y appliquant un taux de 15 % pour ceux qui exercent une activité commerciale et de 30 % pour les prestataires de services. Pour les nouveaux assujettis[50], le montant global est fixé forfaitairement à 727,48 DA (c'est-à-dire lorsque ni le C.A fiscal, ni le revenu imposable ne sont connus).

Il serait extrêmement instructif de calculer la pression parafiscale ainsi exercée sur les professions dont le régime particulier antérieur ne semble jamais avoir participé au financement du «forfait hôpitaux» c'est-à-dire du système public de soins qu'ils utilisent à l'instar des autres catégories sociales, et donc procédait de la sorte à une redistribution à rebours accentuée par le déficit «précoce» de ce régime, financé lui aussi par le régime général – avant leur fusion, cette dernière ne supprimant pas le problème ainsi posé mais le noyant dans celui plus général du déficit global de la sécurité sociale prévu pour 1989, et qui déjà n'arrive plus à honorer les prestations en matière de retraites parce que les fameux «excédents» financiers de la sécurité sociale provenaient en fait largement de ce dernier régime vu la structure démographique de la population active algérienne.

Les mises en retraite «anticipées» provoquées par la législation sur ancien moudjahidines posent brutalement le problème de l'utilisation de ces ressources qui ne furent point capitalisées en déficit des assurances sociales, lequel n'apparut pas en tant que tel, soit allèrent purement et simplement au Trésor.

Il est probable, bien que tardivement, que c'est aussi pour s'opposer à de tels glissements d'affectations de ressources que l'on procède à la mise en place de deux «caisses» totalement indépendantes, l'une ayant compétence en matière d'assurance sociale et d'accidents du travail (CNASAT), l'autre en matière de retraite (CNR) tandis que les «allocations familiales» c'est-à-dire l'action familiale (dont il n'est plus fait mention) semble prendre un nouveau tournant avec le projet de «modulation» de ses prestations de façon dégressive pour «décourager la natalité».

Désormais c'est la Caisse nationale des assurances sociales, des accidents du travail et des maladies professionnelles (C.N.A.S.A.T) qui gère l'ensemble des assurances relevant de la protection de la

santé alors qu'une caisse distincte : Caisse nationale des retraités (CNR) gère le régime unifié, lui aussi, de retraite.

Mais en dehors de l'unité de gestion et de l'homogénéisation des cotisations et des prestations, la conception de la sécurité sociale **reste la même** puisque l'article 5 de la loi du 2 juillet 1983 stipule que «dans les structures autres que les structures sanitaires publiques le montant des frais prévus et réglés par l'assuré est remboursé par l'organisme de sécurité sociale sur la base de 80 % des tarifs fixés par voie réglementaire».

Cela veut dire en bref, qu'en fait on consolide un secteur de la sécurité sociale qui bien que participant de plus en plus au financement des secteurs sanitaires publics, n'en demeure pas moins distinct et obéit à une autre logique de fonctionnement puisque sa finalité dans cet aspect est de rembourser les frais pour soins du secteur privé dont l'extension va être rapide parce que «débloqué» suite à toute une série de libérations successives (début de la mi-temps, du zoning).

Nous aboutissons à un système, qui comme nous le verrons plus loin, est un système de soins largement et de plus financé par la sécurité sociale, selon des procédures différentes comme nous venons de le voir, en fonction des segments de production et de distribution des soins, public et privé mais qui **n'est pas un système de la sécurité sociale** c'est-à-dire impulsé par cette dernière, qui y mènerait une politique active de santé et contrôlerait l'utilisation des fonds. Il y a donc une nette séparation entre les décideurs de la politique de soins : ministère de la santé et organismes sous tutelle et le payeur : La sécurité sociale qui semble jouer le rôle d'un tiroir-caisse passif y compris pour les prises en charge des malades à l'étranger (ce qui dispense de réorganiser les modalités de prise en charge par des structures internes de soins) et qui ne dispose d'aucun moyen ni pour contrôler ni pour réduire ses coûts à l'aide de politiques appropriées.

L'harmonisation des taux, en particulier salariaux, se greffe sur un système de rémunération lui même totalement modifié et refondu dans le cadre du statut général du travailleur et s'appuyant sur une classification des postes et une grille nationale des salaires. Elle se double d'une interdiction à tous les employeurs de verser des compléments de quelque nature que ce soit aux prestations instituées par la loi et d'en créer ou d'en supporter sous quelque forme que ce soit, c'est-à-dire : tout ou partie de primes d'assurance individuelles ou collectives auprès des compagnies des assurances, caisses de retraite complémentaire etc... Néanmoins les mutuelles à titre facultatif sont maintenues.

Par suite des modifications introduites dans le taux et l'assiette de cotisation l'effet de redistribution vertical et non plus seulement horizontal risque d'être massif ou tout au moins nettement plus important qu'il ne l'était précédemment[51]. En effet les taux globaux antérieurs de cotisation étaient assis sur un salaire mensuel plafonné à 2000 DA (le plafond initial ayant été de 800 DA) or actuellement il y a déplafonnement intégral et surtout étaient fortement divergents

selon les régimes auquel s'ajoutaient ou pas des régimes complémentaires. On peut donc dire que le système actuel instaure une stricte proportionnalité entre les salaires et les cotisations et donc aligne de façon définitive l'ensemble des salariés quant à leur participation au financement. Il n'en est pas de même pour les non-salariés, intégrés eux aussi au régime généralisé et dont nous verrons plus loin que le régime était devenu rapidement déficitaire après un «départ» tardif, par suite d'un recours à la sécurité sociale rapidement intense, que traduit le taux de croissance du «coût» moyen d'un assuré – et qui signifie des cotisations «faiblement» assises sur un revenu plus difficilement cernable qu'un salaire.

Cet effet de redistribution dont certains effets sont à «rebours» au sein des différentes catégories sociales à toute chance aussi être plus profond étant donné l'élargissement considérable du nombre des bénéficiaires des assurances sociales – car il s'agit bien d'une généralisation tant aux salariés qu'à de larges franges de non salariés, du bénéfice de la sécurité sociale soit à titre direct : indépendants agricoles (prestations en nature des assurances sociales, assurances invalidité, décès et retraite) coopérateur de la révolution agraire (accidents du travail, retraite), handicapés, anciens moudjahidines et victimes de la Guerre (prestation en nature), soit à titre d'ayant droit : le conjoint et non plus le conjoint à charge, les enfants de moins de 18 ans (contre 17 auparavant) et jusqu'à 21 ans lorsqu'ils poursuivent des études ou sont à apprentissage, les enfants handicapés dans l'incapacité de travailler, les personnes de sexe féminin sans revenu, quelque soit leur âge, et finalement les ascendants à charge, bénéficient de cette qualité et donc des prestations en nature des assurances sociales desquelles semble être exclus les seuls chômeurs à qui néanmoins est ouvert le système public de soins gratuit.

Enfin si le type de prestations services est resté le même, y compris dans les nomenclatures utilisées à cet effet, on peut cependant remarquer une amélioration quand au niveau et un assouplissement des conditions de bénéficiaires en particulier pour la retraite. Mais pour ce qui concerne les Assurances Sociales il y a une seule modification positive : le congé de maternité indemnisé à 100 % a été porté à 14 semaines contre 8 semaines auparavant. Par contre deux «restrictions» sont apportées : le remboursement des médicaments se fera au taux maximal de 80 % ce qui laisse supposer un aménagement de ce taux (certains le seront à un taux inférieur) jusque là uniforme ce qui serait le prélude à un contrôle par ce biais de la consommation pharmaceutique jugée importante (la «surconsommation» étant régulièrement dénoncée dans la presse).

Les indemnités journalières versées en cas de maladie ne le sont plus qu'au taux de 50 % du salaire pendant les 15 premiers jours y compris pour les fonctionnaires alors qu'elles étaient à 100 %. Cette mesure prise manifestement pour lutter contre l'absentéisme a produit des effets pervers dans la mesure où des personnes véritablement malades viennent travailler pour ne pas perdre la moitié de leur salaire

avec des conséquences plus lourdes au niveau de la santé et d'un report éventuel de soins ambulatoires sur des soins hospitaliers mais ne semble pas avoir produit ses effets quant à la modification du degré d'absentéisme selon les quelques échos que nous avons eus. La question mérite d'être élucidée.

Conclusion

Que conclure après cet examen de la construction d'un système national de couverture collective des dépenses de santé en Algérie ? Il semble que la phase de mise en place soit arrivée à son terme d'extension, elle se caractérise par son aspect apparemment radical dans sa volonté de couvrir tout le territoire national de structure de soins hiérarchisées, de prendre en charge gratuitement la protection de la santé de toute la population qui s'est traduite par une série de bouleversements qui ont modifié de façon drastique les données et les résultats de la politique de santé. Les contraintes en particulier financières commencent à produire leurs effets et appellent à des modifications, moins spectaculaires peut-être, mais certainement plus en profondeur. Modifications qui doivent être tant internes qu'externes au système de soins.

1) Les modifications doivent être internes au système dans le sens d'une plus grande cohérence d'ensemble car finalement les deux sous-systèmes précédemment analysés ne sont pas véritablement complémentaires du point de vue « technique » d'où la médiocrité des résultats au plan niveau de santé atteints si on considère l'ampleur des moyens mobilisés. Et c'est peut-être là un des noeuds du problème : au delà des modifications apparentes beaucoup de mécanismes restent régis par des régies de fonctionnement issues du système préexistant, c'est-à-dire de procédure caractéristiques françaises dont « l'économicité » est loin d'être démontrée qui se perpétuent de façon insidieuse, amplifiées ou déformées par les caractéristiques du sous développement. Un examen minutieux et rigoureux s'impose pour les mettre à jour et analyser leurs conséquences en particulier financières. Elle ne peuvent être les seules en cause, car s'y greffent des articulations dépendantes dont on ne peut dire encore et pour toutes si elles sont conjoncturelles ou structurelles, mais dont il faudra bien élucider les mécanismes d'ancrage voire de perpétuation si on veut éviter la dépendance totale et irréversible en toute série de lieux (envois pour soins à l'étranger, médicament et appareillage médical...).

C'est tout le problème de la gestion d'ensemble de l'appareil de soins en tant que système et donc des procédures d'affectation des moyens (humains et financiers) d'évaluation des résultats, de régulation des dysfonctionnements...

2) Les modifications doivent être externes au système de soins car on ne peut lui imputer totalement et intégralement les résultats sanitaires. Il constitue un maillon certes indispensable à la protection de santé mais qui semble, oh combien dérisoire quand les milliards sont

gaspillés dans l'acquisition d'hôpitaux-clefs en main - lesquels ne peuvent être mis en fonctionnement, alors que les mesures apparemment les plus simples et les moins onéreuses d'assainissement du milieu[52] n'ont pas été réalisées. Obnubilation de la médecine et des techniques médicales et en particulier hospitalières ? Pression des médecins ? Des groupes sociaux dominants ? Il reste au système public mis en place à démontrer son «utilité» voire son efficacité pour ne pas être vidé de tout son contenu.

Notes

[*] Professeur-agrégé à l'institut des sciences économiques d'Alger - Chercheur associé au CREAD.

[1] L'avenir de la protection sociale en Europe – Futurible – Octobre-Novembre 1985, page 58.

[2] Nous avons été la première personne à l'avoir prônée en Algérie : F. Z. OUFRIHA : «Principaux aspects de l'économie de la santé en Algérie - Thèse de Doctorat d'Etat en Sciences Economiques - Alger 1972 - mais nous ne pensions pas à une simple mesure de gratuité – puisque de fait les soins étaient gratuits – mais à l'organisation d'un système capable de prendre à la base les problèmes de santé publique.

[3] MSP : Séminaire sur le développement d'un Système National de Santé - p. 78.

[4] Daïra : circonscription administrative équivalent à la sous-préfecture française.

[5] L. LAMRI : «Le système de santé algérien : organisation, fonctionnement et tendance» - mémoire de magister - Alger 1986.

[6] Ibid.

[7] L. LAMRI - op. cité.

[8] MSP : «Séminaire sur le développement d'un système national de santé» - op. cité.

[9] Séminaire - op. cité - p. 81.

[10] LAMRI : Le système de santé - op. cité - p. 106.

[11] L'objet d'un travail en cours.

[12] Nous verrons plus loin que l'ensemble des prestations à titre ambulatoire sont comptabilisées «consultations externes. et soins», qu'elles soient hospitalières ou extra-hospitalières.

[13] LAMRI : Le système de santé, op. cité - p. 107.

[14] MSP : Séminaire national... op. cité p. 81.

[15] Typification qui va permettre aussi malheureusement la multiplication rapide des hôpitaux clefs en mains, commandés à un constructeur étranger... et dont beaucoup n'ont pu être mis en fonctionnement à ce jour... il semble qu'on ait même pensé à transformer certain (avant leur ouverture implantés malencontreusement dans le Sud en hôtels.

[16] F. Z. OUFRIHA : Données démographiques et politique de santé - cahier du CREA.

[17] M. KADDAR : développe une analyse similaire dont nous avons repris certains points, dans son avant projet de thèse de doctorat.

[18] A. BENACHENHOU : Planification et développement en Algérie - Algérie 1982.

[19] A. THEBAUD : Besoins de santé et réponse de l'institution sanitaire en Algérie : «réflexion théorique à partir d'un cas concret» - cahiers de sociologie et de démographie médicale - 1977. (Ceci constituera un travail ultérieur spécial).

[20] F. Z. OUFRIHA : Pression démographique et capacité d'absorption de la force de travail par l'industrie - ISE, Oran 1981.

[21] M. KADDAR : «Financement et dynamique du système de soins» - Projet de problématique - Thèse de doctorat d'Etat - janvier 1986.

[22] Il semblerait qu'en 1983 il comptait 100 CMS : L. LAMRI - op. cité - p. 195.

[23] M. KADDAR op. citée.

[24] Cf. le travail de M. BOURAS à ce sujet dans le cadre de l'équipe «système de soins en Algérie» du CREAD.

[25] C'est la thèse défendue par M. KADDAR en particulier dans sa communication précitée.

[26] La prévention : Exemple d'intervention hors marché - F. FAGNANI - IREP - Grenoble 1973. Et LA PREVENTION : Rapport au Ministère de la Santé : la documentation française - Paris.

[27] Données statistiques sur la santé - 1980 - pp. 97 et suivantes.

[28] M. KADDAR - op. citée.

[29] Décret du 11 février 1986 portant statut type des centres hospitalo-universitaires.

[30] Ce système étant identique à celui ayant cours alors en France.

[31] F. Z. OUFRIHA : Principaux aspects de l'économie de la santé en Algérie - Thèse doctorat d'Etat - Alger 1972.

[32] En d'autres termes, la mesure de gratuité de 1974 - n'est pas aussi radicale qu'elle paraît à priori - de plus elle reconduit le système tel que...

[33] Suite en particulier à la suppression du zoning... «Qui permet aux hospitalo-universitaires de s'installer à titre privé dans les grandes villes (Alger, Oran, Annaba, Constantine, Blida, Tlemcen) qui représentent la zone IV et le marché de la médecine spécialisée.

[34] Nous avons personnellement interrogé beaucoup de personnes à ce sujet qui nous ont affirmé redouter l'hôpital suite au comportement (négligence, laisser-aller etc...) des infirmiers (e).

[35] C'est-à-dire sans modifications des principes de fonctionnement hérités du système français de sécurité sociale y compris dans son système de cotation des «actes thérapeutiques lequel a été depuis hors modification France...

[36] Décret du 14 juin 1963 qui instaure cette autorisation délivrée par le Ministère de la Santé Publique.

[37] Cf. Pour les détails pour la période initiale d'affrontement : F. Z. OUFRIHA : «Principaux aspects de l'économie...» op. citée.

[38] Il faut préciser que ce service est alors institué comme condition préalable à l'exercice de toutes les professions libérales (avocat, architecte)...

[39] Durant la première période on se contente de «forcer» tous les médecins à exercer dans des unités de soins publiques dont le volume reste identique alors que celui des médecins croît fortement. Des équilibres sont nécessaires quand au volume de médecin par rapport aux services ou aux matériels de façon à ce qu'on n'affecte pas deux, trois et jusqu'à dix-sept chirurgiens dentistes sur un fauteuil dentaire par exemple.

[40] Il ne sera pas le dernier hélas !

[41] Une procédure de «contrôle» par la sécurité sociale avait été aussi instaurée : elle décomptait les actes remboursés pour l'administration fiscale et adressait copie des décomptes aux médecins.

[42] Que personne ne semble pouvoir remettre en cause : le tarif officiel du C. bloqué à 30 DA n'est pratiquement respecté par personne, mais il y a connu une espèce de consensus sur le montant du dépassement admissible. Un jeune gestionnaire du système ayant constaté des honoraires manifestement abusifs de 250 DA/consultation s'adresse à la tutelle qui rétorque que ce problème relève du contrôle des prix et non de sa compétence.

[43] Le seul fait de coter C5 : C2 : c'est-à-dire consultation de généraliste (C) surcôte la première au détriment de la 2ème et incite les médecins à la spécialisation : une décote produirait l'inverse en faveur

des omnipraticiens... Dont on veut théoriquement accroître le volume...

[44] Ce qui ne va pas résoudre de l'équilibre financier de la sécurité sociale laquelle est en passé de devenir déficitaire.

[45] C'est ce qui est noté par tous les auteurs ayant écrit à ce sujet. Cf. A. THEBAUT - Besoins de santé et réponse de l'institution sanitaire - L. LAMRI : le système de santé Algérie. Mémoire de magister - op. cité.

[46] M.S.P. : Note à messieurs les walis n° 00/11/MSP/CAB/MIN.

[47] En «obligeant» les structures sanitaires publiques à être ouverte les après-midi.

[48] Que nous nous examinerons plus loin.

[49] Décret n° 85.223 du 20 août 1985 portant organisation administrative de la sécurité sociale.

[50] Dont la date de début d'activité est postérieure au 1er octobre 1985.

[51] Cependant pour pouvoir préciser dans quel sens il exercerait, il faudrait pouvoir disposer d'éléments d'informations fiables sur les compléments de consommation des différentes catégories sociales.

[52] Y compris bien entendu la fourniture d'une eau potable à toute la population.