

FATIMA ZOHRA OUFRIHA [✱]

Ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé en Algérie

INTRODUCTION

De façon plus ou moins cohérente, le programme d'ajustement structurel en Algérie tente d'obtenir, en matière de politique de santé, la compression des dépenses de soins et des "factures" externes qu'elles entraînent en termes de volumes d'importation de médicaments et d'appareillages médicaux et d'envois pour soins à l'étranger. Cette politique dans son volet stabilisation tente de réduire les déficits publics et vise alors la limitation des dépenses à la charge du budget de l'Etat et des Assurances Sociales. Elle se traduit essentiellement par une double action :

- action de limitation du secteur public et de la gratuité, rendus responsables de la hausse des coûts,
- action d'extension de la privatisation de l'exercice de la médecine, exercice crédité d'économicité globale qu'il est loin de posséder compte tenu du contexte institutionnel et économique dans lequel il fonctionne.

Dans ce papier, nous tenterons de montrer de façon analytique que les mesures prises à cet effet sont loin de répondre à l'objectif ainsi fixé. Au contraire elles semblent avoir abouti à un surcroît de charges financées sur ressources collectives, sans que l'efficacité postulée par les mesures de rationnement ait produit ses effets. Nous nous appuyerons sur une démarche qui tente de replacer la privatisation dans le cadre du PAS et qui prend appui d'une part sur une étude effectuée pour la Banque Mondiale, d'autre part sur les travaux publiés et sur les recherches encadrées par l'auteur.

1. SECTEUR PUBLIC, LIMITATION DE LA GRATUITE ET BLOCAGE DE LA FONCTION DE PRODUCTION HOSPITALIERE

La politique développementiste et socialiste largement appuyée sur la captation et la redistribution de la rente énergétique s'était traduite au niveau de la santé par un secteur public prépondérant, visant le monopole des soins réalisé totalement en matière d'hospitalisation. La gratuité des soins ainsi dispensée, la suppression des mécanismes de contrôle et de régulation, la gestion bureaucratique et dispendieuse avait abouti à de vastes mécanismes de surcoûts que nous avons mis en relief (Oufriha, 1990).

Le dé-rationnement financier ainsi réalisé s'était accompagné, au tournant des années 80, d'une multiplication des lits et des effectifs médicaux et paramédicaux qui vont constituer autant de charges fixes récurrentes. La diffusion massive de nouvelles technologies de la santé, qui se voulait politique de substitution de soins internes complexes aux envois pour soins à l'étranger des affections lourdes, s'était soldée par des embryons de réussite mais aussi des difficultés supplémentaires de maîtrise des nouvelles technologies et de renchérissement des coûts dans un milieu de réception non préparé à cet effet. L'effritement de la rente, l'endettement et le déséquilibre macro-économique vont induire une politique précoce de privatisation à ce niveau dont nous analyserons les effets plus loin. Devant la persistance des déséquilibres financiers, l'Algérie, suivant en cela les recommandations de la Banque Mondiale qui préconise la récupération des coûts, va introduire en 1995 au sein du secteur public des participations des usagers. La fin de la gratuité totale se traduit par :

- le paiement des consultations et actes effectués à titre ambulatoire aux tarifs officiels (largement en deçà des honoraires effectivement perçus par les médecins) ;
- une contribution forfaitaire aux frais d'hospitalisation de 100 DA par jour.

On ignore encore l'impact réel de ces mesures financières de rationnement et de barrières à l'entrée concernant le financement du secteur public. L'évolution des ressources du secteur public montre une évolution contrastée. Malgré la crise et la récession, le secteur public continue à bénéficier de ressources croissantes : elles ont été, en valeur nominale, multipliées par 5,5 de 1985 à 1995. Son financement devient majoritairement budgétaire (autour de 60 % en moyenne sur la période 1992 à 1995 contre 30 % en 1988 et 24 % en 1986), alors que la gratuité avait été financée jusque-là essentiellement par la Sécurité Sociale (Oufriha, 1990) de façon budgétisée moyennant un "forfait" imposé par l'Etat à cette dernière, complètement assujettie à la politique étatique (Badaoui, 1995). La crise en portant atteinte à ses assises limite fortement ses ressources. Cependant si les dépenses budgétaires à ce titre sont multipliées par 5,6 entre 1988 et 1995, elles continuent à mobiliser le même pourcentage du budget global de l'Etat (entre 5 à 6 %). C'est donc plus un effet de la forte inflation résultant des dévaluations et de "l'échec" de la première qui se traduit par une hausse généralisée des salaires. Le secteur public ne manque pas cependant de ressources financières, mais il présente des caractéristiques structurelles qui vont se conjuguer pour aboutir à un quasi blocage de sa fonction de production. En effet, l'offre publique, en particulier dans sa dimension hospitalière, est largement surdimensionnée ; une grande partie est mal localisée spatialement.

Il y a apparemment une faible demande d'hospitalisation que l'on peut expliquer par des raisons de nature **objective** (structure démographique jeune, l'hospitalisation lourde est réalisée à l'étranger) et de nature **subjective** (conditions d'accueil et de suivi, comportement des paramédicaux) et de façon plus large **sociologique** (faible degré

d'activité des femmes qui s'y investissent, persistance des liens familiaux...) et culturelle (en Algérie, on ne meurt pas à l'hôpital). Ceci explique que l'offre publique est largement sous-utilisée : le T.O.L. (taux d'occupation des lits) chute à 43 % en 1992 alors qu'il s'était stabilisé autour de 63 % pour la période précédente. Il varie entre moins de 20 % à 60 %. L'hospitalisation est en fait dominée par les accouchements qui, suite à une politique délibérée de captation et en situation de manque de sages-femmes et de clinique privées, représentent le tiers des journées d'hospitalisation.

2. EXTENSION DE LA PRIVATISATION ET NOUVEAUX ARBITRAGES AU SEIN DE LA SECURITE SOCIALE

Les blocages, importants du point de vue de la demande, le sont encore plus du côté de l'offre. En effet, sa fonction de production est distordue et largement potentielle, voire complètement bloquée dans certains de ses segments. L'essentiel des ressources va aux dépenses de personnel (75 % en moyenne et jusqu'à 90 % dans certains cas) qui, avec celles de formation paramédicale, absorbent 84 % des budgets. Il y a de faibles ressources affectées aux consommations intermédiaires et aux intrants. Mais surtout leur gestion et leur utilisation à tous les niveaux est dévoyée : les pénuries et les ruptures de stocks sont les pendants des gaspillages et coulages. La dépense en maintenance, mal assurée, engendre une forte dégradation des moyens sous utilisés ou sur utilisés selon le cas et en général mal entretenus. D'où un taux de panne global qui, de 18 % en 1992, passe à 21 % en 1993. Il est plus important pour les appareillages lourds (28,5 % au niveau des CHU). Il en résulte une offre qui se fait à coûts élevés, par suite de l'importance des coûts fixes. De plus, c'est une offre qui se fait à coûts croissants. Nous avons calculé que le coût moyen de la journée d'hospitalisation entre 1974 et 1984 avait été multiplié par six, sans que le contenu en soit visiblement modifié en termes techniques (Oufriha, 1990). Ceci dans une période où le T.O.L. était élevé et les hôpitaux semblaient fonctionner "normalement" et étaient "ouverts". Il n'en est plus ainsi actuellement. Notons que l'importance des coûts résulte aussi d'une **internalisation** trop importante d'activités non directement liées à celle de la production des soins et qui ont un rapport des plus lointain avec les missions de l'hôpital. Ces activités utilisent de façon encore plus **extensive** les moyens et personnels affectés et qui sont tous salariés. Leur éparpillement à travers les structures fait qu'il n'y a pas toujours et au bon moment l'ouvrier ou le spécialiste de telle ou telle activité...

Finalement, c'est un système qui a produit des situations de rentes à tous les niveaux et de tous les types de personnel : salaires et emplois garantis, mais souvent très extensifs, le tout doublé de coulages des produits médicaux, pharmaceutiques, para-pharmaceutiques et alimentaires. Ceci explique la force des résistances à tout changement.

On ne peut comprendre et apprécier le volume, le fonctionnement et le degré d'efficacité du secteur privé en Algérie qu'en liaison avec le fonctionnement du secteur public d'une part, d'autre part on ne peut le saisir de façon correcte qu'en faisant la distinction importante entre :

- les activités de distribution des biens et services médicaux à titre privé ;
- le financement des dépenses de santé qui sont très largement socialisées par la demande.

En effet, cette dernière est largement solvabilisée par la Sécurité Sociale largement étendue, qui procure ainsi un marché des soins aux professionnels. La seule dépense strictement privée étant celle supportée de façon définitive par les ménages.

2.1. Une privatisation accrue de l'exercice médical

De façon générale, l'activité à titre privé, dans tous les domaines, a été fortement découragée voire bannie en Algérie pendant plus de deux décennies après l'indépendance. Cette suspicion à l'égard de l'activité privée n'a pas épargné les professions médicales que l'on a tenté de "nationaliser" totalement ou partiellement à travers une gestion centrale des flux de médecins et toute une série de procédures de limitation, de contrôle et d'orientation d'une installation parcimonieuse et sous contrôle (Oufriha, 1993).

En effet, la salarisation des professionnels de soins dans le cadre de l'offre publique de soins s'est heurtée à de vives résistances. Cela a obligé les pouvoirs publics à composer, c'est-à-dire à mettre en place des procédures de limitation à la possibilité d'installation :

- Service National préalable à l'autorisation d'installation difficilement accordée,
- obligation de la mi-temps (pour pallier le manque de médecins dans les structures publiques),
- zoning pour "obliger" les médecins à s'installer de préférence dans certaines zones (dans un souci d'équilibre régional...) etc.

A partir de 1986, tous les obstacles institutionnels à l'installation privée, de même qu'au choix du lieu d'installation ont été progressivement levés. Les cliniques privées seront expressément autorisées à partir de 1988.

Le mouvement de privatisation est bien antérieur à la politique des Réformes ou de "l'indicible ajustement" (Bénissad, 1993) qui à partir de 1988 marque le début du retournement doctrinal sous la pression d'un "choc extérieur" (retournement du marché pétrolier et donc baisse des termes de l'échange) très violent. En effet, il répond à une forte pression d'un corps médical fortement et rapidement multiplié par une politique de formation active. Corps médical qui reste largement imprégné par le modèle libéral et biomédical... mais qui rejette aussi les conditions de fonctionnement d'un secteur public "bureaucratisé" et où les dysfonctionnements sont multiples.

Cette volonté de privatisation découle aussi d'un constat : celui de la plus faible progression des "remboursements" au sein de la Sécurité Sociale par rapport au "Forfait" secteurs sanitaires... On en conclut hâtivement et à tort que l'exercice privé est moins dispendieux pour la

collectivité. En fait, le faible taux de croissance des remboursements résultait de mécanismes institutionnels et du blocage de l'offre privée. Leur suppression va induire une extension de l'offre privée qui ne produit pas les résultats financiers escomptés. D'où alors le développement très rapide des installations à titre privé qu'on enregistre.

Les chiffres disponibles montrent une spectaculaire remontée de l'exercice de la médecine à titre privé sur quelques années seulement, malgré les avantages substantiels qu'assure le secteur public en termes de salaires et de garantie de l'emploi. Au 31-12-93, les médecins généralistes exerçant à titre privé représentent 31,6 % de l'ensemble des médecins généralistes contre 28,75 % en 1992. Ce taux atteint presque 82 % pour les pharmaciens. Le nombre de médecins privés passe de 744 en 1979 à 6843 en 1993.

L'installation, longtemps plus réprimée, des spécialistes tend à prendre un rythme plus rapide : 27,3 % en 1993 contre 11,3 % pour l'ensemble des professionnels, les chirurgiens dentistes constituant le corps le moins privatisé (26,7 %). Cependant on assiste à un tassement du marché privé des soins par restriction de la demande solvable totalement ou partiellement et donc capable de faire l'avance des dépenses. Ceci explique le ralentissement de la demande d'installation à titre privé des généralistes et le "retour" au public, sous forme de demandes de postes de travail de jeunes médecins (Oufriha, 1995).

2.2. De nouveaux arbitrages au sein de la Sécurité Sociale dans le contexte d'une croissance non contenue des dépenses

La structure des prestations des Assurances Sociales par grandes masses financières, de 1973 à 1986, avait subi un renversement complet de son architecture (Oufriha, 1992) en faveur du Forfait secteurs sanitaires qui passe de 28,8 % de l'ensemble des prestations en nature à 76,5 %, alors que les remboursements pour soins passent de 59,9 % à 12,7 % pour les mêmes dates, le complément allant aux envois pour soins à l'étranger.

A partir de 1986, on va assister à un nouveau renversement des proportions et des masses financières relevant du financement des deux secteurs. En 1995, la C.N.A.S. (Caisse Nationale des Assurances Sociales) débourse *grosso modo* les mêmes sommes pour les deux secteurs. Les remboursements sont à l'indice 1400 en 1993 et à 2698 en 1995 sur la base 100 en 1979. Les explications de cette brusque remontée des remboursements tiennent à quatre types de causes.

La première est liée à l'extension de l'offre globale des prescripteurs, plus forte du côté privé. Ces derniers rémunérés à l'acte ont tendance à en multiplier le nombre qui détermine le volume de leurs revenus. La rémunération des pharmaciens, proportionnelle aux prix des médicaments vendus, pousse ces derniers à proposer les produits les plus chers dans une situation de pluralité des prix et des marques substituantes entre elles.

La deuxième est liée aux habitudes de prescription des médecins qui par "un effet de signe", mauvaise formation, méconnaissance des effets globaux, ont tendance à faire des prescriptions exagérées. Cet effet volume est accentué par le conditionnement surdimensionné des médicaments.

A ces effets "classiques" découlant des modalités de rémunération des professionnels s'ajoutent de façon brutale les effets des très fortes dévaluations du Dinar effectuées en 1990 et 1994. Il n'y a pas de réaction "normale" de la demande et donc pas d'élasticité-prix et/ou revenu dans la mesure où le malade assuré ne détermine pas le volume de sa consommation et n'en subit pas (entièrement) les conséquences financières. Au contraire, compte tenu du brusque renchérissement des biens et services médicaux et en situation de contraction des revenus réels, il y a une augmentation de la demande de remboursement laquelle était faible compte tenu de la modicité des prix résultant de leur blocage et de la surévaluation du Dinar.

Cependant l'accès plus fluide et plus rapide aux médecins des catégories à hauts revenus est contrebalancé par l'effet de freinage pour les catégories à revenus plus faibles, alors que celles dépourvues de revenus sont plus nombreuses suite à la forte remontée du chômage.

Globalement les sommes déboursées par la Sécurité Sociale ont continué à croître fortement. Mais ce sont les médicaments qui constituent le poste de dépenses, qui au sein des remboursements, a le plus augmenté : multiplication par dix de 1989 à 1994 seulement. Ils ont constitué le plus gros poste de dépenses par suite d'une socialisation plus forte et mieux assurée : remboursement à 80 ou à 100 % des prix réels et non des honoraires officiels comme pour les actes. On fera remarquer que les services produits sur place sont plus mal remboursés que les médicaments importés à plus de 90 %. Il n'y a plus aucun mécanisme de régulation et de contrôle des prix. Il n'y a aucun mécanisme de régulation de la prescription, qu'il soit de nature administrative et/ou médical. Le "modèle" libéral, inspiré de celui de la France des années 60, n'en a pas adopté la panoplie de mesures de contrôle et de régulation introduites récemment : conventionnement obligatoire avec respect des tarifs pour pouvoir prétendre à la clientèle assurée sociale, taux de remboursement différenciés des médicaments, modification de la cotation des actes en faveur de l'omnipraticien, profil médical et finalement "Références médicales opposables" ou MO, etc. De façon plus générale la prescription est devenue massivement la prescription de médicaments de marque après l'échec de l'expérience d'une Nomenclature en D.C., et il n'y a pas une politique systématique des génériques...

L'effet-volume que nous avons mis en relief précédemment n'a pas été réduit. Au contraire, il s'est doublé d'un **effet-prix** qui fait accroître la part consacrée au médicament, au niveau tant des remboursements, et donc du fonctionnement du secteur privé, que de celui du secteur public (13,2 % du budget des Secteurs sanitaires en 1994, contre 8,4 % en

1991). La "facture" pharmaceutique passe alors de 600 millions de dollars en 1993 à 800 millions en 1995.

Notons aussi que suite à l'ensemble des nouveaux mécanismes, la part qui reste définitivement à la charge des ménages est fortement accrue : directement (contributions non remboursées au sein du secteur public) et indirectement (report d'une partie des charges suite à la privatisation mais surtout très forte augmentation des prix).

Ces nouveaux arbitrages se traduisent finalement plus par des *modifications d'affectation des ressources que par une maîtrise plus forte ou une rationalisation plus poussée des dépenses*, abstraction faite de la nature juridique du secteur.

CONCLUSION - DISCUSSION

Finalement l'extension de l'exercice de la médecine à titre privé, tel que connu et pratiqué jusqu'en 1973 (date de la gratuité) mais dans un contexte totalement différent, omet de prendre en considération les véritables mécanismes d'amplification des coûts, collectifs et privés. En effet, la Sécurité Sociale a été très largement étendue à toute la population et va au delà de la forte salarisation étatique. Son unification-homogénéisation opérée en 1983 s'était accompagnée d'une extension considérable des avantages conférés et donc du degré de socialisation de la demande, qui accentue celui déjà conféré par l'offre publique gratuite. Le poids croissant des remboursements ne fait pas réduire au plan macro-économique celui du Forfait puisque le Budget de l'Etat est obligé de prendre le relais de la Sécurité Sociale pour financer un secteur public surdimensionné et obéré par l'importance de ses charges fixes. De puissantes organisations de certains malades (diabète, cancer...) s'organisent en lobbies pour bénéficier d'une gratuité totale à tous les niveaux. Néanmoins, nous bénéficions de peu de recul pour apprécier correctement tous les effets de cette politique.

Références

BADAOUI S, 1994. *Sécurité Sociale et Etat en Algérie : les logiques en place et leurs implications*. Mémoire de Magister Sciences Economiques. ISE, Université d'Alger.

BENISSAD H, 1991. *La Réforme ou l'indicible ajustement structurel*. O.P.U., Alger.

CADRA (DIRECTION). *Systèmes et politiques de Santé au Maghreb*. C.I.E., Paris.

LAMRI L, 1995. *Diffusion et incidences des nouvelles technologies médicales*. Thèse d'Etat en Sciences Economiques. Université d'Alger.

OUFRIHA F. Z., 1990. *Cette chère Santé : une analyse économique du système de soins en Algérie*. CREAD, Alger.

OUFRIHA F. Z, (SOUS LA DIRECTION). Cinq numéros spéciaux des Cahiers du CREAD sur l'Economie de la Santé en Algérie. CREAD, Alger.

OUFRIHA F. Z, "Le système de santé de la régulation centrale à l'autonomisation". *In livre collectif : L'Algérie des principes de Novembre à l'ajustement structurel*. CODESRIA, Dakar.

OUFRIHA F. Z, 1995. *Etude Secteur privé en Algérie. Secteur Santé*. Banque Mondiale, Washington.

OUFRIHA F. Z, 1996. *Réformes et régulation monétaire en Algérie*. CREAD, Alger.

Notes

[*] Professeur Agrégée.