

M. KADDAR[*]

Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie

Introduction :

La question du financement des dépenses de santé est, sous diverses formes, posée actuellement en Algérie.

La conjoncture économique récente n'est pas directement à l'origine de l'émergence de ce problème, même si elle en a accentué l'ampleur.

L'urgence d'une réflexion globale, pouvant aboutir à une réforme, est maintenant largement reconnue.

Au niveau international, cette question a fait l'objet d'une abondante littérature particulièrement dans les pays de I.O.C.D.E. et dans les organisations à vocation mondiale[1].

Dans les pays du Tiers Monde, l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires en 1978 et l'actuelle récession, économique que connaissent beaucoup de ces pays ont, chacune à sa manière, remis en débat la question des sources et des modalités de financement des services de santé. La variété des solutions préconisées indique la complexité du problème et la diversité des angles d'approche et d'analyse[2].

C'est là un domaine où les théories économiques, celles d'inspiration néo-classique par exemple, ne sont pas très à l'aise car l'économique, le social et le politique s'y enchevêtrent perpétuellement.

Nous centrerons notre investigation ici sur les seuls «secteurs sanitaires» en Algérie. Ils sont loin de représenter l'ensemble des dépenses nationales de santé dont la comptabilisation reste encore bien imprécise.

Nous nous attacherons à présenter brièvement ces entités de base des services publics de santé que sont les «secteurs sanitaires» (I) avant d'identifier les principales caractéristiques de leur financement (II), les causes de l'expansion des dépenses (III) et enfin les modalités du rationnement en cours (IV).

I. – De la formation et de l'évolution des secteurs sanitaires

L'entité «secteur sanitaire» est la structure-clé de l'organisation sanitaire algérienne.

Elle représente un découpage démo-géographique de l'offre de soins et de la prise en charge de la santé de la population. C'est aux secteurs sanitaires que va l'essentiel du budget du Ministère de la Santé. Si l'existence de ces entités s'est affirmée au début des années soixante dix, la notion de «secteur sanitaire» est plus ancienne, elle a en Algérie, une double origine :

– la première plonge ses racines dans la période coloniale. En 1902, à la suite de l'extension en Algérie de la loi sur l'assistance médicale gratuite (A.M.G) promulguée en France en 1893, des «secteurs sanitaires» sont créés et prolongent les «circonscriptions d'assistance médicale». En 1943, pour assurer un plus grand contrôle des «maladies sociales», une réorganisation de l'A.M.G est décidée notamment pour les zones rurales. Elle aboutit à la mise en place de 155 circonscriptions d'assistance médicale regroupées en 12 secteurs sanitaires placé chacun sous la direction d'un médecin de santé publique.

– la deuxième origine résulte des idées et des pratiques préconisées par l'organisation sanitaire. La hiérarchisation et l'intégration des soins préventifs et curatifs, dans des espaces géographiques délimités, sont recommandées notamment pour la mise en oeuvre des programmes de santé publique.

Cette double origine marque profondément l'évolution et le fonctionnement des secteurs sanitaires qui délimiteront en fait l'offre publique de soins. Le processus de leur constitution sera assez complexe, chargé d'ambiguïtés et de contradictions qui continuent à réagir sur leur statut, leur financement et leur efficacité.

On peut tenter de périodiser ce processus en distinguant quatre phases de 1962 à 1987.

La **première**, de 1962 à 1973, est marquée par une série de mesures visant une unification de la tutelle administrative des structures sanitaires publiques.

Ainsi les dispensaires relevant des préfectures, les centres d'hygiène scolaire reliés aux académies du Ministère de l'Education, les dispensaires antituberculeux organisés sous l'égide de l'Office Public d'Hygiène Sociale sont tous rattachés aux établissements hospitaliers formant ce qui allaient devenir peu à peu des «secteurs sanitaires». La fin de cette opération coïncide avec la mise en oeuvre effective des premiers programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles (paludisme, tuberculose, trachome, rougeole...).

La gratuité des soins pour la population accompagne la réalisation de ces programmes, le financement est, pour l'essentiel, à la charge de l'État.

Parallèlement à ce mouvement, cette phase verra un intense débat sur le statut d'exercice des professions médicales (public, privé, mi-temps, plein temps, service civil,...). Après une courte période de conflit ouvert, entre le corps médical et l'Etat et au sein des professions médicales, une ordonnance vint en 1966 instaurer trois régimes d'exercice : service public obligatoire à plein temps pour les jeunes médecins, service du mi-temps pour ceux déjà installés dans le privé, plein temps aménagé pour les hospitalo-universitaires.

Ce texte marque toute l'ambiguïté qui régira les rapports entre structures publiques de soins et professions médicales[3].

La **deuxième** phase est celle qui s'ouvre en 1973 avec la décision d'appliquer la «gratuité des soins» dans l'ensemble du secteur public. Les «secteurs sanitaires» prennent réellement naissance en se voyant doter d'un nouveau mode de financement : le budget global adopté par le Gouvernement.

Pourtant, au cours de cette phase (1972-1980), ils sont loin de détenir le monopole de l'offre publique de soins. Dans les sociétés nationales, les caisses de sécurité sociale et les mutuelles se développent une multitude d'infrastructures médico-sociales qui allaient former ce que l'on a appelé «le secteur-public».

Leurs activités s'étaient développées pour pallier les insuffisances du segment public de soins. Leur croissance, permise par l'absence de contrainte financière au niveau des entreprises publiques et des organismes sociaux «collait» au champ salarié, urbain le plus souvent. Ce segment para-public peut être considéré comme une des formes de manifestation du «social d'entreprise»[4] qui a accompagné le processus d'industrialisation - salarisation des années soixante dix.

Les secteurs sanitaires ont, du fait de la médiocrité des réalisations des plans quadriennaux en matière d'infrastructures sanitaires, connu une relative stagnation malgré une croissance notable des personnels médicaux nouvellement formés et recrutés.

Cette phase est marquée par un certain éclatement du système de soins divisé en segment public, segment para-public, segment privé, segment des soins à l'étranger[5].

Cette pluralité, correspondant aux intérêts sociaux en place, indiquait une stratification du système de soins dont les coûts et les logiques avaient très peu de liens avec la politique nationale de santé publique qu'appelaient de leurs vœux tous les textes doctrinaux algériens.

La **troisième** phase s'ouvre en 1980 avec l'amorce d'une nouvelle politique économique et sociale[6]. En matière de santé, un sévère bilan est établi sur les résultats de la politique suivie depuis l'indépendance. En décembre 1980, les éléments d'une politique d'ensemble en matière de santé sont définis. Dans ce cadre, les secteurs sanitaires sont revalorisés :

- un vaste programme d'investissement, en matière d'infrastructures sanitaires (plus de quarante hôpitaux...) et d'équipement biomédical, est lancé (les achats d'équipement et d'instrumentation médico-chirurgicale passent de 50 millions de DA en 1979 à 600 millions en 1981),
- l'ensemble des structures médico-sanitaires du segment para-public (cliniques, centres médico-sociaux, laboratoire...) sont intégrées administrativement aux secteurs sanitaires sous tutelle du Ministère de la Santé.

Le segment para-public disparaît totalement en 1984. L'absorption par les secteurs sanitaires ne se fera pas sans problèmes (continuité des activités, capacités de gestion, incohérences des statuts des personnels, ...).

A la fin de l'année 1984, le système de soins algérien est essentiellement **bipolaire** avec d'un côté les secteurs sanitaires, et de l'autre un secteur médicale privé exerçant en ambulatoire et dans des laboratoires d'analyses. Le retour à une interprétation restrictive de la «gratuité des soins» a conduit à une hausse des redevances à la charge des usagers et à un désengagement relatif de l'Etat dans le financement des dépenses de santé.

La **quatrième** phase débute en 1987. Elle voit réapparaître d'une part des centres hospitaliers et universitaires en tant qu'établissements autonomes des secteurs sanitaires, d'autre part le projet d'ouverture de cliniques médicales et chirurgicales privées.

Les C.H.U. ont la charge de l'enseignement des sciences médicales, de la recherche et des soins hautement spécialisés. Leur gestion est «autonome» ainsi que leur budget.

L'ouverture des cliniques privées est la suite logique du nouveau statut social et juridique accordé par les lois de 1982 au secteur privé national et de l'hémorragie constante de personnels médicaux du public vers le privé. La relative saturation de l'exercice en cabinet médical et surtout l'importance du nombre de spécialistes exerçant ou voulant exercer, à titre privé, expliquent en grande partie ce mouvement. La montée des compressions budgétaires pesant sur les secteurs sanitaires est banalisée, il n'est plus l'entité de base d'exercice et de coordination des prestations préventives et curatives, fonction qu'il n'a jamais réellement exercé pour de multiples raisons. N'est-il pas ici victime de son origine, celle qui fait de lui une structure chargée de la lutte contre les «maladies sociales», celle de la pauvreté, pour une population d'abord rurale ?

Les C.H.U. et les cliniques privées ne sont-ils pas d'abord dans les grandes villes, s'intéressant aux populations solvables et aux «maladies de civilisation» ?

Dans ce nouveau partage des territoires et des pouvoirs, le problème du financement des dépenses de santé, en général, et des secteurs sanitaires, en particulier, prend une place décisive.

Examinons l'évolution de cette question.

II. – Le financement des secteurs sanitaires

Sur le plan du financement des dépenses de fonctionnement, les secteurs sanitaires connaissent depuis 1973, avant donc la mise en application de la gratuité des soins, la pratique du budget global qui s'est substituée à celle de la tarification à la journée. Cette modification a introduit plus systématiquement le principe du «forfait hospitalier» à la charge de la sécurité sociale. Avant de discuter les problèmes que pose ce mode de financement, identifions les tendances globales des budgets de fonctionnement des secteurs sanitaires[7].

2.1. – Un relatif désengagement de l'Etat

Les sources de financement du budget des secteurs sanitaires sont assez réduites. Elles se limitent à trois : subvention de l'Etat, participation de la sécurité sociale et «ressources propres». L'évolution de la part de chacune a été la suivante :

Tableau n° 1 : Sources de financement du budget des secteurs sanitaires en 10⁶ DA

	1974	1979	1983	1986	1987
1. Etat	648,3	1 127,5	2 055,7	2 979	3.465
2. Sécurité Sociale	199	714,5	2.102,00	5 000	6 500
3. Autres ressources		10	121	161	161
4. Total (1,2,3)	847,3	1 852	4 278,7	8 140	10 126
1/4 en %	75,6	61	48	36,5	34,21
2/4 en %	23,5	38,5	49,1	61,4	64,2

Ce tableau nous suggère trois remarques :

– la première est le constat de la forte croissance globale des budgets des secteurs sanitaires (+ 961 % en douze ans !) notamment dans les années quatre vingt sous l'effet de l'élargissement du parc d'infrastructures médico-sanitaires et de la rapide poussée des effectifs médicaux et paramédicaux. Il y a une véritable «explosion» des dépenses des secteurs sanitaires (+ 295 % de 1974 à 1980 ; + 400 % de 1980 à 1987 !).

Ces dépenses connaissent un rythme d'accroissement plus élevé que celui du budget de fonctionnement de l'Etat.

Ainsi entre 1980 et 1986, si le taux d'accroissement des dépenses des secteurs sanitaires s'élève à 35 % ![\[8\]](#).

Il faut s'interroger si ce taux d'accroissement peut être longtemps maintenu, notamment en cette période de compression budgétaire globale. L'ouverture de près de 40 hôpitaux et de centaines d'unités de base suffit-elle à expliquer ce bond au niveau des dépenses ?

– la deuxième a trait à la part croissante que prend la sécurité sociale dans le financement des budgets des secteurs sanitaires. La période 1974-1987 a vu un véritable renversement des tendances observées. La sécurité sociale finance en 1987 près de 65 % du total du budget de fonctionnement des secteurs sanitaires. La part de l'Etat passant, elle, de 74,5 % en 1974 à moins de 35 % en 1987.

Il y a bien un processus de désengagement, en valeurs relatives, de l'Etat dans le financement des secteurs sanitaires.

Ainsi, la «gratuité des soins» est de plus en plus financée par la sécurité sociale.

Est-ce le passage au modèle de l'assurance-malade ?

Au delà des nombreux problèmes financiers posés par ce modèle sur les équilibres internes de la sécurité sociale, en particulier au regard de l'application de la refonte de la protection sociale en 1983[\[9\]](#), il y a la question centrale de la nature des rapports entre secteurs sanitaires et sécurité sociale.

– les «autres ressources» aujourd'hui très faibles (moins de 3 % du total) sont appelées à croître avec la mise en pratique des mesures de rétablissement du paiement partiel de certains actes et biens médicaux décidées en 1984.

L'adoption d'une nomenclature nationale des actes médicaux et la réorganisation des procédures de gestion hospitalière accéléreront ce processus.

2.2. – Un poste majeur : La rémunération des personnels

La structure des dépenses de fonctionnement des secteurs sanitaires montre la part prépondérante des rémunérations des personnels. Elle représentait moins de 60 % en 1978, elle s'élève à près de 68 % en 1985-1987. Cette donnée indique la croissance des effectifs médicaux et paramédicaux en service dans les secteurs sanitaires mais également la dynamique des qualifications et des rémunérations qui l'accompagne (tendance à la spécialisation, hausse périodique des salaires, ...).

La tendance du Ministère de la Santé a regroupé sous sa tutelle la gestion de l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux

exerçant dans les structures publiques, a joué dans le sens du gonflement de ce poste budgétaire, tout comme les mesures récentes d'unification de la rémunération des hospitalo-universitaires.

Les autres dépenses sont, comparativement, beaucoup plus faibles : médicaments (17,7 % en 1974, 9,4 % en 1985), actions spécifiques de prévention (1,7 % en 1985), etc ... L'obligation légale, faite jusque là aux secteurs sanitaires de rémunérer l'ensemble des personnels médicaux qui leur sont affectés en période de service civil, pèsera de plus en plus lourd sur le budget des secteurs sanitaires, si des ressources croissantes ne lui sont pas consacrées ou si, d'autres sources et d'autres modalités de rémunérations ne sont pas mobilisées.

La voie de solution la plus facile étant la modulation vers la baisse de la durée du service civil, son abandon pur et simple. Cela reviendrait à transférer la charge de la rémunération des personnels médicaux aux ménages et à abandonner le contrôle direct par l'Etat du niveau des revenus et de l'affectation géographique et sectorielle des personnels médicaux nouvellement formés. Avant de revenir sur cette question de la maîtrise de l'évolution des dépenses des secteurs sanitaires, examinons brièvement les causes de la croissance de leurs budgets.

III. – Causes de l'expansion des dépenses des secteurs sanitaires

Nous en distinguerons trois types : les premières sont liées à l'extension du tissu sanitaire public, les deuxièmes au renchérissement des coûts des facteurs et les dernières aux mécanismes de gestion et de régulation en place.

3.1. – L'extension du tissu sanitaire public

Entre 1974 et 1987, l'offre publique de soins s'est considérablement étendue, en particulier au cours de la période 1980-1987 sous l'effet d'une part des constructions nouvelles d'infrastructures et des sorties massives de personnels médicaux et paramédicaux et, d'autre part de l'intégration aux secteurs sanitaires des structures médico-sociales gérées jusque là par divers organismes sociaux et entreprises publiques.

Tableau n° 2 : Évolution de l'offre publique de soins

Années	Population en million	Secteurs Sanitaires	Nombre d'hôpitaux	Lits	Polycliniques	Centres de santé	Médecins algériens
1962	10,4	-	156	42 787	0	188	342
1966	12	-	163	39 418	0	256	364
1974	15,6	143	163	41 728	106	558	1425
1979	18,3	161	167	44 885	157	644	4561
1984	21	195	215	50 210	285	914	9106
1986	22,4	195	261	60,040	370	1147	13396

Malgré cette croissance quantitative, les infrastructures sanitaires restent en deçà des normes adoptées par la carte sanitaire pour 1990, ceci est particulièrement vérifié pour les unités sanitaires de base (polycliniques, centres de santé, ...).

Tableau n° 3 : Densité des infrastructures sanitaires publiques

	Infrastructures existantes au 31/12/86	Raportées à la population	Normes carte sanitaire pour 1990
• Hôpitaux	60,040 lits	2,6/1000	2,9/1000
• Polycliniques	370 unités	1/60 600	1/25 000
• Centres de santé	1 147 unités	1/19 555	1/5 000

Sources : calculées par nous selon données M.S.P.

L'accroissement des effectifs des personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs a été particulièrement vigoureux.

Tableau n° 4 : Évolution des effectifs des secteurs sanitaires

Catégories Personnel	1980	1984	Taux d'accroissement
• Médical (étrangers non compris)	3 775	11 894	215%
• Paramédical	32 381	54 071	67%
• Administratif	21 000	29 960	42%
Technique et de service			
TOTAL	57 156	95 925	68%

Sources : Ministère de la Santé Publique

L'expansion de l'offre sanitaire publique peut également être approchée par le relevé de l'évolution des activités grossièrement mesurées par les indicateurs suivants :

Tableau n° 5 : Évolution des indicateurs d'activités

1979	1984	Taux	d'accroissement
• Nombre d'admissions dans les hôpitaux	971 000	1 200 000	+ 23%
• Journées d'hospitalisation	9 954 200	11 250 000	+ 13%
• Nombre de consultations	17 000 000	31 000 000	+ 82%

Source : Ministère de la santé publique

3.2. – Le renchérissement des coûts des facteurs et des activités

L'expansion quantitative des composantes humaines et matérielles des secteurs sanitaires est allée de pair avec un accroissement relatif des coûts des facteurs et des activités. En l'absence d'un relevé systématique de l'évolution des prix, il est difficile d'en préciser l'ampleur. Il est en tout cas clairement perceptible au niveau de certaines dépenses.

En premier lieu, le poste rémunérations des personnels réagit tant à l'accroissement des effectifs qu'aux relèvements du niveau des salaires distribués. La poussée continue de la spécialisation médicale et paramédicale, la multiplication des services « lourds » et des équipes hospitalières a induit un fort recours aux technologies médicales coûteuses, tant au niveau de leur acquisition que des charges récurrentes de fonctionnement.

Cette technicisation, croissante des personnels et des activités s'est également manifestée par un fort accroissement des actes de chirurgie, de radiologie et de biologie, nécessitant de plus en plus de produits coûteux et importés (appareils de diagnostic et de traitement, films, réactifs, ...).

Par ailleurs, les secteurs sanitaires subissent les effets du niveau général d'inflation, notamment pour l'acquisition des produits alimentaires et le renouvellement des fournitures diverses.

Le seul poste pour lequel il semble qu'il y ait une relative tendance à la baisse des prix unitaires des produits acquis est celui des médicaments grâce au monopole d'Etat d'importation et de distribution qu'exerce les PHARMS et à la diversification des fournisseurs extérieurs.

3.3. – Des mécanismes de gestion et de régulation inflationnistes

La croissance des dépenses des secteurs sanitaires est largement favorisée par l'inexistence de principes et des mécanismes de gestion à même de permettre, à la fois une maîtrise des coûts et des dépenses et une réalisation d'objectifs préalablement négociés et définis.

Le dispositif conventionnel de calcul des coûts, d'affectation et de suivi des charges en place dans les hôpitaux, dans les années soixante, des soins». Il est vrai qu'il était largement défaillant et n'avait jamais permis, par exemple, d'établir une facturation régulière et fondée des frais médicaux à la charge de la sécurité sociale. C'est là d'ailleurs une des raisons majeures de la substitution, en 1973, du budget global à la procédure de la tarification hospitalière journalière.

Si cette évolution a permis la mise en place d'un cadre plus confortable sur le plan financier pour les secteurs sanitaires, elle est toutefois marquée par une double limite :

– la première est la trop forte centralisation de la décision en matière de niveau et de structure des budgets des secteurs sanitaires. Le directeur et les conseils de délibérants (Conseil de direction, commission médicale consultative) ayant en ce domaine un rôle tout à fait secondaire. La gestion financière du secteur sanitaire est réduite au respect des procédures administratives et à une gestion de trésorerie courante.

Les organes centraux du Ministère de la Santé et de l'Etat (Ministères des finances, du plan,...) se substituent au niveau et la structure des dépenses autorisées.

Ce système bureaucratique de définition et de rationnement des budgets ne favorise pas la recherche de l'économicité dans la gestion et dans la réalisation des activités des secteurs sanitaires et cela, d'autant plus que sa logique est d'ordre strictement comptable et administrative. La deuxième limite nous l'explique :

– le budget n'est pas doublé et justifié par un programme d'intervention sanitaire. Seule la rémunération des «inputs» est prise en compte (salaires et charges sociales de personnels, médicaments, entretien des infrastructures, alimentation des hospitalisés, ...) sans aucune référence à la population globale du secteur, à ses «besoins de santé» et aux objectifs réalisables. S'il est vrai qu'il est très problématique de définir, à priori, toutes les activités d'un secteur sanitaire, il est possible de hiérarchiser l'affectation des moyens et les objectifs à poursuivre, notamment pour les programmes de santé publique (vaccinations, PMI, hygiène du milieu, surveillance des maladies transmissibles, éducation sanitaire, ...).

En l'absence de cette définition simultanée du budget et du programme d'activité, il n'y a pas d'incitation institutionnelle à mieux combiner les moyens dont dispose chaque secteur sanitaire. Le budget reste alors un document comptable dont il faut respecter les conventions administratives. Il est soumis, non à la mission proclamée du secteur sanitaire (prendre en charge les «besoins de santé» d'une population géographiquement délimitée) mais à la logique des hiérarchies médicales et administratives en place.

Deux faits majeurs confirment ce constat : le premier est que la grande majorité des secteurs sanitaires ne disposent pratiquement

pas de données démographiques, épidémiologiques et socio-économiques élémentaires de leur zone et population de référence. Le deuxième est relatif à l'affectation du budget au sein du secteur sanitaire. Il est pratiquement impossible, dans le cadre comptable actuel, de connaître la répartition de fonds et des moyens au sein d'un secteur sanitaire entre les différents niveaux (polycliniques, centres de santé, salle de soins, ...) qui le composent. L'hypothèse la plus probable est que l'essentiel des moyens est accaparé par les services hospitaliers au niveau des secteurs sanitaires et par les C.H.U. au niveau des régions.

Enfin, il est tout à fait significatif que l'information financière sur les ouvertures de crédits et leur niveau de consommation au niveau des composants des secteurs sanitaires soit, jusqu'à présent, totalement indisponible. Cette opacité en matière d'information financière ne relève pas de simples défaillances des outils comptables en place mais révèlent également la conjonction des logiques de comportements et d'intérêts en présence.

Ce système ne peut trouver de capacités de reproduction qu'en poussant à l'inflation des dépenses.

Doit-on maintenant que l'on aborde une phase de contraction relative des ressources financières publiques et une montée des contraintes budgétaires agir par une politique de rationnement et de blocage des allocations ou faire une analyse critique de priorités d'affectation des ressources et restructurer les dépenses et les mécanismes de leur gestion au profit de la satisfaction de besoins fondamentaux de la population ?

Sans répondre clairement à cette question, une série de mesures sont déjà engagées pour réorganiser la gestion des secteurs sanitaires et surtout réduire le taux de croissance des dépenses publiques de santé.

IV. – Quel rationnement : transfert de charge ou nouvelles règles de gestion

Avec les années quatre vingt se dessine par une série de mesures superposées, une politique d'endiguement des dépenses publiques de santé. La conjoncture économique déprimée et la pression du nombre semblent justifier la mise en pratique d'un rationnement. On peut s'interroger sur le contenu et les limites de cette politique avant d'esquisser les voies d'une autre formulation du rationnement, à contenu différent.

4.1. – Contrôle de l'offre ou transfert des charges financières ?

Deux mesures principales organisent le contrôle de l'offre : la réduction des flux d'étudiants en médecine et de salariés-médecins dans les secteurs sanitaires d'une part, la baisse relative de la distribution de produits pharmaceutiques dans les structures médicales publiques d'autre part.

Le contrôle de l'offre a d'abord signifié freinage de la croissance des effectifs dans les instituts de médecine, ralentissement de la formation paramédicale généralisée et dégraissage en douceur des personnels dans les secteurs sanitaires, Sauf dans les nouveaux établissements hospitaliers. Une déréglementation ambivalente des obligations du «zoning» (affectation géographique des praticiens par le Ministère de la Santé), du service civil et du plein temps hospitalo-universitaire a levé les obstacles légaux à une entrée plus directe des personnels soignants, nouveaux et anciens, dans l'exercice privé de la médecine et de la pharmacie.

La gestion des flux quantitatifs des personnels de santé, dans les sens d'une réduction de la proportion de ceux à la charge du budget de l'Etat et des secteurs sanitaires.

Le renoncement de l'Etat à garantir un emploi public à l'ensemble des nouveaux diplômés des instituts de médecine et de pharmacie, s'accompagne d'une levée des contraintes qu'il faisait peser sur les personnels médicaux et paramédicaux en matière de lieu d'exercice et de statut juridique de début de carrière.

Ainsi la contrainte budgétaire est présentée comme justification d'un abandon progressif d'une régulation étatique de l'offre de soins et notamment des personnels de santé. Cette solution, si elle peut alléger dans l'immédiat, de manière tout à fait secondaire, le budget du Ministère de la santé laisse entiers certains problèmes de fond : comment assurer une répartition équitable des personnels de santé sur l'ensemble du territoire national ? Comment poursuivre les activités de formation et de recherches en l'absence de personnels attachés au service public, notamment dans les centres hospitaliers et universitaires ? Comment laisser une substitution des soins spécialisés locaux aux soins à l'étranger en l'absence d'un rapport contractuel ferme des personnels hautement qualifiés dans les services hospitaliers ?

Un autre aspect de la politique d'endiguement des dépenses a consisté à interpréter de manière restrictive la «gratuité des soins» dans les secteurs sanitaires en rétablissant le paiement partiel de certaines prestations médicales (analyses de laboratoire et de biologie, ...) et surtout en limitant la distribution de médicaments aux seules personnes hospitalisées à quelques exceptions près (contraceptifs, médicaments anti-tuberculeux, ...). Cela s'est traduit au niveau des budgets des secteurs sanitaires par une baisse de la part du poste médicaments dans le total des dépenses de fonctionnement : 17,7 % en 1974, 14,5 % en 1980, 9,4 % en 1985.

Le sens général de cette politique de contrôle de l'offre est d'organiser en fait un transfert de la charge des frais médicaux et pharmaceutiques du budget des secteurs sanitaires vers celui des ménages et de la sécurité sociale. Les dépenses globales seront d'autant plus «gonflées» rapidement qu'il s'agira pour les praticiens s'installant à titre privé, de récupérer leurs mises de fonds pour l'achat/location de locaux et d'équipement. Il n'est donc pas certain

que ce transfert de charges soit acceptable pour l'ensemble des acteurs en présence. De plus, il activera les segmentations sociales et professionnelles et minera plus nettement l'idée et les pratiques de solidarité.

4.2. – De nouvelles règles de gestion

Les voies de solutions à la croissance démesurée des budgets des secteurs sanitaires utilisées jusque là montrent rapidement leurs limites. La sécurité sociale ne pourra, probablement pas, au cours des prochaines années, assumer sa mission de protection sociale élargie si elle est contrainte à maintenir son financement des secteurs sanitaires selon la même ampleur et les mêmes procédures qu'actuellement. La période des «excédents financiers» de la sécurité sociale est révolue. Elle était beaucoup plus le résultat d'une conjoncture favorable (poussée rapide de la salarisation, relèvement des salaires, déplafonnement des cotisations, modestie des niveaux de prestations servies, ...) que d'un «bénéfice structurel». Les ménages, dans leur grande majorité, ont déjà accru leur part dans la couverture des frais médicaux, ils ne pourront probablement pas l'élever notablement sans préjudice sur d'autres consommations fondamentales (alimentation, habillement, logement, transport, ...).

Aussi les transferts de charge ne peuvent constituer autre chose que des solutions transitoires, à court terme. Le financement des secteurs sanitaires gagnera à être appréhendé en tenant compte de l'ensemble des dépenses de santé du pays. Il s'inscrira alors dans le cadre de l'analyse des politiques et des équilibres économiques et sociaux globaux (emploi, revenus, prix, redistribution, ...).

Il s'agira ici de trancher sur des problèmes aussi décisifs que le (s) modèle (s) de consommation à promouvoir, la politique fiscale, celle des revenus et des prix. Le repositionnement du financement des dépenses de santé participera de ce fait à la définition d'un nouveau compromis social.

Ce niveau ne ressort pas directement du champ des acteurs du système de soins. Par contre, deux voies, pouvant être complémentaires, peuvent être envisagées au niveau des secteurs sanitaires :

- la première vise à trouver de nouvelles sources de financement,
- la deuxième cherche à mettre en place une nouvelle logique de fonctionnement des secteurs et un autre rapport à leur environnement.

4.2.1. – De nouvelles ressources pour les secteurs sanitaires

La mise en place de la procédure du budget global en 1973 s'est accompagnée d'une centralisation très forte de la décision d'allocations des moyens, notamment financiers.

Deux seuls «agents» participent, pour l'essentiel, à l'octroi de ressources financières aux secteurs sanitaires : l'Etat et la sécurité

sociale. La part des «ressources propres», réintroduite ces dernières années, reste encore très modeste.

Ce mode de financement trouve actuellement ses limites et génère de nombreux effets pervers dont le moindre n'est pas celui d'ériger le secteur sanitaire en entité passive, consommatrice de crédits et soumise aux injonctions administratives et aux pressions des hiérarchies médicales.

La perpétuation, sans heurt, de ce système est liée à la capacité du centre financeur à dégager toujours plus de crédits sans poser d'obligation de résultats. Ce compromis n'est rendu possible que par une situation économique favorable et une aisance budgétaire confirmée. Tel n'est plus le cas dans la conjoncture (durable) actuelle. La recherche de nouvelles ressources pour les secteurs sanitaires devient vitale. La solution immédiate envisagée est de réduire certaines prestations et d'en faire payer d'autres, directement par les usagers-malades. Elle est déjà à l'oeuvre depuis 1984 (distribution de médicaments, analyses de laboratoires, ...) sans résultat notable (la part des «ressources propres» stagne). Une politique de réduction des dépenses signifierait rapidement des contraintes sur le niveau des effectifs employés et des rémunérations de personnels (70 % des dépenses de fonctionnement). Les autres postes étant déjà relativement comprimés (alimentation, médicaments, ...).

Un maintien et une extension des activités appellent de nouvelles ressources mais également une maîtrise des coûts et une meilleure efficacité dans l'utilisation des moyens disponibles. Ces objectifs ne peuvent être remplis dans le cadre de l'organisation actuelle.

L'obtention de nouvelles ressources, qui ne soit pas seulement une ponction financière sur divers agents (entreprises, ménages, collectivités locales, ...) et participant au relèvement du niveau général des prix, doit pouvoir se faire sur des bases **contractuelles**.

A cette condition, qui sera explicitée plus loin, le secteur sanitaire organisé différemment, peut négocier régulièrement l'octroi de ressources auprès :

– **des collectivités locales** (APC, APW) pour exercer sa mission dans le cadre de l'hygiène publique, la protection du milieu et de la santé de la population. Les problèmes de la fiscalité locale et de l'exercice d'une effective décentralisation sont ainsi posés.

La contractualisation des rapports entre secteurs sanitaires et collectivités locales pourrait permettre la mise en place de mécanismes incitatifs favorables aux partages des responsabilités et à la définition des programmes locaux de santé publique.

– **des entreprises** notamment pour la mise en oeuvre des actions de prévention des risques professionnels et de surveillance de l'état de santé des salariés. Des conventions, annuellement négociées et reconduites, devraient définir les prestations attendues et les

ressources mobilisées. La médecine du travail et la prévention des accidents du travail étant une obligation légale de l'employeur, ces conventions devraient concernées l'ensemble des entreprises sans les réduire à leur seule dimension financière. Une coordination et une évaluation régulières entre sécurité sociale (concernée par la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles), secteurs sanitaires et entreprises sont dans ce cadre indispensables.

– **des sociétés d'assurances.** Ces organismes pourraient contribuer à la prise en charge des frais médicaux induits par les dommages corporels des risques qu'elles assurent.

Des dispositions doivent inciter ces organismes non pas à répercuter ces frais médicaux sur les prix de leurs prestations, mais d'abord à susciter des actions de prévention et de meilleure organisation de la circulation automobile, par exemple.

– **des entreprises de distribution des produits pharmaceutiques et du matériel médical.** La contribution de ces entreprises devrait beaucoup plus prendre la forme d'une réduction des prix de cession et des marges appliquées que d'une contribution financières directe au budget des secteurs sanitaires.

D'autres types de ressources pourraient être prélevées directement par l'Etat et affectées au budget des secteurs sanitaires.

Il en est ainsi des impôts sur la consommation d'alcools et de tabacs.

Cette multiplication à terme des ressources financières des secteurs sanitaires pose indubitablement la question des capacités de négociation et de gestion dont pourraient faire preuve les secteurs sanitaires. Les mécanismes actuellement en place ne sont pas porteurs de ces capacités.

4.2.2. – Les moyens d'une gestion nouvelle

La diversification et l'élargissement des ressources ne résoudront, sur le fond, rien d'essentiel sans la mise en place d'une nouvelle logique de fonctionnement qui répartirait autrement les moyens, les responsabilités et les pouvoirs au sein des secteurs sanitaires.

L'approche fondamentalement verticale de régulation des décisions interdépendantes qu'a introduit le budget global et l'absence de programme d'activité n'a pu se résoudre jusque là que par des situations de pénurie et/ou d'inflation des dépenses. Une approche plus horizontale définissant des régies explicites entre acteurs périphériques se prêterait mieux à la pratique de négociations actives à l'intérieur et à l'extérieur des secteurs sanitaires.

La recherche de **l'économicité** dans la réalisation de **programme** préalablement définis suppose une rénovation totale des outils de gestion, des canaux d'information et de hiérarchie des structures du

secteur sanitaire qui subit actuellement une logique hospitalière hybride.

Des «replâtrages» financiers (modulation du principe de l'annualité de budget, assouplissement des procédures, ...) ou organisationnels ne sont pas suffisants pour faire assurer aux secteurs sanitaires leur mission d'entités de base de réponse à la demande de soins de la population.

La recherche de l'observabilité de l'effort et de la qualité des prestations passe la définition de «centres de responsabilités» et une pratique permanente de l'évaluation.

Evaluation des techniques et des pratiques médicales mais également des actes de gestion et d'organisation.

L'implication directe dans la prise de décision, à différents niveaux, des différents acteurs concernés (y compris la sécurité sociale qui finance et les représentants de la population qui légitime l'existence de secteurs sanitaires) est à même de permettre une autre vision des problèmes de santé, de la gestion des secteurs et de ... leur financement.

Conclusion

Le dispositif de financement des secteurs sanitaire mis en place à la veille de l'application de la gratuité des soins révèle aujourd'hui, en cette période de contraction économique, ses limites et ses effets pervers. Les voies de solution ne peuvent consister en la seule recherche de nouvelles ressources, vite épuisées d'ailleurs. Elles renvoient à l'articulation entre l'économique et le social que l'on veut promouvoir, à la redistribution des revenus recherchée et au mode de rationnement que dessinent les rapports sociaux en place. Secondairement, le financement des secteurs sanitaires interroge sur la manière dont ceux-ci fonctionnent, se reproduisent et entrent en rapport avec l'économie et la société qui les portent.

Notes

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

[1] Cf. Financing Health Services in Developing Countries An Agenda for reform, World Bank Policy Study Washington, DC 1987.

[2] Cf. Brian Abel-Smith : le financement de la santé pour tous l'assurance offre-t-elle la solution ? in Forum mondial de la santé, Vol. 7. O.M.S, Genève 1987 p. 3-33.

[3] Pour une analyse juridique Cf. G. Mansouri : la politique algérienne de la santé - DES de droit public,

Alger, 1975.

[4] B. Hamel et M. Kaddar : L'entreprise publique algérienne et sociale, Colloque «organisation et gestion de l'entreprise publique algérienne». Institut des Sciences économiques, Oran. Avril 1982.

[5] M. Kaddar : le financement du système de soins en Algérie : données et problèmes, Cahiers d'Economie Médicale n° 1 Lyon, 1986 p. 97-113.

[6] Pour une analyse de cette nouvelle politique économique et sociale - Cf. A. Fardeheb et B. Hamel. Algérie : système productif et choix économiques et sociaux alternatifs, Cahiers de l'ISMEA, Série Régulation, n° 2, 1986, pp. 171-207.

[7] Le budget des investissements était jusqu'en 1984 exclusivement financé par l'Etat : à partir de 1985 la sécurité sociale couvre la quasi totalité des coûts de l'investissement sanitaire.

[8] M. Kaddar : le financement du système de soins op. cité.

[9] M. F. Grangaud : Le rôle de la Sécurité Sociale en Algérie Cahiers du C.R.E.A., Alger, n° 2/1984.