

FATIMA-ZOHRA OUFRIHA [*]

Les systèmes de santé dans le monde

Pour pouvoir présenter une analyse même sommaire des systèmes de santé dans le monde, il y a lieu de s'interroger au départ sur la spécificité de tels systèmes, ce qui peut permettre leur caractérisation par rapport à ce qu'il y a de plus essentiel dans leur fonctionnement, ce qui nous permettra de mettre à jour un ou plusieurs critères à partir desquels ils peuvent être classés. Le but étant de parvenir à établir une typologie significative dans ce contexte.

Partons du contenu de leur activité : c'est une activité de service mais qui se déroule en général dans le cadre d'un service public fortement réglementé, c'est à dire qu'elle obéit à des contraintes et à des injonctions posées par la puissance publique.

Ceci va retentir sur toute la conception et la finalité des systèmes de santé, dont l'objectif majeur sera de conférer soit aux personnes protégées (uniquement) soit à toute la population, l'accès à des soins médicaux en cas de maladie.

- Il s'agit donc en fait de systèmes de protection contre la maladie donc de systèmes de couverture collective des dépenses de santé.

Il en résulte donc que les modalités de protection sont décisives pour la caractérisation des systèmes, puisque ce sont elles qui nous précisent comment fonctionnent les systèmes de financement collectif. Ces derniers peuvent plus ou moins correspondre à un mode d'organisation du système. Ce sera par rapport à ce critère central que la typologie sera dégagée.

Néanmoins il faudra prendre aussi en considération au moins deux autres aspects décisifs : le degré de couverture et donc le degré de gratuité des services dispensés d'une part ; les relations avec les fournisseurs de soins d'autre part. Il est évident qu'ainsi délimités (surtout à partir du premier critère) les systèmes correspondent à ce que l'on appelle des "types" purs ou idéaux dans le sens de Max Weber et recouvrent la notion de système telle que comprise par l'analyse systémique. Le terme système devrait être réservé à cette signification. Il n'en est malheureusement rien et ce que l'on appelle système d'un pays déterminé, correspond à un "régime" (toujours dans le sens de cette analyse) c'est à dire à quelque chose de composite qui combine de manière plus ou moins originale des traits qui relèvent de systèmes différents ; c'est alors plus un complexe de systèmes qu'un système qui

évolue dans le temps et qui se modifie par emprunts successifs à tel ou tel type principal.

Trois sources principales de financement peuvent être repérées :

- Ménages (individus) ;
- Assurances Sociales (Assurance-Maladie) ;
- Budget de l'Etat et/ou des collectivités locales.

Les deux dernières seules, correspondent à des financements socialisés mais dont l'une seulement est spécifique de ce type de consommation collective (ou qui tend de plus en plus à devenir collectif c'est à dire à devenir un bien public), il s'agit des Assurances Sociales. C'est par rapport à la place et à la conception de ces dernières - dans le système de santé qui est étroitement connecté à un système de protection sociale - que la typologie peut être organisée. Ceci d'autant qu'elle rencontre et recouvre une autre distinction essentielle en la matière : la différenciation des systèmes selon le degré de contribution (charge contributive) des personnes bénéficiaires, au mode de financement. On peut alors dégager selon ce critère quatre types de "systèmes" qui sont aussi un mode "d'organisation".

1. La prévoyance libre : Cette dernière peut correspondre à une situation où n'existe aucune assurance maladie sociale - soit que l'assurance maladie est facultative, c'est à dire que les ménages sont libres de faire oeuvre de prévoyance en s'y affiliant ou pas. C'est le cas de beaucoup de pays sous-développés.

Dans les pays développés c'est le cas de la Suisse et des U. S. A. En Suisse il y a une assurance maladie qui n'est pas obligatoire même si les cantons ont la possibilité d'y affilier la totalité ou certaines catégories de population. C'est donc à titre purement volontaire que 97 de la population suisse est assurée. La protection sociale accordée y est très inégale, car la loi n'impose qu'un minimum de prestations aux caisses. L'assurance de plus y est personnelle (pas d'ayants-droits) les membres d'une famille doivent s'assurer de façon individuelle. Une certaine discrimination existe en fonction du risque assuré, c'est à dire qu'il y a un comportement "d'Assurance" économique strict. Il en est de même aux U.S.A. où l'assurance-maladie n'est pas obligatoire et relève encore de l'activité privée (les assurances sont privées), il n'y a pas de système de protection généralisé. Seules les personnes âgées ou indigentes bénéficient de régimes publics (Medicare, Medicaid) couvrant l'hospitalisation. Il n'y a pas de cadre légal minimum (même en Suisse) aussi les organismes privés y utilisent des techniques très diverses. Des "plans" d'assurance sont négociés au niveau de l'entreprise qui bénéficie de dégrèvements fiscaux.

2. L'Assurance-maladie obligatoire : Dans les cas typiques, l'Assurance Sociale maladie est obligatoire pour des catégories déterminées de population - c'est à dire que moyennant cotisations versées par eux-mêmes et par leurs employeurs un droit aux soins est accordé aux salariés protégés et à leurs familles. Il y a eu une large diffusion à partir du modèle initial bismarckien - qui a évolué et a été

interprété différemment selon les pays. La tendance actuelle est au recul devant les régimes universels, même s'il correspond à celui en vigueur dans une grande partie de l'Europe Occidentale Continentale (RFA, Autriche, Benelux, France) et aux pays "touchés" suite aux colonisations. Il couvre un large éventail de prestations sanitaires. Son champ d'application semble être en extension, vis-à-vis des catégories les plus défavorisées qui ne sont pas exactement les mêmes en Europe et dans les pays sous-développés. Ici, les personnes couvertes : les salariés du secteur formel relativement favorisés. Selon le cas on tend ou pas à couvrir toute la population résidente. Il peut donner lieu à une multitude de régimes et donc de caisses qui peuvent avoir des statuts divers et être financièrement plus ou moins autonomes.

3. L'Assurance maladie-nationale : Il y a une distinction centrale avec l'Assurance maladie obligatoire : le caractère universel, c'est à dire que le droit aux prestations n'est plus fondé sur l'obligation de cotiser de l'assuré lorsque celle-ci subsiste. On peut de ce point de vue classer le secteur public algérien dans ce cadre là - alors que le secteur privé fonctionne dans le cadre d'assurance maladie obligatoire puisqu'il réserve des prestations aux seuls assurés. On peut d'autant plus classer le service public algérien ici, lorsqu'on sait qu'en fait les systèmes d'assurance nationale sont financés, selon des proportions diverses de plusieurs manières ou de plusieurs sources : subventions budgétaires, contribution de l'assuré proportionnelle à son revenu - cotisations classiques de l'employeur et/ou du salarié. Le Canada dans le cadre des provinces, la Finlande pour la médecine ambulatoire, la Suède, la Norvège ont étendu ce système à toute la population résidente, le Japon à titre résiduel pour les non-assurés, les Pays-Bas pour les soins de longue durée.

4. Le service national de santé : C'est aussi un régime universel couvrant la gamme complète des soins. Mais de plus, il assure l'intégration sur une même autorité publique du financement et de l'administration des soins : le payeur est en même temps le distributeur de soins. Le financement est intégralement de type budgétaire. Cependant, si au Royaume-Uni le service national de santé passe des contrats avec des médecins qui restent indépendants et qui sont rémunérés selon la capitation, dans les pays de l'Est européen, le système public utilise des médecins salariés. A partir de 1970 des services nationaux ont été mis en place dans d'autres pays européens que la Grande-Bretagne qui est l'initiateur du "modèle" (Danemark - Islande - Italie - Portugal - Grèce - Espagne). En Algérie on parle parfois de Service National de Santé pour le secteur public et donc à le ranger dans ce cadre : ce qui est valable du point de vue mode d'octroi des soins : direct et gratuit, tout en permettant aux assurés de choisir entre cette formule et celle du remboursement avec libre choix du praticien, qui dans le cadre du Service National stricto-sensu n'existe pas.

Selon le mode de distribution des soins qui est aussi le plus souvent un modèle de financement, on aura affaire à deux catégories de solution :

Le mode indirect de distribution : soit les assurés font l'avance des frais et se font rembourser, soit il y a un tiers payant : il y a dissociation du distributeur de soins et du payeur.

Le mode direct : c'est soit le distributeur qui est en même temps le payeur (Grande-Bretagne secteur para-public en Algérie), soit le distributeur reçoit directement du payeur les sommes nécessaires au déroulement de son activité.

Le degré de gratuité des soins : Vers les années 60 le principe de la gratuité des soins était affirmé et avait tendance à s'imposer - la participation individuelle des patients aux frais de maladie avait tendance alors à être circonscrite. Des pays qui comme la France maintiennent un "ticket modérateur" sont peu nombreux. Avec la forte augmentation des dépenses, le principe de la gratuité tend à reculer surtout pour diminuer les dépenses des régimes de Sécurité Sociale et les malades sont mis de plus en plus à contribution, même dans certains Services nationaux de santé. Toutefois avec le souci de limiter cette participation : soit ne doit pas dépasser un certain plafond (Norvège) ; soit il y a suppression du ticket modérateur à partir d'un nombre d'actes déterminés (Suède etc..).

La contribution financière du malade peut prendre différentes formes: soit un pourcentage du prix tarifé des soins; soit un paiement forfaitaire ; soit l'imposition d'une franchise etc... Elle est plus importante et plus répandue en matière de médicaments et de soins dentaires.

Si la gratuité complète est encore fréquente pour les soins ambulatoires, il y a aussi des tickets modérateurs. Les soins hospitaliers qui en ont été longtemps exclus ont commencé à en être touchés (Belgique : 1980 ; R.F.A : 1982 ; France et Luxembourg : 1983).

5. LES RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS DE L'OFFRE DE SOINS

Deux questions sont au coeur de ces relations : Le problème du choix du praticien par le malade ; les modalités de rémunération des praticiens. Le problème du choix du médecin : soit liberté totale de choisir son médecin et de consulter autant de médecins que l'on désire pour une maladie déterminée (Belgique, France, Algérie : Secteur privé), soit une réglementation du choix qui laisse une marge de liberté plus ou moins grande. En Allemagne Fédérale : cette liberté s'exerce à l'égard des médecins qui ont conclu un contrat avec la caisse du patient. Au Royaume-Uni et en Italie il y a inscription sur une liste auprès d'un généraliste de bon choix, mais on peut en changer.

Soit pas de choix : dans les régimes d'octroi direct et gratuit des soins ambulatoires (Pays-Bas, Danemark...) Autre restriction : dans certains pays (Danemark, Irlande, Italie, Pays-Bas, Royaume Uni) le généraliste est le point d'entrée obligatoire dans le système de soins, lui seul peut autoriser l'accès aux soins spécialisés (ce qui est aussi le cas dans le système public en Algérie).

Les modalités de rémunérations des médecins soulèvent trois aspects : le mode de paiement, les sources et le niveau de rémunération.

Il existe trois modes de rémunération :

a) paiement à l'acte sur base de services effectivement fournis : il est encore d'application générale dans beaucoup de pays (il tend à reculer) ;

b) la rémunération forfaitaire (capitation) : en général dans les pays à Service National de santé. Dans le premier cas : les médecins peuvent être payés directement et entièrement par le malade qui se fait rembourser ou par deux payeurs différents : la Sécurité comme tiers payant et le patient, un ticket modérateur.

c) le salariat ou tiers payant complet : dans ce cas là, le malade n'intervient pas. C'est soit un salariat intégral : pays de l'Est européen (Secteur public en Algérie et en général dans tous les pays qui ont un système public : en général au niveau des hôpitaux) ; soit comme en Allemagne les caisses règlent les associations de médecins qui répartissent les sommes versées en fonction des actes réalisés par chacun.

Le niveau de la rémunération : il peut être déterminé directement par les professionnels en tenant compte des contraintes du marché (USA) - faire l'objet de négociation entre les médecins et les organismes payeurs (cas de plus en plus fréquent) ou être fixé par décision administrative (Grande-Bretagne et en général les médecins salariés...). En Algérie à la lumière de l'autonomie : négociations entre l'organisme payeur et les secteurs sanitaires.

En conclusion : le problème de la montée des dépenses de santé et des stratégies de maîtrise mises en place quelle régulation ? L'augmentation constante de la proportion du PIB affectée à la couverture des dépenses collectives de santé s'est faite au cours des périodes de forte croissance économique. Le ralentissement de la croissance, la crise de plus en plus difficile de faire face à cette croissance, de plus contestée comme n'entraînant pas d'amélioration dans les niveaux de santé. Mais toute une série de causes sont à incriminer.

Cependant l'action sur l'offre est d'application plus aisée dans le cadre de services nationaux de santé, où on peut opérer une régulation par l'allocation des ressources. Cette action s'est aussi développée dans les pays qui ont conservé un système d'assurance maladie, lesquels ont emprunté aux premières certaines "techniques" comme le budget global ou le "profil médical".

Notes

[*] Professeur Agrégé à l'Institut des Sciences
Economiques d'Alger Directeur de Recherche au CREAD

FATIMA-ZOHRA OUFRIHA [*]

Financement de la dépense nationale de santé et autonomie du système de soins

1. INTRODUCTION

Etant donné que cette réflexion sur le financement de la dépense nationale de santé s'insère dans celle initiée sur l'autonomie du système de soins public, il nous a semblé opportun de partir sur une double interrogation concernant la signification et la finalité de l'autonomie de gestion à promouvoir pour mieux expliciter les sources et les modalités de financement, de mieux faire ressortir les articulations des sous-systèmes de soins et les enjeux économiques, sociaux et politiques qui peuvent sous-tendre chacune des options prises en faveur de telle ou telle mesure prise.

1.1 L'autonomie : Qu'est ce que c'est pour le système de soins actuel, quelle en est la signification et quelle doit en être la conception ?

Il faut voir et comprendre dès le départ que l'autonomie visée ici ne peut et ne doit en aucun cas être identique à celle initiée pour le secteur productif, parce que le financement du secteur est quasi intégralement "socialisé", même si en certains de ses aspects, en particulier gestionnaires, elle doit s'en inspirer et s'en rapprocher.

1.1.1. L'autonomie visée, c'est donc au minimum et c'est certainement au départ une autonomie de gestion du système de soins public, qui doit dépasser une situation où il est administré selon le mode budgétaire classique, avec la participation très forte, sinon exclusive du Ministère des Finances à travers des schémas et des procédures périmées et inefficaces : c'est à dire par chapitres budgétaires étanches et cloisonnés, abstraction faite d'objectifs à atteindre, et finalement dans l'ignorance des crédits réellement consommés.

L'objectif est donc de passer à une véritable gestion par objectifs, de type managerial, c'est à dire de viser l'introduction dans la démarche de la recherche constante des meilleures combinaisons techniques et économiques des moyens matériels et humains, que la collectivité met à la disposition du système en vue d'améliorations significatives de son état de santé. Ceci suppose de connaître et donc de chercher constamment à établir et à hiérarchiser les problèmes de santé et/ou de soins pour les différentes catégories d'âge, de sexe, socio-professionnelles, et donc de mettre en place les procédures adéquates. Ceci suppose aussi un meilleur accueil et une meilleure prise en charge,

pour éviter tant les frustrations et les insatisfactions des usagers que pour éviter les doubles emplois.

Les acteurs du système public de soins doivent donc se comporter en véritables professionnels non seulement ceux de la médecine, mais ceux de l'intendance et de la gestion des personnels et des matériels. Sur le plan pratique cela signifie que le secteur sanitaire sera autonome et responsable de sa gestion compte tenu des grandes orientations en matière de politique de santé qui relèvent du Ministère de la Santé, plus ou moins inflexibles par la Sécurité Sociale, compte tenu de l'exploitation des informations en sa possession.

En tout état de cause, ces deux partenaires sociaux qui peuvent être élargis resteront responsables des grands arbitrages entre les deux sous-secteurs de soins, du contrôle (a posteriori) et de l'évaluation des résultats sanitaires et financiers.

1.1.2. A l'autre extrémité on peut concevoir une autonomie totale du type visé pour les entreprises. Mais il faut bien voir que dans ce cas là, il faut envisager la suppression de la socialisation du financement des dépenses de soins c'est à dire la suppression de la sécurité sociale, de l'offre et/ou de la demande. Ceci ne nous paraît ni envisageable dans l'immédiat, ni souhaitable à plus long terme.

1.1.3. Des solutions intermédiaires multiples d'autonomie peuvent être envisagées laissant une plus grande liberté aux usagers du système de développer une médecine mutualiste, de promouvoir d'autres types de couverture et de prise en charge de soins.

Ce qui implique d'accepter la pluralité et la concurrence. On peut envisager aussi un système National de Santé plus intégré où le financeur et le décideur des orientations de politique de Santé qui serait en même temps l'évaluateur des performances du système ne constituerait qu'une seule et même institution. Dans ce cas là, elle aurait un "bargaining power" plus étendu vis-à-vis de tous les prescripteurs de soins - actuellement dichotomisés en publics et privés - indépendamment de leur lieu d'exercice, ce qui suppose qu'il puisse les rémunérer selon le même principe (capitations ou conventions collectives) et qu'elle développe des relations de partenariat, ce qui permettrait ainsi de mieux coordonner les deux sous-systèmes actuels.

1.2. L'autonomie : pourquoi ? et pourquoi faire ?

Si l'Etat veut se désengager encore plus du financement du secteur public, si la Sécurité Sociale arrive à ses propres limites dans sa participation au financement de la Dépense Nationale de Santé, c'est que malgré la forte pression parafiscale et/ou à cause d'elle, les dépenses pour soins en Algérie ont augmenté beaucoup plus que proportionnellement à la richesse créée dans le pays c'est à dire qu'elles prennent une part de plus en plus importante dans le P.I.B : 6 % en 1988. C'est le taux atteint à la même date par le pays développé le moins dispendieux à cet égard (Grande-Bretagne). Mais si les Etats développés actuellement les plus dispendieux (USA-SUEDE-FRANCE)

arrivent à environ 10 % de leur PIB, il y a 40 ans ils n'y consacraient pas plus de 2 à 3 % sans compter que les structures démographiques vieilles dans les 3 cas cités, jeunes dans le cas de l'Algérie agissent dans le même sens que l'augmentation des ressources dans le premier cas.

Il faut préciser que les pays semi-industrialisés les plus avancés ne consacrent actuellement que 2 à 4 % de leurs ressources à leurs dépenses de soins et que la plupart des pays à revenus intermédiaires ou faibles n'y consacrent qu'environ 1 % de leur PIB.

Il est donc absurde de considérer comme un objectif désirable, la reproduction des expériences occidentales en la matière parce qu'elles conduisent beaucoup plus vite vers la limite des prélèvements obligatoires.

L'Algérie avec un taux de 6 % de PIB semble être dans le peloton de tête des pays en voie de développement, c'est un taux qui doit être connu et explicité et sur lequel, peut-être faut-il que les citoyens ou leurs représentants se prononcent.

Nous pensons que c'est un taux tout à fait respectable - mais qui ne doit en aucun cas être dépassé, peut-être même faut-il envisager qu'il soit un peu moins élevé.

En fait si les deux principales sources de financement tirent la sonnette d'alarme c'est que leurs propres ressources et les bases sur lesquelles elles sont assises, tendent à stagner ou à s'amenuiser en période de crise économique, le souci de l'Etat non seulement en tant que bailleurs de fonds, mais surtout en tant qu'arbitre entre les différentes utilisations possibles des ressources nationales (et en particulier de celles dont l'affectation est socialisée) et donc en tant que responsable de la croissance économique sur le plan interne et des équilibres extérieurs sur le plan externe, doit avoir de façon impérative le souci de la maîtrise de la croissance des dépenses de soins sur le plan interne et en particulier de leur composante socialisée - le souci ou la volonté encore plus grande de mieux maîtriser celles qui se traduisent par des importations de façon quasi-automatique, du fait du fort degré de dépendance en matière sanitaire.

Une comparaison forte instructive doit être faite à cet égard entre la part de dépenses par rapport au PIB ou la dépense per capita entre les deux consommations collectives dont le financement est quasi intégralement socialisé, mais selon des procédures différentes : l'éducation et la santé, d'autant que leurs effets sont synergiques - et que les résultats de l'un (la santé) peuvent (en termes de mortalité infantile par exemple) dépendre étroitement de l'autre (l'éducation en particulier des femmes) etc...

Bref l'autonomie du système de soins public constitue un moyen et non une fin en soi :

- un moyen de redéployer les moyens et les activités de façon différente, non pas de façon centrale et administrative mais à la lumière des

analyses et des évaluations déjà faites ou à produire encore.

- un moyen surtout, et essentiellement, de l'obliger à rationaliser ses activités, ses démarches et ses procédures et ceci par le biais d'un rationnement qu'il faudra rendre le moins injuste et le moins aveugle possible.

- ces réflexions directrices nous ont été dictées par un certain nombre de grands constats macro-économiques quant aux problèmes de financement du système que nous allons préciser rapidement pour mieux situer les débats.

- ces grands constats précisent en fait les moyens ou plus exactement les ressources financières mobilisées et auxquels nous nous limiterons, qu'il faudra mettre en parallèle avec des résultats sur lesquels nous n'avons que des données très partielles. Cependant compte tenu, tant des orientations de politique de santé affichées, que de certains aspects dégagés de notre analyse il faudra mieux cibler les objectifs dont certains sont :

- d'ordre "financiers" : qui constitueront les recommandations découlant des analyses et des constats d'ores et déjà dégagés et qui s'articuleront autour du problème de la maîtrise de la croissance des dépenses de santé.

- d'ordre "fonctionnels" et qui sont les objectifs du système de soins pouvant s'énoncer rapidement en une prise en charge meilleure et plus coordonnée des problèmes de santé : un fonctionnement moins extraverti et une meilleure justice sociale en particulier par le biais des financements.

2. LES SOURCES ET LES MODALITES DE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SOINS

Il existe trois sources essentielles de financement dont deux sont collectives (financement socialisé). Elles ne participent pas de la même façon, c'est à dire selon les mêmes modalités et leurs capacités contributives sont inégalement sollicitées

- soit de façon délibérées, soit à la suite des mécanismes de prélèvement et de redistribution mais dont la conséquence se trouve occultée.

2.1. Le budget de l'Etat :

Il participe au financement du système public de soins par le biais d'un forfait, qui bien que croissant en valeur nominale est décroissant en valeur relative par rapport aux ressources fiscales d'abord, mais surtout et essentiellement par rapport à l'évolution de la croissance des ressources affectées au système (conférer d'évolution de sa part dans le financement de la DNS). Le budget de l'Etat lui-même financé par l'ensemble des impôts, tente de mettre à contribution de façon proportionnelle ou progressive toutes les activités productives. Sa contribution doit viser à financer.

* Du point de vue fonctionnement :

- les actions de prévention ;
- les actions de formation et de recherche ;
- les soins prodigués aux personnes démunies de toute ressource.

Cela implique dans le cadre de l'autonomie de chercher à chiffrer ce que représente - ou ce que doit représenter - cette part, une fois explicitée la charge qui doit normalement peser sur lui. De plus les collectivités locales devraient de nouveau être mises à contribution par le biais de taxes spécifiques.

On peut cependant préconiser que la part du budget stricto sensu peut être plus ou moins secondée ou relayée par des taxes parafiscales affectées touchant :

- les consommations d'alcool ;
- les consommations de tabac ;
- les consommations nuisibles à la santé en général (à déterminer) ;
- l'excès de vitesse où la possession d'un véhicule par le biais par exemple d'une contribution des assurances automobiles.

* Du point de vue investissement

Après avoir financé seul, l'extension de l'offre publique, il a mis à contribution depuis 1984 les ressources de la Sécurité Sociale de façon soit légale, soit "exceptionnelle".

2.2. La sécurité sociale :

2.2.1. Son propre financement :

- Les Assurances Sociales qui financent actuellement la plus grande partie de la DNS sont prélevées obligatoirement sur les employeurs et les salariés de façon proportionnelle au revenu ; il n'en est plus de même quand il s'agit de l'activité non salariée en particulier des catégories hautes de revenus : indépendants, industriels, commerçants, propriétaires fonciers, professions libérales et autres, qui échappent soit totalement soit partiellement au financement de la Sécurité Sociale.

- Totalement : parce qu'ils ne cotisent nulle part.
- Partiellement : parce qu'ils fraudent sur leurs revenus (comme en matière fiscale).
- Parce que la manière même dont ils sont taxés ne les fait pas participer de façon proportionnelle à leurs revenus (plafond bas de l'assiette taxable constitué par un revenu fiscal fictif extrêmement minoré).

Or ces catégories bénéficient toutes de la gratuité des soins et en particulier de la gratuité de l'hospitalisation, interne et externe, qui constitue le poste de dépense le plus lourd : il y a là un vaste mécanisme de redistribution à rebours au détriment des salariés et des entreprises de production.

Cela pose un problème de plus grande justice sociale (contributive et redistributive) : il faut donc trouver les moyens de les faire mieux participer au financement socialisé

- soit de façon collective : (par le biais de leurs cotisations), soit de façon individuelle (en leur faisant payer les soins et l'hospitalisation publique).

- par ailleurs les Assurances Sociales se procurent leurs ressources, c'est-à-dire se financent elles-mêmes, par taxes assises sur le salaire :

- cela pénalise l'emploi ;

- cela alourdit les coûts salariaux de production et donc retentit sur les prix surtout dans le contexte de faible productivité, aggravé par la crise ;

- cela entre en contradiction avec la volonté d'auto-nomisation, des entreprises de production et de plus grande ouverture sur le marché extérieur qui implique : vérité des prix et compétitivité des entreprises.

Il y a contradiction entre cette volonté d'ouverture et de compétitivité et la protection sociale et l'emploi dans un contexte de faible productivité aggravé par la crise et les tensions sociales.

Or, au fil des ans et surtout depuis le dé plafonnement de l'assiette de cotisations, la Sécurité Sociale est devenue la source principale de financement de la Dépense Nationale de santé : dans son double aspect fonctionnement et investissement, et ce au niveau des deux sous-systèmes de soins : public et privé.

2.2.2. Le financement des dépenses de soins par les Assurances Sociales

2.2.2.1. Au niveau du fonctionnement :

Les Assurances Sociales financent partiellement le fonctionnement du secteur privé par le biais de la socialisation de la demande des Assurés Sociaux par des dépenses de soins engagés par les assurés sociaux à l'occasion de leur fréquentation du secteur privé des soins.

Les Assurances Sociales financent par le biais d'un forfait imposé et automatique le fonctionnement du système public des soins : au fil des ans cette source de financement a tendu à devenir prépondérante (conférer évolution de la part de la Sécurité Sociale dans le budget des secteurs sanitaires). Cette pression sur les ressources des Assurances Sociales est d'autant plus forte qu'elle s'accompagne d'autres contributions obligatoires :

- forfait pour le fonctionnement des établissements de protection sociale (200M./DA) ;

- lignes "budgétaires" spéciales pour le financement de certaines affections lourdes (dialyse rénale chirurgie cardio-vasculaire...);

- financement du programme d'espacement des naissances.

Mais surtout du financement des transferts pour soins à l'Etranger ou Hospitalisation à titre externe dont l'incidence en devises est une dépense supplémentaire au "forfait hôpitaux". Dans tous ces cas, et en

particulier dans ce dernier elle finance intégralement ou de façon prépondérante, des dépenses qui profitent à l'ensemble de la population algérienne y compris ses couches aisées (et non salariées) dont nous avons vu au début que dans le meilleur des cas, elles ne contribuent que très faiblement, et donc de façon non proportionnelle à leurs revenus au financement de la Sécurité Sociale (et donc du système de soins public). La redistribution du revenu national, outre qu'elle arrive à ses propres limites se fait dans ce cas là de façon perverse collectivement au détriment des salariés et des entreprises du secteur productif.

Ajoutons à ceci qu'elle finance ses propres structures de soins, ouvertes aussi bien aux assurés sociaux qu'aux non assurés sociaux depuis 1980. La mesure qui pouvait être justifiée à partir du souci de ne pas multiplier de façon inconsidérée les centres de soins, l'est moins quand on examine comment ils sont financés.

2.2.2.2. Au niveau des investissements :

- les lois de finances depuis 1984 mettent à la charge de la Sécurité Sociale des forfaits investissements ;

- un certain nombre d'investissements "spéciaux" ont été aussi mis à la charge de la Sécurité Sociale en dehors des lois de finances.

Du point de vue analyse économique cela pose le problème général : qui doit financer les investissements du secteur ?

2.3. Les Mutuelles complémentaires et les mutuelles agricoles :

2.3.1. La Mutualité Agricole est une "survivance" de la multiplicité des régimes antérieurs. Elle est obligatoire pour les salariés de l'agriculture à qui elle verse des prestations en nature sur les mêmes bases que le Régime Général. Elle ne participe pas au forfait hospitalier et elle s'est "délestée" de ses CMS, au profit du secteur public dès 1974. Elle n'est pas prise en considération dans la comptabilisation de la dépense nationale de santé.

2.3.2. Les Mutuelles complémentaires :

Elles sont facultatives. Elles prennent en charge le ticket modérateur (prestations complémentaires) de leurs adhérents. Elles sont multiples, peu connues et de la même façon que précédemment leurs prestations ne sont pas comptabilisées dans la dépense nationale de santé (parce que non saisies). Il en est de même de la santé militaire qui outre ses prestations, possède ses propres structures de soins. Aussi bien ce régime que la Mutualité Agricole ne participent pas au forfait hospitalier même si leurs adhérents fréquentent le système public de soins.

Notons qu'une meilleure protection par le biais des Mutuelles complémentaires permet à certain de mieux se soigner ; ce sont ceux qui probablement font le moins appel à l'hospitalisation.

2.3.4. Les ménages :

On dit qu'ils participent au financement des dépenses de soins quand ils supportent de façon définitive les frais avancés pour les prestations de soins lors de la fréquentation du secteur privé.

- Pour l'ensemble des prestations du secteur privé quand il s'agit des non-assurés.
- Pour les assurés cela concerne le ticket modérateur. Il faut y ajouter l'auto-médication.

3. LES RESULTATS EN TERMES FINANCIERS

3.1. La structure des dépenses selon les sources de financement :

Sources	Années	1980	1985	1989
Etat (budget)		29.3	17.9	19.94
Sécurité Sociale		39.9	57.2	60.24
Ménages		26	24.6	18.72
Autres (collectivités locales)		5.4	2.3	1.1
TOTAL		100	100	100

Si la participation de l'État, de la Sécurité Sociale et de la rubrique "autres" est comptabilisée de façon exacte, celle des ménages n'est qu'une évaluation approximative. Elle est certainement minorée.

3.2. L'évolution de la DNS : en millions de DA

Années	Valeur absolue	Indice	Taux de croissance
1979	4.617	100	--
1980	6.112	132	32
1981	7.384	160	28
1982	8.579	185	25
1983	9.939	219	30
1984	11.474	219	34
1985	12.754	277	28
1986	15.173	329	52
1987	16.873	367	38
1988	19.187	--	--
1989	19.959	--	--

A travers l'évolution en valeur absolue et surtout l'évolution en Indices et en Taux de Croissance annuels nous saisissons le phénomène de la trop forte croissance des dépenses de santé en Algérie.

3.3. L'évolution de la DNS par rapport à celle du PIB

Années	DNS (1)	BIP (2)	(1) - (2)
1980	6.112	162.507	3.7
1985	12.625	289.155	4.4
1986	15.161	290.000	5.2
1987	16.695	207.925	5.4
1988	19.187	319.970	6
1989	19.959	364.000	5.5

- L'accroissement de la DNS est plus que proportionnel à celui du PIB : cela veut dire qu'elle tend à s'accaparer une part de plus en plus importante des richesses créées. De plus malgré la crise qui se traduit par une moindre croissance du PIB (un fort ralentissement du taux de croissance), la DNS continue sur la lancée précédente à croître fortement.

TAUX D'ACCROISSEMENT ANNUEL DU PIB ET DE LA DNS

Années	Taux de croissance BIP	Taux de croissance DNS
1985 - 1986	0.3	20
1986 - 1987	0.6	10.2
1987 - 1988	3.8	14.8

3.4. L'évolution des dépenses de fonctionnement du système public de soins par rapport à la DNS:

	1980	1985	1989
(1) DNS	6.112	12.625	19.959
(2) DFSPS	2.597	6.368	12.500
(2) - (1)	42.5	49.9	62.6

C'est le secteur public qui constitue le segment prépondérant du système de soins.

C'est celui qui pour la période écoulée a vu croître ses dépenses le plus vite, par en particulier, le biais du "forfait". Ce sont les dépenses d'hospitalisation qui recueillent 75 à 80 % de ses dépenses.

De plus le fonctionnement de l'hospitalisation s'est fait à coûts croissants sans que le contenu de la journée d'hospitalisation se soit radicalement modifié dans le sens d'une technicisation croissante et ce, en dépit du très fort équipement du secteur en termes de plateaux techniques durant le 1er et le 2ème plan quinquennal.

C'est donc à ce niveau qu'il faudra concentrer la recherche et les efforts de réflexion, parce que l'incorporation de progrès techniques importés importants pose des problèmes de maîtrise tout en accélérant la hausse des coûts des soins.

4. LES ACTIONS A ENTREPRENDRE

4.1. Les analyses précédentes ont mis en lumière le problème de la trop forte croissance des dépenses de santé, en valeur absolue et relative, et posent donc de façon aiguë le problème de leur maîtrise.

La première grande recommandation en matière de politique de financement c'est de fixer des balises à la croissance de ces dépenses. Vu le taux atteint on doit tenter de limiter cette croissance à celle du PIB ou mieux à la croissance du PIB per capita.

Cela signifie en clair que même si l'on reconduit la procédure du forfait et du budget global, ce dernier ne sera pas fixé de manière "arbitraire" et inconsiderée, mais par rapport à ce paramètre économique de base qu'est la croissance économique.

Dans une première étape et à très court terme, cela peut se faire par le biais d'un "taux directeur" uniforme.

A moyen terme il faut viser la modulation de ce taux à l'aide de paramètres (à préciser) de fonctionnement. Mais cette mesure ne constitue qu'une mesure de rationnement, nécessitée il est vrai par les évolutions constatées. Elle ne sera efficace que si elle se double de procédures de rationalisation dans le fonctionnement du système qui accompagneraient des budgets plus serrés de façon à maintenir au minimum "le degré" et la "qualité" de la prise en charge actuelle, l'objectif étant de les améliorer par l'autonomie et la responsabilisation après information des différents partenaires sociaux et explicitation des enjeux sous-jacents.

La rationalisation passe par la recherche permanente de la meilleure utilisation. En fait de la meilleure combinaison des facteurs de production. Cela revient à pousser le système public de soins à améliorer sa productivité globale et sa productivité hospitalière en particulier : celle-ci devient alors cruciale.

4.2. Maîtrise ? Contrôle ? des dépenses de soins et augmentation de la productivité :

Avec un budget global et donc (des budgets par secteurs sanitaires et/ou par services) plus serré, les progrès de productivité au sein du secteur public deviennent l'enjeu principal. Ils renvoient à des problèmes de gestion.

Les dépenses sont en effet liées à la structure des coûts qu'il faudra apprendre à calculer d'abord, si l'on veut faire baisser les prix de revient à qualité égale et pour savoir où agir. La définition de la productivité dans ce secteur est délicate étant donné la nature du produit de son activité, l'amélioration de l'état de santé et des difficultés de sa saisie (cependant on peut définir l'augmentation de productivité comme l'amélioration, (c'est à dire la croissance) du rapport entre la quantité, pondérée par la qualité des soins produits (c'est à dire l'amélioration de l'état de santé d'un plus grand nombre de malades), sur l'ensemble des facteurs de production mobilisés à cet égard et en particulier de l'hôpital qui concentre les moyens.

On peut poser comme grande recommandation : réfléchir sur la mise en place des moyens techniques et économiques plus efficaces pour diminuer l'hôpitalo-centrisme du système : par la réaffectation des personnels, du matériel et des moyens financiers (en termes de proportions à respecter par exemple), ceci à partir d'une recherche qui nous a précisé la part minimum (75 %) que les hôpitaux se font allouer dans le cadre du système. En diminuant la part de l'hospitalisation, en mettant en place des types d'hospitalisation moins onéreux (hôpital du jour) ou plus adaptés aux différentes phases de la maladie, on doit pouvoir ramener ce poste à des proportions plus restreintes.

4.2.1. Productivité et structure des coûts :

Cependant tout ceci ne nous indique pas comment agir au niveau même de la structure des coûts de l'hôpital lui même.

A cet effet il faut distinguer : les coûts fixes des coûts variables.

4.2.1.1. Les coûts fixes : sont représentées essentiellement par des frais de personnel. On sait en Algérie ce que ces derniers représentent pour l'ensemble des secteurs sanitaires, mais pas pour les hôpitaux en général, ni pour chaque hôpital en particulier. La première action de "normalisation" de ce type de charge doit se situer à ce niveau par direction et implication des écarts.

L'action en la matière doit aussi passer par des normes de charge de travail pour l'ensemble des professionnels de soins (problème des organigrammes), par des modalités de rémunération plus incitatives ou mieux liées aux performances sanitaires, par la recherche permanente des meilleures procédures de thérapeutique de façon à éliminer les "doublons" (examens et radios... faits en ville et à l'hôpital, dans plusieurs services etc...)

* De façon à supprimer les actes inutiles compte tenu de l'évolution de la technologie (téléthorax...).

* De supprimer les examens routiniers qui ne servent plus à rien mais dont on ne se pose plus la finalité : dans le cadre de l'exercice de la médecine scolaire par exemple...

Cependant au delà des services médicaux dont les personnels sont peu compressibles à court terme (sauf licenciements ou incitations plus active à s'installer à titre privé) et pour lesquels l'action doit porter principalement sur ses procédures de travail par exemple :

- analyse, coût, efficacité des différentes actions de soins menées à l'hôpital, des différents programmes de santé publique ;
- travail accru et de meilleure qualité des différentes catégories de personnels ou des équipes.

Il existe sur le plan structurel des postes de dépenses sur lesquels on peut agir plus facilement en décomposant la structure des coûts. On a alors :

- les services généraux : logistique, chauffage, cuisine, blanchisserie hôtellerie. On ignore ce qu'ils représentent dans le total des frais en Algérie, faute de comptabilité analytique ;
- les services médicotechniques où se forme une partie non négligeable des coûts variables: matériel bio-médical, film...

4.2.1.2. Les coûts variables :

Ce sont les dépenses les plus facilement compressibles à court terme. Elles sont représentées par trois types de dépenses :

- celles "médicales" en général et de médicaments en particulier ;
- celles ayant trait à l'alimentation.

A défaut d'une comptabilité analytique il est impossible d'agir sur les coûts de fonctionnement : de l'hôpital, du secteur sanitaire, des différentes unités de soins.

4.2.2. Productivité et rationalisation du système public de soins d'abord, de l'ensemble de système de soins ensuite :

Plusieurs types d'actions doivent être menées de façon coordonnée :

- le premier des moyens de rationalisation de l'activité médicale peut passer par le biais de la nomenclature officielle des actes officiels, ou mieux abandonner la tarification à l'acte pour celle fondée sur des catégories de maladies homogènes à partir desquelles se feraient les tarifications ;
- le développement de l'évaluation des résultats compte tenu des moyens utilisés ;
- le problème de la mise en place d'un système d'information, est crucial.

Il faut cependant :

- qu'il fonctionne normalement : c'est à dire que les éléments collectés (cela représente un coût) soient rassemblés et exploités soit centralement soit /et/à/ des niveaux intermédiaires ;
- qu'il soit fiable : c'est à dire que les personnes chargées de remplir les questionnaires, fiches, etc, n'y mettent pas n'importe quoi, parce qu'elles en comprennent la finalité ;
- qu'il soit pertinent : c'est à dire qu'il ne mesure pas uniquement l'activité (il inciterait à la multiplication des actes) mais des résultats sanitaires rapportés à des moyens financiers ;
- une meilleure articulation des deux sous-systèmes public et privé des soins.

Finalement si l'on met en place un système d'information et d'évaluation et des balises nécessaires au contrôle des dépenses, l'autonomie de

gestion couplée à un programme annuel ou pluriannuel "d'activités" ou plus exactement d'actions de soins et de prévention, la fixation d'un budget pluriannuel dont peut disposer "librement" le secteur sanitaire, en vue d'objectifs précis de santé, l'hôpital, le service, ne peut que l'inciter dans sa pratique quotidienne à "l'économicité" des moyens en vue de réaliser les fins postulées.

Dans ce contexte ; "la sanction positive" : laisser l'excédent financier au secteur sanitaire ou à l'hôpital qui l'a réalisé, en vue de l'amélioration de ses prestations (car c'est un service public qui fonctionne sans but lucratif) et la "Sanction négative" : refuser de prendre en charge son déficit (mais alors qui le prendra en charge ?) prend tout son sens, de même que le conventionnement entre les unités de soins et les principaux payeurs et en particulier, celui qui est prépondérant d'une sécurité sociale dont le contenu et les moyens d'action doivent être pensées en conséquence du nouveau rôle qu'elle aura à jouer dans le système.

Notes

[*] Professeur Agrégé à l'Institut des Sciences
Economiques d'Alger Directeur de Recherche - CREAD -

MOHAMED ZINE BARKA [*]

Démographie, dépenses d'éducation et de santé []****INTRODUCTION**

Une des observations de l'évolution de la démographie algérienne retracée dans le tableau n° 1 montre que le pays a connu une forte croissance de la population de 1960 à 1990.

TABLEAU N° 1
TABLEAU DE CROISSANCE DE LA POPULATION (en pourcentage annuel moyen)

Année	1960-65	1965-70	1970-75	1975-80	1980-85	1985-90
- Algérie	2.0	2.9	3.1	3.1	3.0	--
- Maroc	2.7	2.8	2.5	2.3	2.5	--
- Tunisie	1.9	2.0	1.8	1.6	2.1	--
- Pays en développement	2.3	2.5	2.4	2.1	2.0	--
- Pays développés	1.2	0.9	0.9	0.8	0.6	--

Source : ONU, 1986.

En effet, la population algérienne, estimée à moins de 11 millions d'habitants en 1962, est passée au dernier recensement de 1987 à 23 038 942. Elle atteint 25 700 000 en Juillet 1991, ce qui correspond à un doublement de la population et signifie que le taux moyen de croissance annuelle est de 3,1 % sur la période allant de 1962 à 1991.

Cet accroissement démographique spectaculaire est le résultat d'une forte natalité d'une part, et d'une mortalité en nette régression, d'autre part.

Quand on observe la composition de la population selon les âges (au recensement de 1987), on constate une importante proportion de jeunes âgés de moins de 20 ans (54,96 %) ; les 20-59 ans représentent 39,29 % et les plus de 60 ans 5,75 %.

Ce constat peut être également perçu dans la pyramide des âges, illustration graphique de la répartition des effectifs selon le sexe et l'âge. C'est ainsi qu'on relève quelques modifications dans la structure de la population entre les deux recensements ; la pyramide de forme triangulaire a connu un élargissement important et continu de la base. Cet élargissement est dû à des naissances plus élevées et à une mortalité en baisse (cf. graphique 1).

Cette explosion démographique est à la fois facteur de puissance et de richesse ; mais en même temps elle représente un fardeau économique.

Cette charge est particulièrement perçue sur le plan des finances publiques dans les domaines sociaux de l'éducation et de la santé.

En effet, le poids des dépenses d'éducation dans le budget général de l'Etat est passé de 18,31 %, en 1967, à 21,9 % en 1986. Par rapport à la PIB, ce secteur représente respectivement 5,31 % et 8,9 %.

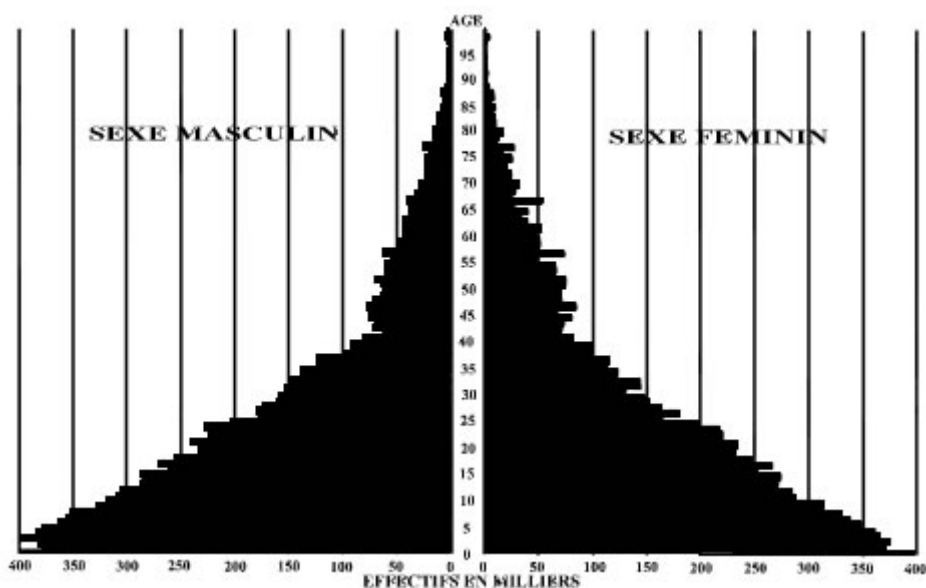
Quant aux dépenses de santé publique^[1] dans le budget de l'Etat, elles sont passées de 18,64 % en 1967 à 9,52 % en 1986, soit, respectivement 5,40 % et 3,86 % par rapport à la PIB. A ce sujet, voici ce que déclarait le Ministre de la Santé :

"L'Algérie peut s'enorgueillir d'avoir les pourcentages les plus élevés consacrés aux dépenses de santé, parmi les pays en voie de développement (6 % de la PIB en 1990). Elle atteint même celui de certains pays développés. Or, nous avons une structure démographique jeune, et donc moins de problèmes de santé que les pays démographiquement vieux, ou tout au moins, des problèmes de santé plus facilement maîtrisables, surtout avec un programme de prévention redynamisé et plus performant. De plus, il est prouvé de par le monde que ce ne sont pas les pays qui dépensent le plus qui ont les meilleurs niveaux de santé". Cf. El Watan du 11 Septembre 1991.

Parmi les facteurs à l'origine de l'accroissement de l'intervention de l'Etat dans ces deux grands secteurs sociaux de l'économie algérienne figure l'élément démographique ; nous tenterons de quantifier cet élément à travers une analyse économétrique sur les déterminants possibles des dépenses d'éducation et de santé. En d'autres termes, quel est l'impact de l'aspect démographique dans l'évolution du coût de fonctionnement de ces deux services fondamentaux que l'Etat a pris en charge totalement ?

Nous verrons l'impact de la démographie dans la gestion de l'éducation d'abord, la santé publique ensuite à la lumière des réalisations du passé et des contraintes financières actuelles. Mais tout d'abord, dressons un bilan succinct de l'évolution démographique.

Graphe n° 1
Pyramide des âges de la population des M.O.C au R.G.P.H 1987



1. ANALYSE DE L'EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE [2]

Comme beaucoup de pays du monde, l'Algérie n'échappe pas à la "transition démographique"[3]. Celle-ci peut être définie comme "le passage, à l'occasion d'un processus de "modernisation" globale (...) d'un régime traditionnel d'équilibre démographique à mortalité et fécondité fortes, à un régime moderne d'équilibre à mortalité et fécondité basses"[4].

Voyons quelle a été la situation de l'état de la mortalité et de la fécondité. Il s'agit donc de l'examen des étapes de la transition.

1.1. La baisse de la mortalité qui s'amorce est attribuée aux progrès sanitaires réalisés depuis l'Indépendance :

Taux brut de mortalité (en % pour mille)

1966-1969	14,9
1969-1970	16,7
1971-1975	15,9
1976-1980	12,9
1981	9,49
1982	9,08
1983	8,81
1984	8,60
1985	8,40
1986	7,34
1987	6,94
1988	6,61

Source : O.N.S.

1.2. Du tableau n° 2, il ressort que les taux de fécondité des pays du Maghreb sont très proches entre les années 1960-65 ; ils commencent par la suite à évoluer différemment, distinguant entre, l'Algérie d'une part et, d'autre part, le Maroc et la Tunisie.

En outre, on observe que le taux de fécondité, bien qu'en légère baisse de 1960 à 1988, reste nettement supérieur à celui que connaissent les pays en développement.

TABLEAU N° 2
TAUX DE FECONDITE (nombre moyen d'enfants par femme)

Année	1960-65	1965-70	1970-75	1975-80	1980-85	1985	1986	1987	1988
- Algérie	7.4	7.5	7.4	7.2	6.7	6.2	5.5	4.8*	4.7*
- Maroc	7.2	7.1	6.9	5.9	5.1	--	--	--	--
- Tunisie	7.2	6.8	6.2	5.6	4.8	--	--	--	--
- Pays en développement	6.1	6.0	5.4	4.5	4.1	--	--	--	--
- Pays développés	2.7	2.4	2.2	2.0	2.0	--	--	--	--

(*) Estimations

Source : ONU et Office National des Statistiques (O.N.S.).

L'amélioration du revenu par tête, la progression de la scolarisation et l'urbanisation sont à l'origine de la légère baisse de la fécondité en Algérie.

Cependant, ces facteurs socio-économiques ne semblent pas être les seuls responsables de l'évolution de la situation. En effet, il convient d'y

inclure, le statut de la femme dans la société, statut qui est intimement lié à l'Islam ou plus exactement aux interprétations qui en sont faites.

Dans les transformations des comportements relatifs à la fécondité, le statut de la femme semble déterminant. Les progrès de l'émancipation féminine jouent un rôle essentiel sur le plan de la fécondité. Ils consistent notamment en une amélioration du niveau d'instruction des femmes, un recul de l'âge du mariage, et une plus grande participation à l'activité économique. A cet égard, il faut souligner que le rôle joué par l'Etat semble très important eu égard au statut de la femme et partant de la plus ou moins grande intensité de la fécondité.

En effet, c'est à l'Etat que revient le rôle d'encourager la scolarisation féminine, de fixer l'âge minimum du mariage, de légaliser et de promouvoir la contraception et d'encourager l'insertion des femmes dans l'activité économique nationale.

Ces quelques dispositions juridiques ou économiques déterminent le statut de la femme. C'est à travers elles que l'Etat peut activer ou ralentir le processus de modification sociale et principalement d'agir en fin de compte sur l'évolution des habitudes familiales traditionnelles.

Par ailleurs, notons que "l'urgence de la question démographique n'a pas été ressentie avec acuité en Algérie" comme le note A. Benachenhou, 1980, p. 219. Celui-ci affirme en outre que "la planification algérienne (en matière de politique démographique) s'est montrée résolument absentionniste en la matière". L'économiste algérien estime "qu'en prenant systématiquement le contrepied du courant dominant qui fait de la question démographique une variable exogène explicative du sous-développement, les autorités ont estimé que le développement réglerait automatiquement la question (...). La politique de régulation des naissances n'a pas retenu l'attention du pouvoir politique".

Si on fait l'historique des "politiques" démographiques, il faut relever qu'en 1974, à la conférence mondiale sur la population qui s'est tenue à Bucarest sous l'égide des Nations Unies, l'Algérie était en tête des pays en développement anti-malthusiens ; les positions étaient résumées dans la formule : "le meilleur contraceptif, c'est le développement". Cependant, quelques années plus tard, on assiste à un début d'"inflexion dans la politique démographique". C'est ainsi que le Rapport Général du Premier Plan Quinquennal (1980-1984) prend une position très tranchée représentant un véritable revirement : "l'action de réduction active du taux de natalité est devenue une conduite indispensable pour améliorer l'efficacité dans la construction de notre économie et prétendre répondre de façon satisfaisante et durable aux besoins sociaux de la population".

Synthétisant bien l'évolution de la condition des femmes en Algérie, le recul de l'âge au mariage est particulièrement significatif. Il a évolué ainsi que le montre le tableau suivant

TABLEAU N° 3
EVOLUTION DE L'AGE MOYEN AU 1ER MARIAGE

Année	1966	1970	1977	1984	1985	1987
- Femmes	18.30	19.30	20.90	22.1	22.2	23.70
- Hommes	23.80	24.40	25.30	27.40	27.60	27.60
- Ecart	5.50	5.10	4.40	5.30	5.4	3.90

Source : O.N.S.

Pour R. Brahimi, différents facteurs peuvent être évoqués dans les explications du recul de l'âge moyen au mariage, deux retiennent l'attention :

- la scolarisation et ses retombées sur le niveau socio-culturel, d'une part ;
- la crise de l'espace domestique d'autre part provoquant souvent un retard dans le calendrier des mariages.

Ainsi pour R. Brahimi, la transition de la fécondité est actuellement entamée en ce sens que l'on passe d'un régime de fécondité naturelle à une fécondité maîtrisée. Trois raisons sont invoquées :

- la population algérienne, selon les données du recensement de 1987, est à moitié urbaine,
- l'instruction féminine connaît des progrès ; le taux d'analphabétisme chez les femmes est en nette baisse (85,40 % en 1966 contre 56,66 en 1987).
- le nombre moyen d'enfants par femme (ou descendance finale) est en baisse : en 1985 il était à 6,2, en 1986 il passe à 5,5.

En résumé, depuis ces dernières années, on enregistre une tendance à la baisse des principaux indicateurs démographiques : mortalité générale et fécondité connaissent un certain ralentissement. Ce phénomène correspond à ce qui a été défini plus haut comme étant l'amorce d'une certaine forme de "transition démographique".

Mais, fait important pour H. Bénissad [5] "la population algérienne en augmentant à un rythme impressionnant occasionne des problèmes sociaux de plus en plus aigus, aussi bien dans le domaine de l'éducation, du logement, de la médecine, de l'emploi,...".

Voyons quelques-uns des nombreux problèmes soulevés par cette explosion démographique dans les domaines de l'éducation puis dans le secteur de la santé.

2. L'EDUCATION : UN SECTEUR QUI A CONNU D'ENORMES PROGRES MAIS DES DEFICIENCES APPARAISSENT

Traditionnellement, c'est par l'intermédiaire des statistiques que la mesure des progrès enregistrés dans l'éducation se fait.

Mais, pour les spécialistes ces chiffres ne saisissent que partiellement "la réalité des évolutions des systèmes éducatifs, leurs qualités et leurs déficiences". Par conséquent, les données visant à mesurer l'aspect qualitatif ont été introduites pour compléter le bilan chiffré. Bien que limitée [6], cette analyse permet cependant de dégager deux conclusions : malgré la pression démographique, l'Algérie a réussi

depuis l'Indépendance à développer d'une manière importante l'éducation, mais d'énormes progrès restent à faire pour surmonter les déficiences et surtout se rapprocher de la scolarisation universelle.

2.1. La baisse de l'analphabétisme :

L'analyse des résultats des trois recensements de la population montre que l'analphabétisme est en baisse régulière. L'évolution des taux d'analphabétisme [7] a été la suivante :

TABLEAU N° 4
EVOLUTION DES TAUX D'ANALPHABETISME
SELON LES SEXES AUX TROIS
RECENSEMENTS

Année	1966	1977	1987	1989
- Femmes	62.30	48.20	30.75	--
- Hommes	85.40	74.30	56.66	(53.00)
Ensemble	74.60	61.50	43.60	(42.00)

Source : O.N.S.

Ainsi, entre 1966 et 1987 la proportion de la population analphabète est passée de 74,60 % à 43,60 %. Ce recul de l'analphabétisme est dû aux taux importants de scolarisation qui ont augmenté durant ces deux décennies. Au demeurant, ces résultats doivent être nuancés selon le sexe, la dispersion de l'habitat et de la région.

Enfin, relevons que, malgré la baisse du taux global, la part relative du sexe féminin est de moindre importance que celle concernant le sexe masculin. En d'autres termes, l'analphabétisme féminin reste dans l'ensemble plus important que l'analphabétisme masculin.

TABLEAU N° 5
RECENSEMENT 1987

Effectifs Sexe	Population Algérienne totale (10 ans et plus)	Population Algérienne (10 ans et plus)	Taux d'analphabétisme
- Féminin	7 700 971	4 363 359	56.66
- Masculin	7 805 096	2 399 804	30.75
Ensemble	15 506 068	6 763 163	43.62

Source : O.N.S.

2.2. Les progrès de la scolarisation :

Une des mesures des progrès de l'éducation se repère dans les taux de scolarisation des enfants [8].

2.2.1. Le nombre d'enfants scolarisés entre 6 et 14 ans dans l'enseignement primaire a connu une évolution rapide depuis l'Indépendance. Pour se rendre compte de cette évolution des effectifs il suffit de suivre l'évolution du taux de scolarisation. Celui-ci est obtenu en rapportant le nombre d'élèves inscrits (population scolarisée) au nombre d'élèves en âge de fréquenter l'école (population scolarisable). Ce taux est passé de 47,2 % en 1966 à près de 80 % en 1987.

TABLEAU N° 6
EVOLUTION A TRAVERS LES TROIS
RECENSEMENTS DU TAUX DE
SCOLARISATION DES 6-14 ANS

Année	Garçons	Filles	Total
1966	56.8	36.9	47.2
1977	80.8	59.6	70.4
1987	87.8	71.6	79.9

Source : O.N.S. Collections
 Statistiques n° 16.

Cette remarquable progression est le reflet d'un effort considérable en matière d'infrastructure d'une part : en 1967-68, il y avait 4 581 écoles élémentaires, à la rentrée 1984-85, elles étaient 10 588 ; et d'encadrement d'autre part : de 33 113 enseignants en 1967-68, on est passé à 115 242 enseignants en 1984-85.

En outre, on relève un nombre de plus en plus important de filles qui fréquentent l'école. En effet, leur taux de scolarisation est passé de près de 37 % en 1966 à 71,6 % en 1987.

2.2.2. L'enseignement moyen, secondaire et supérieur :

- Afin de limiter les redoublements dans le primaire (il s'agit de libérer au maximum les places pour accueillir les nouveaux écoliers) les taux d'inscription dans le moyen et le secondaire ont très fortement augmenté : de 50 000 élèves en 1962-63 ils sont passés à 1 645 000 en 1984-85.

- En revanche, un barrage certain se dresse à l'entrée de l'université malgré l'importante évolution des effectifs inscrits :

EVOLUTION DES EFFECTIFS EN GRADUATION
ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

1962-63	2 725
1984-85	103 000
1986-87	154 000

Source : O.N.S.

Il est vrai que le taux de réussite au Baccalauréat est faible comme l'attestent les chiffres ci-dessous (un candidat reçu sur cinq) :

TABLEAU N° 7
RESULTATS DU BACCALAUREAT
(enseignement technique et enseignement
secondaire)

Année Scolaire	Présentés	Admis	% de réussites
1986-87	176 883	34 419	20.98 %
1987-88	231 740	37 487	17.50 %
1988-89	240 828	54 348	22.56 %
1990-91	324 376	65 624	20.23 %

Source : O.N.S.

2.3. Quelques déficiences du système d'enseignement :

Les tableaux qu'on vient de présenter attestent d'un progrès remarquable dans la scolarisation des enfants. Cependant, il faut également souligner que des efforts ont été déployés pour lutter contre les différentes formes d'inégalité dans l'accès à l'enseignement. Le pourcentage de scolarisation des filles à cet égard est éloquent. En somme, un progrès a été accompli dans la démocratisation de l'enseignement.

Mais qu'en est-il sur le plan qualitatif ? Le peu d'indices dont nous disposons montre bien que les acquis côtoient les insuffisances. Certains chiffres incitent à l'optimisme : c'est le cas de la diminution du nombre d'élèves par enseignants, ou la baisse du taux de redoublement (et pour lequel on manque d'informations chiffrées). Cependant, soulignons avec les experts de l'UNESCO "qu'il n'existe pas de taux d'encadrement idéal, pas même une norme qui puisse nous indiquer quelque chose sur l'effet que ce nombre peut avoir sur la qualité de l'enseignement. S'il n'y a pas de personnel, il n'y a pas d'enseignement. S'il y a un maître par élève, l'enseignement risque d'être particulièrement réussi. Tout le reste se situe quelque part entre ces deux extrêmes" [9].

TABLEAU N° 8
NOMBRE MOYEN D'ELEVES PAR MAITRE

Année	1963-64	1982-83
(Primaire – Fondamental) Enseignement moyen	39 17	32 24

Source : O.N.S.

TABLEAU N° 9
**PERSONNEL ENSEIGNANT AU NIVEAU
ELEMENTAIRE**

Agés	0-15	15-64	Plus de 65 ans
1985	46.2	50.2	3.6
2015	30.0	62.1	7.9

(*) Il s'agit du total des enseignants algériens uniquement : les étrangers ne sont pas compris.

Pour A. Benachenhou, "la qualité de l'encadrement, de l'école primaire à l'université constitue un élément préoccupant de la situation". Il est vrai que dans le primaire on assiste à une légère amélioration de la situation depuis 1963-64, comme l'indique le tableau précédent. En outre, "ces instructeurs sont recrutés parmi les élèves de l'enseignement moyen jugés inaptes à poursuivre un enseignement secondaire, ce qui, explique la faiblesse du système éducatif" conclut A. Benachenhou. Cette analyse est appuyée par les effectifs du personnel enseignant au niveau élémentaire ; on relève que l'effectif des moniteurs est en baisse constante, mais celui des instructeurs est en hausse continue et importante.

En termes de structures, nous avons l'évolution suivante :

1967-68 55 % de moniteurs, 38 % instructeurs et 7 % d'instituteurs ;
1982-83 4 % de moniteurs, 63 % instructeurs et 33 d'instituteurs.

Enfin, en ce qui concerne les universités, 44 % des enseignants algériens, en 1986-87, sont des assistants contractuels ; ce taux était de 50 % en 1984-85.

TABLEAU N° 10
EFFECTIFS DES ENSEIGNANTS DE
L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Qualifications	1984-85	1986-87
- Professeurs Algériens	293	349
TOTAL	491	524
- Maîtres de Conférences Algériens	141	271
TOTAL	703	884
- Maîtres Assistants Algériens	3 665	5 207
TOTAL	4 924	6 135
- Assistants Algériens	4 142	4 565
TOTAL	4 442	4 661
- TOTAL Algériens	8 241	10 393
TOTAL	10 560	12 204

Source : Annuaire Statistique de l'Algérie, 1987.

Cependant d'autres informations sont plus inquiétantes : les taux d'échecs sont élevés, les abandons sont fréquents et les locaux manifestement insuffisants.

Ainsi, les résultats du Brevet d'Enseignement Fondamental ne dépassent guère les 20 % comme le montrent les chiffres ci-dessous

TABLEAU N° 11

Année Scolaire	Présentés	Admis	%
1986-1987	124 625	19 880	16.0
1987-1988	398 053	79 684	20.0

Source . O.N.S.

Par ailleurs, pour A. Benachenhou (1980), "le taux de déperdition reste important et affecte évidemment la population scolaire de manière socialement différenciée". C'est ainsi qu'une récente étude de l'O.N.S. (n°12) montre que "près de 80 000 enfants abandonnent chaque année l'école sans qu'ils aient accompli plus de 4 ans de leur cursus scolaire. Ce sont des quasi-analphabètes car les rudiments d'instruction ne leur seront que de peu d'utilité s'ils ne suivaient une formation conséquente".

Enfin, l'utilisation de la double vacation pour absorber l'ensemble de ces effectifs nous rappelle qu'en matière d'infrastructure, beaucoup reste à faire malgré l'énorme évolution comme le souligne le tableau suivant :

TABLEAU N° 12
EVOLUTION DE L'INFRASTRUCTURE DANS
L'ENSEIGNEMENT ELEMENTAIRE, MOYEN ET
SECONDAIRE

Année Scolaire	Elémentaire (Ecoles)	Moyen C.E.M	Secondaire Lycées (*)
1967-1968	4 581	454	--
1970-1971	6 467	519	--
1974-1975	7 794	569	--
1978-1979	8 652	812	--
1982-1983	9 864	1 181	347
1984-1985	10 588	1 388	392

Source : Statistiques n° 7, 1985, O.N.S.

(*) Jusqu'à une certaine époque, les lycées assuraient les cycles moyens et secondaires en plus des Collèges

d'Enseignement Général (C.E.G.) qui assuraient l'enseignement moyen.

Au total, le développement de l'éducation au regard des résultats considérables auxquels est parvenue l'Algérie ne doit pas cependant faire oublier les lacunes dans ce domaine. En effet, cette période est caractérisée par l'insuffisance des infrastructures qui n'ont pas suivi un rythme de réalisation satisfaisant pour approcher les objectifs définis par la planification et par voie de conséquence, répondre aux besoins d'une démographie galopante à majorité jeune et aussi satisfaire aux conséquences de la démocratisation de l'enseignement. Déjà, pour la période 1967-1980, les rédacteurs de la Synthèse soulignaient "l'inadéquation du système éducatif qui n'a pas été en mesure de répondre à la demande des secteurs économiques ni d'assurer un enseignement de qualité, pour s'adapter efficacement à l'évolution économique et sociale du pays".

Ce même Rapport attribue cette inadéquation à "la baisse de qualité de l'enseignement à tous les niveaux ayant des répercussions négatives sur la qualité des diplômes, c'est-à-dire une qualification déficiente de l'encadrement fourni à l'économie par le système éducatif; de l'absence d'une politique de formation de formateurs indispensable pour relever et homogénéiser le niveau de l'enseignement dispensé et enfin de la diminution du rendement des universités".

3. SANTE ET POPULATION [10]

L'observation de quelques indicateurs synthétiques de la situation sanitaire montre les énormes progrès réalisés depuis l'Indépendance (notamment sur le plan de la densité du personnel médical). Mais, ces progrès sont insuffisants en particulier dans le domaine de la mortalité infantile. En outre, la capacité nationale en lits hospitaliers n'a pas suivi l'évolution rapide de la croissance démographique.

Pour A. Brahim [11], la réalisation des investissements des infrastructures sanitaires pendant la période 1967-1977 était lente :

- Au plan physique, les hôpitaux achevés comptaient 4 920 lits seulement sur les 16 270 décidés, soit un taux de réalisation de 30,24 %.
- Au plan financier, le secteur de la santé a bénéficié de 4 640 millions de DA entre 1967 et 1978.

Or, seulement 1 331 millions de DA ont été dépensés, soit 26,68 de l'enveloppe accordée.

3.1. Les progrès :

Tous les indicateurs classiques de développement sanitaire montrent que des progrès ont été enregistrés dans le domaine de la santé. Ainsi, l'espérance de vie à la naissance a augmenté entre 1979 et 1987 de près de 8 ans. Elle est passée, en moyenne, de 57 ans à 65 ans.

TABLEAU N° 13
ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE EN
ANNEES

Année	1979	1981	1983	1985	1987
	57.0	61.6	62.4	63.6	65.4

Source : O.N.S.

Cet allongement de l'espérance de vie résulte principalement de la baisse du taux de mortalité infantile qui passe de 131,7 % en 1962 à 60,37 % en 1988.

TABLEAU N° 14
EVOLUTION DU TAUX DE MORTALITE INFANTILE
(T. M. I)

Année	1962	1968	1978	1986	1988
T.M.I. (en %)	131.7	119.6	102.9	70.7	60.4

Source : O.N.S.

Le taux de mortalité infantile dans les pays industrialisés développés n'est que de 9 pour mille. L'objectif visé en Algérie était d'abaisser ce principal indicateur de développement sanitaire à 50 % en 1990.

Four cela, une nouvelle stratégie sanitaire a été lancée en Mai 1984, intitulée "programme national de lutte contre la mortalité infantile", réalisé avec l'appui technique de l'UNICEF.

Des journées nationales de vaccination ont été organisées de 1985 à 1987 appuyées par une campagne publicitaire éducative destinée aux ruraux essentiellement et visant entre autres à les inciter à la purification des eaux des puits. On assiste en effet à une nette régression des principales maladies contagieuses à déclaration obligatoire entre 1983 et 1988 comme le montre le tableau suivant :

TABLEAU N° 15
PRINCIPALES MALADIES

Années	1983	1986	1988
Maladies			
- Typhoïdes	6 012	2 807	2 017
- Dysenterie	9 997	2 645	2 044
- Diphtérie	35	10	4
- Coqueluche	395	24	39
- Méningite	--	261	1 067
- Tétanos	70	58	36
- Poliomyélite	127	30	10
- Rougeole	19 334	3 403	1 335

Source : O.N.S.

Un autre secteur où des progrès sont enregistrés concerne la formation en grand nombre d'un personnel médical et paramédical. Un effort considérable a été accompli en matière de ressources humaines. Au lendemain de l'Indépendance nationale on assiste à un départ massif de la presque totalité des personnels de santé tous d'origine européenne.

L'évolution des ressources humaines du secteur de la santé depuis cette date à nos jours laisse apparaître un développement remarquable. Le tableau montre les résultats des efforts déployés dans ce domaine de la santé publique, que ce soit en médecins (en 1987, le ratio d'un médecin pour 1 200 habitants est dépassé), pharmaciens, chirurgiens-dentistes et personnel para-médical.

TABLEAU N° 16
EVOLUTION DES EFFECTIFS (étrangers non compris)

Année	Médecins	Pharmaciens	Chirurgiens-Dentistes	Personnel Para-Médical
1963	285	70	36	--
1970	611	236	171	--
1974	1 425	441	410	14 035
1978	3 756	958	1 013	21 263
1980	5 182	1 035	1 577	32 371
1982	7 815	1 093	1 996	38 346
1987	11 705	1 744	5 637	60 472

Source : Ministère de la Santé Publique et Annuaire Statistique de l'Algérie.

La dotation du pays en infrastructures sanitaires traduit la volonté politique des autorités d'assurer l'accès aux soins à l'ensemble de la population. Soulignons cependant que, malgré l'extension des structures sanitaires, le nombre de lits d'hôpitaux est passé de 34000 à un peu plus de 60 000 entre 1966 et 1988, le nombre d'habitants pour 1 lit d'hôpital s'est légèrement accru : de 350 on passe à 387 (cf. tableau suivant)

TABLEAU N° 17
DEVELOPPEMENT DE LA CAPACITE HOSPITALIERE

	1966	1975	1987	1988
- Nombre de lits d'hôpitaux	34 011	44 135	55 230	60 514
- Nombre d'habitants pour 1 lit d'hôpital	350	349	413	387

Source : O.N.S et calculs personnels.

Ce tableau indique une détérioration relative de la situation si nous admettons que l'indicateur est variable. Cette dégradation est nette surtout dans les grandes agglomérations compte tenu de la croissance du nombre d'habitants non suivie d'une extension parallèle des infrastructures. Ainsi, la wilaya d'Alger comptait en 1987 : 1 lit pour 279 habitants contre 1 lit pour 298 habitants dans la wilaya d'Oran.

TABLEAU N° 18
EVOLUTION DU RAPPORT
LIT/HABITANT (dans quelques
grandes villes du Nord du pays)

	1966	1977	1987
- Alger	1/160	1/259	1/277
- Sétif	1/710	1/731	1/570
- Oran	1/172	1/277	1/298
- Constantine	1/348	1/383	1/262
- Médéa	1/485	1/893	1/558

Source: Ministère de la Santé Publique et calculs personnels.

Malgré la croissance de l'effectif du personnel médical, paramédical et l'effort relatif de réalisation des infrastructures matérielles, la couverture sanitaire est non satisfaisante [12] en raison principalement de "l'absence ou de l'insuffisance de solutions à des problèmes de fond" remarque A. Benachenhou [13].

En somme, la situation difficile que connaît le secteur de la santé est due à des problèmes d'organisation beaucoup plus qu'à un manque absolu de moyens humains ou matériels. Pour le Ministre de la Santé, "il est

temps, il est grand temps de s'interroger sur le fonctionnement concret de nos unités de soins pour en améliorer les performances.

Dans le cadre de cette approche, il est superflu de multiplier le nombre des unités de soins, pour avoir à les inaugurer et ne plus se préoccuper de leur fonctionnement par la suite". Cf. El Watan, du 11.10.1991.

En conclusion, quelles sont les implications de l'amélioration relative de l'état sanitaire de la population ; quels sont les défis à venir ?

Cet allongement de la durée de la vie (ou de l'augmentation de l'espérance de vie) a comme conséquence directe l'accroissement du nombre des humains. En d'autres termes, grâce à un meilleur environnement hygiénique et médical, l'Algérie connaîtra à son tour le problème de vieillissement de sa population.

En effet, les études de prospectives montrent que la structure de la population va subir de grands changements. Les moins de 15 ans estimés à 46,2 % en 1985 ne seront que 35,1 % en l'an 2000 et probablement moins de 30 % en 2015, alors que les plus de 65 ans vont connaître un accroissement très sensible.

TABLEAU N° 19
EFFECTIFS RELATIFS PAR TRANCHE D'AGE

Âges	0-15	15-64	Plus de 65 ans
1985	46.2	50.2	3.6
2015	30.0	62.1	7.9

Source : Institut National de la Stratégie Globale.

Pour Khiatti, l'implication, dans le contexte de la politique de santé, de ces bouleversements démographiques prévisibles "mettent en évidence deux problèmes majeurs non pris en compte par le système national de santé : les deux âges extrêmes de la vie. Le nouveau-né constitue aujourd'hui la source principale de mortalité infantile (50 %) enregistrée avant l'âge d'un an. Le vieillissement va représenter un nouveau problème de santé publique dans les années à venir".

Economiquement, l'Algérie en 2015, sera-t-elle capable de distribuer des rentes de vieillesse ou de construire des maisons de retraite. Jusqu'à présent, les familles prenaient en charge leurs parents incapables de subvenir à leurs besoins. Malheureusement, l'exode des populations rurales vers les villes est en train de mettre un terme à cette tradition.

En effet, à l'avenir, pour simplement maintenir les acquis, la seule croissance démographique exigerait une forte croissance des budgets d'éducation et de santé jusqu'à l'horizon 2000 au moins. Si en outre, on veut poursuivre les progrès de la scolarisation et du système sanitaire, l'effort budgétaire à fournir sera encore plus important.

Une question centrale se pose donc : alors que des progrès considérables sont encore nécessaires pour préserver et développer l'éducation et la santé, l'Algérie est confrontée depuis quelques années à

des difficultés financières sans précédents. Pourra-t-elle relever ce défi dans ces deux domaines sociaux ?

Pour répondre, à cette question il faudrait pouvoir cerner, même grossièrement, le poids budgétaire que représenteront à l'avenir ces investissements en capital humain. Si bon nombre d'améliorations qualitatives sont possibles sans entraîner de "coût financier" à proprement parler, l'éducation et la santé exigeront cependant de nouvelles ressources.

4. ESSAI DE VERIFICATION DE QUELQUES DETERMINANTS DES DEPENSES D'ÉDUCATION ET DE SANTE

Cette dernière partie vise à appréhender, à travers des modèles simples (en niveau et en logarithme) quelques paramètres explicatifs de ces dépenses sociales.

Ces tests économétriques s'inspirent d'une analyse de quelques déterminants possibles des dépenses publiques sociales^[14]. La méthode d'estimation utilisée étant les moindres carrés ordinaires.

Les essais de vérification ont été exécutés sur IBM PC 640K avec le logiciel TSP version 4.1C.

4.1. Les dépenses d'éducation :

Le secteur éducatif a été l'un des plus favorisés, depuis l'indépendance, dans l'allocation des ressources publiques. Il occupe une place croissante dans la PIB : 5,3 % en 1967 contre 8,9 % de la PIB en 1986.

D'après les tests économétriques effectués, il s'avère que le rapport des dépenses publiques d'éducation à la PIB ne présente aucune corrélation avec le revenu national disponible par habitant (constant) et le taux de scolarisation.

Il semblerait par conséquent que l'évolution de cette catégorie de dépenses a obéi à des considérations essentiellement politiques. La volonté d'éduquer et de former la population algérienne est un choix politique convenu et affirmé depuis l'indépendance.

4.2. Les dépenses de santé :

La part de cette catégorie de dépenses dans la PIB a évolué d'une manière irrégulière passant de 5,40 % en 1967 à 3,87 % en 1986. D'un côté, il est incontestable que l'Etat algérien a déployé des efforts certains pour promouvoir le secteur de la santé d'une manière générale et le bien-être de la population. Mais, de l'autre côté, les efforts sont restés un peu en deçà de la volonté politique exprimée dans le discours. Quoi qu'il en soit, un certain nombre de facteurs ont été testés et montrent une corrélation avec la croissance des dépenses de santé dans la PIB (WDNS). C'est le cas :

- du revenu national disponible réel par habitant (RNZC) ;
- du taux brut de mortalité (TBM) ;

- de la part de la population âgée de moins de 15 ans dans la population totale (WPOPJ) ;
- et de la part de l'emploi de l'administration dans l'emploi salarié total (WEA).

$$\text{Eq. 1 : } \quad \text{WDNS} = \begin{matrix} 10.6 - 0.3 \text{ TBM} - 0.5 \text{ RNZC} + 1.1 \text{ DUM84 ;} \\ (6.4) \quad (4.8) \quad (-4.4) \quad (2.4) \end{matrix}$$

$$R^2 = 0.70 \quad \text{DW} = 1.74^* \quad N = 17$$

$$\text{Eq. 2 : } \quad \text{Log WDNS} = \begin{matrix} 6.0 - 1.1 \text{ Log TBM} - 1.1 \text{ Log RNZC} + 0.3 \text{ DUM84 ;} \\ (6.0) \quad (-5.7) \quad (-5.3) \quad (2.1) \end{matrix}$$

$$R^2 = 0.76 \quad \text{DW} = 1.59^* \quad N = 17$$

$$\text{Eq. 3 : } \quad \text{WDNS} = \begin{matrix} 93.0 - 0.8 \text{ RNZC} - 1.8 \text{ WPOPJ} + 1.2 \text{ DUM84 ;} \\ (4.6) \quad (-4.3) \quad (-4.4) \quad (2.3) \end{matrix}$$

$$R^2 = 0.67 \quad \text{DW} = 1.56^* \quad N = 17$$

$$\text{Eq. 4 : } \quad \text{WDNS} = \begin{matrix} 5.7 - 0.6 \text{ RNZC} - 0.3 \text{ TBM} + 0.3 \text{ WEA} + 1.1 \text{ DUM84} \\ (2.1) \quad (-5.3) \quad (-4.1) \quad (2.1) \quad (2.5) \end{matrix}$$

$$R^2 = 0.78 \quad \text{DW} = 1.84^* \quad N = 17$$

$$\text{Eq. 5 : } \quad \text{WDNS} = \begin{matrix} 0.4 - 1.4 \text{ Log RNZC} - 0.9 \text{ Log TBM} + 1.9 \text{ Log WEA} + 0.3 \text{ DUM84} \\ (0.2) \quad (-6.3) \quad (5.0) \quad (2.5) \quad (2.3) \end{matrix}$$

$$R^2 = 0.84 \quad \text{DW} = 1.85^* \quad N = 17$$

N = Nombre d'observations

DUM = Dummy variable en 1984 et 1985

(*) Significatif à 1 %

Donc, il est possible d'avancer que le facteur démographique a influé sur la croissance des dépenses d'éducation et de santé, mais il y a aussi le facteur politique (non appréhendé ici) qui a joué un rôle très important.

CONCLUSION GENERALE

Dans le domaine de l'éducation comme de la santé, des insuffisances et des déficiences nombreuses sont identifiables. S'il faut les souligner, il ne faut pas pour autant minimiser l'ampleur et la qualité des efforts consentis.

Une extension aussi rapide des systèmes d'enseignement et de santé, alors que la population concernée s'accroît fortement, s'opère rarement sans difficultés.

Mais des actions vigoureuses demeurent nécessaires pour améliorer les acquis. Si la volonté politique n'a pas fait défaut [\[15\]](#), la satisfaction des besoins a pesé lourd dans les dépenses publiques.

Or, les progrès qui restent à faire nécessitent de nouveaux efforts financiers. Jusqu'au tournant des années 80, des besoins budgétaires toujours plus importants sont venus s'inscrire dans un contexte financier relativement souple. Celui-ci fut largement lié aux recettes extérieures en croissance rapide.

L'austérité budgétaire de ces 10 dernières années (1981-1991) n'a pas épargné les dépenses d'éducation et de santé: la part des dépenses d'éducation dans le budget général de l'Etat représentait en 1980 25,5 %, en 1986 elle n'est plus que de 19,0 %. Or, cette austérité ne saurait durer sans hypothéquer l'amélioration des systèmes éducatifs et sanitaires.

BIBLIOGRAPHIE

- BARKA M. Z. Dépenses publiques et développement : le cas de l'Algérie, Thèse de Doctorat d'Etat, Université de Paris X - Nanterre, Janvier 1988, pp. 176-205 et 219-288.
- BENACHENHOU A. Planification et développement en Algérie : 1962-1980, Alger, 1980.
- BENISSAD H. Stratégies et expériences de développement. OPU, Alger, 1985.
- BENISSAD H. Économie du développement de l'Algérie, OPU, Economica, 1979.
- BOUCHIKHI M. Caractéristiques socio-économiques des pays du Grand-Maghreb. ONS, Alger, n° 10, 1988.
- BRAHIMI A. L'économie algérienne, OPU, Alger, 1991, pp. 275-290.
- BRAHIMI R. Démographie algérienne, Collections Statistiques, ONS, Alger, n° 17, Edition 1989.
- CALDWELL J.C. The Soft Underbelly of Development : Demographic Transition in Conditions of Limited Economic Change, Proceedings of the World Bank Annual Conference on Development Economics 1990, pp. 207-274.
- CHESNAIS J.- C. La transition démographique - Etapes, formes, implications économiques, PUF, Paris, 1986.
- CHEVALLIER A. ET KESSLER, V., Economies en développement et défis démographiques, Notes et Etudes Documentaires, n° 4878, 1989, 3.
- DUFOUR D. L'enseignement en Algérie, La documentation Française, n° 80, 1978, pp. 33-45.
- HAMEL B. Système productif algérien et indépendance nationale, OPU, Alger, 1983, pp. 460-479.
- KHIATTI M. Quelle santé pour les algériens ? Editions "Maghreb-Relations", Alger, 1990.
- MINISTÈRE DU PLAN ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE, (R.A.D.P.), Synthèse du bilan économique et social de la décennie 1967-1978, Alger.
- SARI D. La dérive démographique, El Moudjahid du 13 Mai 1990.
- STATISTIQUES (ONS, ALGER), n° 7, Avril-Juin 1985.

- STATISTIQUES (ONS, ALGER), n° 12 Juillet-Septembre 1986.
- STATISTIQUES COURANTES, n° 1, Septembre-Octobre 1987.
- Statistiques hors-Série : Démographie Algérienne 1985, ONS., Alger, 1988.
- Statistiques Courantes (Bulletin, ONS., Alger), n°15, 1990.

ANNEXE

I. GENERALITES

A. EDUCATION

- ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT EN ALGERIE :

Une réforme profonde de l'Ecole Algérienne a été entreprise avec l'adoption de l'Ecole fondamentale polytechnique au cours du second plan quadriennal 1974-1977. Cette réforme sera progressivement mise en place. D'importants textes législatifs et réglementaires ont paru, notamment l'ordonnance 76-35 du 16 Avril 1976 portant organisation de l'Education et de la Formation.

1- Principes fondamentaux :

Le système éducatif a pour mission d'assurer :

- Le développement de la personnalité des enfants et des citoyens et leur préparation à la vie active.
- L'acquisition des connaissances générales scientifiques et technologiques.
- La réponse aux aspirations populaires de justice et de progrès.
- L'éveil de la conscience et l'amour de la patrie.

Caractère de l'École Algérienne :

Tout algérien a droit à l'éducation et à la formation.

L'enseignement est obligatoire pour tous les enfants âgés de six ans à seize ans révolus.

L'État garanti l'égalité des conditions d'accès à l'enseignement post-fondamental.

L'enseignement est gratuit à tous les niveaux quel que soit le type d'établissement fréquenté.

L'enseignement est assuré en langue nationale à tous les niveaux d'éducation et de formation et dans toutes les disciplines.

2- Structure du système éducatif :

Le système éducatif est constitué de trois niveaux d'enseignements :

- l'enseignement fondamental ;
- l'enseignement secondaire ;

- l'enseignement supérieur ;

Il comprend des institutions et des services de soutien ayant pour mission :

- la formation pédagogique ;
- la recherche pédagogique ;
- l'orientation scolaire et professionnelle ;
- l'action sociale scolaire.

a) L'enseignement fondamental :

Il a pour mission d'assurer une éducation de base commune à tous les élèves et dure neuf ans.

Il comprend trois étapes :

- la première dure de la 1^e à la 3^e année
- la deuxième dure de la 4^e à la 6^e année ;
- la troisième dure de la 7^e à la 9^e année.

L'admission des enfants en première année de l'enseignement fondamental s'effectue à l'âge de 6 ans révolu. La fin de la scolarité est sanctionnée par un brevet d'enseignement fondamental (B.E.F.).

b) L'enseignement secondaire :

Il accueille les élèves issus de l'école fondamentale dans des "écoles secondaires et des technicums". Il comprend :

- l'enseignement secondaire général ;
- l'enseignement secondaire spécialisé ;
- l'enseignement secondaire technologique et professionnel.

Les enseignements secondaire général et spécialisé sont dispensés dans les écoles secondaires et la durée des études est de trois ans, quant au troisième type d'enseignement il est dispensé dans les technicums et sa durée peut varier selon le niveau envisagé de 1 à 4 ans.

L'enseignement général et spécialisé est sanctionné par un diplôme appelé baccalauréat.

L'enseignement secondaire technologique et professionnel est sanctionné par un diplôme de technicien.

c) L'enseignement supérieur :

- les universités ;
- les grandes écoles ;
- les instituts technologiques.

Il est à noter que les statistiques publiées ici ne concernent que les établissements sous tutelle du Ministère de l'Enseignement Supérieur à l'exclusion des autres relevant d'autres ministères.

3- La formation continue :

Elle vise l'alphabétisation et l'élévation constante du niveau culturel, moral, politique des citoyens.

Elle est organisée de manière à constituer avec l'enseignement scolaire un système intégré d'éducation permanente diversifiée selon l'âge des bénéficiaires et les besoins de la société.

Elle prépare au même titre que les enseignements scolaires aux examens et concours pour l'obtention des titres et diplômes délivrés sous la garantie de l'Etat.

Source : Extrait de l'Annuaire Statistique de l'Algérie 1985-1986, ONS, 1987.

Notes

[*] Institut des Sciences Economiques, Université de Tlemcen - Algérie -

[]** Communication présentée au Sème Colloque de Démographie Maghrébine, organisé par l'Association Maghrébine pour l'Etude de la Population A.M.E.P., à Alger les 13-14 et 15 Octobre 1991.

[1] Il s'agit des dépenses d'Assistance et solidarité et prévoyance sociale (issues de la ventilation et par partie des dépenses de fonctionnement) et des dépenses d'équipement de santé.

[2] Pour une analyse plus détaillée on peut se reporter à l'étude de R. Brahim, Démographie Algérienne, collections statistiques, n°17, édition 1989, O. N. S. Alger.

[3] Pour une présentation détaillée et à jour de la transition démographique, cf. John C. Caldwell, The Soft Underbelly of Development : Demographic Transition in Conditions of Limited Economic Change, 1990, Proceedings of the World Bank, 1990.

[4] J.-C. Chesnais, la transition démographique -Etapas, formes, implications économiques. PUF, Paris, 1986.

[5] Op. cité, 1979, p. 248

[6] Pour une analyse plus détaillée du système éducatif de ces dernières années cf. - A. Benachenhou, Planification et développement en Algérie, 1962-1980, Algérie, 1980. - Statistiques, n° 7, 1985, et n° 12, 1986.

[7] Le taux global d'analphabétisme est, selon les recommandations internationales, le rapport du nombre de personnes ne sachant ni lire ni écrire âgées de 10 ans et plus au nombre total de personnes des mêmes âges.

[8] Notons que le système d'enseignement en vigueur en Algérie précise que la scolarité des enfants est obligatoire et dure 9 ans. En annexe figure la structure du système d'éducation.

[9] Cf. Planning the Development of the Universities, vol. I. IPE, UNESCO Press, cité par D. Ferroukhi, 1986. p. 1.

[10] Pour une étude plus complète du système de santé algérien, cf. M. Khiatti, Quelle santé pour les algériens ? Editions "Maghreb Relations", Alger, 1990.

[11] A. Brahim, l'économie algérienne, OPU, Alger, 1991 et A. Benachenhou, op. cit.

[12] "La situation sanitaire s'est dégradée. L'accès difficile aux soins, le mauvais état des équipements souvent en panne, la pénurie de médicaments, le sous-encadrement et la mauvaise qualité du service et des soins ont non seulement terni l'image de la médecine mais illustrent bien l'écart entre le discours politique fondé sur l'octroi généreux des réformes (démocratisation de la santé, socialisation de la médecine, gratuité des soins, etc...) et la réalité quotidienne vécue de plus en plus pénible", A. Brahim, op. cit, pp. 289-290. Il ajoute plus loin : "répartition géographique inégale des hôpitaux, des unités sanitaires, du personnel médical, l'insuffisance de l'action sanitaire publique et notamment la mauvaise organisation du système de santé et la gestion déficiente de l'appareil sanitaire dont la productivité est très faible".

[13] Op. cit.

[14] N. Bosanquet, R. Delorme,.. Social Expenditure : 1960-1990. Problems of Growth and Control, Journal of Public Policy, Vol. 5, part 2, May 1985, pp. 133-168.

[15] Ainsi la Constitution de 1989 stipule dans les deux articles suivants le droit à l'enseignement et à la santé :

Article 50 : "Le droit à l'enseignement est garanti, l'enseignement est gratuit dans les conditions fixées par la loi. L'enseignement fondamental est obligatoire. L'Etat organise le système d'enseignement. L'Etat veille à l'égal accès à l'enseignement et à la formation professionnelle".

Article 51 : "Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. L'Etat assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques".

FATIMA-ZOHRA OUFRIHA [*]

De quelques points d'analyses comparées des systèmes de santé au Maghreb [**]

Dans les trois pays du Maghreb, parallèlement aux tentatives plus ou moins explicitement affirmées d'industrialisation, voire de mise en place et de construction de systèmes productifs nationaux autonomes ou de recentrage des économies nationales après les Indépendances, on a assisté à la mise en place de "systèmes" de santé à partir des embryons de structures sanitaires existantes. Ceci, tant dans leur aspect humain que matériel, en particulier à partir de pratiques thérapeutiques, mais aussi des principes et modalités de financement des activités de soins, bref de logiques même de fonctionnement plus ou moins héritées du système de soins français. Principes, procédures et logique de fonctionnement que l'on a voulu parfois dépasser, dans des tentatives plus ou moins radicales (la plus radicale à cet égard étant la démarche de l'Algérie) de remise en cause et dont les focalisations les plus importantes concerneront le statut des professions médicales. Mais partout, quoique à des degrés divers, l'accès de tous à la santé, du moins aux soins, va être posé comme un des objectifs principaux, voire "sacrés", que les pouvoirs politiques post-indépendance se devaient de réaliser. Peut-on alors y voir un des termes du pacte social et à l'extrême limite du consensus national ?

Cependant et de la même façon que pour chaque "système" productif national, en particulier dans sa composante industrielle, il semble bien que l'on ait dans les divers cas de figure, procédé de façon extensive : par multiplication des structures de soins et de personnels médicaux et paramédicaux. Ce faisant on mobilise par là d'importantes ressources plus ou moins collectives selon le cas, tant par le canal budgétaire que par celui de la Sécurité Sociale. Cette dernière étant plus ou moins largement développée en particulier selon l'extension de la salarisation et la volonté de socialisation de ces dépenses. Il semble bien que l'on ait procédé plus, à partir de cette démarche, à une extension du volume et du degré de médicalisation de la population par redéploiement et extension des ressources sanitaires sur l'ensemble du territoire que par une meilleure réponse aux problèmes de santé, qu'ils soient anciens ou nouveaux. Ce que traduit bien le profil de mortalité et de morbidité dans les trois pays - qui au-delà de leurs bouleversements n'en restent pas moins à des niveaux trop élevés, compte tenu des ressources mobilisées à cet égard. Ceci si l'on s'en tient aux seuls indicateurs globaux mais les plus "significatifs" (espérance de vie à la naissance, mortalité infantile) en la matière, et ce, à défaut d'instruments plus fins de mesure.

Il semble donc que l'on se trouve, ici et là, en présence de la nécessité d'une intensification :

- par une meilleure utilisation des ressources : (ce qui pose le problème des combinaisons productives et de leurs résultats sanitaires et/ou financiers) ;
- par une utilisation plus appropriée de ces ressources, ce qui pose le problème de l'adéquation des objectifs sanitaires et des moyens d'y parvenir ;
- mais aussi et surtout par une utilisation de moyens internes ce qui devrait se traduire par une restriction de l'appel à l'extérieur. Celui-ci semble particulièrement injustifié en certains de ses aspects tout en étant particulièrement onéreux et porteur de dépendance... Il y a donc lieu de passer du stade d'une "administration" aveugle à celui d'une gestion d'ensemble ayant en vue les répercussions macro-économiques bien sûr mais aussi plus soucieuses des différents paliers et niveaux de décisions.

Ceci d'autant qu'aux dysfonctions et problèmes générés par le fonctionnement propre de ces systèmes et qui leurs seraient donc endogènes, se posent et s'imposent les contraintes macro-économiques d'ensemble à travers une réduction des taux de croissance de la Production Intérieure Brute (PIB) suite à la "crise" économique. Celle-ci, étant aussi une crise des paiements extérieurs, pose de redoutables problèmes d'ajustements des équilibres extérieurs - donc de ceux induits par le fonctionnement du système de santé.

Les contraintes financières, qu'elles soient d'ordre interne ou externe, qui risquent de peser sur les systèmes de santé qui ont bénéficié jusque là de ressources croissantes, vont certainement contraindre à de nouveaux arbitrages, voire à de nouvelles procédures de régulation qui doivent être clairement explicitées en fonction des nouveaux objectifs à mieux définir.

Aussi l'organisation d'une réflexion maghrébine sur le thème d'une analyse comparée des trois systèmes de santé et de leurs résultats trouve sa justification pour plusieurs raisons.

La première c'est que dans nos trois pays les points de "départ" sont similaires au triple point de vue de la configuration des pathologies observées, du contexte socio-économique et culturel dans lequel elles s'insèrent, des principes de fonctionnement des systèmes de soins et de leurs modalités de financement comme résultat de transpositions plus ou moins partielles d'éléments du système français, lequel constitue une "réponse" spécifique et n'est pas forcément universel, ni transposable tel que.

La seconde c'est que depuis les Indépendances, les politiques de mise en place et de construction de systèmes de soins dans leurs multiples composantes ont suivi des cheminements plus ou moins différenciés affectant le redéploiement des moyens humains et matériels, les

principes de fonctionnement et d'articulation des différents constituants pour produire des résultats financiers et réels qu'il y a lieu d'évaluer et d'analyser à partir de concepts et d'instruments de mesure unifiés.

Enfin dans les trois pays et à des degrés, il y a "crise" des systèmes de santé, et les aspects économiques et financiers semblent y être au premier plan. Le problème de l'évaluation du "coût" de la maladie et de la maîtrise des dépenses de santé en particulier publiques et parapubliques vient à l'ordre du jour compte tenu non seulement du rythme propre de croissance de ces dépenses (taux de croissance) mais aussi et surtout des nouvelles données de fonctionnement des économies nationales et du contexte international dans lequel elles s'insèrent. Compte tenu aussi des fortes fluctuations des recettes d'exportation et de la crise en général qui affectent différemment les trois pays du Maghreb.

Depuis quelques années et dans chacun des trois pays se sont développés parallèlement des travaux d'économistes, de médecins, de sociologues ou de démographes abordant chacun dans son champ propre des aspects socio-économiques de la santé parfois à l'occasion d'une réflexion d'ensemble, le plus souvent par investigation de champs d'études spécifiques à chaque discipline.

La nécessité de confronter outils d'analyse, méthodes d'approches utilisées et résultats obtenus d'une part, de promouvoir des travaux de recherche en commun d'autre part, se fait actuellement ressentir.

Une rencontre entre chercheurs et spécialistes en matière d'analyse économique des systèmes de santé et de leurs résultats en termes monétaires et sanitaires et de réflexion sociologique sur les comportements et les logiques d'acteurs de tous les agents du système - aussi bien ceux qui l'impulsent que ceux à qui, il est "administré" (les usagers) - s'impose.

Elle permettrait de "faire le point" tout en confrontant études et recherches réalisées, résultats obtenus. Mais surtout elle permettrait d'établir et de renforcer des contacts et des réseaux d'échange scientifique qui en ce domaine semblent fort peu développés, au contraire d'autres champs d'étude (agriculture, technologie, industrie) ou disciplines (médecine, pharmacie...) plus fortement et plus précocement investis et qui ont prouvé leur utilité par ailleurs.

Elle pourrait aussi aider à la formulation et à la construction ensemble, d'outils et d'instruments d'analyse plus pertinents. C'est à dire mieux en adéquation avec les problèmes posés.

Dans ce contexte aussi une réflexion d'ensemble, pluridimensionnelle, concernant "l'efficacité" économique sanitaire et sociale des systèmes de santé au Maghreb à partir de démarches qui les interrogent, analysent, mesurent sur le double plan de leur fonctionnement interne et de leur articulation externe et extérieure nous semble très utile. Elle devrait se faire :

- par rapport au fonctionnement interne, c'est-à-dire par rapport à leur propre logique de systèmes de soins et/ou de santé, à partir ou, à travers les sous-systèmes constituants, les modalités d'articulation et de fonctionnement, les résultats en termes financiers et réels ;

- par rapport à leur articulation externe, c'est-à-dire par rapport à leur degré d'adéquation ou de pertinence quant aux types de réponses sanitaires apportée à des "besoins de santé" dont il y a lieu alors de spécifier comment ils sont identifiés et par qui, selon quelles procédures ; comment on les traduit alors en "actions" "programmes" ou "politique", quel type de hiérarchie des priorités elles posent et quel type de rationnement elles imposent ;

- par rapport à leur articulation extérieure ce qui pose tout d'abord le problème de la nature des connexions - ou de leur inexistence - avec les autres branches de l'économie nationale, ce qui amène directement à la mise en évidence de fortes articulations "extérieures" par le biais d'importations de médicaments et matériel biomédical accompagné de prestations liées en maintenance, de personnels spécialisés étrangers et d'envois à l'étranger pour soins spécialisés. C'est-à-dire en fait une forte externalisation du fonctionnement de ces systèmes dont des "inputs" significatifs proviennent quasi intégralement.

Le quotient de mortalité infantile diffère suivant les sexes. Il est de 44,5 pour mille pour les garçons et de 37,5 pour mille pour les filles. Cette surmortalité masculine est retrouvée toutes les années.

Les décès infantiles diminuent au fur et à mesure que le niveau d'instruction des mères augmente.

L'étude en fonction de la dispersion montre des quotients plus élevés en zones éparses ($46,7 \pm 5,3$ pour mille) qu'en zones agglomérées ($38,3 \pm 3,5$ pour mille).

Lorsque l'on fixe la dispersion, les mères analphabètes présentent toujours une mortalité infantile plus élevée.

L'étude des régions semble montrer pour l'ensemble de la période une augmentation des quotients du nord au sud du pays. Pour cette période, le quotient de mortalité infantile passe de $39,7 \pm 1,0$ dans les wilayas côtières à $41,1 \pm 4,4$ au niveau des hautes plaines et $51,0 \pm 13,2$ au sud du pays.

TABLEAU N° 1 : QUOTIENTS DE MORTALITE INFANTILE PAR DISPERSIONS ET REGIONS (pour mille)

Année	Dispersion		Région			Algérie
	Agglo	Epars	Tell	Ht Pl	Sud	
1985-1989	38.3 ± 3.5	46.7 ± 5.3	39.7 ± 4.0	41.1 ± 4.4	51.0 ± 13.2	41.1 ± 2.9

On note l'importance, constante sur toute la période de l'étude, de la mortalité néo-natale qui représente 46,2 % du quotient de mortalité infantile.

Si les enfants des mères illettrées sont plus nombreux à décéder entre un et onze mois d'âge que ceux des mères lettrées ; on ne note, cependant, pas de différence de la mortalité néo-natale suivant le niveau d'instruction.

ment de l'extérieur et dont il faut analyser les contenus, les logiques, chiffrer les coûts :

1- Financiers, c'est-à-dire en termes de devises dans des contextes de forte restriction de capacités d'importation.

2- En fait en termes de dépendance et de répercussions sur les schémas thérapeutiques.

Finalement quels ont été les effets de cette médicalisation accrue : Quelles conséquences de l'extension des systèmes de soins sur les économies nationales ?

Le problème de l'efficacité des systèmes de santé au Maghreb pourrait être abordé à partir des axes de réflexion suivants.

1- Le problème de la forte croissance des dépenses de santé et de son rapport à celui de la croissance économique saisie en termes de PIB. Ce qui pose le problème méthodologique de l'évaluation du "coût de la maladie" : mesure des ressources globalement affectées à la protection de la santé de la population et donc dans une perspective d'établissement de comptes nationaux de la santé, de la ventilation (possibilité de ventilation ?) de ces coûts par grands types d'affections ? Quel impact économique total de la maladie et donc des pertes des productions liées à la maladie ? (problèmes méthodologiques sous-jacents).

2- Essai de repérage de la fonction de production de l'appareil sanitaire. A travers cette fonction de coût mieux saisir le "produit" de l'activité hospitalière. Essayer de saisir pour chaque affection les "combinaisons techniques" adoptées ?

3- Partir des sources de financement pour cerner les modalités de répartition des "charges" qui pèsent sur les différents agents et dégager les redistributions postulées et/ou occultes qui résultent des modalités de financement des systèmes.

4- Au delà de l'amélioration de la démarche cognitive, essayer de dégager les "retombées" sur le plan politique et décisionnel. En effet l'établissement de "priorités" par le planificateur suppose mais ne se limite pas, à l'évaluation du coût des principales affections pour les responsables de la politique de santé. La mise en évidence d'un coût élevé peut-être le moyen de s'attaquer à des pratiques sociales dangereuses, quoique résistantes (tabac). Il peut être aussi le point de départ d'un changement d'affectation des moyens (eau) :

- à un niveau plus technique ;
- l'élaboration d'instruments d'aides à la décision (par ex, évaluer les "avantages" de programmes destinés à lutter contre telle ou telle

maladie) ;

- l'obtention d'une base de tarification ou de politique des prix du secteur sanitaire au niveau des différentes institutions ?

Le point de départ à une analyse plus vaste de la maladie et de la santé dans leurs déterminations complexes: sociales, culturelles, économiques et non plus seulement biologiques.

Ceci tout en sachant que la "rationalité" de la décision en matière de santé est complexe et multiforme et que le critère de coût intervient au milieu d'autres dans un réseau complexe à élucider. Ce qui nous pousse, à, non pas condamner, mais à relativiser la portée des évaluations en termes de coût.

Ce qui nous amène aussi au problème de la crise de financement de ces dépenses sur ressources socialisées -"budgétisées" (budget de l'Etat et de la Sécurité Sociale) qui se traduit par des politiques ou des stratégies de "maîtrise" de ces dépenses, lesquelles entraînent des modifications dans l'évolution des modes et des sources de financement à coup sûr mais qui prennent aussi souvent l'aspect de redéploiement des personnels médicaux, de modifications de règles de fonctionnement etc... Comment ont été gérées et affectées les contributions budgétaires ? Quelle a été l'évolution du rôle et du statut de la Sécurité Sociale par rapport à ce problème de financement mais aussi par rapport à celui plus large de "couverture".

A travers toujours ce "prisme" financier qu'elle a été la logique des acteurs en présence ? Les processus de transfert à l'oeuvre ? Concernant la politique même de maîtrise au-delà du constat nécessaire : Quels sont les explications avancées ? Quels ont été les moyens et paramètres d'action, les méthodes, les résultats ? S'agit-il en bref de politiques de rationalisation ou de rationnement ? S'agit-il d'amorces de politiques différentes de santé ?

2- Le problème de l'évolution de la démographie médicale et des statuts des personnels de santé : flux, lieux et modes de formation, "procédure" d'affectation et de répartition spatiale et professionnelle avec en particulier l'analyse des effets de cette croissance des effectifs sur les rémunérations, sur la croissance des dépenses, sur le rapport à l'Etat et à leur propre activité, sur la structure professionnelle et de qualification sur la conception même de leurs activités et des procédures (s'il en existe) d'évaluation.

Ces caractéristiques devant être rapprochées de celles des infrastructures et autres moyens matériels de la santé pour voir de quelle manière ils sont combinés entre les différentes unités et au sein même des unités de production de soins.

Il s'agit donc en clair de s'attacher à spécifier les articulations de l'ensemble des moyens affectés à la protection de la santé, de préciser le dimensionnement de ses composantes.

Quelle est l'efficacité technique globale et sanitaire c'est à dire quels sont les résultats obtenus non pas tant ou pas uniquement en termes d'activité, car l'objectif n'est pas de produire plus de journées d'hospitalisation ou de consultations, mais en termes de "niveaux de santé" ou au moins en termes de diminution de la mortalité générale et infantile de baisse de la morbidité, de suppression ou minimisation des séquelles et de la correspondance de ces "états de santé" par rapport aux objectifs proclamés du système.

Qu'est-ce qui explique la forte persistance des maladies facilement "évitables" alors que tout le "discours" politique postule la prévention ? Quel est le contenu de cette dernière quand elle existe ? Et par quels mécanismes se fait l'affectation des ressources collectives ? Ceci pose le difficile problème de modalités, et des procédures de l'évaluation du résultat de l'activité des services hospitaliers ou non - et des activités de soins préventives et/ou curatives. Ils peuvent permettre des affectations et des réorientations de crédits et de moyens. En bref, de la régulation des dysfonctions, accompagnée d'un minimum de clarté et de transparence dans l'affectation des moyens.

- Peut-on avoir des éclairages particuliers sur "l'efficacité" des unités de soins (hôpitaux, unités extra-hospitalières, cabinets ?) des programmes particuliers orientés sur un type de problèmes sanitaires ou une maladie spécifique ?

Il s'agit donc en bref d'apporter des éléments de réponse ou de réflexion pouvant s'articuler autour de :

- La nature du système de soins, les principes et modalités de fonctionnement quant à leur cohérence d'ensemble (y a-t-il vraiment "système") quant à leur pertinence (de quelle manière il répond aux "besoins"), quant à leur adéquation aux problèmes majeurs de santé publique (compte tenu de la relative médiocrité des résultats sanitaires).

- La nature et les formes de régulation qui opèrent aux différents niveaux de fonctionnement et de structuration des moyens et des activités et dont le problème de la maîtrise des dépenses de santé n'en est qu'une expression globale, macro-économique mais qui peut s'appuyer sur des instruments d'actions totalement différents.

Notes

[*] Professeur Agrégé à l'Institut des Sciences Economiques d'Alger Directeur de Recherche au CREAD

****]** Communication présentée au Colloque Maghrébin "les ressources humaines dans l'édification de l'UMA" organisé par l'Université CADI Ayad et l'Association du Grand Maghreb-Marrakech 13-16 Février 1991.

DAHMANE BOURAS [*]

Tentative d'évaluation du programme d'investissements du secteur de la santé []**

Les investissements consentis au secteur de la santé, au titre des programmes publics d'équipement, ont connu une évolution remarquable depuis le début de la période de planification pour atteindre leur point culminant durant le premier plan quinquennal.

Le coup d'arrêt qui leur est donné actuellement apparaît comme étant directement lié à l'existence d'un reste à réaliser physique et financier important, ainsi qu'à l'alignement de l'indice général de couverture sanitaire sur les indices cibles retenus par le planificateur, et ce à échéance de la réalisation de la totalité des projets retenus.

La réduction drastique du programme neuf est due pour une part à la contrainte de l'insuffisance des moyens de paiement extérieurs suscitée par la crise économique qui aura probablement pour effet si elle persiste, de conduire à une révision de la politique de développement du secteur telle qu'elle a prévalu jusqu'à maintenant.

L'optique sur laquelle se fonde le développement du secteur accorde une place privilégiée à l'extension du réseau des infrastructures pour aboutir à un niveau de densification acceptable du point de vue des établissements de soins combinant des critères géographiques et de spécialités médicales, et du point de vue des plateaux techniques requis. La couverture sanitaire est ainsi réalisée par le biais d'investissements relativement volumineux, massivement dirigés vers les infrastructures lourdes ainsi que le montre la structure en valeur des investissements.

Par ailleurs, les actions de programmation sanitaire, engagées à différentes périodes de planification, ont servi de cadre à la mise en oeuvre de la politique des investissements en lui fixant une somme d'objectifs alternés.

La mise en oeuvre de cette politique s'est cependant heurtée aux problèmes de maîtrise des conditions de réalisation des investissements faussant ainsi la programmation établie et conduisant à une remise en cause des objectifs fixés. D'autre part, l'importance relative des moyens financiers accordés au profit du secteur, sans support de gestion appropriée, a eu pour conséquence de susciter différentes formes de gaspillage (surcoût, allongement des délais,...) et d'entraîner de multiples incohérences dans la mise en oeuvre des projets de développement de même qu'elle conduit à la tentation de réduire des problèmes de couverture sanitaire à de simples opérations de dotation en infrastructures. De ce fait, une relative désarticulation est introduite entre

le processus de développement du secteur par le biais du renforcement de son assise matérielle et des conditions réelles de prise en charge en termes d'utilisation rationnelle des moyens, d'intégration des activités et de satisfaction des besoins. La logique d'extension des moyens est progressivement substituée à l'obligation de résultats. Cette logique des moyens vaut autant par la neutralité des thèses et des positions qui l'animent que par son caractère déresponsabilisant. Cependant, confrontée à des critères d'efficacité qui fondent toute approche économique, elle n'en présente pas moins les inconvénients majeurs de rendre prohibitif le coût de la couverture sanitaire ainsi réalisée et de rendre problématique la perspective d'une prise en charge réelle des besoins.

Devant l'étendue d'un tel sujet qui implique une pluralité d'approches, nous nous limiterons, dans le cadre de cette contribution, à tracer les principaux axes qui fondent la politique de développement du secteur pour en montrer la rationalité d'ensemble ainsi que les incohérences et les limites qui résultent de sa mise en oeuvre. L'analyse de l'évolution des programmes d'investissements qui lui ont été concédés nous permettra également, à un second niveau, d'apprécier les conditions de coûts et de délais dans lesquels sont réalisés les projets.

L'objectif sous-jacent à cette approche est de s'interroger sur les conditions passées et actuelles de maîtrise du développement du secteur aussi bien au stade de la conception de ce développement qu'à celui de sa mise en oeuvre, ces deux aspects étant situés dans le prolongement l'un de l'autre.

La tentative d'évaluation de la programmation sanitaire telle qu'elle est mise en oeuvre aidera à comprendre la portée des choix effectués et les indices majeurs que ces choix impliquent sur le fonctionnement du système.

I. L'EVOLUTION DES AXES DE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR

Le regard rétrospectif qui peut être jeté sur l'évolution du secteur de la santé éclaire un développement fait de discontinuités. Il ne s'agit pas d'une remise en cause des fondements de la politique sanitaire mais d'un processus de reformulation de la stratégie du secteur pour atteindre les objectifs globaux fixés. Le souci mis en avant est de mieux couvrir les besoins exprimés, ce qui conduit à une révision de l'approche des problèmes de santé au fur et à mesure de leur identification et, par voie de conséquence, à un redéploiement des moyens du secteur.

Si l'identification des besoins et des créneaux de demande est restée fragmentaire, l'élargissement de l'offre constitue par contre le point d'achoppement de la totalité des tentatives de programmation sanitaire.

En l'absence d'un système de référence qui aurait permis d'orienter l'offre de soins, la fixation volontariste de seuils de couverture en termes d'indices cibles offre à la programmation sanitaire l'avantage de pouvoir se situer par rapport à des objectifs qu'il s'agit d'atteindre graduellement. Les paramètres de l'offre peuvent d'ailleurs être modulés suivant une

diversité de critères, dont la régionalisation et la hiérarchisation des soins.

Côté demande, la gratuité des soins combinée à d'autres déterminants exogènes qui sont l'accroissement démographique, le désenclavement des populations, l'amélioration des communications, ont conduit à une extension des canaux d'expression. De fait, la demande de soins a connu une progression très importante en l'espace d'une décennie, ce qui a eu pour effet d'amplifier le déficit enregistré en termes d'infrastructures et de moyens humains. Ni les capacités de prise en charge existantes, ni le niveau de performance d'ensemble du système de distribution de soins n'autorisaient un niveau de prestation en adéquation avec la demande ainsi exprimée aussi bien en termes quantitatifs que, a fortiori, qualitatifs.

L'approche des problèmes de santé publique qui fondent la politique sanitaire révèle un hiatus entre une demande incontrôlée, possédant de fortes corrélations avec des domaines connexes à la santé et susceptible d'être prise en charge à ce niveau et une offre qui se préoccupe davantage des questions de moyens que des problèmes d'organisation et d'économie.

Le contexte et le contenu de la programmation sanitaire ont cependant évolué progressivement avant de connaître le stade de formalisation qui les caractérise actuellement. Pour saisir cette évolution et par là même les traits dominants de la planification du secteur, il apparaît nécessaire de retracer très brièvement les différentes étapes qui ont marqué l'élaboration de la politique sanitaire.

A ce sujet, on peut distinguer quatre phases principales qui gardent un caractère chronologique marqué :

- Une phase de réorganisation du secteur et de redistribution des moyens disponibles qui couvre la période comprise entre les deux premiers plans ;
- Une phase de recentrage du développement du secteur à la lumière des nouvelles dispositions relatives à la gratuité des soins qui correspond à la période couverte par le 2ème plan quadriennal ;
- Une phase de développement intensif marquée par la mise en place des principaux éléments de la politique sanitaire à l'occasion de la mise en oeuvre du 1er plan quinquennal.
- Une phase de stabilisation de la croissance du secteur caractérisée par la tendance (l'affirmation) à la prise en charge des aspects qualitatifs de la santé et qui démarre avec le 2ème plan quinquennal.

1.1. La première phase s'échelonne de 1967 à 1974. Elle est marquée par l'absence d'un système de programmation sanitaire organisé. Durant cette période, les actions engagées se sont limitées à une redistribution de moyens par l'extension de la couverture sanitaire en surface et par la correction des disparités régionales sans accroissement de la capacité en lits d'hôpitaux [1] ; la mise en place d'une infrastructure légère devait permettre de développer la prise en charge des soins ambulatoires.

L'indice de couverture sanitaire à la veille du 1er plan quadriennal était en moyenne relativement satisfaisant dans la mesure où il permettait d'atteindre des seuils de 1 lit pour 300 habitants et d'une unité sanitaire (légère) pour 8000 habitants. Il n'en demeure pas moins que le niveau de prise en charge, la qualité de la prestation des soins et le déficit en personnel médical vidaient complètement de sa substance le concept de couverture sanitaire. De plus, les déséquilibres dans la répartition des infrastructures et du personnel médical entre les grandes villes et l'arrière-pays introduisaient de profondes distorsions sur le plan de la prise en charge médicale. Aussi les programmes spéciaux des wilayates et le 1er plan quadriennal ont-ils tendu vers des objectifs d'amélioration des capacités d'accueil des wilayates déficitaires et de redistribution des moyens, notamment humains du secteur. En termes d'investissements, le volume des inscriptions était limité et portait :

- Pour le plan triennal sur 10 hôpitaux, 82 centres de santé et 109 polycliniques ;
- Pour le premier plan quadriennal sur 8 hôpitaux (dans le cadre des programmes spéciaux des wilayates), 24 polycliniques et 232 centres de santé. Les infrastructures légères étaient surtout destinées au renforcement du dispositif de consultation et à créer les conditions d'une bonne organisation préventive.

La contrainte des moyens humains n'a cependant pas permis d'atteindre les objectifs fixés. Les retards pris dans la réalisation des projets ont entraîné une dégradation de l'indice de couverture ; le nombre des lits pour 1000 habitants est descendu à 2,5 en 1974.

1.2. L'année 1974, qui voit débiter la seconde phase, marque une rupture vis-à-vis de l'ancien système de santé avec l'entrée en vigueur de la gratuité des soins. En liaison avec cette nouvelle donnée, les tentatives de programmation sanitaire réalisées dans le cadre de la "P.S.P" allaient fournir une base méthodologique pour l'évaluation des problèmes de santé publique tout en introduisant des éléments de rationalisation dans la définition de modes d'intervention spécifiques (suivant un axe pathologique) et en systématisant les actions engagées à l'ensemble des domaines juxtaposés, influant directement sur l'état de santé de la population.

L'identification des problèmes de santé est ainsi faite suivant les relations de causalité qui les lient à leur contexte pathologique, économique, culturel, suivant le champ d'expression des problèmes ainsi identifiés. Il est procédé, dans un second temps, à la fixation des objectifs à atteindre à partir de l'évaluation des moyens disponibles ou susceptibles d'être mis en oeuvre. Les stratégies alternatives qui sont élaborées à partir de cette démarche sont traduites en "programmes de développement sanitaire" [2] sur la base d'une quantification des moyens et de l'identification des axes devant servir de support à la mise en oeuvre de ces programmes. Une unité de moyens pouvait servir de base à un ensemble d'activités communes combinant simultanément plusieurs stratégies.

La volonté de réalisation n'a malheureusement pas pu transcender la réalité des moyens et la programmation proposée péchait par excès d'ambition en référence aux moyens disponibles. En particulier, le manque de personnel et d'encadrement a joué le rôle de frein à la mise en oeuvre des programmes arrêtés. D'autre part, la rigidité des structures et le manque d'information combinés à l'opacité de l'environnement ont réduit les actions engagées à un niveau superficiel. Aussi la PSP, à de rares exceptions qui ont valeur d'exemple n'a pas atteint les objectifs qu'elle s'était fixés faute d'une prise en charge des exigences en moyens induits par la programmation.

Sur le plan des infrastructures, le 2ème plan quadriennal a lancé un programme assez important de structures légères constitué de 154 polycliniques, de 317 centres de santé et de 25 maternités. Ce programme correspond à une tentative de prise en charge de la demande additionnelle en infrastructures résultant de l'application de la gratuité des soins. Il correspond également à une tentative de dotation systématique de l'ensemble des centres de vie en unités de soins de premiers recours ; dans cette perspective, la demande induite par la mise en oeuvre des plans communaux de développement, les plans de modernisation urbaine et la politique des villages socialistes agricoles a été en proportion assez considérable.

Le programme des infrastructures lourdes a porté sur la réalisation de 7 hôpitaux ainsi que l'aménagement de l'équipement d'autres unités. Ce programme limité devait contribuer, dans le prolongement du précédent, à rétablir certains équilibres géo-sanitaires et renforcer la couverture médicale. Le choix effectué portait principalement sur la prévention et la prise en charge rapprochée et la plus large possible des soins de santé primaire.

Entre 1966 et 1980, l'évolution enregistrée au plan de la dotation en moyens humains et matériels n'a pas beaucoup évolué en dépit des programmes inscrits. On comptait, en 1969, 40500 lits pour 13095000 habitants contre 45000 lits pour 17 860 000 habitants à la fin de cette période, soit une détérioration de l'indice lits/habitants. Les signes d'un retard structurel dans la réalisation des investissements commençaient à apparaître alors que "l'organisation sanitaire en place reste insuffisamment productive et aurait pu assurer une meilleure utilisation des installations et du personnel médical. Cette faible efficacité de l'appareil sanitaire entraîne une surcharge de demandes en soins primaires au niveau des hôpitaux qui ne peuvent de ce fait, jouer leur rôle primordial dans le soins spécialisés" [3].

1.3. La P.S.P n'ayant pas conduit aux résultats escomptés, la reformulation de la politique sanitaire à l'occasion de la mise en oeuvre du 1er Plan Quinquennal constitue l'occasion d'un redémarrage du secteur. En particulier la mise en oeuvre de la carte sanitaire devait permettre de rationaliser l'offre de soins.

L'objectif recherché était "la densification du réseau sanitaire de base pour prendre en charge la demande en soins primaires et servir d'assise au développement de l'action préventive. Ce large éventail d'unités de

premier recours est complété par un programme d'implantation de structures hospitalières de manière à assurer l'ensemble de la gamme de soins (généralistes, spécialisés et hautement spécialisés) au niveau d'une aire géo-sanitaire définie" [4]).

En s'appuyant sur une démarche différente de celle utilisée pour la programmation sanitaire, la carte sanitaire se fonde sur plusieurs types de critères (démographiques, pathologiques, socio-économiques et de localisation des populations) avec un système de prise en charge intégré et une prestation de soins hiérarchisée [5].

D'autre part, la mise en oeuvre d'un plan de sectorisation sanitaire durant la période devait constituer le cadre de référence aux options retenues par la carte sanitaire alors que le critère de régionalisation de l'offre tendant à devenir un critère dominant parmi tous les autres critères.

De nombreuses critiques ont été formulées à l'endroit de la carte sanitaire et la remise en cause d'une partie de ses objectifs constitue la preuve incontournable de son inadaptation. En fait et par rapport à la richesse du modèle théorique de base, son application s'est trouvée réduite à sa plus simple expression. La majeure partie des critères devant servir de déterminants à la fixation d'objectifs régionalisés ont été abandonnés, faute d'informations. Ce biais a eu pour conséquence majeure d'introduire une cassure entre la nature et la spécificité des besoins ressentis et l'offre de soins restée à l'état d'un schéma théorique conceptuellement extraverti.

Critiquant la carte sanitaire, Kaddar note qu'"aucune finalité explicitée n'est attribuée au système de soins de telle sorte que la question des besoins de santé et des modes d'organisation sanitaire et sociale à privilégier est totalement occultée" [6]. Ainsi des aspects importants liés à l'environnement tel que le problème de l'alimentation en eau potable, la prévalence des maladies à transmission hydrique ou encore la couverture sanitaire dirigée vers des catégories particulières de population (enfance, 3ème âge,...) sont restés à l'état d'énoncés de principe.

L'offre de soins est réduite à des normes de lits et d'infrastructure légères par habitant dont on ne sait comment elles sont fixées. Leur caractère standardisé et uniformisé conduit à s'interroger sur leur référence propre et leur rationalité sans ignorer davantage les caractéristiques afférentes à la distribution de la population et que la carte sanitaire passe sous silence.

Le plan de distribution des soins confère à l'hôpital un rôle stratégique de centre nerveux alors que les unités légères sont confinées dans des rôles subalternes sans possibilité d'autonomisation. La gestion d'un secteur sanitaire dominé par l'hôpital conduit très souvent à une affectation inéquitable de moyens tant humains que matériels au désavantage des structures légères.

Sans tendre vers l'exhaustivité ces observations mettent en lumière les insuffisances attachées à la carte sanitaire et aux principes directeurs de la programmation sous-jacente. En plaçant l'offre de soins comme

principe actif de la programmation sanitaire, la carte sanitaire confirme le choix de la solution médicale donnée aux problèmes de santé publique et place ainsi l'hôpital en tant que pivot central de l'organisation du système de soins.

En renforcement des infrastructures existantes pour la mise en oeuvre des options retenues, le plan quinquennal 80-84 a permis l'inscription en autorisations de programmes de 12,92 milliards de dinars soit près de 2,5 fois, plus les autorisations de programmes consenties de 1967 à 1980. Le programme d'infrastructures correspondant met l'accent sur les infrastructures lourdes avec l'inscription de 60 hôpitaux totalisant une capacité de 11300 lits (soit près du quart de la capacité globale disponible à fin 84).

Dans ce programme 36 hôpitaux totalisant une capacité de 6500 lits ont été confiés à des constructeurs étrangers dans le cadre du programme préfabriqué.

Le programme des infrastructures légères bien financièrement moindre par rapport aux hôpitaux n'en est pas moins important dans la mesure où il porte sur l'inscription de :

- 167 polycliniques (sur un nombre total estimé à 292 à fin 1989) ;
- 301 centres de santé (sur un nombre total de centres de santé estimé à 911 à fin 1984) ;
- 87 maternités ;
- 17 laboratoires d'hygiène de wilaya.

L'ampleur de ce programme traduit un effort de dotation en infrastructures et en équipement sans précédent. A lui seul, il change la configuration du secteur par rapport à ses moyens d'intervention. Cette masse de projets n'est cependant pas sans poser des problèmes de programmation et de mise en oeuvre complexes et multiformes : affectation de moyens de réalisation, planning d'entrées en service, prise en charge des coûts de fonctionnement induits.

La gestion d'un programme d'investissements aussi volumineux, par les efforts qu'elle requiert, oblige à y consacrer toutes les énergies reléguant au second plan les problèmes liés au fonctionnement des structures déjà opérationnelles.

1.4. La quatrième phase débute avec le plan d'action adopté par le Gouvernement en Mai 1984 qui fait de la prévention l'axe prioritaire et la base de la politique nationale de santé. Cette réhabilitation de la prévention se justifie au regard d'une statistique "toute simple" montrant que 80 % de la demande en soins regroupe des maladies infectieuses et transmissibles[7].

Le programme mis en oeuvre à partir du 2ème Plan Quinquennal est axé sur la prévention, le développement des soins primaires, l'organisation des structures de santé pour faire face aux urgences et la rentabilisation des moyens mis en oeuvre.

La prépondérance de l'axe préventif ne remet pas en cause les éléments d'organisation en place sauf en ce qui concerne la volonté affichée de réhabilitation des infrastructures légères et de la médecine légère pour contrebalancer les effets de l'hospitalo-centrisme. En termes de moyens, les indices cibles retenus par la carte sanitaire sont revus en baisse et les nouvelles normes adoptées sont de :

- 2 lits pour 1.000 habitants ;
- 1 polyclinique pour 48.000 habitants ;
- 1 centre de santé pour 12.000 habitants.

Etant donnée l'ampleur des programmes engagés notamment durant le 1er Plan Quinquennal, les déficits dégagés à partir de ces seuils de références deviennent minimes, ce qui conduit à la fixation d'un programme très léger ne comportant comme infrastructures en tout et pour tout que :

- 21 polycliniques ;
- 24 centres de santé ;
- 7 maternités ;
- L'aménagement de services (cardio-vasculaires (2) et de radiothérapie (2)) ;
- La reconversion de structures administratives (centres payeurs de la Sécurité Sociale...) en hôpitaux et ce pour les deux premières années du Plan (1985 et 1986).

Les nouvelles orientations imprimées au développement du secteur, à la faveur du programme d'actions décidé en 1984, traduisent des changements qualitatifs d'une portée considérable en mettant en cause les axes de développement et de gestion qui ont prévalu jusqu'à maintenant. En particulier, la réhabilitation des structures légères et leur intégration dans le cadre d'un système de prévision organisé aidera à rompre avec la conception médicale de la santé qui a dominé le développement du secteur. D'autre part, une plus grande attention accordée aux conditions de fonctionnement des structures conduira à une plus grande rigueur dans la gestion du patrimoine et aidera la santé à "faire ses comptes". Ces deux projets peuvent apporter à eux seuls la plus grande partie des solutions des problèmes qui se posent au système de santé. Il reste à savoir si ces projets ne vont pas se heurter aux pesanteurs qui caractérisent le secteur.

II. LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES PROJETS D'INVESTISSEMENTS

Les programmes d'investissements dont le secteur de la santé a bénéficié à différentes périodes de planification montrent un effort de dotation accru destiné à résorber le déficit enregistré dans le domaine des infrastructures. A l'examen du nombre et de la consistance des projets inscrits, force est de constater que la configuration du secteur a été complètement modifiée dans le sens d'un renforcement de son potentiel et de ses moyens d'intervention.

Néanmoins, la prise en charge des projets d'investissements a souvent souffert d'un manque de suivi, ce qui a conduit à une série de réajustements en hausse des autorisations de programmes (A.P) initiales, de reconversion de projets ou de remises en cause pures et simples. En plus des conditions générales -nationales- de réalisation des investissements qui font peser une série d'incertitudes sur les échéances et les coûts, les données propres au secteur ajoutent en complexité à la mise en oeuvre et à la gestion de projets de développement.

En abordant très succinctement les contraintes de réalisation des infrastructures parce que n'étant pas spécifiques au seul secteur de la santé, nous accorderons un peu plus d'importance aux problèmes relatifs à la gestion des projets par les structures de santé ainsi que ceux ayant trait aux conditions de mise en service de ces infrastructures.

Le profit escompté de cette investigation est de mettre en évidence les principales insuffisances attachées à la gestion des projets et leurs incidences sur les coûts et les délais de réalisation.

2.1. Les contraintes de réalisation :

La maîtrise des conditions de réalisation des investissements offre plusieurs axes d'investigation mais qui débouchent néanmoins sur les deux préoccupations centrales que sont les délais et les coûts. Ces deux paramètres résument à eux seuls l'ensemble des contingences attachées à la mise en oeuvre des projets d'investissements et montrent avec autant de brièveté que d'éloquence tous les avatars de la programmation établie.

Le champ des causes apparaît tout à fait complexe en impliquant divers niveaux d'opérateurs, d'étapes de réalisation, de constructeurs et en fixant, a priori, les modalités d'intervention des instances concernées. Aussi les conditions de programmation initiale, de synchronisation des interventions sur site et de suivi de réalisation pèsent-elles d'un poids déterminant sur les coûts et les délais ?

A un premier niveau, les contraintes découlant des procédures d'individualisation, d'établissement des plans de financement des projets et la mise en place des conditions préalables au démarrage des chantiers sont sources de retards importants. Elles se répercutent directement sur les moyens de réalisation et les possibilités de financement existantes en perturbant -bouleversant- le calendrier de mise en oeuvre. La désorganisation de la programmation qui en résulte conduit à une suraccumulation de projets qui sont le plus souvent lancés dans un intervalle de temps très restreint ce qui pose, par voie de conséquences, les problèmes des capacités de réalisation.

La mise en oeuvre de la décentralisation, à partir du 1er Plan Quinquennal, en sollicitant massivement le concours des entreprises locales de réalisation a atténué la pression qui s'exerçait sur la prise en charge des projets mais en même temps a créé d'autres types de problèmes de maîtrise et de suivi. En dépit de la typification des infrastructures et de la normalisation des coûts de réalisation, très rares

sont les projets à avoir été réalisés dans les conditions initialement prévues.

Les infrastructures légères sont prises en charge par les entreprises locales (de wilaya et communales) quelquefois dans un cadre de réquisition et, accessoirement, par les entreprises du secteur privé. La typification des infrastructures ne prémunit pas contre diverses formes d'expressions architecturales incontrôlées qui peuvent aller jusqu'à altérer les caractères de fonctionnalité attachés aux établissements. D'autre part, les conditions locales de réalisation présentent l'inconvénient majeur de ne pas permettre une bonne maîtrise des différents paramètres liés à la gestion et au suivi des projets. La résultante en est un dépassement systématique des plannings et des échéances de réalisation alors que les réévaluations de coûts des projets deviennent un dénominateur commun à l'ensemble des entreprises tant publiques que privées.

Les infrastructures lourdes sont prises en charge par les entreprises nationales avec le concours des entreprises étrangères à partir du 1er Plan Quinquennal, justifié par la faiblesse des capacités nationales de réalisation. La comparaison des délais entre un mode de réalisation en dur assuré par les entreprises nationales et le programme en préfabriqué confié aux entreprises étrangères qu'à coût équivalent d'individualisation, les infrastructures réalisées par les entreprises nationales requièrent trois fois plus de temps en moyenne. Les délais contractuels de réalisation étant de 36 mois, les hôpitaux en traditionnel sont réalisés dans une plage de temps de 9 ans à compter du lancement des études.

L'ampleur du programme consenti au secteur de la santé, notamment à partir du premier Plan Quinquennal et le peu d'entreprises spécialisées dans la réalisation des infrastructures sanitaires ont conduit à un gonflement des plans de charge de ces dernières sans qu'elles soient en mesure de réaliser suivant les dispositions contractuelles de coût, de délai et de qualité.

En dépit d'une accélération de la consommation des crédits observée à partir de 1985, les projets continuent néanmoins d'être révisés dans le sens de la hausse en matière de délais de réalisation.

Si le contenu de la typification des infrastructures élaborée par l'ETU ne semble soulever aucune critique de fond en raison de la pertinence des normes retenues, les problèmes les plus importants résident dans la qualité du bâti et dans la finition des locaux. Le suivi technique des chantiers n'étant pas systématiquement assuré par le bureau d'études, où le maître d'oeuvre en général, les malfaçons ne sont repérées qu'une fois l'établissement réceptionné et mis en service. Ce sont parfois les restrictions imposées dans les réévaluations qui se répercutent directement sur la qualité des travaux ainsi que sur la configuration de l'établissement. Pratiquement tous les hôpitaux réalisés en dur par les entreprises du secteur public sont concernés à des degrés divers par les problèmes de finition. Les malfaçons sont la cause d'une dégradation accélérée des établissements, créant des situations d'inconfort et de non fonctionnalité et pesant d'un poids quelquefois important sur les coûts de fonctionnement.

Ainsi, le lancement massif d'infrastructures sur des périodes de temps assez courtes et les insuffisances dans la maîtrise de la conception et des délais de réalisation des projets ont produit une somme d'effets pervers dont le gonflement artificiel des coûts et les perturbations engendrées au niveau du programme tout entier par reports successifs d'entrées en service ne sont pas les moindres. Les conditions de réception et de mise en fonctionnement des infrastructures exigent un minimum de coordination avec d'autres éléments qui ne sont plus assurées face à des livraisons massives, décalées par rapport à leur programmation initiale.

2.2. Les incidences sur les délais et les coûts de réalisation :

A l'instar de la typification des infrastructures, les coûts des projets sont établis suivant une grille de coûts normatifs. Ces derniers sont calculés et actualisés sur la base de normes de productivité du travail, de délais de réalisation, de coût des matériaux et des équipements, mais aussi sur la base des estimations de coûts confirmées par l'expérience du terrain. Les coûts normatifs ainsi obtenus sont pondérés par des coefficients reflétant les surcoûts qui peuvent résulter des conditions de localisation des projets de développement.

Suivant la grille de coûts ainsi établie, la maîtrise des projets du secteur renvoie principalement à la maîtrise des coûts dans le BTP, l'équipement médical ne représentant environ que 12 % du total et étant importé. L'évolution des coûts enregistrée sur 5 ans montre un gonflement important du coût du BTP et particulièrement du gros oeuvre au détriment de l'équipement médical principalement. La chute enregistrée est probablement due aux restrictions imposées dans le domaine des importations. Le coût de la réalisation a augmenté d'une manière non proportionnelle pour les catégories d'établissement : il a crû de 43,7 % pour les hôpitaux de 240 lits contre un taux de croissance de 63,9 % pour les hôpitaux de 120 lits.

TABLEAU N° 1
ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE DE COÛTS DES HOPITAUX DE 120 ET 240 LITS

Désignation	Structure 1983				Structure 1987				Taux d'accroissement 1983-1987 %	
	Hôpitaux 120 lit		Hôpitaux 240 lit		Hôpitaux 120 lit		Hôpitaux 240 lit		H. 120 lits	H. 240 lits
	1000 DA	%	1000 DA	%	1000 DA	%	1000 DA	%		
Études	2500	5.28	3500	5.1	2500	3.22	3850	3.91	0	10 %
GROS-Œuvre VRD	18400	38.92	26500	38.67	46000	58.06	51500	52.23	144.5	94.3
Second-Œuvre	17600	37.23	25350	37.0	21200	27.35	30000	30.46	20.4	18.3
Équipement (*)	6500	13.75	10900	15.9	6600	8.52	10950	11.06	1.5	0.4
Logements d'accompagnement	2275	4.81	2275	3.32	2200	2.84	2200	2.23	- 3.3	-3.3
TOTAL	47275	100	68525	100	77500	100	98500	100	63.9	43.7

(*) L'équipement médical représente environ 15 % du total équipement.

Les coefficients de pondération des coûts s'appliquant à la grille précédente sont fixés par rapport aux quatre niveaux suivants :

- Zones du littoral : 100 % du coût normatif ;
- Zones des hauts plateaux : 115 % du coût normatif ;
- Zones pré-sahariennes : 130 % du coût normatif ;
- Zones sahariennes : 150 % du coût normatif ;

Confrontée aux données du terrain la grille des coûts révèle son inadaptation en raison de son décalage par rapport aux conditions objectives de réalisation. Les coefficients de pondération de coûts sont eux-mêmes sans signification en raison de l'existence de contraintes différentes dans une même zone théoriquement homogène pouvant influencer significativement sur les coûts dans le sens d'une hausse ou d'une baisse.

Si la grille des coûts normatifs sert de base à la détermination du coût global des enveloppes des projets, il n'en demeure pas moins qu'elle constitue un coût plancher à partir duquel sont introduites les demandes de réévaluation.

Les exemples suivants, qui ne constituent cependant pas des cas d'espèce, illustrent le hiatus existant entre les coûts normatifs et les coûts réels observés.

TABLEAU N° 2
EVOLUTION DES COÛTS ET DES DELAIS DE REALISATION DE QUELQUES PROJETS D'HOPITAUX DE 240 LITS

	Azzazga		Draa El Mizan		Bou-Saâda		El Harrach		Constantine	
	Année	1000 DA	An-née	1000 DA	An-née	1000 DA	An-née	1000 DA	Année	1000 DA
Individualisation	75	14800	75	14800	75	14800	80	70000	80	70000
1ère réévaluation	78	52260	78	49105	78	40598	85	80500	87	83850
2ème réévaluation	81	61360	81	58205	81	49618	86	87500	88	111350
3ème réévaluation	85	85000	85	81500	84	65118	88	108500		
4ème réévaluation	88	16900	88	104000	85	78418				
5ème réévaluation					86	90970				
6ème réévaluation					86	104500				
7ème réévaluation					87	109000				

Les coûts ont été multipliés par 8 environ pour les trois hôpitaux programmés durant le 2ème Plan Quadriennal, alors que les délais de réalisation ont à chaque fois dépassé les 10 ans à partir du moment où les études ont été engagées.

L'inadaptation de la grille des coûts d'une part et l'allongement des délais de réalisation d'autre part ont conduit à une surenchère des coûts de réalisation sans pour autant que l'on puisse prouver le bien-fondé des demandes de réévaluation par minoration des autorisations de programmes initiales ou leurs excès par insuffisance de maîtrise des conditions de réalisation des projets.

Il y a probablement interférence des deux facteurs sans pouvoir situer les proportions respectives. En tout état de cause, l'ampleur des réévaluations introduites contribue à remettre profondément en cause le

système de gestion planifiée des investissements tel qu'il a prévalu jusqu'au 2ème Plan Quinquennal. A titre indicatif, l'autorisation de programme initiale du programme A (triennal et premier quadriennal) a été fixée à 987.569 milliers de DA ; actualisée à fin 84, elle est réévaluée à concurrence de près de 1,7 million de DA pour se fixer à 2,75 millions de dinars. A la fin 84, l'AP du programme B est passé de 3 milliards (AP initiale) à 4 milliards de dinars avec des perspectives de clôture plus élevées.

La contrainte des moyens de réalisation conduit à des consommations de crédits très faibles par rapport aux inscriptions de chaque année.

TABLEAU N° 3
EVOLUTION DES INSCRIPTIONS ET DES CONSOMMATIONS DE
CREDITS ENTRE 1980 ET 1986
(en milliers DA)

Année	80	81	82	83	84	85	86	Cumul 80-86
Inscriptions	2560	1830	3120	4800	1100	1260	470	15140
Consommation	360	390	1040	1610	1970	1520	1790	8680
Taux de consommation	14.1	21.3	33.3	33.5	179.1	120.6	380.8	57.3

Source : Ministère de la Planification.

A fin 1986, sur un montant global de 19,654 milliards de dinars d'autorisation de programmes accordés au secteur, le reste à réaliser se chiffre à 9,86 milliards de dinars soit la moitié du programme tout entier.

En ne prévoyant aucune inscription pour les années à venir, il faudrait quelques 5 ans et demi pour absorber le reliquat des investissements au même rythme de consommation que celui de l'année 1986.

En termes de réalisations physiques, à fin 1984, il a été livré seulement :

- 37,4 % des hôpitaux;
- 42,8 % des polycliniques;
- 51 % des maternités;
- 41,3 % des centres de santé.

Les projets d'investissements n'ont pu être sérieusement pris en charge du point de vue de leur réalisation que tardivement. L'importance du programme retenu dans le cadre du 1er Plan Quinquennal a contribué à créer un engorgement massif de projets.

D'une manière générale, la résolution du problème des moyens de réalisation s'est, le plus souvent, effectuée au détriment du suivi des coûts, ce qui a d'ailleurs conduit à des réévaluations de programme en proportion considérable.

2.3. Les conditions de mise en service des infrastructures :

Ces conditions influent directement sur le fonctionnement et la rentabilisation des structures sur une période plus ou moins longue.

La dotation initiale en moyens requis pour permettre l'entrée en service et **le fonctionnement régulier de tout établissement est un élément important**

d'une bonne prise en charge et d'une intégration de ses activités.

Dans les cas des établissements sanitaires, la synchronisation est à réaliser entre trois composantes : les infrastructures, le personnel médical et l'équipement. Les problèmes afférents aux retards de livraisons présentent des incidences négatives sur les conditions de mise en service des infrastructures et les modalités d'agencement des différentes composantes. La programmation réalisée est l'objet de perturbations qui tendent à différer les entrées en services et à allonger les délais de montée en cadence. Dans ce contexte, les livraisons massives d'infrastructures bouleversent complètement les plannings les plus larges. Entre 1980 et 1984, il a été réceptionné :

- 27 hôpitaux totalisant 10.740 lits ;
- 130 polycliniques ;
- 276 centres de santé ;
- 30 maternités ;
- 10 laboratoires d'hygiène de wilaya.

Beaucoup plus concentrée est la livraison des hôpitaux durant la période considérée puisque la quasi-totalité des réceptions s'échelonne sur deux ans (1983 et 1984) :

TABLEAU N° 4
RECEPTION DES HOPITAUX ENTRE 1980 ET 1986

Désignation	80	81	82	83	84	85	86	En cours à fin 86
Hôpitaux 60 lits						1		1
Hôpitaux 120-150				4	13	5	2	13
Hôpitaux 240-260		1		2	6	17	12	20
TOTAL	0	1	0	6	19	23	14	34

Source : Ministère de la Santé Publique.

Les contraintes pesant sur les livraisons d'infrastructures étant données, elles vont affecter diversement la dotation en moyens humains et matériels pour conduire, dans tous les cas, à des allongements de délais de mise en service.

Dans le cas de l'équipement médical, les procédures de suivi de projet conduisent l'ENEMEDI - titulaire du monopole dans ce domaine - à intervenir une fois le gros oeuvre terminé pour s'informer des plans de pré-installation et vers la fin du projet (avant cloisonnement) pour réservation de l'espace équipement. Le matériel médical est livré alors suivant les délais prévisionnels de fin des travaux pour montage. Or, entre les prévisions de fin de chantier et les délais réels, plusieurs années peuvent s'écouler alors que la livraison des équipements a déjà été effectuée. De la sorte, le matériel est soumis à des délais d'attente onéreux (quelquefois plus de 5 ans). Les retards de livraison des projets attendus durant le 1er Plan Quinquennal ont conduit à des accumulations des stocks de matériels importants en suscitant de véritables goulots d'étranglement. Entre 1980 et 1984, il a été importé (pour une valeur de 1,7 milliards dinars) :

- 5 scanographes ;
- 1220 appareils de radiologie ;
- 1600 blocs dentaires ;
- 138 blocs opératoires ;
- 115 échographes ;
- 100 postes d'ophtalmologie ;
- 102 reins artificiels ;
- 126 incinérateurs.

D'autre part, les mauvaises conditions de conservation du matériel quelquefois entreposé sur chantier sans protection entraînent à de multiples dégradations.

A différents niveaux, les établissements sanitaires subissent des contraintes en matière d'équipement :

- la dotation initiale au titre de l'équipement des hôpitaux (240 lits) et de l'ordre de 7,5 millions de DA en moyenne (inscription) alors que les études de typification et de normalisation réalisées par l'ENEMEDI situent cette enveloppe à environ 20 millions de DA. Il en résulte que les établissements sont concernés à des niveaux divers par les problèmes de "sous-équipements " ;

- les effets de la crise économique ont conduit à une quasi-suspension des importations de matériel médical, ce qui oblige à réaliser des ponctions de plus en plus nombreuses sur le stock disponible pour faire fonctionner les établissements nouvellement réceptionnés. A défaut de demeurer fermés, ceux-ci enregistrent des taux d'activité très bas ;

- les problèmes de maintenance commencent à leur tour à susciter de grandes inquiétudes face à la vacuité du domaine et au regard du parc hétérogène constitué.

CONCLUSION

Aux termes de cette étude, nous tenterons de fournir quelques éléments de réponse à la question de la maîtrise de la croissance de la santé dans sa finalité et dans sa mise en oeuvre.

En premier lieu, la "planification du développement" sanitaire apparaît comme étant dominée par des préoccupations portant sur un renforcement en termes d'infrastructures du secteur sans qu'elle arrive à justifier par une argumentation objective et acceptable le bien-fondé de sa démarche.

En deuxième lieu, la relégation des problèmes de mise en service et d'utilisation des infrastructures au second rang des priorités place la fonction de planification exclusivement au niveau de la programmation des investissements, sans incidence significative sur l'organisation et le fonctionnement dans sa globalité du secteur.

Les difficultés attachées à la mise en oeuvre et à la gestion des projets de développement éclairent les insuffisances et les limites de la programmation ainsi réalisée.

En troisième lieu, les errements et les retournements de tendances observés dans la mise en oeuvre de la politique sanitaire sont l'expression d'une vision segmentée et parcellisée du secteur et d'une interprétation restrictive des objectifs qui lui sont attachés. En particulier, la séparation des fonctions de gestion des établissements et de programmation des investissements conduit à une vision autonomisée du développement du secteur.

Ces caractères confirment d'une manière générale la politique sanitaire dans la perspective d'une médicalisation accrue du champ de la santé alors que l'offre de soins devient le principal levier du secteur.

Il y a à ce niveau l'expression d'une tendance technocratique qui développe une conception de la santé fondée sur l'affirmation de la fonction curative et qui situe les problèmes de santé publique uniquement dans la sphère des soins. Sans doute faut-il comprendre à ce niveau les difficultés de l'appareil sanitaire national à atteindre les seuils de capacité, d'efficacité et de performance que le programme consenti en sa faveur se doit de lui exiger.

Les nouvelles dispositions de la politique sanitaire augurent de perspectives plus favorables au développement du système de santé. Ces orientations sont en mesure de contrebalancer les tendances observées actuellement. Mais fallait-il de nouvelles orientations pour rétablir la prévention dans ses droits et pour inciter à une gestion plus rationnelle et plus efficiente du patrimoine sanitaire ?

Notes

[*] Chercheur au CREAD

[]** Communication présentée aux journaux d'études : «pour une investigation socio-économique du champ de la santé en Algérie» organisées par le CREAD les 25/26 Mai 1988 à l'hôtel El-Djazair-Alger

[1] Plan triennal 1967-1969.

[2] Programmation sanitaire du pays : bulletin de liaison n° 1 - 1976. Document préparé par le groupe de travail inter-ministériel.

[3] Bilan économique et social de la décennie 1967-1978.

[4] Fondements de la carte sanitaire nationale 1982. Ministère de la santé.

[5] Pour une présentation critique de la carte sanitaire cf. l'article de M. KADDAR in la revue du CENEAP n° spécial consacré à la santé.

[6] M. KADDAR op. cit. p. 143.

[7] Ministère de la Santé Publique : rapport sur l'exécution du Plan 1980-1984.

PR. PIERRE CHAULET **[*]**, PR. ABDELKADER HELALI **[**]**

L'Approvisionnement en médicaments antituberculeux en 1991 : un problème mondial, un problème national

L'approvisionnement en médicaments antituberculeux paraissait stable et garanti en Algérie depuis plusieurs années. En 1991, c'est devenu en même temps un problème mondial et un problème national majeur.

Pourquoi ? Comment en est-on arrivé là ? Quelles solutions pour sortir de cette crise ? C'est ce que nous nous proposons d'examiner, afin de mieux définir la liste et les quantités de médicaments antituberculeux vitaux, dont la disponibilité permanente est indispensable à la réussite de notre programme antituberculeux national.

I. UN PROBLEME MONDIAL

1. Les faits :

Quelques exemples récents illustrent les différents aspects du problème mondial qu'est devenu l'approvisionnement en médicaments antituberculeux **[1]**.

* En Août 1991, les responsables de 14 pays des Amériques réunis à Caracas soulignent que l'insécurité des approvisionnements en médicaments dans leurs pays représente une sérieuse menace pour le progrès de la lutte antituberculeuse dans la Région. Faute de devises en raison des dévaluations et de la variabilité des cours de change, les pays épuisent leurs stocks de médicaments jusqu'aux limites de la pénurie, puis commandent en urgence des médicaments au prix fort sur le marché mondial, 50 % à 300 % plus cher que le prix des médicaments obtenus par l'intermédiaire des organisations à but non lucratif.

* Il y a une pénurie de médicaments antituberculeux aux Etats Unis d'Amérique en 1991 ! En Janvier 1991, le CDC (Centers for Disease Control) est saisi de nombreuses plaintes pour des pénuries aiguës de médicaments antituberculeux survenues dans 29 des 59 Etats, territoires ou grandes cités des Etats Unis. Une enquête spéciale sur ces pénuries est alors menée par la FDA (Food and Drug Administration).

Cette enquête révèle que la pénurie d'isoniazide est due à l'arrêt de la production de Bayer en Allemagne depuis 1989, qui n'a été remplacé que tardivement sur le marché américain par une firme japonaise (Juki Gosei Kogyo Company) et une firme américaine (Barr Pharmaceutical).

Par ailleurs des médicaments mineurs comme l'éthionamide, la cycloserine, la capreomycine (de plus en plus demandés à cause de l'augmentation du nombre de cas de tuberculose à bacilles résistants et de mycobactérioses) s'explique par la faiblesse de la production : la FDA a sollicité les producteurs (Wyeth Ayerst Laboratories et Eli Lilly Company) pour accroître leur production et prévenir toute rupture de stock à partir de Mai-Juin 1991.

Enfin depuis l'été 1991, la streptomycine manque complètement. Eli Lilly, le seul producteur de ce médicament aux USA, a dû renoncer à sa production, parce que le produit de base lui manquait. Ce produit brut lui était fourni par Rhône-Poulenc Rorer (France) firme qui n'a pas corrigé les déficiences de fabrication observées lors d'une inspection de la FDA, en 1990 [2], [3].

* Au Nigéria, l'approvisionnement en médicaments antituberculeux n'est assuré que dans les Etats qui bénéficient d'un soutien international, soit d'une ONG, soit d'une agence : les autres Etats n'ont pas de médicaments antituberculeux.

* En Roumanie et en Bulgarie, la restructuration politique et économique ainsi que le "passage à l'économie de marché" empêchent ces pays d'acquérir la rifampicine et le pyrazinamide qui seraient nécessaires au traitement de tous les malades.

* L'accroissement brutal du prix de la streptomycine a été observé en Afrique du Sud : 120 % en 1986 et 1988.

* On a observé aussi une augmentation du prix de la streptomycine achetée par l'intermédiaire de l'OMS et de l'UNICEF : 112 % en 1991 par rapport à 1990. C'est ainsi qu'au Vietnam, le budget gouvernemental n'a pu permettre l'achat de streptomycine en quantité suffisante fin 1990. Pour faire face à cette pénurie, une aide d'urgence a dû être fournie au cours du 1er semestre 1991 par l'intermédiaire d'une ONG.

* La prescription des médicaments antituberculeux par les médecins privés rend imprévisible la consommation pharmaceutique dans les pays à haute prévalence. Un grand fournisseur estime que 80 % des ventes de médicaments antituberculeux dans les pays en développement résultent de la prescription du secteur privé. Dans les bidonvilles de Bombay en 1989, 70 régimes de chimiothérapie différents sont prescrits par les médecins privés pour traiter les tuberculeux.

2. Les causes :

Dans le contexte de la crise économique mondiale et des politiques d'ajustement structurel, les budgets nationaux des pays en développement disposent de moins en moins de ressources financières et de devises pour acheter des médicaments essentiels - dont les médicaments antituberculeux - sur le marché mondial.

A ce facteur fondamental s'ajoutent d'autres facteurs :

- la difficulté d'établir des prévisions de consommation et des prévisions budgétaires, en raison du manque de données épidémiologiques complètes, des différences de régimes thérapeutiques et de l'observance plus ou moins complète du traitement par les malades, de la variabilité des coûts des médicaments selon les pays et selon les producteurs, de la variabilité des taxes selon les pays.
- l'accroissement de la demande en médicaments antituberculeux en raison de l'extension progressive et simultanée des programmes nationaux antituberculeux dans les pays à haute prévalence, et dans certains pays, en raison de l'accroissement important du nombre de cas de tuberculose et de mycobactérioses, conséquence de l'épidémie de VIH - SIDA.
- la réduction du nombre des producteurs de produits de base ou de médicaments, en raison des restructurations commerciales, des cessations d'activités, ou de changements politiques et économiques.
- l'inadéquation des procédures d'acquisition et de distribution des médicaments antituberculeux au niveau national : inadéquation qui peut être corrigée assez rapidement dans les pays industrialisés où les ressources sont abondantes ; inadéquation souvent aggravée dans les pays sans ressources qui dépendent des importations ou de l'assistance extérieure, et dont les capacités d'organisation sont limitées.

Tous ces facteurs se sont conjugués pour que l'approvisionnement en médicaments antituberculeux devienne un problème mondial : ce thème a été l'un des principaux points de l'ordre du jour du CARG (Groupe de coordination, de consultation et d'évaluation du programme de lutte contre la tuberculose de l'OMS) réuni à Genève en Novembre 1991 **[1]**.

3. Les solutions :

Dans un marché mondial perturbé, le programme de lutte contre la tuberculose entrepris par l'OMS sur mandat de l'Assemblée Mondiale de la Santé en 1991 vise à coordonner les efforts de tous les partenaires impliqués (pays demandeurs, pays et ONG donateurs, organismes d'assistance bilatérale ou multilatérale, producteurs) pour améliorer l'application des programmes antituberculeux nationaux.

En ce qui concerne l'approvisionnement en médicaments antituberculeux, le Programme mondial se propose plusieurs objectifs :

3.1. Dans l'immédiat, mettre à la disposition des pays membres le maximum d'informations sur les producteurs qui respectent les règles internationales de GMP (Good Manufacturing Procedures) et le schéma OMS de certification de qualité des médicaments mis sur le marché, ainsi que sur les divers modèles de prévision, de production, d'acquisition, de financement et de distribution des médicaments dans les différents programmes antituberculeux nationaux. Une attention particulière sera portée à l'évaluation indépendante de la

biodisponibilité des combinaisons fixes de deux ou trois médicaments (isoniazide et rifampicine ; isoniazide, rifampicine et pyrazinamide).

3.2. A moyen terme, développer des modèles pour prévoir la commande des médicaments, en liaison avec les experts du programme d'action sur les médicaments essentiels.

3.3. Introduire les problèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments antituberculeux dans les activités de formation, de supervision et d'évaluation des programmes nationaux.

3.4. Entreprendre une recherche opérationnelle sur divers sujets, tels que :

- les méthodes à appliquer pour réviser les prévisions dans les pays à haute prévalence d'infection par le VIH ;
- la façon d'améliorer la prescription des médicaments dans le secteur public et le secteur privé ;
- les différents modèles de distribution dans les pays où le système central ne peut garantir un approvisionnement régulier ;
- les avantages et les inconvénients d'une participation financière des malades pour améliorer l'observance du traitement et couvrir en partie le prix des médicaments.

3.5. Faciliter le financement de l'approvisionnement en médicaments des programmes antituberculeux nationaux par le recours à des institutions non lucratives telles que l'OMS, l'UNICEF, l'UICMTR, l'IDA (International Dispensary Association), au système d'achats en commun par des groupes de pays (comme le Comité Maghrébin d'achats en commun) ou à des Fonds spéciaux régionaux (comme en Amérique Latine).

3.6. Promouvoir le contrôle de qualité des médicaments, aussi bien au niveau de la production qu'au niveau du marché international.

3.7. Coordonner l'action internationale avec les autres programmes mondiaux : contre les infections respiratoires aiguës, la lèpre, le SIDA, le programme d'action sur les médicaments essentiels, le programme élargi de vaccinations.

3.8. Développer les relations avec les producteurs et l'industrie pharmaceutique en vue de résoudre les problèmes d'approvisionnement, d'améliorer le contrôle de qualité des médicaments, et d'une façon générale, pour stimuler l'intérêt et la prise de conscience de l'acuité du problème de la tuberculose.

II. UN PROBLEME NATIONAL

1. Les faits :

Jusqu'en Octobre 1990, des pénuries transitoires de rifampicine, isolée ou combinée à l'isoniazide, ont été enregistrées en Algérie en raison d'erreurs ou de retards de distribution. La seule pénurie absolue était celle de deux médicaments mineurs - éthionamide et cyclosérine - qui

n'avaient pas été trouvés sur le marché international, prospecté par les procédures habituelles des Pharms depuis 3 ans.

Depuis le second semestre 1990, plusieurs secteurs sanitaires ont signalé le manque de médicaments antituberculeux majeurs. Cette pénurie s'est généralisée au niveau national au cours de l'été 1991. Les assurances d'approvisionnement imminentes faites depuis Mars 1991 par les instances responsables du Ministère de la Santé se sont avérées sans fondement. Aujourd'hui, nous manquons tous d'isoniazide et de rifampicine pour traiter nos malades.

2. Les causes :

La situation actuelle est le résultat d'une série de décisions, les unes anciennes et les autres plus récentes, dont les effets néfastes sont devenus patents au fur et à mesure de l'aggravation de la situation financière du pays. Cette aggravation, que nous avons vécue au cours des dernières années, est due à la réduction des ressources en devises (en raison de la chute relative du prix des hydrocarbures) et à la part élevée que prélève le service de la dette sur ces ressources depuis trois ans (environ 15 %).

La réduction des ressources allouées ces deux dernières années à l'achat des médicaments est liée à la dévaluation du dinar puisque la majorité des médicaments consommés en Algérie et la totalité des médicaments antituberculeux sont importés. Les AGI attribuées en dinars ont permis de consacrer à l'achat de médicaments l'équivalent de 15 USD par habitant en 1990. Même si le montant de ces AGI avait été maintenu en 1991, la dévaluation du dinar n'aurait permis d'acheter des médicaments que pour 7 USD par habitant environ. Or, le montant de ces AGI n'a même pas été maintenu...

Comment des décisions aussi graves ont-elles pu être prises sans que soit garanti l'approvisionnement en médicaments indispensables ?

* Parmi les causes lointaines de la situation actuelle, on peut en citer deux :

- les conditions dans lesquelles la restructuration des Pharms a été faite : en 1983 d'abord après le démantèlement de la PCA pour faciliter la gestion des entreprises régionales, puis en 1988 lorsque les Pharms régionales (Oran, Alger, Constantine) ont été chargées de distribuer les médicaments aux secteurs sanitaires. Ces mesures ont été prises sans que les gestionnaires disposent de "guides" pour les prévisions de commandes, sans que la priorité soit effectivement accordée aux médicaments essentiels ou aux programmes d'action sanitaire, sans coordination efficace et institutionnalisée pour les achats en commun ou pour la répartition régionale des stocks en cas de pénurie régionale, et sans que l'entretien d'un stock de sécurité minimum ne soit prévu et organisé.

- l'absence d'une politique nationale du médicament fondée sur l'approvisionnement prioritaire en médicaments vitaux, essentiels ou

indispensables. L'aisance financière relative de l'Algérie a fait croire aux prescripteurs et aux décideurs que l'approvisionnement du pays en quelque 1500 produits médicamenteux inscrits à la nomenclature de 1989 pouvait être assuré et géré par les moyens et structures disponibles.

* Parmi les causes plus immédiates de la situation actuelle, on doit citer une série de mesures prises dans le cadre de la politique de réformes initiée pour faire face à la crise. Il ne s'agit pas là de discuter du bien fondé des réformes, mais de la façon dont elles ont été mises en oeuvre dans le domaine de l'approvisionnement en médicaments.

- la réduction du budget des secteurs sanitaires en 1991, décidée dans le cadre d'une politique d'austérité, ne permettait aux secteurs sanitaires ni de payer les dettes contractées dans les Pharms, ni de couvrir la consommation courante en médicaments essentiels sans définir une nouvelle politique de prescription et de consommation des médicaments (ce qui n'a pas été fait).

- le passage à l'autonomie des Pharms et l'imposition des règles de la commercialité à des entreprises qui avaient assuré jusque-là une fonction de service public, sur un budget avancé par l'Etat, et sur la base d'une AGI annuelle, ne pouvaient se faire sans assainir leur situation financière antérieure. Or les Pharms avaient des dettes auprès de fournisseurs étrangers, remontant parfois à plusieurs années. Ces fournisseurs étrangers, en raison de la situation financière du pays et des changements annoncés dans les modalités de règlement, répugnaient à faire à nouveau crédit à l'Algérie. L'autonomie des Pharms (comme celle d'autres entreprises industrielles ou commerciales) a été décidée sans que le déficit des années antérieures ne soit apuré.

- le déficit financier des Pharms a été aggravé par le blocage du prix des médicaments, de Février à Octobre 1991, sans qu'une subvention compensatoire ne soit versée aux entreprises. En effet les Pharms, qui avaient acquis les médicaments en 1990 sur la base d'un prix international où le dollar était changé à 9 dinars, devaient les vendre en dinars en 1991, au moment où le dinar avait perdu la moitié de sa valeur. La tentative d'ajuster le prix de vente des médicaments à leur coût réel a été stoppée par une décision ministérielle prise au début de l'année 1991.

- le montant global des concessions pour l'acquisition des médicaments a été de 3,141 milliards de dinars en 1990. Mais le programme des AGI a été notifié tardivement, en Septembre 1990, à un moment où la valeur du dinar diminuait de semaine en semaine. Les retards de transferts, et la lenteur de mise en place des modalités de financement par les banques ont entraîné des blocages de livraison par les fournisseurs étrangers habituels qui attendaient déjà le règlement des dettes antérieures.

En 1991, les concessions ont été accordées aux trois Pharms sur une base trimestrielle (environ un milliard de dinars au début de l'année) et

n'ont pas été renouvelées pour le reste de l'année. Cette nouvelle procédure a compliqué la mise en oeuvre d'un programme d'importation, prévu habituellement sur une base annuelle. De plus les concessions consenties aux Pharms, compte tenu de la dévaluation du dinar, ne pouvaient même pas satisfaire les demandes d'un trimestre

- les nouveaux concessionnaires étrangers ou algériens agréés par le Conseil de la Monnaie et du Crédit (Laboratoire Pharmaceutique Algérien, Rhône Poulenc) qui devaient théoriquement pallier les déficiences des Pharms ne sont pas opérationnels, un an après leur agrément.

3. Les solutions :

Devant la pénurie aiguë de médicaments antituberculeux qui compromet tous les progrès accomplis depuis 30 ans dans le domaine de la lutte contre la tuberculose, et surtout qui détruit la confiance des malades tuberculeux dans le service public, des décisions doivent être prises qui corrigeraient les pénuries les plus aiguës à court terme et qui nous éviteraient, à l'avenir, le renouvellement d'une situation similaire.

3.1. A court terme, une enquête menée par téléphone et par télex fin Novembre 1991 auprès des Pharms par la Direction de la Prévention a révélé l'absence totale de stocks de sécurité pour la combinaison isoniazide et rifampicine (aux deux dosages), la présence de streptomycine pour un an à Oran et à Constantine, (démentie par un second télex deux semaines après) la présence de pyrazinamide pour deux ans dans les 3 Pharms, (dans la mesure où les déclarations d'inventaire des Pharms sont exactes...)

Cette situation reflète l'absence de coordination entre ceux qui détiennent l'information épidémiologique régionale et ceux qui font la prévision des commandes, l'absence de coordination entre les Pharms pour répondre aux besoins des secteurs sanitaires du pays dans les situations de catastrophe ou de guerre.

Seule une procédure d'urgence mise en oeuvre par l'Etat peut lever les obstacles financiers opposés aux secteurs sanitaires qui ont des dettes, et permettre de ne pas prolonger l'interruption du traitement des malades tuberculeux.

L'appel à l'aide internationale peut être un palliatif temporaire : mais cette aide ne peut pas remplacer des mesures internes qui ne peuvent plus être différées.

La première de ces mesures serait de réunir une équipe restreinte de responsables compétents en gestion, capables de prévoir les situations, de prendre des décisions pour le financement, de débloquer les procédures de règlement de dettes et de réorganiser la coordination des circuits de distribution pour répondre aux besoins essentiels de la population.

En ce qui concerne les médicaments antituberculeux, il appartient à la

Commission Nationale Consultative de Pneumo-Phtisiologie
d'établir la

liste des médicaments antituberculeux nécessaires pour les régimes de base comme pour les régimes de réserve ainsi que les quantités de médicaments à prévoir dans les commandes en fonction des régimes de chimiothérapie adoptés [4],[5]. Une réunion d'urgence de cette commission s'impose pour évaluer les besoins en médicaments de façon réaliste, et leur coût.

L'expérience nous a appris aussi que les personnes chargées de la prospection du marché international n'ont pas les informations nécessaires dans ce domaine, comme l'ont montré les fausses informations transmises depuis 3 ans à propos de l'éthionamide et de la cyclosérine. De même, l'expérience nous a appris que la Direction du Programme comme les membres de la Commission Consultative de Pneumo-phthisiologie ne sont pas informés de l'état des stocks disponibles.

C'est pourquoi, lorsque les médicaments antituberculeux commenceront à arriver et que le programme pourra être relancé, il est suggéré qu'une sous-commission permanente issue de la Commission Consultative soit chargée du suivi de l'approvisionnement en médicaments antituberculeux, en recueillant les informations disponibles sur le marché international, en supervisant les commandes régionales et l'état des stocks de médicaments antituberculeux, en proposant les transferts de stocks d'une région à l'autre.

Pour l'année 1992, qui sera nécessairement une année de transition, il faudrait permettre aux seules structures de distribution existantes, les Pharms, d'assurer leur fonction : dès à présent, en assainissant leur situation financière, puis en les dotant d'une concession annuelle (et non trimestrielle) pour qu'elles engagent leurs programmes d'achats sur la base d'une liste réduite de médicaments prioritaires.

Des économies substantielles pourraient être faites si les médicaments antituberculeux sont achetés en commun par tous les pays du Maghreb, comme cela a été demandé par la Conférence Maghrébine de la tuberculose [5].

3.3. Sans préjuger de l'organisation future de la distribution des médicaments dans notre pays, il est nécessaire de définir une politique nationale du médicament, fondée sur les médicaments essentiels (dont les médicaments antituberculeux) qui pourrait bénéficier de prêts de la Banque Mondiale, comme cela a été fait en Chine et au Maroc ; et d'intégrer la commande de tous les médicaments antituberculeux dans celle des médicaments essentiels [6].

(Décembre 1991)

Notes

[*] Clinique de Pneumo-Phtisiologie Matiben, Hôpital de Beni-Messous, CHU d'Alger-Ouest

[]** Pharmacologie, Institut National de Santé Publique, Alger

[1]. D. E. C. WEIL. Issues in antituberculosis drugs supply. Document WHO/TB/92. 164.

[2]. B. MILLER. Tuberculosis drug shortages, CDC TB Notes, Summer 1991. 11-12.

[3]. D. E. SNIDER. Shortages of antituberculosis drugs, outbreaks of multi-drugs, resistant disease and new drug development in the US. CARG, Tuberculosis programme, Geneva, OMS Novembre 1991.

[4]. Tuberculosis Unit. Guidelines for tuberculosis treatment in adults and children in national tuberculosis programmes. Doc WHO/TUB/91/161.

[5]. N. AIT KHALED, P. CHAULET. Perspectives de coopération maghrébine pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux. Conférence maghrébine sur la tuberculose, Alger, Novembre 1991.

[6]. P. CHAULET. Approvisionnement en médicaments antituberculeux et politiques pharmaceutiques nationales (à paraître).

DR. N. DEKKAR [*], DR. A. BENDIB [**]

Les causes médicales de décès infanto-juvéniles

Résultats d'une enquête auprès des ménages [***]

1. INTRODUCTION

Les données sur les causes de mortalité infantile et juvénile existantes sont toutes issues d'enquêtes partielles ou hospitalières, donc sujettes à certains biais qui restreignent leur utilisation dans le cadre d'un programme de lutte.

Au travers d'une enquête nationale sur la mortalité infantile auprès des ménages, nous avons essayé de répondre à certaines questions :

- quelles sont ces causes ou plus généralement les facteurs de risques de la mortalité infanto-juvénile?
- ces facteurs de risques sont-ils identiques pour les deux sexes ?
- se modifient-ils avec l'âge au décès ?
- différent-ils avec le niveau d'instruction de la mère ?
- ont-ils changé avec le temps
- sont-ils identiques suivant les zones et les régions ?

2. MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une enquête transversale à un seul passage, qui a été réalisée la dernière semaine de Décembre 1989. Elle a concerné 45 wilayas.

Le sondage, effectué avec le concours de l'ONS, est :

- de type aléatoire ;
- stratifié, suivant les zones agglomérées et éparses ;
- a deux degrés, les districts et les ménages.

La taille de l'échantillon a été déterminée à partir d'une estimation de la mortalité spécifique à la diarrhée égale à 6 pour mille avec une précision de 2 pour mille.

Les questions ont concerné les décès survenus entre 1985 et 1989. Il a été demandé :

- aux mères des enfants décédés quels étaient les signes qui avaient accompagné le décès de leurs enfants ;
- à l'équipe médicale de donner un avis diagnostique du décès.

La formation a concerné d'abord 40 superviseurs puis dans une seconde étape 212 équipes d'enquête composées d'un médecin contrôleur, de deux techniciens de la santé enquêteurs et d'une accompagnatrice.

Le traitement des données a été réalisé sur ordinateur, sauf pour la question ouverte qui a été traitée manuellement.

Le contrôle des fiches, de la qualité de la saisie et de la tabulation ont nécessité plus de deux années homme/ travail.

L'échantillon regroupe 25422 ménages ordinaires constitués de 30 437 familles nucléaires.

Les mères sont illettrées dans 75,5 % de cas avec une nette prédominance en zones éparses.

69,9 % de ces ménages résident dans les zones agglomérées.

Les ménages vivent dans le tell (55 %), au niveau des hautes plaines (38,3 %) et dans le sud (6,7 %).

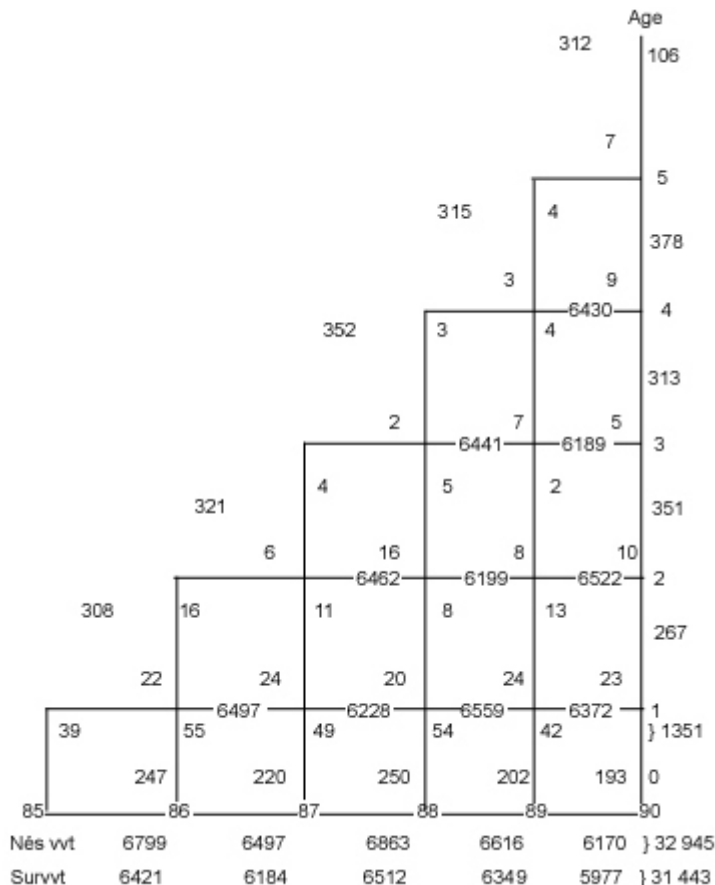
La structure de l'échantillon est proche de celle de l'ONS.

3. RESULTATS

3.1. Résultats bruts :

Entre 1985 et 1989, l'enquête retrouve 32 945 naissances vivantes et 1502 décès parmi elles avant l'âge de cinq ans ; 106 décès survenus durant cette période appartiennent à la génération de 1984.

**RÉPARTITION PAR AGE, ANNEES DES 1608 DECES DES
DEUX SEXES POUR LES GENERATIONS DE 1985 à 1989**



Le facteur de séparation est de 82,3 %. C'est-à-dire que plus des 4/5 des décès infantiles se produisent l'année même de la naissance.

On note au cours des cinq années de l'étude une surmortalité masculine (51,5 %, $p < 0,001$).

3.2. Quotients de mortalité :

Pour l'ensemble de la période étudiée le quotient de mortalité infantile (Iq0) est de $41,1 \pm 2,9$ pour mille.

Le quotient de mortalité infantile diffère suivant les sexes. Il est de 44,5 pour mille pour les garçons et de 37,5 pour mille pour les filles. Cette surmortalité masculine est retrouvée toutes les années.

Les décès infantiles diminuent au fur et à mesure que le niveau d'instruction des mères augmente.

L'étude en fonction de la dispersion montre des quotients plus élevés en zones éparses ($46,7 \pm 5,3$ pour mille) qu'en zones agglomérées ($38,3 \pm 3,5$ pour mille).

Lorsque l'on fixe la dispersion, les mères analphabètes présentent toujours une mortalité infantile plus élevée.

L'étude des régions semble montrer pour l'ensemble de la période une augmentation des quotients du nord au sud du pays. Pour cette période, le quotient de mortalité infantile passe de $39,7 \pm 1,0$ dans les wilayas

côtières à $41,1 \pm 4,4$ au niveau des hautes plaines et $51,0 \pm 13,2$ au sud du pays.

TABLEAU N° 1 : QUOTIENTS DE MORTALITE INFANTILE PAR DISPERSIONS ET REGIONS (pour mille)

Année	Dispersion		Région			Algérie
	Aggio	Epars	Tell	Ht PL	Sud	
1985-1989	38,3 $\pm 3,5$	46,7 $\pm 5,3$	39,7 $\pm 4,0$	41,1 $\pm 4,4$	51,0 $\pm 13,2$	41,1 $\pm 2,9$

On note l'importance, constante sur toute la période de l'étude, de la mortalité néo-natale qui représente 46,2 % du quotient de mortalité infantile.

Si les enfants des mères illettrées sont plus nombreux à décéder entre un et onze mois d'âge que ceux des mères lettrées ; on ne note, cependant, pas de différence de la mortalité néo-natale suivant le niveau d'instruction.

Ceci est probablement dû à la quasi-inexistence d'un programme de lutte contre la mortalité néo-natale.

**TABLEAU N° 2
QUOTIENTS DE MORTALITÉ
INFANTILE PAR NIVEAU
D'INSTRUCTION (pour mille, 1985 -
1989)**

	Analphabète	Primaire	Moyen +
NN	18,7	21,1	17,9
PNN	25,0	15,0	14,3

La comparaison des zones montre :

- une mortalité néo-natale identique ;
- une mortalité post néo-natale plus élevée en zones éparses.

**TABLEAU N° 3
EVOLUTION DES QUOTIENTS DE
MORTALITE INFANTILE PAR
DISPERSION (pour mille)**

	Agglom	Epars
NN	18,6	19,8
PNN	19,8	26,7

On peut donc admettre que :

- la lutte contre la mortalité néo-natale est également insuffisante au niveau des deux zones, et que,
- la lutte contre la mortalité post néo-natale est moins développée au niveau des zones éparses.

On observe, avant l'âge de cinq ans, 56,2 décès sur 1000 naissances vivantes en 1985 (5q0). Pour ce quotient, on remarque également une surmortalité masculine.

Le quotient, de mortalité juvénile qui est en moyenne de 12,3 pour mille est plus élevé chez les garçons (13,8 pour mille) que chez les filles (10,7 pour mille).

Le quotient de mortalité infanto-juvénile est plus élevé pour les enfants des mères analphabètes. Il en est de même pour le quotient de mortalité juvénile (4q1).

Ainsi, pour les mères illettrées, on observe une surmortalité infanto-juvénile portant aussi bien sur les décès des moins d'un an que sur les décès de la tranche d'âge (1 à 4 ans).

Le quotient de mortalité infanto-juvénile (5q0) qui traduit le risque pour la génération de 1985 de décéder avant le cinquième anniversaire, est moins élevé en zones agglomérées (53,9 pour mille) qu'en zones éparses (60,7 pour mille).

On peut se demander si cette surmortalité concerne les moins d'un an, les enfants de 1 à 4 ans ou les deux.

4q1 est le même en zones agglomérées et en zones éparses (12,3 pour mille). Par conséquent, la différence des 5q0 entre les zones s'explique par la surmortalité des moins d'un an en zones éparses.

TABLEAU N° 4
QUOTIENTS DE MORTALITE PAR SEXE,
INSTRUCTION DISPERSION ET REGION (pour
mille)

		4 q1	5q0
Sexe	Masculin	13,8	61,2
	Féminin	10,7	50,9
Instruction	Analphabète	14,0	60,4
	Primaire	6,9 (S)	40,8 (S)
	Moyen +	8,1	48,4
Zone	Agglomérée	12,3	53,9
	Eparse	12 (NS)	60,7 (S)
Ensemble		12,3	56,2

3.3. Facteurs associés à la mortalité :

3.3.1. Description des signes par la mère :

L'interrogation des mères des 1608 enfants décédés met en évidence certains facteurs associés à la mortalité comme les diarrhées, les affections respiratoires, la fièvre et les convulsions. Ces 4 signes sont cités par la mère, seuls ou associés dans plus de 75,2 % des cas.

La diarrhée seule est citée dans 8,1 % des cas, mais elle est plus souvent (14,0 %) associée à d'autres signes.

Les difficultés respiratoires sont, dans 8,3 % des cas, le seul signe évoqué ; mais elles sont associées à d'autres dans 7,3 % des cas.

Une éruption cutanée est notée seule dans 1,7 % des décès et associée dans 3,4 %.

La fièvre est déclarée seule pour 3,6 % des décès et associée dans 17,6 % des décès.

Les convulsions sont retrouvées seules dans 2,9 % et associées dans 4,8 % des cas à un ou plusieurs autres signes.

Les nombreux autres facteurs sont évoqués seuls dans 25,6 % des cas et associés dans 9,5 % des décès infanto-juvéniles.

Enfin, 23,9 % des mères n'ont rattaché aucun signe au décès de leur enfant.

L'analyse statistique ne retrouve pas de différence significative de l'un de ces signes suivant le sexe pour la période 1985-1989. Les différents facteurs associés à la mortalité infanto-juvéniles sont également fréquents chez les garçons et les filles.

**TABLEAU N° 5
FREQUENCE DES SIGNES PAR SEXE (1985-1989)**

Signe	Masculin	Féminin	Total	%
Diarrhée	68	62	130	8,1
Aff. respir.	82	52	134	8,3
Eruption	18	10	28	1,7
Fièvre	34	24	58	3,6
Convulsion	33	14	47	2,9
Autre	233	178	411	25,6
Association	212	204	416	25,9
Non spécifié	217	167	384	23,9
TOTAL	897	711	1608	100,0

L'analyse de la fréquence de la diarrhée suivant la dispersion ne montre pas de différence significative entre les zones. On peut pour la suite de l'étude confondre les zones agglomérées et éparses et retenir la fréquence globale de 8,1 %.

L'étude de la fréquence de la mortalité proportionnelle en fonction des années pourrait nous permettre de vérifier s'il y a eu des variations décelables pendant la période de l'étude. Elle est effectuée pour chacun des signes énoncés isolément.

La fréquence de la diarrhée associée à la mortalité n'a pas varié en fonction des années, c'est-à-dire qu'il n'y a eu aucune réduction ou augmentation de la mortalité proportionnelle entre 1985 et 1989.

Il semble utile d'étudier la fréquence de la diarrhée comme facteur associé à la mortalité suivant les mois de l'année. En d'autres termes la diarrhée est-elle plus meurtrière certains mois de l'année ?

La lecture des chiffres bruts montre que le nombre absolu de décès par diarrhée augmente en Août et en Septembre. Effectivement, l'analyse statistique montre bien une différence significative entre les mois ($p < 0,02$).

La mortalité proportionnelle est plus élevée en Août et en Septembre, plus basse en Décembre, Janvier et Avril.

TABLEAU N° 6
DIARRHÉE ASSOCIEE A LA MORTALITE
SUIVANT LES MOIS DE L'ANNEE

Mois	Mort Prop. (%)	Mois	Mort Prop. (%)
Janvier	4,6	Février	7,7
Mars	8,2	Avril	4,5
Mai	5,7	Juin	10,4
Juillet	7,3	Août	15,9
Sept.	13,0	Octobre	8,9
Nov.	7,6	Décembre	4,8

La fréquence des difficultés respiratoires ne varie pas entre 1985 et 1989.

Les éruptions ne dessinent pas de tendance à la baisse.

La fièvre présente une tendance significative ($p < 0,05$) à l'augmentation entre 1985 et 1989. Est-ce un effet de mémoire ou une augmentation réelle de la fréquence des infections ?

TABLEAU N° 7
EVOLUTION DE LA FIEVRE
PAR ANNEE

Années	Fréq. (%)
1985	1,0
1986	4,0
1987	3,4
1988	4,4
1989	5,1
1985-1989	3,6

La fréquence des convulsions ne varie pas de manière significative suivant les années de l'étude.

Il en est de même pour les autres causes (26,3 %), et les associations de facteurs (25,9 %).

Il est généralement admis que l'effet de mémoire est de peu d'intérêt sur une période de 5 ans, lorsqu'il s'agit d'événements importants comme

les signes associés au décès de son enfant. Pour vérifier cette affirmation, nous avons étudié la fréquence des réponses "je ne sais pas" en fonction du temps. Celle-ci augmente significativement ($p < 0,05$) avec le temps. Autrement dit, les mères citent de moins en moins les signes associés au décès de leur enfant au fur et à mesure que le temps passe.

**TABLEAU N° 8
EVOLUTION DE LA
FREQUENCE DES REPONSES
NON SPÉCIFIÉS EN
FONCTION DES ANNEES**

Années	Fréq. (%)
1985	26,0
1986	26,2
1987	23,6
1988	22,5
1989	21,2
1985-1989	23,9

3.3.2. Avis diagnostique de l'équipe médicale :

Sur la base de l'interrogation de la mère, l'équipe médicale a donné son avis diagnostique. Il a été réalisé pour les 1502 décès de moins de 5 ans parmi les générations de 1985 à 1989.

FREQUENCE

- La diarrhée est incriminée dans 18,4 % des décès, suivie :
 - des affections respiratoires (13,8 %) ;
 - de la prématurité (11,6 %) ;
 - de la rougeole (3,0 %) ;
 - des accidents (2,1 %) ;
 - du tétanos (0,4 %) ;

Les autres causes sont retrouvées dans 26,8 % des cas. Enfin, 24,0 % des décès sont étiquetés de causes indéterminées.

AGE

Comme on pouvait s'y attendre, les causes de décès diffèrent significativement ($p < 0,001$) en fonction de l'âge au décès.

Les diarrhées ne sont incriminées que dans :

- 4,3 % des décès de moins d'un mois ;
- 29,5 % des décès post néo-nataux ;
- 24,2 % des décès juvéniles.

Dans la tranche d'âge de 6 à 11 mois, elles représentent alors 35,9 % des causes de décès.

TABLEAU N° 9
CAUSES DE MORTALITE PAR TRANCHES D'AGE (%)

Age	Diarrhée	Affect.	Prémat.	Rougeole	Autres	Indet	TOTAL
0	4,3	14,3	26,7	0,3	31,7	25,6	100
1-11	29,5	12,9	8,3	4,8	26,6	22,4	100
12-59	24,2	15,3	0	5,3	31,1	24,2	100
TOTAL	18,4	13,8	11,6	3,0	29,3	24,0	100

On peut considérer que 13,8 % des décès sont dus à des affections respiratoires et que cette fréquence est analogue pour les trois tranches d'âges considérées.

La prématurité est évoquée avec une très nette prédominance pour la période néo-natale (23,7 %). Cette fréquence atteint 29,2 % pour la période néo-natale précoce.

La rougeole est retrouvée dans :

- 0,3 % des décès neo-nataux ;
- 4,8 % des décès post néo-nataux ;
- 5,3 % des décès juvéniles.

En fait, la plus grande fréquence (7,8 %) s'observe entre 6 et 12 mois. Cette variation en fonction des classes d'âge est significative.

INSTRUCTION

La fréquence de ces causes diffère significativement ($p < 0,001$) suivant les trois niveaux d'instruction des mères. La différence est surtout due à la mortalité par diarrhée qui diminue lorsque le niveau d'instruction augmente.

En outre, la prématurité est plus souvent en cause chez les mères alphabétisées que chez les mères illettrées.

ZONES

Les causes de décès, comme pour les facteurs associés à la mortalité, ne diffèrent pas entre les zones agglomérées et les zones éparses. Cependant, si l'on distingue trois niveaux de dispersion, aggloméré chef-lieu aggloméré secondaire et épars, la différence devient significative ($p < 0,001$). Cette différence est introduite par 4 catégories de causes.

- la prématurité, qui est, plus fréquente dans les zones agglomérées chef-lieu, que dans les deux autres ;
- la rougeole qui est plus rare au sein des zones agglomérées secondaires et plus fréquente au sein des zones éparses ;
- les décès par accidents sont plus nombreux dans les zones agglomérées chef-lieu ;

- les causes indéterminées plus fréquentes dans les zones agglomérées secondaires.

3.4. Mortalité infanto-juvénile et grossesses multiples :

Le taux de mortalité parmi les jumeaux est de 205,6 pour mille alors qu'il n'atteint que 44,3 pour mille pour les autres.

Le risque relatif est de 4,6.

Autrement dit, les enfants de grossesses multiples présentent environ 4,6 fois plus de risque de décéder avant l'âge de 5 ans que les autres enfants.

Ils constituent donc une population tout particulièrement exposée, qui nécessiterait une attention particulière des programmes de surveillance des grossesses et de néo-natologie.

3.5. Présumés :

Les enfants dont les dates de naissance sont présumées représentent-ils une population à risque ?

Le risque de décéder avant l'âge de 5 ans pour les sujets dont la date de naissance est précise est de 4,0 %, celui des individus dont la date est présumée est de 16,9 %. Ainsi, les enfants dont la date de naissance est présumée présentent une mortalité significativement plus élevée ($p < 0,001$) que ceux dont la date est précise.

Ce risque est 4,2 fois plus grand.

Les enfants dont la date de naissance est présumée représentent donc une population à risque de décès particulièrement élevé. Il conviendrait de leur accorder une attention particulière au moment de la captation des naissances de leur contact avec un centre de santé, ou mieux encore d'une visite à domicile.

3.6. Déclaration à l'état civil :

Il est nettement établi, en Algérie, que certains événements ne sont pas déclarés à l'état-civil ; il s'agit, en ce qui nous concerne ici uniquement des naissances.

Sur les 31 443 survivants, âgés de moins de 5 ans au moment de l'enquête, 96,5 % sont déclarés à l'état-civil.

Parmi les 1608 décès, 81,0 % sont déclarés pour leur naissance à l'état-civil.

Le taux de déclaration des naissances des survivants est significativement ($p < 0,001$) plus élevé (15 points) que celui des enfants qui décèdent.

Conséquence de cette constatation, la captation des naissances effectuée à partir des registres d'état-civil n'embrasse pas une partie

des enfants les plus vulnérables.

4. DISCUSSION

4.1. Critique de la méthodologie :

Avant le propos, il convient de souligner que cette enquête ne visait pas la recherche étiologique, son objet était de fournir les éléments d'évaluation des programmes de lutte contre la mortalité infantile.

Le raisonnement est basé sur des informations qui font appel à la mémoire de la mère quant à ses naissances, et à ses connaissances sur les causes de décès pendant les cinq dernières années.

Cette technique est celle adoptée par plusieurs enquêtes dans le monde et notamment les enquêtes DHS de l'IRD (USA) ou encore celles sur la mortalité infantile et maternelle de l'UNICEF.

Mais la qualité des informations recueillies demeure fonction de la mémoire des femmes interrogées et de leur désir de coopérer sincèrement à l'étude. L'augmentation au nombre de causes de décès non connues entre 1985 et 1989 est un exemple caractéristique de la mémoire qui s'estompe.

Les erreurs résiduelles issues de l'interview, de la saisie et du traitement des données sont en nombre très largement acceptable et n'ont pas d'effet sur les résultats obtenus. En effet, on ne retrouve, après toutes les corrections, pas plus de 0,5 % d'erreur.

Le nombre de refus de répondre aux questions est négligeable et les absents peu nombreux (5 %).

La représentativité de l'échantillon, contrôlée au moyen des données disponibles, est acceptable.

4.2. Interprétation des résultats :

La mortalité infantile et la mortalité juvénile demeurent élevées en Algérie. La décroissance rapide de la mortalité entre 0 et 4 ans, au cours des trois dernières décennies, est un phénomène positif. Mais elle demeure encore trop élevée.

En Algérie un décès sur trois survient avant le cinquième anniversaire. Cette proportion, sensiblement inférieure à la moyenne africaine (50 %), est très éloignée de celle des pays développés (3 %).

Ceci illustre parfaitement l'importance de la tâche qui reste à accomplir.

4.3. Causes de mortalité infantile et juvénile :

Les facteurs de risques sont similaires à ceux rencontrés dans les pays sous-développés.

Les données algériennes sur les causes de la mortalité infantile et juvénile sont rares et ponctuelles. Le Dr Kermani, dans sa thèse, met en

évidence, pour la daïra de Chéraga en 1987, l'importance de la prématurité pour les décès néo-nataux.

Pour les 11 mois suivants, la diarrhée venait en première position, suivie des infections respiratoires.

L'étude du Dr Bezzaoucha à Alger montre que la diarrhée est la première cause de mortalité infantile avec 31,9 %, suivie des affections de la période néo-natale (17,0 %), des affections congénitales (10,6 %) et de la rougeole (6,4 %).

Si la diarrhée a régressé au cours des années, elle demeure l'objet de préoccupation. Cette mortalité est d'autant plus inacceptable qu'elle peut être maîtrisée avec des moyens peu coûteux, ce qui n'est pas toujours le cas.

4.4. Aspects pratiques :

Les actions pratiques à entreprendre permettent, de conclure cette communication.

En 1984, le gouvernement a adopté un programme de lutte contre la mortalité infantile. Il concernait :

- les maladies diarrhéiques ;
- les vaccinations ;
- la nutrition ;
- l'espacement des naissances ;
- la surveillance des grossesses ;
- la mortalité néo-natale ;
- les maladies respiratoires et les infections streptococciques ;
- l'hygiène du milieu.

Ces actions se basaient sur :

- le recueil périodique des grossesses et des naissances nouvelles ;
- la formation du personnel de santé ;

Les différentes données actuellement disponibles nous permettent d'avancer que :

Aucun des programmes d'actions, ni aucun programme de soutien cités, n'a atteint les objectifs fixés dans les limites de temps imparties.

Certes, ces actions existent effectivement sur le terrain, mais elles sont insuffisamment développées et surtout mal gérées.

LES STRATEGIES SANITAIRES

Il conviendrait de développer maintenant un management de ces programmes comme de nombreux séminaires le recommandent.

La notion de population cible d'un programme de lutte ne peut être définie qu'en termes de secteur sanitaire. Il convient dans un souci de justice sociale et d'efficacité économique d'accorder une attention toute particulière :

- aux enfants de mères analphabètes, aux jumeaux, aux présumés ; aux enfants non déclarés à l'état-civil ;
- aux zones éparses.

Etant donné les risques plus grands pour les habitants des zones éparses et l'efficacité médiocre de la stratégie fixe, il est urgent de développer les stratégies avancées et les équipes mobiles dans ces régions. La vision hospitalo-centrée est, dans ces régions coûteuse et peu efficace.

Un groupe d'experts multidisciplinaire devrait se pencher sur la révision des différents programmes de lutte.

LES ACTIONS DE SOUTIEN

Le système d'information reste incontestablement le point faible. Il devrait permettre d'apprécier régulièrement le volume et la qualité des ressources d'une part, la réduction de la mortalité d'autre part.

Les programmes nationaux de santé devraient figurer dans les cursus de graduation des personnels de santé (médecine, pharmacie, paramédical, administration sanitaire).

La formation continue des personnels de santé, responsables et acteurs, devrait être assurée par un personnel compétent et évaluée régulièrement.

L'évaluation concerne tous les aspects du programme sans oublier l'impact de la communication sociale.

La supervision des opérations mériterait d'être orientée, dans cette phase, vers la formation permanente des personnels et l'actualisation des programmes.

Les programmes de santé publique dans le même souci de prix et d'efficacité devraient associer aux structures hospitalières universitaires ou non, les structures privées, les associations bénévoles et les acteurs traditionnels.

Notes

[*] INES/SM d'Alger

[**] INES/SM d'Alger

[***] Communication présentée lors du 8ème Colloque de Démographie Maghrébine - Alger /Sidi Fredj les 13, 14 et 15 Octobre 1991.

