
**« Conjoncture économique et financement
du système de santé algérien »**

Mme. KARA TERKI Assia,
assiaterkikara@yahoo.fr
Abdeslam BENDIABDELLAH
a_bendiabdellah@yahoo.fr
Université de Tlemcen

Résumé :

Avec la crise économique mondiale, le financement de la santé pose de sérieux problèmes pour la communauté ; La rareté des ressources d'une part et la montée en flèche des besoins de la population d'autre part, rend très difficile le fonctionnement des systèmes de santé

Le but de ce travail est de s'arrêter sur les principaux facteurs de croissance des dépenses de soins pour analyser l'effet de certains outils de gestion sur l'offre des soins en Algérie

Mots clés : *Crise économique, Système de santé, Sécurité sociale, financement des soins, rationalité.*

1. Introduction :

Depuis quelques années, la demande globale de soins marque une croissance vertigineuse boostée par de nombreux facteurs, dont les multiples crises économiques et sociales qui ont secouées le monde vers la fin de cette décennie en sont un facteur déterminant.

Les catastrophes naturelles, écologiques et la modification profonde du schéma pathologique dominé par la montée en flèche des maladies dites de « civilisations » pressent tous les gouvernements à trouver de nouvelles sources de financement.

La libéralisation de l'économie mondiale qui s'est traduite par le rétrécissement de la taille de l'Etat du champ de l'activité économique a donné un coup très dur au caractère social et solidaire qui marquait la plupart des systèmes de santé durant les trente glorieuses.

D'autre part, les réformes de libéralisation des systèmes de soins entamées par de nombreux gouvernements ces dernières années ont compliqué davantage la question de l'accès aux soins et de couverture sociale des populations pauvres et fragiles

Avec le retour de la menace d'un nouveau choc financier dominée par la crise d'endettement au Etats unis et ses répercussions sur l'économie mondiale, la demande des soins atteint de nouveaux records liés surtout au chômage et à l'inflation qui exposent de nouvelles catégories de personnes aux risques de la maladie et de l'handicap.

De nos jours, l'équilibre du marché présente une équation très dure à résoudre et fait que les finances s'annoncent très faibles par rapport aux moyens apportés par la communauté.

En Algérie, la situation est peu particulière, car la flambée du prix de pétrole crée une aisance financière qui permet au secteur de la santé de bénéficier d'une place très particulière dans le budget de l'Etat

Le nouveau plan quinquennal avec son programme infrastructurel, d'équipement et de formation médicale, marque l'expression d'une volonté publique de corriger non seulement les nombreux déficits accumulés durant les années de fortes récessions mais aussi de donner un nouveau dynamisme au secteur.

Malgré cela, un défi de taille s'impose pour tous les acteurs du système qui se trouvent face à une demande de soins très élevée, dominée surtout par la poussée de pathologies lourdes à caractère non transmissibles.

De même, les accidents de la circulation, la toxicomanie et la situation sécuritaire dans les pays frontaliers a tiré la demande vers le haut en marquant de nouveaux records.

Dans cette situation, étant donné que le financement repose sur des prix de pétrole très instables et que les crises qui secouent le monde semblent plus fréquentes, la question est de savoir au jour d'hui comment l'Etat peut garantir un financement durable pour le secteur la santé surtout que les moyens accordés ces dernières années semblent atteindre des seuils intolérables.

Dans ce travail on compte analyser l'effet du choc conjoncturel sur le financement du système de santé Algérien, et nous arrêter sur les principaux outils de gestions mis en place pour introduire une certaine rationalité dans les dépenses de soins

Pour cela, il sera tenté de mettre en lumière deux questions essentielles :

1. L'importance de la croissance des dépenses de soins en Algérie
2. l'effet de la rationalité et sur l'offre des soins

I. Contexte macro et micro économique de la croissance des dépenses

Le sujet de la montée en flèche des dépenses laisse explicitement voir que la situation est dominée par la pression d'un certains nombres de facteurs extérieurs et intérieurs qui demeurent indissociables par rapport à leurs effets sur les coûts de soins en Algérie.

I.1 Effets des facteurs macro économiques

L'aspect macroéconomique est dominé par des changements radicaux dans les économies mondiales grâce à la conjugaison de nombreux facteurs, notamment politiques et sociaux économiques.

I.1.1 Choc conjoncturel et crise du financement social

Suite au deux chocs pétroliers de 1973 et celui de 1979, l'économie mondiale subie de lourdes pertes et envisage en conséquence de profondes réformes liées surtout à l'abandon des nombreux avantages sociaux, promulgués autrefois dans un vaste climat de prospérité économique atteint par les grands succès de l'Etat providence. (Pavoine, J, 1994)

Aussi, la crise du régime communiste avec l'effondrement du bloc soviétique, l'émergence économique des pays asiatiques et la pression d'autres facteurs financiers ont rendu la croissance dans tous les pays du monde et d'Europe en particulier difficilement maîtrisable.

Les rythmes d'inflation marquaient des proportions alarmantes menant à un recul significatif des indices de productions et d'investissements. Les taux de chômage ont

abouti, à l'éclatement d'une crise sociale ou la classe moyenne a directement basculé vers le bas.

Les idées libérales sont réconfortées et font plus d'appel au retrait de l'Etat de la sphère économique.

Ainsi, le Keynésianisme qui a brillamment fonctionné pendant plus de trois décennies, marquant des taux de croissance extraordinaire et qualifiant la période de « trente glorieuses », est devenu inadaptée à la présente conjoncture parce que ses effets sont jugés trop inflationniste aux yeux des libéraux. (Domin.J.P, 2003)

La globalisation de l'économie est alors déclenchée aux rythmes des privatisations, des délocalisations des entreprises, d'ouverture de frontières, de liberté de circulation des capitaux et surtout d'élargissement planétaire devant l'exercice des firmes multi nationales.

La taille de l'Etat est rétrécie, la fiscalité et le budget ne sont plus suffisants pour assurer son rôle et tous les services qui relevaient exclusivement de ses prérogatives sont lâchés.

La santé perd alors beaucoup de ses acquis obtenus il y a plus de deux siècles grâce à la lutte des classes et des révolutions culturelles soutenus primitivement par les modèles Bismarckien et Bévérigien dont l'esprit solidaire dans la prise en charge des soins est considéré comme le soc des politiques sociales.

Cet esprit est au jour d'hui contrarié par la pression de nouveaux facteurs sociaux-économiques, qui avec le retour de la régulation par le marché, fait que les instruments justifiant dans le passé la mise sous tutelle des biens de santé ne sont plus convaincants.

Ces derniers temps, l'indivisibilité des biens sanitaires, l'asymétrie de l'information, et les interdépendances physiques ne sont plus suffisants pour maintenir le mode actuel du financement public. (Huard.P, 1983)

Le retour significatif sur les principes de l'Etat providence dans beaucoup de pays au monde a laissé jaillir de nouvelles méthodes de financement, de management et de gestion des services publics ,sociaux notamment, avec une certaine particularité pour celle des systèmes de santé ,qui longtemps étaient exclus de toute tentative d'introduction de critères marchands .

Face à cette situation, le domaine de la santé en Algérie n'a pu résister à son tour aux multiples faits et aux nombreuses expériences qui s'effectuent déjà au Etats-unis, en Europe et dans la majorité des ex pays socialistes qui cherchent désormais à introduire de nouveaux critères plus transparent et plus efficace pour améliorer la rentabilité de leurs systèmes ; car la progression des dépenses de soins qui est l'argument universellement donné et prouvé par des taux importants par rapport au PNB a déjà atteint des seuils incontrôlables .

La vague des réformes est alors accentuée par la nécessité et l'urgence de maintenir cette croissance à un certain niveau, car ni le nouveau cadre des finances publiques qui s'exprime par une difficulté majeure d'appliquer des taux d'imposition fiscales plus important, ni les mécanismes de marché, ne peuvent financer durablement les nouvelles augmentations.

Même si beaucoup de théoriciens demeurent favorable pour un large financement public de la santé, par rapport à la crise sociale que traverse le monde, en affichant

quotidiennement des taux exceptionnels de précarité et d'exclusion de la population par le chômage, la maladie et la pauvreté ; ceci demeure en inadéquation totale avec la généralisation des principes de l'économie libérale qui laisse peu de place aux actions de l'Etat dans le domaine du social.

De ce fait, trouver un compromis entre la préservation de la cohésion sociale d'une part et la rentabilité des systèmes de soins d'autre part, devient un défi majeur pour l'ensemble des décideurs politiques qui tendent difficilement à trouver les moyens nécessaires pour résoudre les nombreux problèmes sociaux économiques qui se posent.

1.1.2. Globalisation et influence des nouvelles théories de santé

La globalisation de l'économie, qui est définie comme la création d'un marché mondial unique et indifférencié suite à la libéralisation des mouvements de marchandises, de capitaux et à la généralisation de stratégies planétaires des grandes firmes (J. M. HOLZ 2004), a créé un nouveau climat dans le monde qui tend progressivement à élargir les prérogatives du marché et réduire au maximum les fonctions de l'Etat pour les limiter aux seules fonctions régaliennes.

Le financement de la santé, qui par son caractère non marchand devait prioritairement relever de l'action de l'Etat aux yeux des Keynésiens et des adeptes du régime socialiste, est revu dans son ensemble pour être soumis progressivement aux règles du marché.

L'efficacité et la rationalité sont des critères nouvellement recherchés et généralisés dans toutes les actions de productions et d'échanges en touchant désormais tous les types d'institutions, car la baisse des ressources publiques l'impose et la généralisation des idées libérales le soutient.

En effet, certains systèmes de santé qui étaient autrefois l'exemple de financement public dans le monde, tel que le National Health service en Grande Bretagne ou le système de santé français ont changés de cap ces dernières années en introduisant de nouvelles réformes misant sur la recherche d'une meilleure utilisation des moyens financiers.

Pour certains, ces faits justifient l'abandon de l'ancien mode de production de soins par une réorganisation des systèmes qui chercheraient désormais une meilleure redistribution des moyens qui autrefois étaient très mal gagnés par un mode de gestion public très bureaucratique. (L'OCDE 1995)

Désormais, les pays d'Europe s'approchent du modèle « Fetter » qui s'est appliqué aux Etats-Unis au début des années quatre-vingt dans le cadre des programmes Medicare Medicaid.

Les « DRG » aux USA sont reproduits dans le PMSI en France et sont appelés GHM.

Des réformes dans le même contexte ont été entreprises en Grande Bretagne, en Allemagne, en Italie et un peu partout dans le monde.

Les mots d'ordres lancés sont nombreux et s'orientent tous vers les mêmes objectifs : libéralisation des systèmes de soins, atténuer le risque moral sur les consommations médicales et recherche d'une plus grande responsabilisation individuelle des soins plutôt que collective. (A. Fenasse, 1991)

La recherche d'efficacité dans l'utilisation des ressources est suivie par l'instauration d'un nouveau mode managérial dans les structures publiques ou privées, ce mode est soutenu par un nouveau cadre théorique contenu dans ce qui est appelé la « théorie de l'agence ». (Béjean .S 1994)

De ce fait, les nouveaux systèmes de financement des soins se penchent ces dernières années vers une expression claire et précise des besoins de santé sur un marché dominé par la généralisation des principes de l'économie libérale, qui traduit dans son fond les risques de perte de grands acquis sociaux obtenus par de grandes révolutions menées par les peuples pendant plus de trois siècles.

I.2. Effets des facteurs micro économiques

Même si du point de vue micro économique, la croissance des dépenses reste très sensible aux effets conjoncturels, la particularité du financement de soins en Algérie soulève certaines questions par rapport à l'effet des facteurs internes sur les dépenses de soins.

I.2.1 Gratuité des soins et sensibilité des modes de financements publics

La lecture historique des chiffres contenus dans les différents budgets de l'Etat fait ressortir sans aucune difficulté que le phénomène n'est pas récent, il s'est déclaré avec splendeur juste après l'instauration de la loi sur la médecine gratuite en 1973.

Cette dernière, il faut le rappeler a été promulguée dans une conjoncture où beaucoup de facteurs politiques, économiques, sociaux et surtout théoriques soutenaient une croissance qui était analysée comme étant favorable au développement de tous les autres secteurs économiques et sociales.

Aussi, et pour beaucoup d'analystes, les principaux facteurs qui sont jugés à l'origine de l'explosion des dépenses de santé sont considérés comme l'aboutissement logique de cette politique ; qui de part la libéralisation de la demande qu'elle a engendré, a requis un investissement public énorme en infrastructure, matériel et formation médicale.

D'autre part, et depuis très longtemps, il a toujours été fait allusion à une autre interprétation des faits, difficilement déchiffrable et mesurable, tirée des différents bilans, rapports de l'Etat et de nombreux travaux effectués dans ce domaine ; faisant référence aux problèmes de gestion, de calcul des coûts, des restes à réaliser dans les projets, Enfin des éléments qui traduisent chaque fois des dépenses supplémentaires qui restent sans rapport avec la quantité ou la qualité des soins requis par la population. (D. Bouras, 1986)

Au jour d'Hui, la plupart de ces facteurs sont résumés et analysés dans ce qui est appelé « l'économie de la bureaucratie » issue de l'école du « public choice » qui renvoie directement cette croissance au mode de gestion public, qui par rapport à la place du prix, des coûts, du profit et des intérêts dans l'organisation, ainsi que d'autres éléments finement détaillés dans cette théorie, ont ramenés l'Etat à dépenser sans demander des comptes. (Greffé .X ; Hannequart.A, 1985)

Non loin du paysage macroéconomique qui transmet les effets des grandes décisions politiques, réformes et tentatives d'adaptation aux changements qui

s'opèrent dans le domaine de l'économique et du social ; le problème de la progression des dépenses en Algérie peut être examiné sous trois facettes différentes :

- Une première, qui exprime que cette croissance était voulue et décidée par l'Etat, à travers les moyens énormes qui étaient consacrés pendant de longues années afin de mettre en place un système accessible à tous et cohérent aux besoins de la population.
- Une deuxième qui échappe au contrôle de l'Etat, parce qu'elle traduit l'aboutissement logique de la libéralisation des soins en Algérie, par les effets d'urbanisation, d'industrialisation, de salarisation et surtout de socialisation du système.
- Une troisième qui est la résultante du mode de gestion publique par ce qu'il ne fixe aucun critère performant de mesure de rationalité et d'efficacité, à l'exception de certains indicateurs globaux, tel que le taux de mortalité ou de couverture médicale qui ne peuvent en aucun cas donner une interprétation juste et précise sur l'adéquation des moyens financiers fournis par l'Etat et les résultats obtenus dans le domaine de la santé.

Le dernier élément et en rapport avec les différentes études menées dans ce domaine, semble peser de plus en plus lourdement sur les budgets de l'Etat.

En effet, le mode de gestion public qui est fortement décrié ces dernières années, laisse apparaître certaines lacunes, qui pour beaucoup de praticiens et d'usagers demeure inapproprié au contexte actuel de production des soins et ceci pour trois raisons essentielles au moins.

a- La médecine gratuite a été décrétée dans une période où tous les facteurs macro et micro économiques étaient relativement favorables à un financement public intense, par rapport aux prix du pétrole, à l'inflation et au mode de consommation de la population. Même, les différents facteurs démographiques, écologiques et culturels, n'influençaient que faiblement sur le rythme des dépenses.

Aussi, ce droit élargi à toute la population sans aucune discrimination et en évolution avec le temps, n'a jamais poussé les responsables à peser sérieusement le poids de son coût et les difficultés qu'ils pouvaient entraîner à long terme sur les finances de l'Etat ;

Ceci n'a été touché au bout des doigts qu'après les derniers chocs pétroliers déclarés à partir de 1986.

b- Le calcul des coûts nécessaire pour la détermination des prix de soins et de mesure de performance des différents établissements de soins, n'a jamais été décidé par les responsables pour mettre en rapport la relation entre les dépenses et la quantité des services produits ; ce qui a soumis la gestion du secteur à une simple action d'exécution de décisions de l'Etat à travers le budget, qui exprime la réponse à la demande faite par les gestionnaires sur les besoins requis par la population.

c- La méthode de budgétisation auquel est soumis le financement des établissements de soins est jugée par les nouveaux systèmes trop inflationniste, pour cause que les décideurs se basent toujours sur des indicateurs historiques, notamment les budgets antérieurs pour déterminer approximativement les dépenses futurs des établissements.

Aujourd'hui, beaucoup de facteurs font que le problème d'accroissement des dépenses ne peut plus être considéré comme durant les années de forte croissance économiques, car ni la conjoncture actuelle, ni la vision sociale et encore moins les dernières recherches dans le domaine médical ne peuvent replacer le domaine de la santé dans le même contexte que celui des années soixante-dix.

De même, les caractéristiques de l'économie mondiale dans laquelle tente de se placer l'économie Algérienne exigent de plus en plus de rationalité et de transparence dans la gestion des finances.

1.2.2 rationalité des dépenses et nécessité de maîtrise des coûts

La croissance des dépenses de soins en Algérie constitue pour beaucoup d'analystes le résultat d'impulsion de facteurs macro et micro économiques qui ont fait que la santé soit d'abord une vision extrapolée des principes de l'Etat providence qui ont brillés en Europe juste après la seconde guerre mondiale, puis par le développement des régimes socialistes qui ont été largement suivis par de nombreux pays sous l'égide de l'économie communiste ; d'où l'implication directe de l'Etat par des dépenses de santé jugées nécessaires, urgentes et importantes.

Ces faits se concrétisent aussi en Algérie par des actions particulières qui stipulent d'abord dans les textes de la charte et de la constitution que la santé reste sous l'entière responsabilité de l'Etat.

Gratuite dans la plupart du temps, nul ne peut partager cette tâche avec l'Etat qui décide seul de délivrer tous les moyens financiers nécessaires pour faire fonctionner le secteur.

L'activité privée n'est que très faiblement tolérée alors que le financement étranger est strictement exclu du domaine.

Toute cette vision a été traduite par des financements publics faramineux contenus dans de nombreux plans de développements qui se sont étalés sur des années allant de 1967 à 1987.

Les chiffres sont éloquentes et font preuves d'une croissance continue où les parts de dépenses de santé par rapport au PIB grimpent de 3,6 % en 1980 à 6 % en 1988 (Ouchfoun.A. Et Hammouda.D. 1983)

Cette croissance est d'abord transmise par une politique très ambitieuse de formation des cadres médicaux et paramédicaux, dont les chiffres ont atteint en peu de temps des records tant sur le plan du personnel en exercice que celui de la formation continue.

Elle est justifiée aussi par l'extension infrastructurelle inscrite dans les différents programmes de créer des hôpitaux, des centres de santé et des polycliniques dans toutes les zones géographiques de façon à rapprocher la santé de tous les citoyens.

Cette même politique met en lumière le transfert technologique dans le domaine médical qui montre à tel point l'Etat cherchait à investir dans la qualité des soins par l'introduction continue de techniques thérapeutiques nouvelles.

Depuis le dernier choc conjoncturel, beaucoup de facteurs ont brisés cette vision et font que des changements s'imposent pour s'adapter à une situation qui dévoile que la maîtrise des dépenses est irrévocable, car l'idéologie qui guide l'économie

libérale transmet déjà une nouvelle vision qui ne peut coïncider avec les anciens modes de régulation qui se sont enracinés pendant de longues dates dans le monde entier et avec une certaine pertinence dans les économies des pays en développement

1.2.3 crise économique et difficulté de financement des soins

Comme la principale recette financière provient de la fiscalité pétrolière, la baisse vertigineuse des prix au début des années 1986 a créé une crise étouffante dont les retombées ont été très néfastes sur l'économie du pays.

Menant directement à une inflation galopante où les coûts des biens et services se sont multipliés par des taux alarmants, les prix sur le marché sont devenus hors de portée des citoyens, les investissements stagnent et les indices de consommations baissent d'une manière sensible.

Au même moment, il est décidé d'exclure toute révision salariale malgré le large mouvement de contestation sociale qui exprime son malaise par des grèves assez longues et une rotation importante du personnel entre les secteurs d'activités.

Les formes d'aides sociales se multiplient, le fossé se creuse d'avantage entre les classes et les finances de l'Etat baissent dangereusement en mettant en péril les nombreux besoins de la population

Ces faits, associés au programme d'ajustement structurel imposé par la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International ont déclenché la réflexion sur la recherche d'autres sources de financements hormis ceux déjà assurés par la fiscalité.

L'Etat comprime alors ses dépenses et révisé à la baisse tous ses programmes d'investissement et de financement.

L'état de santé de la population se détériore et laisse apparaître un retour significatif des maladies transmissibles.

Dans les hôpitaux et le reste des structures de soins, l'activité de distribution de soins tombe à son plus bas niveau en raison du manque de moyens. (Oufriha. FZ, 1993)

Pour tenter de remédier à cette situation, l'Etat envisage l'ouverture du secteur privé devant les praticiens voulant exercer à titre libéral, ce qui explique qu'une partie des dépenses sera retransmise à la charge des ménages.

Le secteur connaît alors un élargissement rapide et arrive en un laps de temps à concurrencer le secteur public qui piétine devant des problèmes énormes de gestions et de fonctionnement

Depuis, le secteur privé s'impose par des chiffres importants, qui suivant le dernier rapport de la banque mondiale en 2006 44% des médecins spécialistes et 34% des généralistes sont privés.

En effet, Le début des années quatre-vingt-dix est marqué par une forte attraction par la profession libérale en raison surtout de la politique du gel des salaires qui a sensiblement détérioré le pouvoir d'achat des praticiens publics.

Malgré les tentatives d'amélioration du régime salarial et indemnitaire (2000, 2002) pour préserver un certain niveau de fonctionnement des services hospitaliers surtout, le secteur de la santé vit depuis plus de deux décennies une véritable hémorragie de cadres qui rejoignent quotidiennement le secteur privé, ce qui fait que ce dernier compte en 2007, 15000 médecins spécialistes contre 7240 en 1991. (Banque mondiale, 2007)

Cette situation a lancé des appels à une préservation des acquis de la médecine gratuite qui risque par le désengagement successif de l'Etat de faire perdre à l'avenir le secteur public toute sa crédibilité en augmentant le risque d'une médecine à deux vitesses, l'une gratuite pour les pauvres et l'autre payante pour les riches.

La gratuité des soins est alors restreinte comparativement aux grands efforts déployés par l'Etat au milieu des années quatre-vingt, où les seuls dépenses de soins à l'étranger concernant 6693 malades en 1987 ont coûtés 0,923 milliards de dinars. Chiffre qui a grimpé pour représenter 10,414 milliards de dinars en 1994 pour 4639 patients.

Une progression est jugée plus choquante lorsqu'on sait qu'en 1996 pour seulement 762 malades l'Etat a déboursé un budget de 2,472 milliards de dinars.

Au début des années 2000, il est décidé d'arrêter le transfert des malades à l'étranger, malgré cela ils sont 1541 malades à en bénéficier d'un tel privilège avec une dépense faramineuse comparativement aux prix des années précédentes. (Bendjeddou.K,2004) Ces derniers flambent aux rythmes des difficultés et des crises économiques Européenne influencées par les effets de l'économie mondiale d'une part et de la crise financière Américaines d'autre part.

Dans le même contexte, la recherche de la compression des dépenses s'est élargie pour toucher les grands chapitres des comptes de la sécurité sociale.

Depuis quelques années, les mesures se multiplient et portent prioritairement sur les dépenses de médicament car la facture est lourdement supportée par le budget de l'Etat.

En effet, elle passe à titre d'exemple de 400 milliards de dinars en 2004 à 600 milliards en 2006. Le chiffre a plus que doublé entre 1999 et 2007 malgré les tentatives d'organisation des importations, d'encouragement de la production locale de médicament et surtout d'agir sur l'autoconsommation et les gaspillages.

Il faut juste remarquer que ce phénomène n'est pas récent, il est le fruit d'une évolution spectaculaire déclarée au début des années quatre-vingt contenant non seulement le poids d'une mauvaise gestion presque courante au niveau des productions locales, des importations et des consommations. Il met en lumière aussi les effets des différentes crises qui se sont éclatés sur les marchés étrangers caractérisées dernièrement par la hausse des prix du pétrole, la chute du dollar par rapport aux autres monnaies et surtout la récession des économies mondiales dans le cadre de la globalisation.

L'Algérie qui se plaçait en tête des pays Africains dans l'importation et la consommation des médicaments avec une moyenne de 80 dollars par tête d'habitant était révélatrice d'un bon indicateur de santé, elle traduisait également un coût énorme supporté par le budget de l'Etat dans la mesure où la médecine resta principalement publique et gratuite dans le marché de soins Algérien.

D'autres part, même la production médicamenteuse qui était censé soutenir la distribution des soins en quantité et en qualité nécessaire, n'a jamais franchi le seuil des 20% de l'ensemble des besoins de la population, ceci malgré les gros efforts investi depuis l'indépendance en achat de matériel et de brevet d'invention, d'équipement de grands laboratoires et de formation de spécialistes dans la matière.

Pour atténuer le coût de cette rubrique, il a été décidé d'agir sur le niveau des remboursements par les caisses d'assurances sociales. Ces dernières et à travers des lois strictes, décident d'instaurer un contrôle rigoureux sur toutes les ordonnances qui dépassent un certain seuil, puis de plafonner le montant de ces dernières à 1500 DA par trimestre et par malade.

En 2007, et à l'image des expériences européennes, l'Etat passe à la mise en place du tarif de référence pour impulser la consommation des génériques qui sont considérés moins chers en préservant la même efficacité thérapeutique.

Pour les malades, cette mesure a été reçue par un sentiment d'injustice vu le renchérissement des prix des médicaments qui se trouvent dans la plupart du temps hors de leurs portés d'une part et en les faisant supporter encore une fois une dépense dont il ne sont pas directement responsable d'autre part.

Le problème demeure très épineux, car la maîtrise des coûts de médicaments ne devaient pas porter uniquement sur les aspects de consommation ou de remboursements, d'autres mesures encore plus importantes devraient s'élargir aux problèmes de gestions, de coûts de facteurs de production locale et surtout la politique des importations qui dissimule encore de graves perturbations.

Devant la difficulté grandissante de la situation financière des organismes de la sécurité sociale, l'Etat maintient toujours ses anciens tarifs de remboursements qui, aux yeux des malades et des experts dans la matière sont dérisoires par rapport aux prix des services fixés par l'ensemble des prestataires privés.

Les pouvoirs publics refusent toute révision des tarifs par ce que cela peut entraîner une nouvelle hausse des dépenses que seul les pouvoirs publics et les caisses d'assurances en supporteraient les conséquences.

Face au déclin du pouvoir d'achat, les citoyens éprouvent leurs désarrois face à une situation où même les cotisants à la caisse d'assurance tirent difficilement quelques avantages de leurs affiliations qui en principe devait les placer en priorité par rapport à d'autres catégories de bénéficiaires dans l'accès aux soins, aux prix et la qualité des services.

A l'hôpital où se concentre les plus grandes dépenses de soins, il est décidé d'introduire une tarification qui porte sur les consultations spécialisées, les examens biologiques, les journées d'hospitalisations et d'autres services spécifiques dans un objectif double, celui de faire supporter le malade une fraction de dépense qui jusqu'à une date très récente était à la charge de l'Etat, puis d'alléger le poids du forfait des hôpitaux qui s'annonce très lourd pour le compte de la sécurité sociale.

1.2. 4 Complication du nouveau cadre social

La nouvelle conjoncture économique qui s'annonce très difficile dès le début des années 1986, sème une vague de liquidations des entreprises publiques déficitaires qui étaient autrefois les principales créatrices d'emplois et de valeurs ajoutées en Algérie.

Un licenciement massif des travailleurs est déclaré dans la plupart des secteurs économiques, un rythme aigu d'inflation est constamment mesuré par des hausses des prix, des taux de chômage avoisinant les 30% en 1987 et une instabilité caractérisée des marchés extérieurs.

Par la présente situation, le financement de la santé est devenue très compliqué ou en une période très courte, s'est formée une classe de démunies qui sollicite quotidiennement l'aide de l'Etat.

Ce dernier, et en dépit du manque des moyens financiers, s'engage dans un vaste programme en élargissant le bénéfice du filet social à plus d'un million de personnes.

Il maintient aussi la gratuité de tous les soins ambulatoires et spécialisés malgré la complication du cadre épidémiologique qui s'annonce très coûteux par le retour d'une part des maladies virales et parasitaires et l'émergence d'autres parts de maladies dite de civilisations qui a déjà atteint des normes dramatiques.

Le cancer, les maladies cardiovasculaires et le diabète sont en tête d'un financement public extraordinaire avec l'ouverture de nombreux centres de chimiothérapie et de radiothérapie sans oublier l'investissement en infrastructure, en formation du personnel, en médicament et matériel.

En dépit de tous ces efforts, la population à risque se multiplie par rapport à de nombreux facteurs dont la dégradation du cadre de vie et de l'environnement est la plus citée en exemple.

Elle met aussi en exergue de graves fléaux, tel que la toxicomanie qui de par ses effets néfastes sur la santé publique traduit d'autres incidences très graves sur la société toute entière.

La situation sécuritaire qui a encouragé la concentration de la population dans les grandes villes du pays a créé une demande de soins intensive

En effet, en peu de temps, la répartition géographique de la population par grande région, révéla un déséquilibre préoccupant où la bande littorale qui couvre moins de 2% de la surface, abrite près de 40% des habitants. Plus globalement, près de 91% de la population vit sur moins de 13% du territoire.

A son tour, le taux d'urbanisation de l'Algérie est en constante augmentation et est passé de

49,7 % en 1987 à 63 % en 2006 ce qui rend les questions de régionalisation, d'équité et de planification des soins très difficile à atteindre.

En rapport avec le problème démographique seulement, les faits expriment clairement qu'à l'avenir la recherche de la maîtrise des dépenses de soins sera une équation encore plus difficile à résoudre.

II –Rationalité et effets sur l'offre des soins

Il est très difficile d'établir un bilan exact sur les mesures prises par l'Etat dans le cadre de la maîtrise du rythme de croissance ceci reste relié à quelques-unes des remarques suivantes :

A- Les principales actions entreprises dans le domaine de la santé porte essentiellement sur les dépenses des caisses de sécurité sociale, alors que d'autres facteurs plus responsables de la montée des dépenses n'ont jamais été abordé sérieusement ; à titre d'exemple la productivité du personnel de santé, l'absentéisme dans le secteur public, les effets de la mauvaise gestion des stocks des médicaments , l'utilisation irrationnel du matériel et surtout des effets de la politique budgétaire sur

la distribution des soins qui tarde à donner une information juste sur les coûts de soins dans toutes les structures.

B- Même lorsqu'il a été décidé de limiter le recrutement du personnel de santé public pour diminuer des dépenses de ce chapitre qui représente les 70% des coûts de soins dans les hôpitaux surtout, la baisse des dépenses a été compensée par un accroissement de celle du secteur privé. Ce qui revient à dire que globalement la baisse n'a pu être effective et ceci en rapport avec les derniers chiffres qui montrent que les dépenses des ménages ont grimpées ces dernières années pour se situer au environ de 30 % de l'ensemble des part de financement de la santé en Algérie en 2006 alors qu'elle était de 14% en 1984 et bien plus faible avant.

C- Impliquer les ménages dans une participation plus grande aux financement des soins devait mener les responsable à une réflexion plus profonde sur certains aspects de nécessité de réorganiser le marché des soins et des assurances, d'études sur le pouvoir d'achat des affiliés et enfin s'arrêter sur la validité de la gratuité des soins dans une économie déclarée pendant une dizaine d'année en transition vers l'économie de marché.

Les deux principes de gratuité et de marché restent diamétralement opposés dans la présente situation et choix du pays. .

II.1 Absence d'une politique claire de maîtrise de dépense

Il est tout à fait clair que le problème de croissance des dépenses n'a été soulevé en Algérie que lorsque les moyens financiers de l'Etat ont sensiblement baissé.

De ce fait, les recherches qui portaient sur les différents postes de financement n'ont jamais fait l'objet d'une étude profonde sur les possibilités d'atteindre de meilleurs résultats avec des moyens plus faibles. Car, il a été démontré par plusieurs études et dans plusieurs systèmes qu'accroître les dépenses ne peut nullement aboutir simultanément à de meilleurs résultats sans d'autres mesures d'accompagnements.

Ainsi, la maîtrise des dépenses devait s'effectuer dans un cadre de réflexion plus large invitant tous les acteurs économiques à être responsables devant la proposition de mesures prises en concertation collective.

De ce fait, chaque agent aura la possibilité de chercher les moyens de contre carer les effets de certaines mesures néfastes qui peuvent retomber sur le groupe, en s'organisant en mutualité par exemple ou en trouvant des moyens compensatoires par de nouvelles assurances.

Il est remarqué aussi que certaines mesures n'ont jamais fait l'objet de décisions strictes, c'est le cas des transferts de malades pour les soins à l'étranger. Il est vrai que le nombre a nettement baissé ces dernières années, mais les chiffres rapportés annuellement affichent tantôt une baisse tantôt une hausse pour des motifs qui demeurent la plupart du temps inexpliqués.

Dans le même contexte, il apparaît que la recherche de maîtrise des coûts de médicaments a été initié il y a plus d'une dizaine d'année cependant, la facture des médicaments demeure très lourde tant sur le plan des remboursements, des importations ou encore des consommations.

II.2 Echechs sur certaines politiques de préventions

L'application du programme d'ajustement structurel qui était censé réduire les dépenses de santé publique s'est soldée par un résultat néfaste de la situation sanitaire du pays, surtout par rapport au programme de prévention qui a cumulé une nouvelle prévalence de maladies à déclarations obligatoires.

Il est universellement admis dans le domaine de la santé, que les vaccinations et tous les autres moyens de préventions réduisent sensiblement le recours aux soins lourds et hospitaliers qui sont en général plus coûteux pour la collectivité

Là aussi, les responsables tardent à décréter les lois interdisant certains comportements sociaux, tel que le tabagisme, ou' beaucoup de pays ont pris des mesures strictes dans le domaine : interdiction de fumer dans les lieux publics, le tabac et la prime d'assurance...etc.

En Algérie, le nombre de cancéreux augmente sensiblement et place les cancers du sein, de l'utérus et des poumons en première ligne. Ils restent très coûteux dans leurs prises en charge et mobilisent chaque année des moyens financiers énormes en chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie sans oublier les autres frais d'examens et de radiologies qui restent dans la plupart du temps à la charge du malade.

Un regard sérieux sur la pathologie lourde en Algérie montre que l'Etat doit imposer d'autres moyens de préventions tels les dépistages précoces, la multiplication des campagnes de sensibilisations sur les risques et les effets handicapants des pathologies en question.

De même une sérieuse réflexion sur les nouveaux comportements sociaux qui traduisent de nouveaux modes de consommation qui sont jugés dangereux pour la santé des individus.

II.3 Confusion dans certaines prérogatives de financement des soins

La sécurité sociale, en demeurant un organe administrativement relié à l'Etat et répondant à ses nombreuses prérogatives, ne lui permet pas une gestion efficace de ses ressources, ni de décider de l'utilisation de ses moyens dans les domaines qu'elle juge fructueux.

Au début des années 1973, lors de la promulgation de la médecine gratuite, le financement de la santé était réellement à la charge de l'Etat avec une participation à la hauteur des 70% de l'ensemble des parts de financements. Cette part a été révisée à la baisse pour replacer l'organisme de la sécurité social le principal agent de financement depuis le début des années 1980.

Cette situation a crée une confusion entre deux objectifs fondamentaux et complémentaires de la politique de santé celle de la politique de soins et de prévoyance.

En effet, la prévoyance sociale qui doit assurer un revenu de remplacement en cas de maladie, d'invalidité, de retraite, de décès et assure aussi d'autres prestations décidées par les lois du pays tel que la maternité et le chômage, font que les actions de l'organisme sont très faible en raison de l'utilisation des grands moyens dans des politiques qui en principe ne relèvent pas de son ressort. (Kaddar.M 1989)

Ceci a mené la plupart des caisses d'assurances sociales à s'éloigner de leurs principales vocations, en utilisant leurs fonds à des fins qui ne relèvent obligatoirement de leurs prérogatives.

Le forfait hospitalier qui reste le principal chapitre de financement évalué à plus de 35 milliards de dinars en fin 2007 et pénalise triplement la malade :

a- Il affaiblit les actions de préventions de cet organisme qui ont l'avantage de limiter le recours aux soins lourds

b- Diminue les prestations en espèce et en nature qui logiquement maintiennent un certain niveau de consommation de soins en cas d'arrêt de travail, c'est le rôle même du revenu indirect développé par la théorie Keynésienne pour expliquer le phénomène d'accélérateur et de Multiplieur.

c- Eloigne l'organisme de toute tentative de recherche d'économicité et le prive de la liberté de fructifier ses avoirs dans des créneaux qu'il peut juger porteur.

Aujourd'hui les retraités crient au scandale et à l'injustice face à une pension qui devient dérisoire par rapport à la cherté des biens de consommations, des médicaments et des soins.

Etant la plupart du temps des responsables de familles, ces montants ne leurs permet plus de prendre en charge les besoins de leurs familles.

II.4. Eclatement des dépenses de santé avec le retour de l'embellie financière

Depuis le début des années 2000, les prix du pétrole grimpent sensiblement sur les marchés internationaux, procurant des recettes financières très importantes pour le pays.

Cette évolution est qualifiée d'historique puis qu'elle atteint des records de plus de 100 dollars le baril.

L'aisance financière est caractérisée par la constitution d'une réserve de change de plus de 110 milliards de dollar au début de l'année 2008.

Le paiement de la dette extérieure par anticipation a permis de tracer aisément un programme ambitieux qui touche parmi tant d'autres secteurs, le logement, l'éducation et la santé.

Les années de crises sont compensés par une prospérité économique qui fait bénéficier le secteur de la santé public d'un budget porté à 82 milliards de dinars algériens (DA) en 2003 (986 millions d'euros), après avoir longtemps stagné aux alentours de 53 milliards.

Les mesures de rattrapage ont surtout concerné les personnels, dont les salaires des médecins du public ont été revalorisés de 50% à 100% selon les cas.

En 2005 le budget atteint 5 milliards de dollars, 65% sont destinés pour les ressources humaines, 20% pour les médicaments et 15% pour les équipements, ce qui représente 8% du PIB. (CNES, 2000)

Il est tenté également de redynamiser le secteur par l'introduction de nouveaux soins spécialisés et la réouverture de services qui autrefois étaient fermés durant les années de crise. L'Etat densifie aussi son réseau infrastructurel et multiplie les recrutements des cadres pour tenter d'améliorer le niveau d'accès de la population aux soins primaires et spécialisés.

Dans le même contexte, il est décidé d'allonger la liste des médicaments remboursables à 295 produits, alors que la liste comportait prématurément 116, soit de 1000 marques à 2156.

En fin de compte, il est remarqué que le financement public de la santé croît fortement ces dernières années en relation avec l'amélioration des recettes pétrolières qui procure une aisance sans précédent.

Au même moment, ces mesures et tant d'autres nous laissent s'arrêter sur des points essentiels qui pour nous, demeurent contradictoire par rapport au sujet de la gestion de la progression des dépenses de soins en Algérie pour des motifs qui peuvent se résumer comme suit :

-Au moment même où l'Etat par ses nombreuses actions déclare la recherche de la rationalité, il constate que l'injection des nouvelles dépenses dans le secteur de la santé n'est pas accompagné par une recherche volontaire de généralisation d'outils et de techniques permettant de mettre en relation directe les dépenses de santé d'une part et les résultats obtenus d'autre part.

Relever les salaires de tous les praticiens de la santé est jugé très appréciable par son effet positif sur la rotation du personnel, mais reste très contraignant pour les coûts de soins surtout lorsque cette mesure n'est pas suivie par une recherche de rentabilité du personnel par une mise en relation entre le temps du travail et la quantité de services réellement produits.

-Le budget des seuls hôpitaux, qui représentait 3,6 % du Produit intérieur brut (PIB) en 1987, est tombé en 2000 à 1,3.

Cette part même si elle a nettement progressé en 2007, elle demeure très insuffisante en rapport avec la poussée sévère des maladies dites de civilisations. Aussi, Le taux d'occupation médiocre des hôpitaux de l'intérieur, inférieur à 50 %, contre 65 % dans les CHU et les EHS, avec des pointes à 75 % en chirurgie, s'explique largement par le manque d'encadrement médical (Ghorbal .S. 2003).

-Il a été plusieurs fois soulevé que l'autonomie des caisses de sécurité sociales était plus que nécessaire pour dissocier clairement les programmes et les actions de l'Etat de ceux qui doivent relever des prérogatives de ces caisses ; là aussi les réformes tardent à venir surtout que les parts de financements des ménages augmentent chaque année ce qui impose une plus grande transparence de gestion et d'efficacité des fonds de cotisation.

-L'aisance financière ne doit pas éloigner les responsables sur la recherche de rationalité des dépenses, les actions doivent impérativement s'étendre pour trouver des outils de gestion performants, capable de nous rendre des comptes sur les méthodes d'affectation des ressources et les principaux résultats obtenus ; car le niveau de la dépense nationale de santé a nettement régressé en dinars constants les quinze dernières années.

En effet, sur environ 4 % du PIB consacré à la santé, l'Etat s'implique pour seulement 1 %. La Sécurité sociale y intervient pour 2 % et les ménages pour 1 %. Il faut rappeler aussi que le niveau recommandé par les institutions internationales spécialisées (OMS-PNUD) est de 5 % du PIB, soit environ pour le cas Algérien, plus de 80 dollars par an et par habitant.

Ce chiffre reste loin des normes, où l'Etat n'octroie sur son budget que l'équivalent de 58 dollars par an et par habitant.

Comparativement à un pays voisin comme la Tunisie qui réserve jusqu'à 102 dollars, les efforts à fournir pour rattraper le retard restent très importants.

En conclusion,

il faut juste préciser que les expériences dans le monde durant la dernière décennie et par rapport à la même question de maîtrise des dépenses ont clairement montré que donner des moyens sans définir un mode de gestion clair, imposer un contrôle strict sur les ressources et fixer des objectifs de façon que chaque acteur pourra jouer pleinement son rôle dans la distribution des soins est un défi majeur pour tous les systèmes de santé ; car les contraintes pèsent de plus en plus lourdement sur le fonctionnement et le financement des soins dans tous les continents.

Aujourd'hui, l'exemple des pays Européens, et Français notamment par ce qui est le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'informations) peut servir de référence et de cadre nouveau de réflexion sur les systèmes d'informations en rapport avec la gestion, le management et le financement des soins en Algérie ; car il devient intolérable de continuer d'attribuer des moyens sans mesurer leurs effets sur la société toute entière du point de vue médical, économique ou social.

L'important est d'établir les nouveaux budgets sur des informations réelles, produites par nos établissements de soins sur les malades, les prestataires privés soient-ils ou publics, les agents de financements et surtout de remboursements.

Il est aussi urgent est de doter le malade d'un système d'information capable de l'orienter sur la nature des soins disponibles sur tout le territoire et y faciliter son accès.

BIBLIOGRAPHIE

-Oufriha F.Z. (1993) « Autonomie du système de santé et nouveau mode de régulation en Algérie »- cahiers du CREAD.

-Kaddar M. (1989) « Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie » - cahiers du CREAD n° 19.

-Ouchfoun. A. Et Hammouda.D. (1983) « Bilan de vingt-huit années de politique sanitaire en Algérie » - cahiers du CREAD n° 22.

-Huard. P. « Economie et santé : une articulation sensible » - problèmes politiques et sociaux n° 627.

-Fenasse. A. (1991) « Sciences de gestion et santé publique, une exemple : la mesure du produit hospitalier »- Les cahiers du L.E.R.A.S.S. n° 22.

-Rapport de la banque mondiale (2007)

- Rapport du conseil National économique et social (CNES) 2000

-
- Domin. J.P. « Les fondements théoriques de la politique de maîtrise des dépenses hospitalières et leurs applications pratiques (1983-2003) »
 - L'OCDE (1995) Réforme des systèmes de santé : Maîtriser les dépenses et accroître l'efficience- revue n° 24
 - BAC.C. (2004) « Les déterminants macro-économiques des dépenses de santé : comparaison entre quelques pays développés » Rapport du CIREM.
 - Bendjeddou. K.-« soins à l'étranger, l'Est marginalisé » El watan 04 – 2002
 - Ghorbal. S. (2003) « une réforme tant attendue » Jeune Afrique
 - Bouras. D. (1986) « Tentative d'évaluation du programme d'investissement du secteur de la santé » CREAD
 - Béjean. S. « économie du système de santé : du marché à l'organisation », Economica, 1994
 - Jacques Pavoine « Les trois crises du XXè siècle », ellipses, 1994