

F. Z. OUFRIHA

Avant propos

Contribution à l'Economie de la santé en Algérie

Contrairement aux secteurs clefs de l'économie nationale (industrie, agriculture...) ou même à autres secteurs considérés comme «sociaux» (éducation...) qui ont constitué l'objet privilégié d'un grand nombre d'analyses et de réflexions de la part des chercheurs et des universitaires : que ce soit dans le cadre d'analyses théoriques ou de réflexions critiques sur les politiques concrètes et leurs résultats, comme productions scientifiques isolées ou collectives. Le secteur de la santé semble avoir très peu jusqu'à ces derniers temps retenu l'attention tant des économistes que des sociologues.

Les premiers néanmoins commençant à l'investir comme champ de réflexions fécondes et d'analyses à partir de leurs propres instruments et concepts même s'ils sont considérablement remaniés et réadaptés en fonction des caractéristiques et des spécificités de ce domaine d'activité...

Les seconds semblent curieusement le bouder totalement, alors que l'engouement qu'il suscite par ailleurs parmi les sociologues est des plus importants et qu'ici manifestement se fait cruellement sentir le manque d'analyses des logiques d'acteurs, des comportements devant la maladie, des stratégies et des filières d'accès aux soins, de catégories de populations hospitalières, etc... qui permettrait de mieux comprendre l'utilisation que fait la population (à saisir selon de multiples critères) de l'appareil de soins.

En effet, le secteur de la santé est très spécifique et non réductible sans précaution purement et simplement à tout autre activité économique, ne serait ce que parce qu'il fait appel à un corps de professionnels dont les caractéristiques de formation et donc de comportements en tant qu'agents dispensateurs de soins obéissent à des motivations et à des logiques qui ne se laissent pas facilement appréhendées d'une part et sont trop largement imprégnées de représentations de la maladie comme phénomène individuel comme dysfonction ou dommage à réparer...

Cependant la «santé» en tant que bien désiré à titre individuellement ou collectivement est celui qui suscite le plus de réactions plus ou moins passionnelles – peu propres cependant à poser clairement et donc à analyser lucidement les différents problèmes soulevés par le

système de soins : accès aux différents niveaux, modalités de financement, modalités de prix en charge, coûts.

Or il y a crise en particulier du financement collectif, crise que si elle prenait largement du rythme rapide d'accroissement des dépenses face à des niveaux de satisfaction, de prise en charge... qui le moins plafonnent et remettent donc en cause les mécanismes de fonctionnement du système de distribution des soins mais aussi crise des ressources que la collectivité peut mettre à la disposition de ce secteur dans un contexte de ralentissement de la croissance économique.

Le problème de la forte augmentation des dépenses de soins de leur nécessaire maîtrise vient donc à l'ordre du jour en Algérie que procède à un rationnement financier globale inattendu des mécanismes plus efficaces de rationalisation tant d'affectation des crédits, que de leur utilisation ne sont pas mise en face. Le rationnement s'installe et devient incontournable, il risque de s'exercer, ou mieux comment on va l'organiser et à quelles fins sociales, de façon à ce que la collectivité ne finance que ce qui est jugée sur le plan collectif comme prioritaire, comme devant donc faire l'objet d'une prise en charge collective. Le plus difficile étant de séparer le niveau individuel du niveau collectif. Mais c'est une démarche et une procédure qui doit nécessairement se substituer au «laisser-faire» actuel et donc passer d'un rationnement implicite qui s'opère en tout état de cause à un rationnement explicite et clairement exprimé. Encore faut-il se donner les moyens concrets et les instruments de mesure adéquate.

Pour cela il faudrait dépasser les raisonnements en terme d'institutions distinctes (Ministère de la santé, Ministère de la Protection Sociale, Sécurité Sociale etc...) ou de professions (médicales : privées ou publiques...) et raisonner dans un contexte global de système de soins dont il faut saisir toutes les dimensions et toutes les articulations implicites ou explicites. De plus il faudrait que «l'aspect économique» ne soit pas pris en compte différemment par les gestionnaires et ne se situent strictement dans ces logiques institutionnelles ou professionnelles ce qui fait que les «résultats» macro-économiques peuvent être à l'opposé de ce qui est postulé au départ.

En effet, très largement non marchand, et donc hors-marché, fortement réglementé dans beaucoup de ses aspects, il accède grâce à la gratuité à un financement intégralement socialisé (dans la composante publique) et mobilise des recettes automatiques à rythme très fortement croissant de 1974 à 1985. Ce qui va lui permettre de multiplier les structures de soins et les personnels dans une logique de fonctionnement fortement extensive. De la même façon que pour l'ensemble du système productif il y a lieu de passer là aussi à un mode de fonctionnement plus cohérent, plus finalisé, plus intensif, dans un contexte où les contraintes macro-économiques se font plus pressantes (restriction de «la base» sur laquelle sont prélevées les ressources).

Les travaux que nous livrons aujourd'hui n'ont pas pour ambition de «répondre» à toutes les questions soulevées, mais constituent les premiers résultats de recherche et réflexion d'une équipe dont la démarche a été constamment sous-tendue par le souci d'une analyse systémique tendant à élucider les mécanismes de fonctionnement et les articulations significatives tant au niveau des agents que des institutions dans un aspect cognitif préalable nécessaire à des visées décisionnelles-rationnelles et cohérentes.

La seconde livraison sera plus axée sur les résultats (appréhendé en termes financiers – et leurs analyses à la lumière de la logique de fonctionnement d'ensemble.

Dans un premier papier nous avons voulu présenter le système de soins en tant que tout, en prenant en considération ses principes, ses agents, ses modalités d'organisation, fonctionnement et de financement dans ses deux segments principaux (public - privé) en essayant de montrer comment la Sécurité Sociale par le biais du financement articule les différents composants : ce qui explique sa longueur inhabituelle dans ce genre de présentation.

L'ensemble des autres papiers sont centrés sur l'analyse de points particuliers – mais particulièrement significatifs – du système national de santé dont la prépondérance explique cette focalisation.

C'est ainsi que le problème du financement des secteurs sanitaires retient plus particulièrement l'attention de M. Keddar qui essaie de montrer la forte croissance des dépenses. Mais qui aussi s'interroge sur le rapport de la Sécurité Sociale principal financeur et le système de soins.

Que le problème du statut de la hiérarchisation des personnels de santé – en tant que poste principal des dépenses des secteurs sanitaires – méritait une analyse spécifique que nous avons menée avec L. Lamri.

Que l'alternative public-privé dans le champ de santé qui conditionne les modalités d'exercice des praticiens et de fonctionnement des services est un clivage tellement prégnant qu'il a retenu longuement l'attention de N. Taleb Benmansour.

Nous espérons de la sorte avoir contribué à apporter quelques éléments d'analyse et de réflexion sur un aspect important de la protection sociale et particulier sanitaire.

F. Z. OUFRIHA[*] ET L. LAMRI[**]

Analyse de l'évolution des statuts et de la structure des dépenses de personnel selon la catégorie dans les secteurs sanitaires

L'instauration de la médecine gratuite en 1974 s'est accompagnée par la mise en place d'une nouvelle procédure de financement des secteurs sanitaires appelée «budgétisation». Elle se substitue à la méthode des «prix de journée».

Cette procédure consiste à affecter à chaque secteur sanitaire un budget global forfaitaire devant couvrir l'intégralité de ses dépenses de fonctionnement. L'origine des ressources est constituée par la contribution du budget de l'Etat et la participation forfaitaire de la Sécurité Sociale. La part du budget de l'Etat est en nette régression : de 71 % en 1974 elle est descendue à 39 % en 1984. Celle de la Sécurité Sociale a évolué en sens inverse passant de 23 % en 1974 à 59 % en 1984. Cependant cette procédure si elle a permis le dégagement financier de l'Etat et l'inversion des proportions des 2 sources de financement n'a pas empêché par ailleurs une croissance très vive des dépenses. Or l'observation de la structure des dépenses budgétaires au cours de la décennie 1974-1984 montre nettement le poids prépondérant de la ligne budgétaire «dépenses de personnels» par rapport aux autres postes. Cette part a évolué dans la fourchette 65-70 %. Les statistiques disponibles et la nomenclature budgétaire des secteurs sanitaires nous donnent peu de renseignements sur l'importance de chaque catégorie de personnel dans la formation des dépenses. Aussi il nous a semblé opportun de reconstituer la formation et l'évolution des dépenses de chaque catégorie de personnel pour pouvoir en apprécier la tendance future et proposer éventuellement des correctifs en fonction des objectifs de la politique sanitaire.

Cependant pour pouvoir comprendre l'évolution en matière de rémunération et donc de structure de dépenses en personnels, il nous a semblé utile de présenter au préalable l'évolution des statuts des différents types de personnels médicaux qui conditionnent les modalités de rémunération. Nous avons préféré nous limiter en matière de statuts uniquement aux médecins qui nous semblent constituer les agents principaux du système de soins, nous nous contentant d'indications plus restreintes sur les deux autres catégories au niveau de notre deuxième chapitre.

CHAPITRE I

L'évolution des statuts des personnels médicaux

L'évolution des salaires, ne peut être dissociée de l'évolution des statuts et règles juridiques régissant les personnels en particulier médicaux dont le statut va être différent en fonction de la position occupée dans un système de soins hiérarchisé. En effet la classification des secteurs sanitaires et des établissements de soins est liée organiquement à la notion de hiérarchisation des soins et donc des établissements qui les dispensent. La nature ou niveaux de soins est le critère fondamental à partir duquel a été effectuée la classification administrative. La carte sanitaire nationale de 1982 qui en est le résultat hiérarchise les soins selon quatre niveaux :

- niveau A : soins hautement spécialisés, dispensés dans des établissements hospitaliers spécialisés à vocation régionale.
- niveau B : soins spécialisés dispensés dans des établissements hospitaliers de wilaya,
- niveau C : soins généraux dispensés dans des établissements hospitaliers de daïra,
- niveau D : soins de premier recours dispensés dans les polycliniques, centres de santé et salles de soins et de consultations.

Les établissements hospitaliers spécialisés de niveau A et parfois de niveau B, dans le cas où existe dans leur circonscription un Institut des Sciences Médicales, assurent des activités de soins, de formation médicale graduée et post-graduée et de recherche scientifique. Ces activités concomitantes leur confèrent la dénomination de Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U). Pour comprendre l'évolution de la conception en la matière, il faut remonter à l'importante réforme hospitalière intervenue en 1958 portant le nom de son initiateur Robert DEBRE et étendue à l'Algérie.

Elle postule ce qui suit : «les hôpitaux situés dans les villes, siège de faculté ou d'école de médecine sont tenus d'organiser conjointement avec la faculté ou l'école l'ensemble de leurs services en centre de soins, d'enseignement et de recherche qui prennent le nom de Centre Hospitalier Universitaire».

Cette dénomination concerne les locaux communs et la coordination des activités. L'hôpital et la faculté ou l'école gardent leur autonomie, leur patrimoine et leur réglementation. En France, cette réforme a fait l'objet de plusieurs débats parfois conflictuels. D'après François STEUDLER^[1], cette réforme visait à faire sortir l'hôpital de son cloisonnement et le rendre perméable à l'introduction du progrès technique et scientifique. Il pense que cette réforme devait pousser les chefs de service à abandonner l'exercice à titre privé et les amener à exercer à plein-temps leurs activités hospitalo-universitaires. D'autres voient dans cette réforme au contraire un transfert des charges financières de la recherche médicale relevant jusque là du Ministère de l'Enseignement Supérieur au Ministère de la Santé. Les conflits de direction d'orientation et même de gestion pouvant naître de cette réforme n'étant pas à négliger.

En droite ligne de ce type d'organisation et de conception, le premier texte juridique algérien concernant cette «coordination» date de 1976[2]. L'article premier stipule : «il est créé au niveau des villes, siège d'Instituts des Sciences Médicales des établissements dénommés Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U.) dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière». Le second article leur attribue les missions suivantes :

- former des personnels de santé sous l'autorité des Instituts,
- assurer des tâches de santé publique,
- effectuer des études et travaux de recherche.

De 1976 à nos jours, le fonctionnement des C.H.U. en Algérie s'est caractérisé par l'existence de frictions et de conflits, entre les gestionnaires désignés par le Ministère de la Santé et les chefs de service nommés par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et relatifs aux décisions financières, organisationnelles et de planification. Le pouvoir de décision des chefs de service s'est progressivement estompé au profit des administrateurs du Ministère de la Santé. La réponse immédiate des praticiens hospitalo-universitaires s'est traduite par un délaissement progressif des activités de soins au profit des activités d'enseignement et de recherche.

Ce mécontentement a parfois atteint des degrés très élevés allant jusqu'au refus d'application des décisions émanant du Ministère de la Santé. Il faut noter que l'ordonnance précitée n'a pas précisé les modalités de fonctionnement des C.H.U créées et le pouvoir de décision est resté le plus souvent entre les mains des administrateurs des secteurs sanitaires désignés par le Ministère de la santé. Notons aussi que ces administrateurs sont le plus souvent d'anciens économes, des infirmiers, sans compétence éprouvée, promus par simple ancienneté ou du fait des antécédents de participation à la révolution armée.

La commission de coordination hospitalo-universitaire nationale (CCHUN) créée en 1974[1] regroupant des représentants des Ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur, a pour tâche de coordonner les activités hospitalières et universitaires et d'émettre des avis sur la création de nouveaux services et l'affectation des spécialistes hospitalo-universitaires dans les C.H.U.

Cependant, les personnels médicaux eux-mêmes des secteurs sanitaires peuvent être distingués en deux grands groupes : les personnels médicaux hospitalo-universitaires relevant de la tutelle du Ministère de l'Enseignement Supérieur et les personnels médicaux de santé publique relevant de la tutelle du Ministère de la Santé. Cette distinction a duré jusqu'en 1982.

En dehors des praticiens privés, les corps des professeurs, docteur, maîtres-assistants, médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et spécialistes de santé publique sont régis par l'ordonnance de 1966 portant statut général de la fonction publique et constituent donc des

corps de fonctionnaires exerçant à plein-temps dans les structures publiques et soumis aux dispositions statutaires communes aux corps des fonctionnaires de l'Etat, auxquels vont s'appliquer à partir de 1982 les modalités de rémunération issues de S.G.T.

1. – Les personnels médicaux hospitalo-universitaire

On distingue depuis 1974, date d'application de la médecine gratuite, trois corps distincts qui nous allons examiner successivement.

1.1. – Les professeurs

Ce corps est régi par un texte en date du 1er octobre 1974[3]. Suite à la réforme de l'enseignement supérieur de 1970, des établissements de formation ont été créés au sein de chaque université après dissolution des facultés de médecine et de pharmacie[4]. Ce sont les Instituts des Sciences Médicales devenus depuis lors Instituts nationaux d'enseignement supérieur.

Le corps hospitalo-universitaire est chargé :

- d'assurer des tâches d'enseignement et de recherche au sein des Instituts des Sciences Médicales,
- d'assurer, en outre, des activités de santé publique dans les C.H.U.

Gérés alors par le Ministère de l'Enseignement Supérieur, les professeurs assurent l'ensemble de leurs activités hospitalo-universitaires dans le cadre de l'exercice à plein-temps et sont soumis aux obligations définies par le statut des C.H.U.

Ils sont recrutés par voie de concours sur titres après inscription sur une liste d'aptitude établie parmi les docents ayant exercé au moins trois ans en cette qualité par la Commission universitaire nationale qui prononce leur promotion sur la base de publications scientifiques et de rapports annuels pédagogiques et d'activité hospitalo-universitaires.

Les chefs de département sont nommés parmi les professeurs pour une durée de quatre ans, après élection par les professeurs et docents du département et les résidents de la division.

1.2. – Les docents

Régis par un texte[5] publié la même année que celui concernant les professeurs, ils prennent la dénomination de «docent» en remplacement de celle de maîtres de conférence jusque là usitée (et qui demeure dans les autres disciplines).

Soumis aux mêmes dispositions que les professeurs, il sont recrutés par voie de concours sur titres après inscription sur une liste d'aptitude établie parmi les chargés de cours, titulaires du doctorat en sciences médicales (DSM) ayant exercé au moins un an en cette qualité sur la base de notes chiffrées, thèses et travaux de recherche.

1.3. – Les maîtres-assistants

Ils sont recrutés par voie de concours sur titres et travaux parmi les candidats titulaires du diplôme d'études médicales (DEMS)[\[6\]](#). Ils doivent de plus justifier d'au moins une année d'exercice en qualité d'assistants contractuels dans un Institut des Sciences Médicales. Ils sont soumis aux mêmes dispositions que les doctes et professeurs.

Les chargés de cours qui ne constituent pas un corps mais un poste spécifique, intermédiaire sont nommés parmi les maîtres-assistants titulaires du doctorat en sciences médicales (DSM).

Les trois corps qui assurent en concomitance des activités de soins, d'enseignement et de recherche bénéficient alors dans le cadre de leurs seules activités de santé publique d'une indemnité mensuelle appelée «indemnité hospitalière, modulée en fonction du grade»[\[7\]](#).

– professeur :	4 700 DA.
– Docteur titulaire	4 500 DA.
– Docteur stagiaire :	3500 DA.
– Chargé de cours :	3400 DA.
– Maître-assistant titulaire :	3000 DA.
– Maître-assistant stagiaire :	2900 DA.

De 1974 à 1982, ces trois corps ont été gérés par le Ministère de l'enseignement Supérieur. De 1982 à 1986, ils sont soumis à une double tutelle et à partir de 1986 ils relèvent uniquement du Ministère de la Santé, qui dans le conflit d'autorité et de compétence l'opposant au M.E.S. semble l'emporter à un degré qui remet néanmoins en cause la fonction «enseignement».

2. – Les personnels médicaux de santé publique

Les statuts particuliers des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes de santé publique datent de 1968[\[8\]](#).

2.1. – Les médecins

Ils sont chargés d'assurer des activités de diagnostic, de soins, d'expertises médicales, de prévention et d'éducation sanitaire, de formation des agents paramédicaux de la santé. Ils sont recrutés parmi les étudiants ayant achevé leurs études de graduation en médecine et sont classés à l'échelle XIV de la fonction publique. Ils sont tenus d'exercer à plein-temps dans les structures sanitaires relevant du Ministère de la santé ou d'autres organismes publics. (Lorsque ces derniers existaient).

2.2. – Les chirurgiens-dentistes

Ils sont recrutés sur titre parmi les étudiants en chirurgie dentaire ayant achevé leur cycle de graduation. Ils sont classés à l'échelle XIII de la fonction publique et chargés d'assurer des soins et prothèses dentaires et des activités d'éducation sanitaire bucco-dentaire.

2.3. – Les pharmaciens

Ils sont classés à la même échelle que les chirurgiens-dentistes. Soumis aux mêmes dispositions communes, ils sont chargés d'assurer les préparations pharmaceutiques et de gérer les médicaments des structures sanitaires où ils sont affectés.

Pour ces trois corps, il est créé trois postes spécifiques majorés de points indiciaires :

- celui de médecin, pharmacien ou chirurgien-dentiste inspecteur de santé publique : 60 points
- celui de médecin, pharmacien ou chirurgien-dentiste inspecteur principal de santé publique : 70 points
- celui de médecin, pharmacien ou chirurgien-dentiste inspecteur divisionnaire : 80 points.

Les efforts de formation médicale entrepris depuis l'indépendance et les attraits de la fonction hospitalo-universitaire se sont traduits par l'absorption intégrale des post-gradués par le corps des hospitalo-universitaires. C'est à partir de 1979, après saturation et limitation des postes ouverts ainsi que la multiplication des hôpitaux dans des villes non universitaires et peut-être aussi la volonté du Ministère de la Santé de contrecarrer le pouvoir des chefs de service hospitalo-universitaires. que de nouveaux corps en santé publique sont créés pour les personnels médicaux spécialistes[9].

Ces corps de santé publique doivent exercer à plein-temps dans les unités de prévention, de soins et de formation. Ils sont chargés d'assurer des activités de prévention, de soins, de formation des personnels médicaux, paramédicaux et de gestion de la santé et de contribuer à la promotion de la santé par des travaux de recherche. La gestion de ces corps est assurée par le Ministère de la Santé.

Ils sont recrutés sur titres parmi les candidats âgés de 50 ans au plus et titulaires du DEMS ou d'un titre reconnu équivalent. Ils peuvent aussi être détachés de la santé et intégrés en qualité d'enseignants dans les instituts des sciences médicales. Ils bénéficient d'un congé à plein traitement d'une durée de trois mois tous les trois ans et de vingt jours par an pour participer à des séminaires portant sur la santé ou des séminaires portant sur la santé ou effectuer des travaux scientifiques de recherche.

En outre, ils bénéficient d'une indemnité forfaitaire unique d'astreinte et de sujétions spéciales de 3 900 DA par mois[10].

D'une manière générale, les corps des praticiens médicaux publics sont gérés par le Ministère de l'Enseignement Supérieur s'ils relèvent des corps hospitalo-universitaire et pour le ministère de la santé s'ils relèvent des corps de santé publique ce problème de gestion mais que un problème de fond qui est celui du pouvoir de division. Quel est le pouvoir en matière de décisions financières, organisationnelles et techniques d'un professeur hospitalo-universitaire, chef de service, par rapport à celui exercé par l'administrateur du secteur sanitaire désigné par le Ministère de la Santé.

N'y a-t-il pas une suprématie des praticiens hospitalo-universitaires sur les praticiens de santé publique. Les premiers ne sont-ils pas privilégiés par rapport aux seconds. Quel est le ministère détenteur du pouvoir réel de décision. Nous ne traiterons pas ces questions dont l'analyse seule nécessiterait une longue étude qui n'est pas l'objet de ce travail.

Cependant, l'existence d'une tutelle différente et les conflits de gestion, d'administration et d'exercice d'autorité ne sont pas étrangers à la refonte des corps des personnels médicaux intervenue en 1982[11]. Ces nouveaux statuts sont porteurs d'importantes transformations notamment en matière d'exercice de la tutelle des personnels médicaux hospitalo-universitaires. Nous distinguerons dans ce qui suit les corps gérés exclusivement par le Ministère de la Santé et ceux gérés conjointement par le Ministère de la Santé qui exerce la tutelle administrative et par le Ministère de l'Enseignement Supérieur auquel est attribuée la tutelle pédagogique.

3. – Les personnels médicaux gérés par le Ministère de la Santé

Ces praticiens exercent dans le cadre du plein-temps en qualité de fonctionnaires. Ils prennent la dénomination de praticiens de santé publique.

3.1. – Les corps de médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes

Le texte de 1982 leur attribue des responsabilités extensives telles que les activités de prévention élargies à tous les niveaux. Ils sont recrutés parmi les étudiants ayant terminé leurs études de graduation et âgés de 45 ans au plus. Les praticiens qui optent pour le fonctionariat bénéficient d'une bonification de salaire de l'ordre de 1 000 DA. Cette mesure avait pour objectif de décourager l'option pour l'exercice à titre privé. Les difficultés de son application et l'intervention de la Loi portant service civil qui a rendu caduque cette mesure, ont amené les responsables à abandonner cette mesure et le choix de l'option se fait désormais à l'issue de l'accomplissement du service civil.

3.2. – Les corps des médecins-chefs, pharmaciens-chef et chirurgiens-dentistes chefs

En plus des activités qui leur sont attribuée en leur qualité de praticiens. ils assurent respectivement la responsabilité des activités sanitaires des établissements et structures sanitaires, de la pharmacie du secteur sanitaire et du laboratoire d'hygiène de wilaya et des structures et équipements de prévention, soins et prothèses dentaires. Ils sont recrutés par voie de concours parmi les praticiens des trois catégories ayant exercé effectivement cinq ans au moins en cette qualité.

3.3. – Les corps des médecins inspecteurs, pharmaciens inspecteurs et chirurgiens-dentistes inspecteurs

Ils assurent des missions d'inspection et des enquêtes sur le fonctionnement des structures sanitaires, élaborent des études sur l'organisation de la distribution des soins et encadrent la formation des personnels de santé.

Ils sont recrutés par voie de concours parmi les candidats médecins-chefs, pharmaciens-chefs et chirurgiens-dentistes chefs ayant exercé effectivement cinq ans au moins dans ces corps.

3.4. – Les corps des spécialistes de santé publique

Selon leur compétence respective, ils sont chargés d'assurer des activités de diagnostic, de traitement, de contrôle et de recherche dans leurs domaines et de formation et perfectionnement des personnels paramédicaux et d'administration sanitaire. Ils sont structurés en trois niveaux :

- médecins, pharmaciens ou chirurgiens-dentistes spécialistes du 1er degré,
- médecins, pharmaciens ou chirurgiens-dentistes spécialistes du 2ème degré,
- médecins, pharmaciens ou chirurgiens-dentistes spécialistes du 3ème degré.

Les spécialistes du 1er degré sont recrutés parmi les titulaires du DENS ou d'un titre reconnu équivalent. Les spécialistes du 2ème degré sont recrutés par voie de concours parmi les spécialistes du 1er degré justifiant d'au moins cinq ans d'exercice effectif en cette qualité.

Les spécialistes du 3ème degré sont recrutés aussi par voie de concours parmi les spécialistes du 2ème degré et ayant une ancienneté de cinq ans.

Le même texte crée des emplois spécifiques : respectivement de chef d'unité, chef de service et chef de clinique bénéficiant d'une majoration en points indiciaires respective de 60,90 et 120 points. L'accès à ces postes spécifiques se fait sur la base d'une liste d'aptitude ouverte aux candidats justifiant d'une ancienneté effective de deux ans dans leur corps respectif.

4. – Les personnels médicaux gérés conjointement par les ministères de la santé et de l'enseignement supérieur : de 1982 à 1986

L'apport fondamental du texte de 1982 est le transfert de la gestion administrative du corps des praticiens hospitalo-universitaires du ministère de l'enseignement supérieur au ministère de la santé. Leur gestion pédagogique demeure bien entendu, du ressort du ministère chargé de l'enseignement supérieur.

Soumis aux dispositions communes aux enseignants universitaires, les personnels médicaux hospitalo-universitaires assurent des fonctions concomitantes de soins, d'enseignement et de recherche en

sciences médicales dans le cadre du plein-temps. Ils sont organisés en trois corps distincts.

4.1. – Les professeurs

Ils sont recrutés par voie de concours parmi les docents ayant exercé effectivement pendant trois ans au moins en cette qualité.

4.2. – Les docents

Leur recrutement se fait par voie de concours parmi les maîtres-assistants titulaires du DSM et ayant exercé effectivement pendant quatre ans au moins dans ce poste.

4.3. – Les maîtres-assistants

Ils sont recrutés par voie de concours parmi les titulaires du DEMS ou d'un titre reconnu équivalent.

Les concours de passage d'un corps à un autre sont définis par arrêté conjoint du Ministère de l'enseignement supérieur et de la fonction publique après avis de la C.C.H.U.N. (commission de coordination hospitalo-universitaire nationale). Le nombre de postes ouverts est défini par arrêté conjoint des ministères de la Santé et de l'enseignement supérieur après avis de la C.C.H.U.N.

Les maîtres-assistants, docents et professeurs peuvent être nommés à des emplois spécifiques. Les postes correspondants sont chef d'unité, chef de service et chef de clinique hospitalo-universitaire. Leur nombre est fixé par arrêté conjoint des Ministères des finances et de la santé après avis de la C.C.H.U.N. L'accès à ces postes est ouvert respectivement aux maîtres-assistants, docents et professeurs sur la base d'une liste d'aptitude. La bonification indiciaire rattachée à ces postes est respectivement de 60,90 et 120 points.

Cette situation vient d'être remise en cause par la récente décision qui confie la tutelle intégrale du corps des hospitalo-universitaires au seul ministère de la santé publique.

Au terme de cet examen rapide des statuts des praticiens médicaux, nous pouvons formuler les conclusions suivantes :

- Il existe deux grands groupes de corps distincts de médecins : le corps des hospitalo-universitaires et le corps de santé publique dont les logiques d'accès et de fonctionnement ne sont pas les mêmes.

- L'accès aux corps de santé publique est ouvert sans restrictions aux diplômés des Instituts des sciences médicales, tel n'est pas le cas pour celui des hospitalo-universitaires, auquel on n'accède que moyennant diplômes spécifiques concours etc... valorisants sur le plan professionnel et confortant l'aspect techniciste de la médecine.

Désormais donc ces derniers dépendent uniquement du ministère de la santé et n'ont plus de lien, «plus de compte à rendre» à celui de

l'enseignement supérieur. Cependant concomitamment à ce texte la suppression du zoning pour l'installation des médecins à titre privé (lequel en particulier «bloquait» les nouvelles installations à Alger - Oran - Constantine) a provoqué un net mouvement de «sortie» du secteur public d'une fraction des hospitalo-universitaires[12] sans que l'enseignement supérieur ait eu son mot à dire et donc au détriment de la fonction enseignante à court terme. Cependant à plus long terme ces nouvelles régies de gestion de la fraction haute des médecins risquent d'avoir deux types de conséquences extrêmement importantes et ce, d'autant que la loi permettant l'ouverture de cliniques à titre privé est en instance d'être votée par l'APN :

- d'une part de désorganiser la fonction enseignante et donc de compromettre la reproduction des médecins,

- d'autre part de rendre formelle et vide de contenu – faute des personnels ultra spécialisés nécessaires à cet effet – la politique de «substitution» de soins internes à fort contenu technique à celle d'envois à l'étranger, en désorganisant les équipes de soins constituées à cet égard, concomitamment à la mise en place de plateaux techniques importants et à la diffusion des nouvelles technologies lourdes de soins et de diagnostic (scanner, échographie, rein artificiel).

Cependant, l'accès au cycle d'études médicales spéciales des médecin, pharmaciens et chirurgiens-dentistes est devenu fortement restrictif depuis 1982[13]. Puisqu'il n'est ouvert par voie de concours qu'aux seuls candidats qui terminent leurs études de graduation dans l'année du concours et aux médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes ayant exercé en qualité de fonctionnaires pendant trois ans au moins.

- De 1974 à 1984, des mesures incitatives d'encouragement et désincitatives prenant l'aspect de restrictions réglementaires et administratives ont été initiées pour favoriser l'option pour le secteur public c'est-à-dire l'exercice à plein-temps dans les structures sanitaires publiques des médecins.

- Depuis 1984 et en application d'une nouvelle orientation du système de soins inscrite dans le «plan d'action en santé publique» adopté par le gouvernement en mai 1984, d'importantes mesures ont vu le jour. On peut citer la mise en place du zoning et l'ouverture d'un grand nombre de postes pour l'exercice à titre privé dans des cabinets de consultations et des cabinets dentaires. Cette privatisation accrue s'explique par les contraintes budgétaires induites par la compression des recettes extérieures due à la baisse des prix mondiaux des hydrocarbures et de la chute du cours du dollar dans lesquels ils sont libellés. Le budget alloué aux secteurs sanitaires n'étant plus en mesure de prendre en charge les flux considérables des diplômés médicaux (environ 1 200 par an) et paramédicaux (8 500 en 1986).

CHAPITRE II

Évolution de la structure des dépenses de personnel du secteur sanitaire

La réalisation de ce travail s'est fondée sur une méthodologie simple qui consiste :

- 1.– A subdiviser les personnels en catégories homogènes.
- 2.– A déterminer les effectifs de chaque catégorie et pour chaque années.
- 3.– A appliquer aux effectifs reconstitués les salaires moyens nets déduits des textes réglementaires et traitements en vigueur de chaque période.
- 4.– A analyser les résultats obtenus (cf. tableaux n° 1 et 2).

Il faut noter que l'on a procédé aux vérifications par simple comparaison des masses financières globales obtenues pour chaque année par rapport aux crédits respectifs ouverts. Les écarts sont donnés dans le tableau n° 2. Les écarts négatifs que l'on remarque deux années après l'application de la médecine gratuite (1975 - 76) et durant l'année 1983 en conséquence de l'application des valorisations réglementaires des salaires (suite au S.G.T.) sont résorbés durant l'année budgétaire par des virements de crédits de certaines lignes excédentaires (alimentation, formation...) au profit de la ligne budgétaire «dépenses de personnels». Les écarts positifs sont le résultat de mauvaises prévisions et de lenteurs administratives dans l'application des valorisations réglementaires des traitements et du paiement des rappels après que les crédits budgétaires correspondants aient été mis en place.

En tout état de cause, cette tentative de reconstitution des effectifs et des salaires moyens nets pour la décennie 1974 - 84 pourrait comporter des lacunes quant à la fiabilité des données prises en compte. Elle a quand même l'avantage de se rapprocher de très près de la réalité.

Les salaires moyens nets considérés sont les traitements moyens bruts augmentés des indemnités (conformément aux textes) et diminués des diverses charges sociales (ITS, Cotisations sociales, diverses retenues) estimées à 30 % du total. L'évolution des salaires moyens nets considérés peut-être distinguée selon quatre périodes correspondantes aux revalorisations successives des salaires et indemnités.

1. – Première période 1974 - 1976

Durant cette période, le corps des praticiens hospitalo-universitaires est géré et rémunéré par le Ministère de l'enseignement supérieur pour ses tâches d'enseignement. Pour ses tâches hospitalières (soins, actes chirurgicaux et consultations), il lui est attribué une simple indemnité versée par les secteurs sanitaires, modulée néanmoins en fonction des spécialistes. Cette modalité de rémunération a duré jusqu'à 1982 (cf. tableau n° 1).

– La rémunération des personnels de santé publique est régie par les décrets du 30 mai 1968^[14], portant statut particulier des différents corps.

Pour les autres catégories de personnel (agents d'administration, ouvriers etc...) il a été tenu compte des textes régissant les statuts de ces corps, conformément au statut général de la fonction publique.

2. – Deuxième période 1977 - 1978

La revalorisation des salaires et indemnités intervenue en 1977[15] n'a concerné que les personnels médicaux de santé publique. En ce qui concerne le corps des hospitalo-universitaires la valorisation de l'indemnité hospitalière date de 1977. L'article 11 valorise l'indemnité hospitalière payée sur le budget des secteurs sanitaires[16].

3. – Troisième période 1979 - 1981

D'importantes augmentations de salaires et indemnités sont intervenues en 1979 et ont touché pratiquement l'ensemble des personnels de santé (cf. tableau n° 1). A ce titre, les textes y afférents sont :

- Les décrets[17] de 1979 fixant les dispositions statutaires applicables aux corps des médecins spécialistes, pharmaciens spécialistes et chirurgiens-dentistes spécialistes et les taux de l'indemnité forfaitaire unique d'astreinte et de sujétions spéciales servies à ce type de personnel.
- Les autres catégories de personnel (paramédicaux et administratifs) ont été concernées par la valorisation du point indiciaire décidée en 1977 pour l'ensemble des corps relevant de la fonction publique.

4. – Quatrième période 1982 - 1984

De 1974 à 1982, le personnel hospitalo-universitaire émargeait doublement : sur le budget du ministère de l'enseignement supérieur pour la partie salaire de base et sur le budget du ministère de la santé (secteurs sanitaires) pour la partie «indemnité hospitalière».

La réforme de 1982[18] a mis fin à cette dichotomie en unifiant la source de paiement de l'intégralité des traitements (salaires et indemnités) confiée depuis lors au seul ministère de la santé par l'intermédiaire des budgets des secteurs sanitaires dont les dépenses vont subir de ce fait une pression supplémentaire et supporter aussi le coût de la fonction enseignante. Ce texte a porté aussi revalorisation des traitements de toutes les catégories du personnel médical.

L'application des mesures transitoires du SGT a permis l'augmentation des salaires, telle que traduite dans le tableau n° 1, des personnels paramédicaux et administratifs.

Tableau n° I : Évolution par catégorie des dépenses de personnel des secteurs sanitaires

Unité 10³ DA

RUBRIQUES	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	Taux d'accroissement 74-84	
TRAITEMENT MOYEN DES PROFESSEURS	— Effectif	85	87	88	90	94	96	102	110	125	140	150	
	— Traitement moyen	3.5	3.5	3.5	4.7	4.7	4.7	4.7	4.7	4.7	11	11	
	— S/T1	2.97	304.5	308	423	441.8	451.2	479.4	517	587.5	1540	1650	547%
TRAITEMENT MOYEN DES DOCENTS	— Effectif	62	65	68	70	73	75	78	85	90	105	130	
	— Traitement moyen	3.2	3.2	3.2	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	10	10	
	— S/T2	198.4	208	217.6	315	248.5	337.5	351	382.5	405	1050	1300	499%
TRAITEMENT MOYEN DES CHARGES DE COURS	— Effectif	20	22	25	27	30	32	45	60	85	120	180	
	— Traitement moyen	3	3	3	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	9.5	9.5	
	— S/T3	60	66	75	91.8	102	108.8	153	204	289	1140	1710	2750%
TRAITEMENT MOYEN DES MAITRES-ASSI.	— Effectif	150	162	175	200	230	256	380	590	800	1150	1450	
	— Traitement moyen	2.5	2.5	2.5	3	3	3	3	3	3	9	9	
	— S/T4	375	405	437.5	600	690	768	1140	1770	2400	10350	13050	3380%
HOSPITALO-UVI.	TOTAL 1	930,9	983,5	1037,5	1429,8	1482	1655,5	2123,4	2873,5	3681,5	1480	17710	1852%
TRAITEMENT MOYEN DES SPECIALISTES SANTE PUBLIQUE	— Effectif	580	590	600	610	620	630	635	650	700	750	820	
	— Traitement moyen	4.2	4.2	4.2	4.2	4.2	6.5	6.5	6.5	6.5	9	9	
	— S/T1	2436	2478	2520	2562	2604	4095	4127.5	4225	4550	6750	7380	203%
TRAITEMENT MOYEN DES MEDECINS GENERALISTES	— Effectif	900	1100	1350	1450	1490	1500	1980	2350	2830	3100	4080	
	— Traitement moyen	3.7	3.7	3.7	3.7	3.7	4.5	4.5	4.5	4.5	7.5	7.5	
	— S/T2	3330	4070	4995	5365	5513	6750	8910	10575	12735	23250	30600	819%
TRAITEMENT MOYEN DES TECHNICIENS SUPERIEURS DE LA SANTE	— Effectif	1350	1400	1460	1550	1650	1800	2050	2200	3000	4000	5500	
	— Traitement moyen	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.8	1.8	1.8	1.8	3.2	3.2	
	— S/T3	1755	1820	1898	2015	2145	3240	3690	3960	5400	12800	17600	902%
TRAITEMENT MOYEN DES TECHNICIENS DE LA SANTE	— Effectif	6850	7700	9140	9700	10500	12000	12450	12900	15700	17000	19500	
	— Traitement moyen	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.5	1.5	1.5	1.5	2.5	2.5	
	— S/T4	7535	8470	10054	10670	11550	18000	18675	19350	23550	42500	48750	546%
TRAITEMENT MOYEN DES AGENTS TECHNIQUES DE LA SANTE	— Effectif	6200	6900	8200	8750	9350	10800	14700	15400	19800	24000	29000	
	— Traitement moyen	1	1	1	1	1	1.2	1.2	1.2	1.2	2.1	1.2	
	— S/T1	6200	6900	8200	8750	9350	12960	17640	18480	23760	50400	60900	882%
PERSONNEL PARAMEDICAL	— TOTAL 2	15490	17190	20152	21435	23045	40005	41790	52710	105700	127250	127250	721%
TRAITEMENT MOYEN DES PERSONNELS	— Effectif	600	620	650	680	710	750	760	800	890	920	1000	
	— Traitement moyen	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	
	— S/T1	600	620	650	680	710	750	760	800	890	920	1000	

PERSONNEL	moyen	2	2	2	2	2	2,5	2,5	2,5	2,5	3,5	3,5	
PERSONNEL ADMINISTRATIF NIVEAU III	— S/T2	1200	1240	1300	1360	1420	1725	1748	1840	2047	3220	3500	191%
TRAITEMENT MOYEN DU PERSONNEL ADM ET TECHNIQUE NIVEAU II	— Effectif	7200	7380	7550	7950	8200	8600	9900	10000	12500	14480	17500	
	— Traitement moyen	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,5	1,5	1,5	1,5	2,4	2,4	
	— S/T3	7920	8118	8305	8745	9020	12900	14850	15000	18750	34752	42000	430%
TRAITEMENT MOYEN DU PERSONNEL ADM ET TECHNIQUE NIVEAU I	— Effectif	6200	6300	6600	6770	7090	7250	8240	9900	12610	13600	15500	
	— Traitement moyen	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1	1	1	1	1,2	1,2	
	— S/T4	5580	5670	5940	6093	6381	7250	8240	9900	12610	16320	18600	233%
TOTAL ADMINIS. ET TECHNIQUES	— TOTAL 3	14700	15028	15545	16198	16821	21875	24838	26740	33407	54292	64100	336%
TOTAL GENERAL PERSONNEL		42425,1	45874,7	50756,3	53745,8	517169,2	79480,5	93816,4	101531	124398,5	239862	28237,5	
TRAITEMENT MOYEN DES CHIRURGIENS DENTISTES	— Effectif	100	150	190	230	250	300	450	670	1950	1400	1750	
	— Traitement moyen	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	3,5	3,5	3,5	3,5	5,5	5,5	
	— S/T1	280	420	532	644	700	1050	1575	2345	3325	7700	9625	3337%
TRAITEMENT MOYEN DES PHARMACIENS	— Effectif	35	40	60	80	110	150	170	230	280	370	400	
	— Traitement moyen	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	3,5	3,5	3,5	3,5	5,5	5,5	
ALGERIENS SANTE PUBLIQUE	— S/T2	98	112	168	224	308	525	595	805	980	2035	2200	2145%
	— TOTAL 2	6144	7080	8215	8795	9125	12420	15207,5	17950	21590	39735	49805	711%
TOTAL ALGERIENS		7074,9	8063,5	9252,5	10224,8	10607	14085,5	17330,5	20823,5	25271,5	53815	67515	854%
TRAITEMENT MOYEN DES SPECIALISTES ETRANGERS	— Effectif	100	150	150	150	280	300	300	320	360	400	420	
	— Traitement moyen	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	6,5	6,5	6,5	6,5	9	9	
	— S/T3	420	630	630	630	1176	1950	1950	2080	2340	3600	3780	800%

Tableau n° 1 : Évolution par catégorie des dépenses de personnel des secteurs sanitaires

Unité 10³ DA

RUBRIQUES	1974		1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	Taux d'accroissement 74-84
TRAITEMENT MOYEN DES GENERALISTES ETRANGERS	— Effectif	1150	1240	1300	1300	1330	1500	2010	2100	2200	2730	2390	
	— Traitement moyen	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	4,5	4,5	4,5	4,5	7,5	7,5	
	— S/T2	4225	4588	4810	4810	4921	6750	9045	9450	9900	20475	17925	324%
TRAITEMENT MOYEN DES CHIRURGIENS ETRANGERS	— Effectif	84	82	90	120	125	130	115	105	120	240	215	
	— Traitement moyen	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	3,5	3,5	3,5	3,5	5,5	5,5	
	— S/T3	235,2	229,6	252	336	350	455	402,5	367,5	420	1320	1182,5	403%
TRAITEMENT MOYEN DES PHARMACIENS ETRANGERS	— Effectif	100	52	41	40	89	50	70	80	100	120	110	
	— Traitement moyen	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	3,5	3,5	3,5	3,5	5,5	5,5	
	— S/T4	280	145,6	114,8	112	249,2	175	245	280	350	660	605	116%
ETRANGERS	TOTAL 3	5160,2	5593,2	5806,8	5888	6696,2	9320	11642,5	12177,5	13010	26055	23492,5	355%
TOTAL PERSONNEL MEDICAL	TOTAL 1	12235,1	13656,7	15059,3	16112,8	17303,2	23405,5	28973,4	33001	38281,5	79870	91007,5	643%

Tableau n° 2 : Comparaison entre crédits budgétaires alloués et dépenses effectuées ou reconstituées Unité 10³ DA

ANNEES RUBRIQUES	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	TAUX D'ACC- ROISSEMENT 74 - 84
Budget total des secteurs sanitaires	847.300	889.000	1.000.000	1.146.000	1.340.000	1.852.000	1.597.000	3.206.500	3.795000	4.278750	5.272.500	522%
Crédits budgétaires ouverts pour le personnel	549.300	487.000	589.000	683.000	790.500	1.098.000	1.647.000	2.064.000	2.376000	2.652000	3.590000	55%
% des crédits affectés au personnel par rapport au budget total des S.S	65%	55%	59%	60%	58%	59%	63%	64%	62%	62%	68%	
Dépenses de perso- nnel reconstituées (une année)	509.101	550.496	644.950	686.030	953.766	1.125.797	1.218.372	1.492782	2.878344	3.388290	560%	
% des écarts	7%	- 13%	- 3%	6%	13%	13%	32%	41%	37%	- 8%	7%	

Tableau n° 4 : Évolution par catégorie des dépenses de personnels de 1974 à 1984 (Taux de Croissance) Base 100

en 1974

Années	Personnel médical				Personnel paramédical			Personnel administratif et technique				
	TOTAL	Hospitals universit.	Algérie santé pub.	Etrangers	TOTAL	TSS	TS	ATS	TOTAL	niveau III	niveau II	niveau I
1974	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1975	112	106	115	108	111	104	112	111	102	103	103	102
1976	123	112	134	113	130	108	133	132	106	108	105	106
1977	132	154	143	114	138	115	142	141	110	113	110	109
1978	142	160	149	130	149	122	153	151	114	118	114	114
1979	192	179	202	181	221	185	239	209	149	144	163	130
1980	239	228	248	226	258	210	248	285	169	146	118	418
1981	270	309	292	236	270	226	257	298	189	153	189	177
1982	313	395	351	252	340	308	313	383	227	171	237	226
1983	654	1514	647	505	682	729	564	813	369	268	439	292
1984	745	1904	811	455	821	1903	647	982	436	292	530	333

Figure 1 : Évolution comparée des masses salariales des différentes catégories de personnels

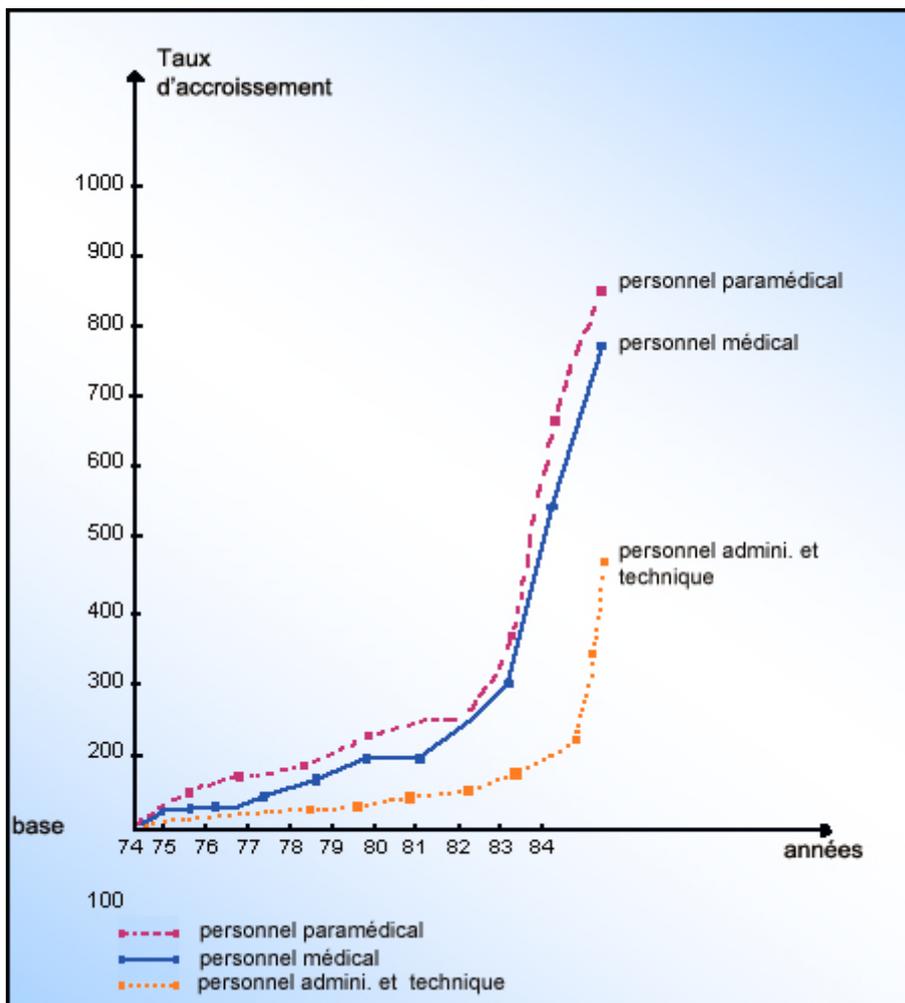


Figure 2 : Évolution comparée des masses salariales des différentes catégories des personnels médicaux

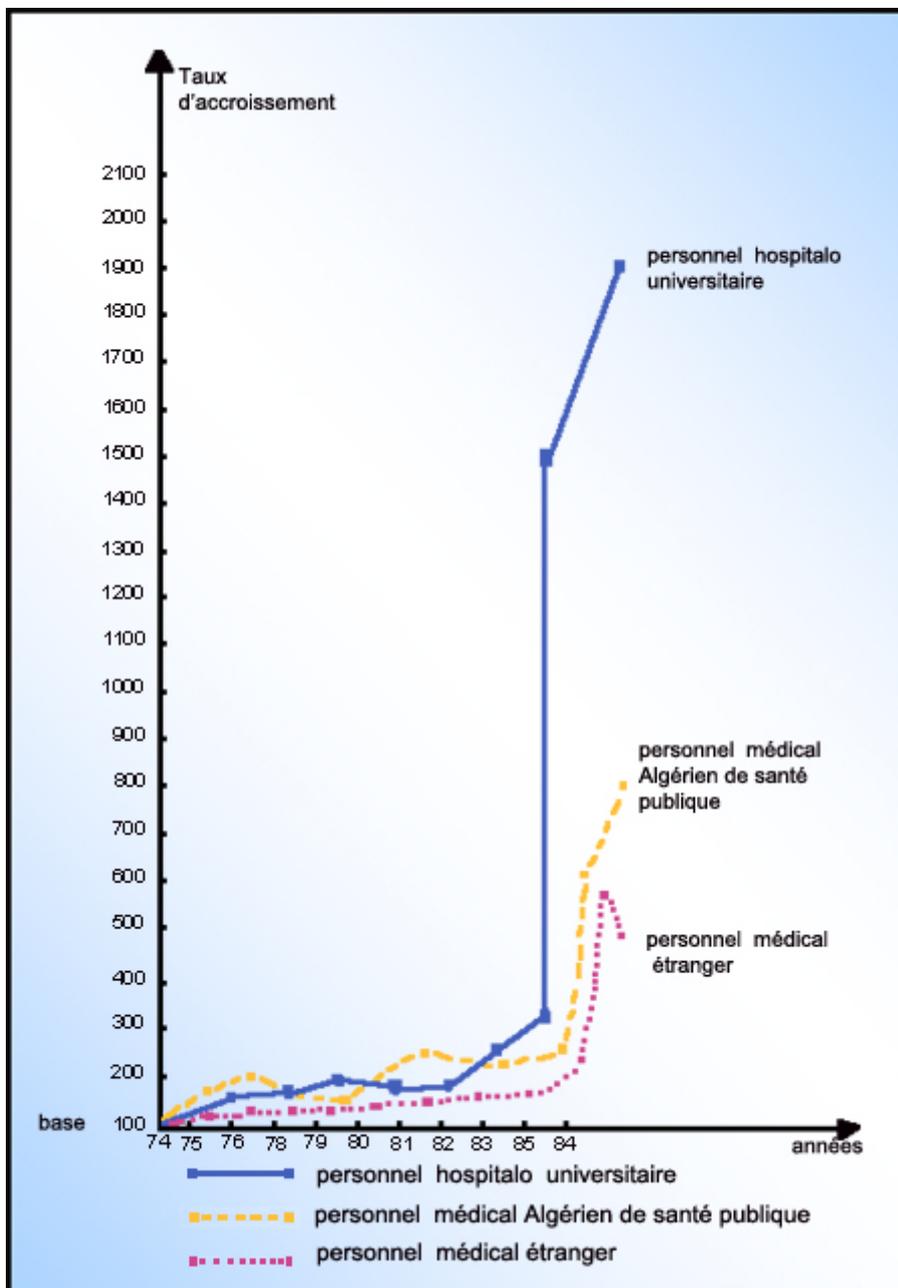


Figure 3 : Évolution comparée des masses salariales des différentes qualifications des personnels paramédicaux

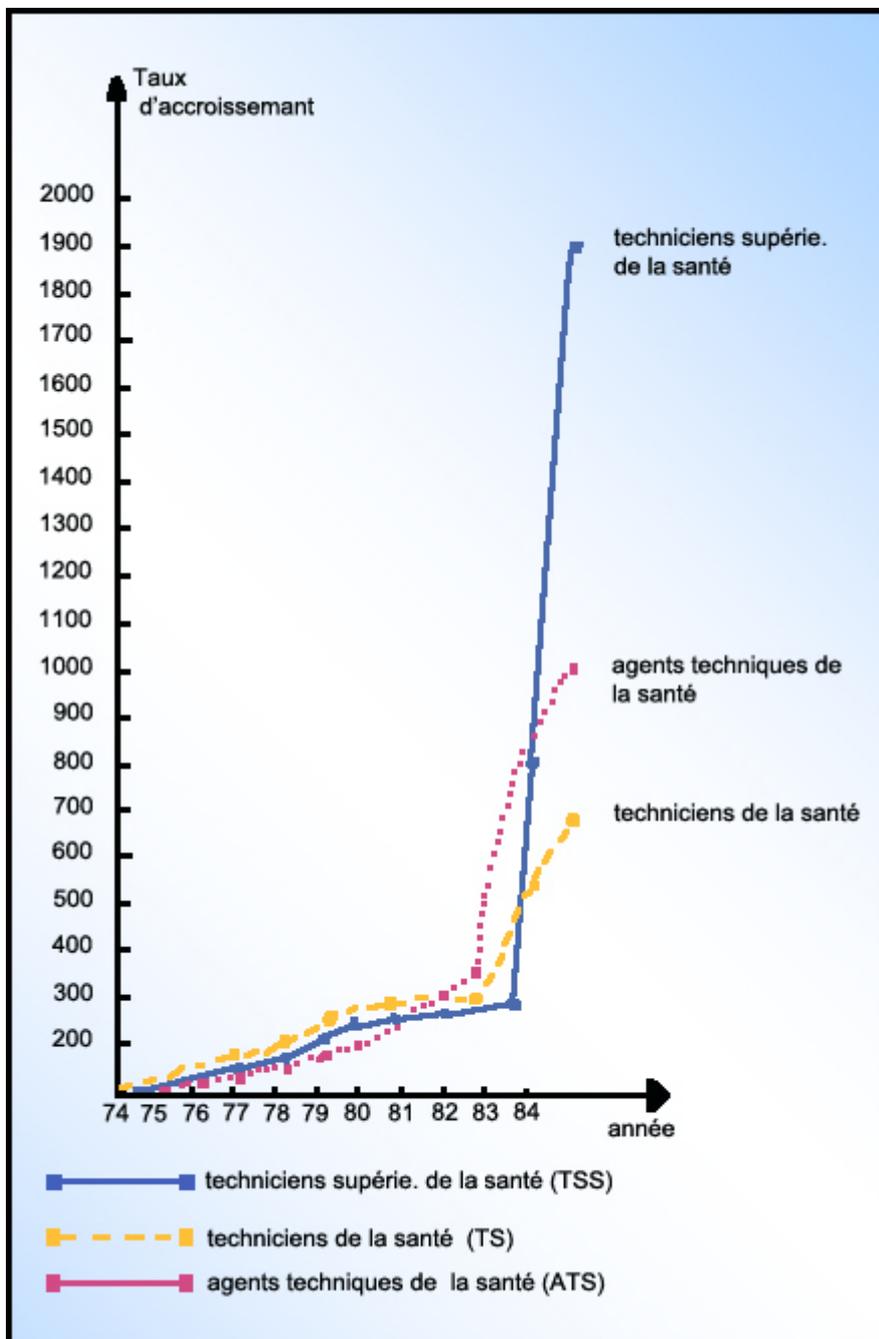
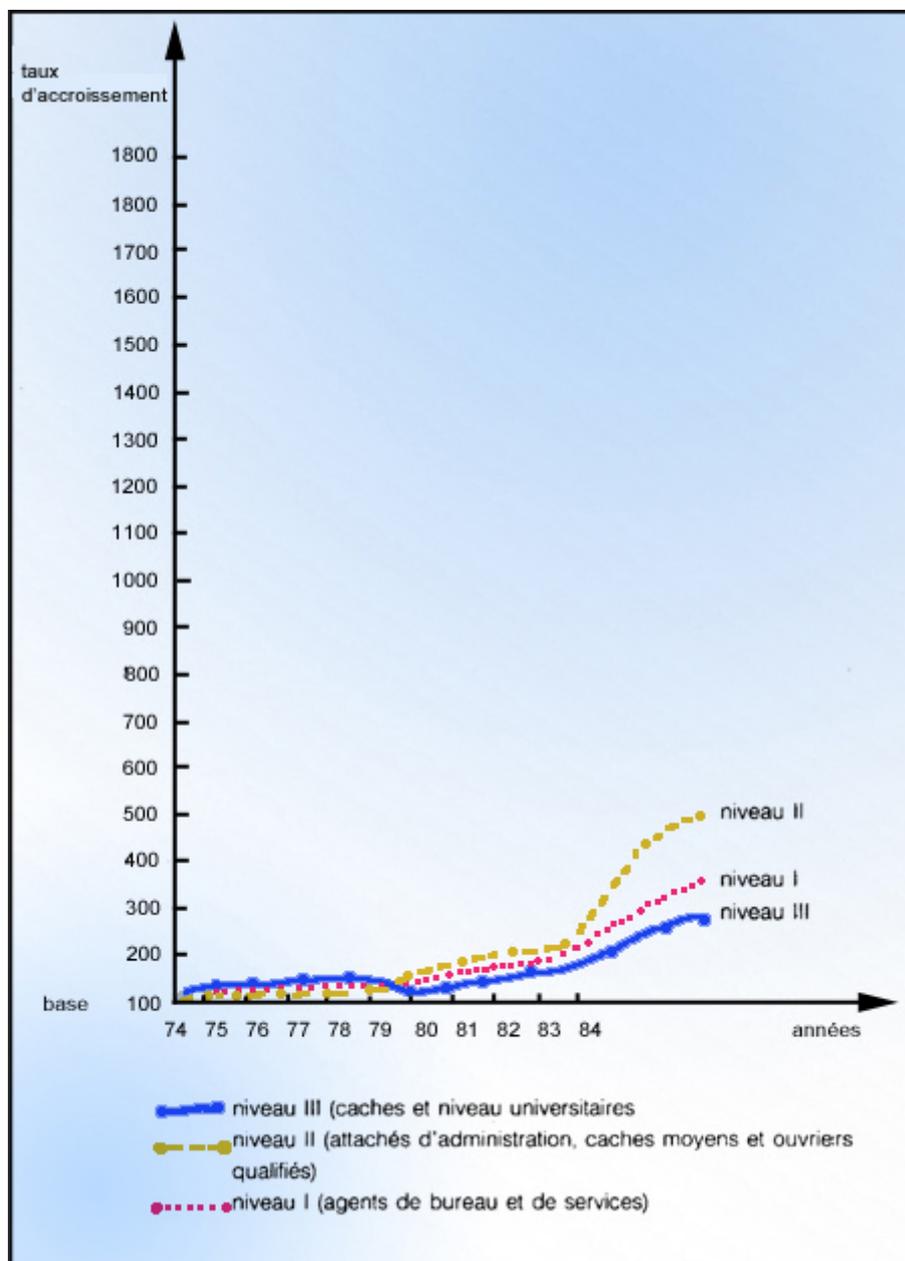


Figure 4 : Évolution comparée des masses salariales des différentes qualifications des personnels administratifs et techniques



Analyse des résultats

D'une manière générale, l'évolution des parts de chaque type de personnel (médical, technico-administratif et paramédical) est représentée dans la figure 1.

1. – Le personnel médical

De 1974 à 1984, la part de ce personnel a évolué dans une fourchette comprise entre 29 et 33 % des dépenses en personnel. Cependant cette catégorie représente 32 % en 1984 de l'ensemble des dépenses de personnel contre 29 % en 1974 ; son poids se fait donc plus lourd globalement mais à quelle catégorie faut-il «imputer» cette hausse ?

1.1. – Les praticiens hospitalo-universitaires

Il semble que ce soit essentiellement à celle des hospitalo-universitaires. En effet la part de cette catégorie de personnel est passée de 7 % en 1974 à 19 % en 1984 dans l'ensemble des

dépenses au titre du personnel médical (cf. tableau n° 3 et figure 2). Cette évolution s'explique par l'imputation au budget du Ministère de la Santé de l'intégralité des salaires de cette catégorie initialement pris en charge sur le budget du Ministère de l'Enseignement Supérieur. La faible croissance de la courbe malgré l'augmentation des salaires en 1979 peut s'expliquer en partie par l'autorisation d'exercer à titre privé accordée par les pouvoirs publics aux spécialistes hospitalo-universitaires suite aux mouvements d'arrêt du travail observés en 1977.

Le poids de chaque corps à l'intérieur de la catégorie à fin 1984, se présente comme suit :

– professeurs.....	9 %
– docents.....	7 %
– chargés de cours.....	10 %
– maîtres-assistants.....	74 %

Ce sont les maîtres-assistants qui, compte tenu de leur nombre, reçoivent la plus grande part (3/4 environ) des salaires distribués.

La lente accession aux grades supérieurs observée et les récentes mesures de planification des effectifs des étudiants au titre du tronc commun du Biomédical, limités à environ 1500 par an, supposent le maintien de la structuré de 1984 pour plusieurs années encore. Cependant, la récente mesure de suppression du «zoning»^[19] pour les praticiens optant pour l'exercice à titre privé, risque de dégarnir les secteurs sanitaires du dernier type de spécialistes qui, compte tenu des conditions matérielles et financières d'exercice de la profession, offertes par le secteur public, ne favorisent pas leur maintien vis-à-vis de l'attrait et des conditions d'exercice de la profession libérale même si elle se confine encore aux simples cabinets de consultations. Cependant la loi portant autorisation d'ouverture de cliniques à titre privé en instance dont la publication risque de bouleverser ces données.

1.2. – Le personnel médical étranger

La part de ce type de personnel est en nette régression passant de 42 % en 1974 à 26 % en 1984 (cf. tableau n° 2 et figure 2). La relève des personnels étrangers s'est accélérée à partir de 1984, et a pris la forme d'un non renouvellement des contrats des praticiens généralistes. A la fin de la décennie 80 cette part sera certainement négligeable. Le recrutement sera sélectif et ne concernera que quelques spécialités de haut niveau ou dont on estime qu'elles sont encore déficitaires telles que la chirurgie, la pédiatrie, la gynécologie, la psychiatrie et depuis 1984 l'épidémiologie.

1.3. – Le personnel médical algérien de santé publique

La part de cette catégorie est passée de 51 % en 1974 à 55 % en 1984 de l'ensemble (cf. tableau n° 3 et figure 2). Elle est appelée dans les années à venir à constituer la part prédominante en évoluant

massivement non seulement comme résultat des efforts de formation mais aussi comme conséquence de la concurrence qui commence déjà agir dans le secteur privé obligeant notamment certains futurs diplômés à opter pour l'exercice sécurisant du secteur public. Les mesures relatives à l'obligation du service civil permettent aussi le maintien d'importants effectifs dans le secteur public. En 1984, la structure du poids financier de cette catégories se présente comme suit :

– spécialistes de santé publique	15
%	
– médecins généralistes	61
%	
– chirurgiens-dentistes	19
%	
– pharmaciens	5
%	

Ces données montrent que ce "sont les médecins généralistes qui détiennent la plus grande proportion (2/3 environ) et que cette part va croissant étant donné qu'en 1979 leur part ne représentait que 54 %.

2. – Le personnel paramédical

Il constitue une catégorie charnière particulièrement importante pour les hôpitaux où elle se trouve au niveau de tous les rouages et catégories de soins. Aux anciens «corps» dont certains plus connus du grand public comme celui des infirmières, ou des sages-femmes viennent s'ajouter récemment avec la technicisation croissante des soins toute une pléiade de spécialistes de niveau intermédiaire manipulant appareils de radiologie ou de laboratoires. Ils constituent un éventail très diversifié de qualifications plus ou moins précises se rattachant aux actes de diagnostic ou de soins. C'est le type de personnel le plus présent à l'hôpital, celui auquel – en terme de durée – le malade est le plus confronté et dont les attitudes et comportements conditionnent largement «l'accueil» dans les hôpitaux (en particulier) et leur humanisation.

Ce personnel largement féminisé – en particulier dans certains de ses «corps» – a été regroupé par le M.S.P. en trois catégories qui correspondent aux niveaux de qualifications, chaque niveau regroupant un certain éventail de «qualifications». C'est que ainsi que :

- **les techniciens supérieurs de la santé** englobent en particulier **les infirmiers spécialisés**, les sages-femmes, les assistantes sociales, les kinésithérapeutes, les prothésistes dentaires.
- **les techniciens de la santé** comprennent notamment des infirmiers de soins et des infirmiers d'hygiène et d'assainissement.
- **les agents techniciens de la santé** regroupent les aides en soins infirmiers, en soins obstétricaux, en hygiène et assainissement.

Globalement c'est la catégorie qui a connu la plus grande augmentation, leur part passant à 45 % en 1984 contre 36 % en 1974, pour représenter alors presque la moitié de l'ensemble des dépenses de personnels, toutes catégories confondues. En plus du nombre croissant, cette catégorie a connu deux importantes revalorisations des traitements : celle de 1979 et celle de 1983 celle-ci induite par l'application des mesures transitoires du S.G.T. intervenues à fin 1982 (cf. tableau n° 3 et figure 1). Ce personnel comprend lui même trois catégories comme nous venons de le dire et dont nous allons examiner successivement le « poids » en termes de rémunération, c'est-à-dire la part des salaires qui lui est allouée.

2.1. – Les techniciens supérieurs de la santé

Le poids relatif de ce type de qualification a enregistré une baisse (8 % en 1974 contre 5 % en 1984 – tableau n° 3). Cependant si sa part semble peu importante actuellement, il est probable qu'elle évoluera en hausse les prochaines années. En effet si les efforts consentis jusqu'à ce jour ont réglé le problème du nombre pour l'ensemble des paramédicaux, il paraît évident que les futures actions de formation devront porter essentiellement sur le relèvement de la qualité et devront donc donner une priorité absolue à ce niveau de qualification. Les mesures de limitation de la formation paramédicale aux niveaux inférieurs (TS et ATS) prises à partir de 1986 et la tendance à l'introduction continue de techniques et équipements médicaux nouveaux en particulier lourd du type imagerie médicale dans les structures sanitaires algériennes constituent les prémisses à une prédominance de ce type de qualification à l'avenir (cf. figure 3).

2.2 – Les techniciens de la santé

Niveau de qualification intermédiaire dans les professions paramédicales, sa part est passé de 54 % en 1974 à 66 % en 1984 et constitue donc l'essentiel du corps paramédical (cf. figure 3). Il a surtout permis un meilleur encadrement en nombre des structures sanitaires. Il est appelé à se stabiliser sinon à décroître en valeur relative.

2.3. – Les agents techniques de la santé

Ce niveau enregistre une baisse passant de 38 % en 1984. Cette régression sera plus prononcée pour les années à venir compte tenu des raisons évoquées précédemment (cf. figure 3).

Pour le personnel paramédical toutes catégories confondues, l'étape prochaine devra être celle des mesures destinées à privilégier l'aspect qualitatif, devenu un impératif par une meilleure efficacité du fonctionnement des services de santé. Son poids financier : 45 % de l'ensemble des dépenses de personnel en 1984 - restera prépondérant à l'avenir et semble correspondre à la tendance observée dans les systèmes de santé des pays industrialisés. Niveau intermédiaire mais absolument indispensable à la bonne marche du système de soins national selon ce qui ressort de toutes les analyses

menées à cet égard, il semble judicieux de maintenir les mesures financières incitatives telles que celles prises dans le cadre du S.G.T. (relèvement des salaires et institution d'indemnités liées à la spécificité de la profession) et qui, d'après les premières constatations commencent à se traduire par une réduction du turn-over de ce type de personnel, et donc à accroître sa stabilité et par là son opérationnalité.

3. – Le personnel administratif et technique

La part de cette catégorie est en nette régression comme prise en compte insuffisants des problèmes de gestion et de maintenance. Elle passe de 35 % en 1974 à 23 % en 1984. La courbe représentative (cf. figure 1) est peu ascendante de 1974 à 1981, légèrement ascendante et tend à se stabiliser à partir de 1983. Ce sont les rémunérations de cette catégorie de personnel qui ont été le moins valorisées par rapport aux personnels médicaux et paramédicaux. Les récentes mesures de compression des effectifs initiées à partir de 1985 risque d'infléchir cette catégories dans les prochaines années dans le sens d'une stabilisation sinon d'une décroissance en valeur relative, au moins. Or une bonne «gestion» suppose un personnel administratif compétent dans ce domaine. Le personnel administratif est lui même classé en trois catégories ou niveau – selon le degré de qualification – et dont le poids en termes d'effectifs et de rémunération est différent.

3.1. – Le niveau I

Le niveau supérieur englobe les cadres administratifs et gestionnaires. De 1974 à 1984, sa part passe respectivement de 11 % à 14 %. L'ouverture progressive de nombreux hôpitaux programmés dans les plans de développement, à partir du plan quinquennal le cycle de formation de gestionnaires hospitaliers mis en place à l'Ecole Nationale d'Administration dont la première promotion est sortie en 1983 et la nécessité d'assurer un encadrement qualitatif des structures sanitaires publiques laissent entrevoir une évolution importante de la proportion de ce niveau de qualification (cf. figure 4).

3.2. – Le niveau II

La part relative de ce niveau est en nette régression passant de 49 % en 1974 à 38% en 1984. Peu rémunéré, ce niveau de qualification a tendance à se stabiliser pour les prochaines années (cf. figure 4). Il est constitué essentiellement d'attachés d'administration et d'ouvriers qualifiés.

3.3. – Le niveau III

La progression de la part de ce niveau à partir de 1981 s'explique par les recrutements massifs opérés à la suite des nombreuses réceptions de structures sanitaires programmées initialement. C'est le niveau le moins rémunéré. De même que le niveau II, sa part aura tendance à se stabiliser sinon à régresser pour les années futures (cf. figure 4).

En guise de conclusion rapide nous pouvons avancer que l'importance du poids financier des personnels médicaux et paramédicaux – qui se situent à 77 % dans les dépenses globales de personnel, et représentent 68 % des dépenses totales des secteurs sanitaires explique largement notre souci d'en analyser les composantes en termes de structures de qualification, hiérarchisation salariale et de poids financiers respectifs. Des investigations plus approfondies et complémentaires en terme de logiques d'acteurs sont cependant nécessaires pour mieux éclairer les comportements et les stratégies implicites ou explicites qui en résultent. De même qu'il serait nécessaire de mieux saisir les affectations de ces personnels en fonction des types d'unités de soins (hôpital ou non) d'abord et au sein même de ces unités, étant donné le degré de complémentarité très large de leurs qualifications dont il reste à apprécier la configuration réelle en termes d'unités ou d'équipes de soins.

Cependant le poids des dépenses du personnel dans une activité de service largement encore basée sur le travail semble normale et ne peut être incriminée en soi dans l'accroissement des dépenses, seule la prise en compte du résultat de son activité et de son degré d'efficacité – au sein même de l'appareil de soins compte tenu de sa structuration et de ses articulations internes et externes – résultat qui ne peut être en fin de compte que la production réelle et à moindre coût d'un niveau de santé satisfaisant. Niveau de santé lui-même qui doit être appréhendé en termes de satisfactions accrues par l'ensemble de la population et de meilleure reproduction de la force de travail – seule donc cette prise en compte pourrait nous autoriser à formuler des appréciations fondées quant au poids «excessif» de ces dépenses.

Notes

[*] Professeur Agrégée à l'Institut de Sciences Economiques d'Alger. Chercheur associé au CREAD.

****]** Maître Assistant, à l'Institut de Sciences Economiques d'Alger. Chercheur associé au CREAD.

[1] L'hôpital en observation. A. Colén : F. STEUDLER.

[2] Décret n° 74-100 du 13 mai 1974.

[3] Décret n° 74-201 du 1er octobre 1974 portant statut particulier des professeurs des Instituts des Sciences Médicales.

[4] Décret n° 71-239 du 03 septembre 1971.

[5] Décret n° 74-202 du 1er octobre 1974.

[6] Ce diplôme a été créé par le décret n° 71-275 du 03

[7] Décret n° 77-114 du 06 août 1977 fixant les conditions d'exercice des fonctions d'enseignement ainsi que des tâches administratives des professeurs, docteur, maîtres de conférence et maîtres-assistants.

[8] Il s'agit des décrets n° 68-321, 68-322 et 68-323 du 30 mai 1968 portant statut respectivement des médecins, chirurgiens dentistes et pharmaciens.

[9] Décret n° 79-112 du 30 juin 1979 fixant les dispositions statutaires applicables aux corps des médecins spécialistes, des pharmaciens spécialistes et des chirurgiens-dentistes spécialistes.

[10] Décret n° 79-113 du 30 juin 1979.

[11] Décret n° 82-491 du 18 décembre 1982 portant statuts particuliers des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens dentistes, des spécialistes et spécialistes hospitalo-universitaires.

[12] Certains au mépris de leurs obligations universitaires, ayant obtenu l'accord d'installation du ministère de la santé - sans en informer celui de l'enseignement (Directeur de l'INSM) et se laissant «programmer» pour des examens qu'ils n'assurèrent pas.

[13] Décret n° 82-492 du 18.12.1982.

[14] - Médecins : décret n° 68 - 321.

- Chirurgiens-dentistes : décret n° 68 - 322.

- Pharmaciens : décret n° 68 - 323.

- Directeurs d'administration hospitalière de 2ème, 3ème et 4ème classe : décret n° 68 - 324

- Economes d'établissements hospitaliers de 2ème, 3ème et 4ème classe : décret n° 68 - 325.

- Techniciens paramédicaux : décret n° 68 - 326.

Agents paramédicaux spécialisés : décret n° 68 - 327.

- Aides paramédicaux : décret n° 68 - 329.

[15] Décret n° 77 - 151 du 15 octobre portant revalorisation des traitements de certains corps de fonctionnaires du ministère de la santé.

[16] Décret n° 77 - du 06 août 1977 - op. cité.

[17] Décret n° 79 - 112 et 79 - 113 du 30 juin 1979.

[18] Textes de 1982 - op. cité.

[19] Une instruction ministérielle intervenue en 1984 obligeait les praticiens désirant exercer à titre privé à implanter leur cabinet en dehors de la zone IV qui représentait les wilayate urbaine (Alger - Oran - Constantine, Annaba - Tizi-Ouzou, Batna - Tlemcen - Blida).

M. KADDAR[*]

Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie

Introduction :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Examinons l'évolution de cette question.

II. – Le financement des secteurs sanitaires

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

2.1. – Un relatif désengagement de l'Etat

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

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

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

Ce tableau nous suggère trois remarques :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2. – Un poste majeur : La rémunération des personnels

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

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

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

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

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

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

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

3.1. – L'extension du tissu sanitaire public

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

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

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

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

Tableau n° 3 : Densité des infrastructures sanitaires publiques

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

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

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

Tableau n° 4 : Évolution des effectifs des secteurs sanitaires

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

Sources : Ministère de la Santé Publique

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

Tableau n° 5 : Évolution des indicateurs d'activités

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

Source : Ministère de la santé publique

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

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

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

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

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

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

3.3. – Des mécanismes de gestion et de régulation inflationnistes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2. – De nouvelles règles de gestion

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

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

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

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

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

4.2.1. – De nouvelles ressources pour les secteurs sanitaires

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.2. – Les moyens d'une gestion nouvelle

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

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

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

secteur sanitaire qui subit actuellement une logique hospitalière hybride.

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

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

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

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

Conclusion

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

Notes

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

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

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

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

Alger, 1975.

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

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

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

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

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

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

F. Z. OUFRIHA[*]

Essai sur le système de soins en Algérie

Avec quelques décalages par rapport aux pays développés, l'Algérie se pose le problème du «coût de la santé» et de son évolution, en particulier relative (par rapport à la P.I.B). Au-delà de la divergence des causes et des dynamiques des systèmes qui les sous-tendent, il est incontestable que cette émergence du problème des coûts est importante à plus d'un titre, car elle traduit la prise de conscience des contraintes économiques pesant, aussi, sur le secteur sanitaire, et longtemps occultées. Cette prise de conscience nécessaire est insuffisante, si elle ne s'accompagne pas d'une série d'interrogations et de réflexions visant à élucider les mécanismes de fonctionnement de notre système de soins, tentant par là de dépasser le simple niveau de constat. En effet, se limiter à un simple constat global sur les coûts pour limiter les dépenses publiques n'a aucune valeur heuristique si l'on n'a assigné aucun but précis à la politique de santé et si l'on n'a pas évalué ses résultats. En effet, une interrogation sur les coûts n'a de sens qu'en liaison avec l'efficacité du système.

Pourquoi ce problème des coûts est-il actuellement soulevé ?

Parce que non seulement on enregistre une croissance forte des dépenses de soins, mais surtout une croissance non maîtrisée de ces dépenses, en particulier suite au jeu des multiples mécanismes en place où prédominent les modalités de couverture en place, et surtout, une croissance non finalisée, car non conçue en fonction d'objectifs précis de santé. D'où, des niveaux de santé encore très faibles, de quelque façon qu'on les saisisse, et ce, malgré l'ampleur relative des moyens mobilisés, qui ont tendu à être polarisés sur certains segments précis d'activité sanitaire, et surtout une insatisfaction généralisée des différents acteurs tant du système de soins, que ceux qui y sont partie prenante et qui sont l'expression de la crise que traverse le système ; et c'est parce que l'efficacité technique de ce dernier reste faible que surgit avec acuité ce problème des coûts qui, pour n'être pas particulier à l'Algérie, n'en prend pas moins des aspects spécifiques.

Cette émergence du problème du coût, sinon des coûts, du système de soins concomitamment à ses performances sanitaires, nous interpelle à plus d'un titre et nous incite à nous poser la question du bilan de la politique de la santé en Algérie qui fut, en fait, une politique de soins essentiellement tendant à se polariser de plus en plus sur certains d'entre eux, d'où un double niveau d'appréhension de l'efficacité : du point de vue niveau de santé, qui impliquerait de

reconnaître que les facteurs de risque ne sont pas exclusivement biologiques et du point de vue niveau de soins, qui alors prend en considération l'efficacité intrinsèque du système de soins.

I. – La gratuité des soins : socialisation ou médicalisation extension de l'assistance

La mesure de gratuité des soins peut s'analyser comme tentative de faire prévaloir une logique des besoins sociaux sur celle de la demande.

En fait, elle consista en une mise à disposition de l'appareil de soins public à la portée de toute la population, abstraction faite des solvabilités individuelles, tout en laissant subsister un secteur privé soumis alors à mi-temps. Instaurée dans la lancée et l'euphorie des grandes réformes économiques et sociales des années 1970, elle promut la socialisation du besoin de santé par une affirmation de la démocratisation généralisée de l'accès aux soins. Mais elle restera finalement purement formelle en beaucoup de ses aspects, car elle butera sur des goulots inéliminables qui vont se manifester rapidement en termes d'insuffisances de «moyens sanitaires», suite à la reconduction du système existant où le secteur public pratique, de fait, mais non de droit^[1], une gratuité (par le biais de l'assistance médicale gratuite et de l'assistance hospitalière) quasi-généralisée. Cette première caractéristique va fortement influencer sur son devenir dans la mesure où cet aspect d'assistance va prédominer. Par ailleurs, dans la mesure où elle reste dominée par les représentations courantes et la perception dominante qui assimilent abusivement politique de santé et politique de soins, elle constitue finalement en élément «exogène» dont la logique et la dynamique qu'elle porte en germe vont entrer en contradiction avec les principes et mécanismes qui structurent les institutions sanitaires en place.

De plus, cette réduction, déjà fortement contestable dans le cas des pays développés, va s'avérer dangereuse dans le cadre de la gratuité dans le cas d'un pays ne maîtrisant que faiblement les éléments de sa politique sanitaire, car elle va aboutir à une médicalisation outrancière fortement dépendante de l'extérieur.

Dans la mesure où la «gratuité» n'a radicalement modifié ni les règles du jeu du système et donc les mécanismes par lesquels se forment les coûts aux différents niveaux, ni résolu de façon pertinente le problème des modes d'organisations sanitaires mais aussi économiques et sociales, propres à produire les effets désirés en matière de santé, elle va aboutir à un alourdissement considérable des «coûts» sans modification radicale des niveaux de santé, accompagné d'une série de phénomènes de perte de contrôle au niveau des types de soins où elle tend à se localiser.

En effet, gratuité des soins ne peut aucunement signifier absence de critères de socialisation déterminés à l'avance, et absence de prise en considération des coûts et des charges réelles nécessaires à l'obtention d'un niveau de santé satisfaisant, ce qui, entre autres,

nécessitait une refonte totale de l'institution sanitaire et, en particulier, une redéfinition des modalités de son financement.

En effet, «la socialisation des dépenses de santé (ie : la gratuité) exige plus de rigueur dans la définition, la mise en place et l'appréciation d'une politique de santé qui doit se fixer des adjectifs clairs, précis, facilement repérables (autrement, elle risque de ne pas être crédible) lesquels ne peuvent être atteints que si la logique globale et la dynamique du système de soins sont enracinées dans notre contexte économique et social et sont cohérentes avec les objectifs fixés», écrivions-nous quelques années seulement après la promulgation de la mesure de gratuité, et nous poursuivions que «même gratuite» la santé «coûte» ou plutôt parce qu'elle est gratuite, elle risque de coûter très cher, si ses performances, appréciées par des indices thérapeutiques significatifs, ne sont pas supérieures à celles enregistrées auparavant, c'est à dire, si l'on n'a pas précisé les formes et les modalités de financement et de contrôle des fonds devant aller aux soins, par rapport à ceux devant aller nécessairement aux autres formes de l'action en vue de la santé. Cela pose le problème des mesures les plus propres à favoriser l'élévation des niveaux de santé des différentes catégories de population, c'est à dire d'une politique globale de santé qui ne doit pas se résoudre en une médicalisation coûteuse et peu efficace, et donc se réduire à des moyens d'action sanitaire où le rôle et la place du médecin et des différents personnels de santé n'ont pas été redéfinis de façon à conférer plus d'autonomie à la population qui, après plus d'une décennie, va se retrouver encore plus dépendante du médecin et des soins. Il est admis maintenant que le niveau de santé d'une population résulte autant sinon plus de ses conditions générales de vie et de travail que de l'importance de sa consommation médicale et pharmaceutique, surtout quand elle prend un fort niveau de consommation médicale et pharmaceutique et niveau de santé. On peut même dire qu'en l'occurrence (cas d'ailleurs de tous les pays sous-développés mais non uniquement) un niveau de consommation élevé n'est pas signe, et ne produit pas un niveau de santé élevé mais tout le contraire.

En effet, il est vain de vouloir s'attaquer uniquement aux manifestations pathologiques, si l'on n'a pas, au préalable, résolu des problèmes majeurs, comme celui de l'assainissement du milieu ou de l'alimentation et de la disponibilité de l'eau potable, qui ont des retentissements directs et importants sur la santé. Le premier allant de la collecte des ordures ménagères à celle des eaux usées et passant par l'assainissement des rues, immeubles, y compris la diffusion massive visant à une véritable intériorisation des principes d'hygiène issus des grandes découvertes, modernes concomitamment à une réinterprétation des principes d'hygiène issus de l'Islam, lesquels semblent plus fortement intériorisés. Quant au problème de l'eau, et en particulier de l'eau potable, sa distribution régulière pose de tels problèmes en Algérie qu'à lui seul, il nécessite une «politique» spécifique, ne serait ce que par l'importance des maladies à

transmission hydrique, sans que ce soit le seul aspect retentissant sur la santé.

L'action d'un système de soins, voire sa rationalisation, risque d'avorter si elle omet de prendre en compte tous les déterminants, toutes les phases de la maladie, son efficacité étant conditionné par le substrat dans lequel elle s'insère.

Aussi, notre interpellation, pour prématurée qu'elle était, n'en constitue pas moins une anticipation au sujet de laquelle nous aurons aimé être démenti par les faits. On ne peut résoudre un problème en l'évacuant, mieux, en le niant. Ce qui ne veut pas dire pour autant que nous épousions la thèse de ceux qui ne prennent en compte que le «coût financier de la gratuité des soins»^[21]. Bien au contraire.

En effet, c'est parce que la «gratuité des soins» ne semble pas avoir tenue ses promesses ni du point de vue niveaux de santé globaux, qui ne semblent pas avoir connu de mutations significatives (aspect objectif) encore qu'il faille dans ce domaine être plus circonspect et voir à qui elle à «profite»^[31], ni du point de vue amélioration «d'accès» aux soins pour toutes les couches sociales, y compris celles réputées être favorisés (aspect subjectif dont l'un des aspects les plus stressants est «l'indisponibilité» chronique des médecins, outre le «coût» important que constituent les pertes de temps considérables qu'il fait encourir aux usagers), ni du point de vue des «gestionnaires» du système (impact de son segment dominant le public) dont la préoccupation en termes d'équilibre recettes – dépenses est uniquement financière, qu'elle est mise en débat voire en «contestation».

Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, que le débat actuel se polarise autour de cet aspect financier qui devient central.

Deux types de discours vont alors se développer implicitement, ou explicitement, mais dont les protagonistes ne sont pas clairement délimités. Le premier concerne la prise de conscience des dysfonctionnements de notre système de soins, et donc des surcoûts partiels ou globaux en résultant – mais non toujours des mécanismes qui les produisent – particulièrement sensibles mais aussi spécialement perçus au niveau du secteur public (et parapublic), qui tout en attirant l'essentiel du corps médical (en particulier spécialisé) et des moyens matériels, ne réalise que de faibles performances sanitaires et, en particulier, de soins, c'est à dire au sein de la logique même dans laquelle il s'inscrit (les critiques les plus radicales émanant de ceux qui, tout en remettant son orientation exclusive vers les soins, sont pour une publicisation intégrale) moyennant une utilisation irrationnelle des moyens humains et matériels mis à sa disposition, même si par ailleurs il remplit des fonctions importantes (enseignement, effort de démocratisation), avec des conséquences particulièrement perceptibles au niveau des organismes de financement des dépenses de santé.

Le débat semble alors déboucher essentiellement sur le statut de l'exercice des médecins avec une dichotomie de plus en plus accentuée : public/privé. Ce dernier étant crédité de vertus qu'il est loin de posséder même s'il a la vertu cardinale en l'occurrence, d'être plus «disponible» que le public tout au moins en matière de soins ambulatoires courants, suite à une présence effective et à une utilisation plus intensive de son temps de travail. Il est évident que, dans une appréciation micro-économique, le médecin privé ne gaspille apparemment aucune ressource publique, mais il est tout autant ordonnateur des dépenses sanitaires – financées par la Sécurité Sociale. L'existence du ticket modérateur, mais surtout des tarifs de responsabilité de cette dernière, déconnectés non seulement des tarifs de remboursement mais surtout des honoraires perçus par les médecins, fait que les répercussions financières sont atténuées pour les caisses de Sécurité Sociale (mais non pour les malades ni pour en «charge» réelle de l'économie). D'autant que ce serait toujours le médecin gros prescripteur de médicaments, même inutiles, qui serait le mieux perçu par le malade, discours constamment véhiculé mais qui, en fait, traduit le peu de temps consacré au diagnostic accompagné d'une insouciance quant aux conséquences financières globales.

Il y a, à ce niveau, un grand effort de réflexion pour trouver et mettre en place des mécanismes compensateurs, soit du genre «profil de médecin» ou tout autre système susceptible de filtrer les dépenses, mais surtout ceci traduit le peu de changement au niveau de l'attitude des formateurs qui continuent à «ignorer» ce problème. C'est plus à ce niveau que l'action est possible. Mais le médecin public et, en particulier, celui de l'hôpital, ne se comporte pas de façon différente en général, car, sa motivation principale, plus le fonctionnement du système dans lequel il s'insère, ne sont pas orientés vers l'économie des moyens.

Au contraire, on peut dire que le résultat logique des mécanismes en place fait que la caractéristique majeure est d'institutionnaliser l'irresponsabilité généralisée : «personne ne paie». En fait, par delà le statut du médecin, il faut bien voir qu'il s'agit du statut et des logiques de fonctionnement des deux secteurs, mais aussi de leur articulation. Dans la mesure où ils existent tous les deux, complémentarité ou antagonisme peuvent en être les deux pôles extrêmes[4].

De plus, comme il n'y a de prise en charge complète du malade par aucune structure, celui-ci va tenter de se «rassurer» en multipliant les actes et, en particulier, en faisant appel concomitamment aux différents segments du système. Ceci est accentué par la multiplication des spécialistes au détriment de l'omnipraticien et de la relation malade-médecin. Le fait de ne pouvoir accéder aux médecins spécialistes du secteur public que moyennant une lettre d'un généraliste, se traduit par une multiplication formelle des actes pour beaucoup d'usagers.

Le second discours, qui n'est en fait qu'un corollaire du premier, peut s'analyser comme la progressive émergence d'une volonté de

compression des dépenses plus que des surcoûts, se traduisant par des mesures ponctuelles de rationnement financier plutôt que par une véritable rationalisation des dépenses de soins, qui en fait aussi la remise en cause de certains aspects du système^[5], mais qui en reste à un niveau superficiel (car sans véritable analyse de la logique interne du système et des types d'articulation des différents segments de sa logique externe), par rapport au système économique et social dans lequel il s'insère, mais aussi par rapport à son articulation extérieure, en particulier vis à vis du système de soins français, qui lui fournit le «modèle» qu'il tente de reproduire moyennant, ces dernières années (le premier mais surtout le second plan quinquennal), une importation massive d'appareils sophistiqués (scanners, échographes, reins artificiels etc...), dont on sait que certains n'apportent aucun progrès véritable (scanners) et qui, de plus, sont loin d'être maîtrisés et constituent une source de dépendance manifeste, au regard de leur coût en devise, sans rapport réel avec leurs impacts thérapeutiques fortement minorés par suite de leurs conditions de fonctionnement.

II. – Coûts et surcoûts en matière de santé en Algérie ou la nécessité d'une politique de santé dans le cadre d'un système réarticule

Une politique de santé peut être définie comme un ensemble de mesures, cohérentes entre elles, susceptibles de réduire les affections pathologiques, ces mesures étant généralement de type sanitaire, mais ne pouvant en aucun cas s'y réduire^[6].

De la même façon, on pourra définir les coûts comme étant ceux nécessaires et suffisants au maintien et à l'amélioration de l'état de santé des différents groupes de population repérés à partir d'objectifs-cibles.

Cette première définition est nécessaire mais non suffisante car, comme nous l'avons déjà noté, les coûts en la matière n'ont de signification qu'en liaison avec l'efficacité saisie tant au niveau global qu'en liaison avec l'efficacité saisie tant au niveau global qu'aux différents niveaux significatifs (au niveau sectoriel, aux niveaux des différents types d'unités de soins). L'efficacité dont il est d'abord question est, bien entendu, une efficacité appréciée du point de vue sanitaire (en termes de vies épargnées sans séquelles, c'est à dire de baisse de la mortalité et en particulier de la mortalité infantile, et ce, même si l'on convient par ailleurs de la nécessité d'une politique de restriction des naissances, car ce sont deux choses totalement différentes...) de baisse de la morbidité en particulier infectieuses mais non uniquement (problème, en particulier, des accidents de voiture^[7]), d'amélioration des capacités d'adaptation etc... C'est à dire que l'on se donne une ou des mesures, non monétaires, pouvant servir précisément à apprécier cette efficacité. Ce faisant, on se donne les moyens de détermination et d'évaluation des coûts nécessaires et suffisants pour la santé, et donc le moyen de la maîtrise de ces coûts, tant en fonction des objectifs préalablement fixés que des ressources disponibles, en vue de leur utilisation optimale, de façon à éliminer progressivement les surcoûts ou coûts non nécessaires (c'est à dire

les gaspillages) qui apparaissent à différents niveaux, visant par là, une efficacité sanitaire maximum au moindre coût.

Dans ce contexte, des analyses de type coût / efficacité prendraient leur dimension si elles n'étaient pas cantonnées aux moyens purement sanitaires et intégraient, au niveau de la démarche, les phénomènes économiques et sociaux qui participent à la naissance et au développement des affections pathologiques, n'excluant nullement, par là, que les moyens d'action proprement sanitaires soient aussi adaptés que possible aux conditions locales, à l'image d'un certain nombre d'actions de grande envergure, dont la plus importante et la plus originale a concerné la tuberculose en Algérie.

Or, on sait, par ailleurs, que les objectifs concrets d'une politique de santé, dans la mesure où elle s'inscrit dans un espace social structuré, ne peuvent en aucun cas être définis de façon «neutre», dans la mesure où ils traduisent les préoccupations des groupes sociaux qui les forment. En ce sens là, on peut dire que les politiques mises en oeuvre effectivement, résultent de l'interaction des rapports de force des groupes sociaux en présence.

De plus, beaucoup d'études concrètes font apparaître que la «décision» en elle-même, n'a pas le caractère monolithique que lui confèrent tout autant les analyses ou représentations menées en termes décisionnels que planificateurs, dans lesquelles le «décideur» unique serait l'Etat ou ce qui en tient lieu, c'est à dire le responsable du secteur.

Une analyse neutre^[8], évacuant les acteurs sociaux en présence, niant leurs divergences, ignorant les tensions et unifiant formellement les exigences en présence, à toute chance de laisser de côté l'essentiel car il faut bien voir que toute «décision» en matière, constitue un processus contradictoire où objectifs et centres de décision risquent de s'opposer.

Dans ce contexte, il faut accorder une attention particulière aux centre de décision et à la décision elle même, car sa place est centrale. Cette dernière s'exprime en fonction des règles du jeu du système qui «s'imposent» aux différents acteurs et à partir desquelles il agissent ou réagissent.

Ces règles sont multiples et multidimensionnelles puisqu'elles concernent autant les normes, les règles, que les institutions sociales qui lui servent de cadre de fonctionnement. On peut, dans le cas présent, inclure aussi bien la (ou les) déontologie (s) médicales (s) et le (s) types (s) de formation médicale, l'information médicale des différentes couches sociales de la population, que les représentations sociales en matière de santé. Il faut y ajouter la nature et l'organisation des mécanismes de couverture des dépenses de santé et, en particulier, des assurances (ou de la sécurité) sociale, le (ou les) mode (s) de rémunération des professions médicales, le mode de tarification des actes médicaux...

Or, il se trouve que l'ensemble de ces règles n'est pas cohérent puisqu'elles sont issues de représentations différentes de fonctionnement du système, et qu'elles s'appliquent différemment selon les différentes formes d'organisation de la médecine existante en Algérie. On peut en recenser schématiquement trois, reconnues juridiquement : le secteur public, le parapublic^[9] et le privé (le quatrième, du type «informel», étant ce qui subsiste de médecine empirique traditionnelle), qui produisent alors une «logique» particulière globale, résultat des logiques partielles qui animent les sous-secteurs, surtout non axée sur une logique d'ensemble du moindre coût, et ce, même si l'on se situe au niveau du seul secteur public.

L'élimination des surcoûts suppose leur identification préalable et celle des mécanismes par lesquels ils apparaissent, se perpétuent et s'amplifient, mécanismes découlant des règles même du jeu des différents sous-système de soins en Algérie étant hétérogène et se composant de plusieurs «filières» de soins, non animées par les mêmes mécanismes et donc n'ayant pas les mêmes logiques et plus animées par la «concurrence» que par la complémentarité, a tendu à fonctionner de façon perverse.

On peut, dans ce contexte, essayer d'analyser les différentes modalités de financement des dépenses de santé et de formation du coût, tant du médicament que de la santé, pour faire apparaître, par exemple, que le «National Health Service britannique», qui ne socialise que les dépenses nécessaires tout en assurant une couverture sanitaire de base intégrale et obtient des résultats, en matière de niveaux de santé, similaires à ceux des pays les plus développés, est néanmoins le moins onéreux pour la collectivité et le moins dispendieux, dans tous les domaines et en particulier dans celui du médicament, par rapport au système français, dont le système algérien reste «marqué» au niveau de certaines règles du jeu, malgré des changements radicaux au niveau de la forme juridique.

En effet, le secteur public, largement prépondérant, qui concentre l'essentiel des ressources matérielles et humaines, en particulier, toutes les installations lourdes, par mesure de gratuité, fut ouvert à toute la population sans discrimination (de nature médicale) de quelque forme que ce soit, donc sans critère précis de ce qui relève de lui, de ce qui doit être socialisé, en bref, sans mécanismes de sélection-hiérarchisation des problèmes, sans objectifs précis de santé et, de plus, animé par des médecins formés dans une insouciance complète des coûts, le tout dans un climat de déresponsabilisation générale suite, à la gratuité...

Il fut investi par deux catégories de population distinctes^[10].

– celle disposant de peu de ressources financières et de beaucoup de temps pour affronter les files d'attente provoquées de ce fait, c'est à dire essentiellement des femmes non salarié des catégories sociales les plus défavorisées (que ce soit pour elles-mêmes ou pour leurs enfants) ;

– celle disposant d'un réseau étendu de relations, au niveau du corps médical ou des différents paramédicaux mais aussi des responsables administratif (en particulier des directeurs d'hôpitaux). Il va tendre progressivement à se polariser sur les hospitalisations et les soins «sophistiqués» non disponibles par ailleurs.

De plus il va se faire adjuger l'essentiel de crédits, tant budgétaires que ceux drainés par le biais de la Sécurité Sociale, mais ne va pas pour autant assumer de façon satisfaisante la fonction pour laquelle il se justifie, et c'est là qu'éclate et se situe la contradiction majeure du système de soins, c'est à dire au sein même de sa logique de fonctionnement intrinsèque, contradiction qui se surajoute et se superpose à la contradiction déjà soulevée par ailleurs entre les grands problèmes de santé publique et son orientation même.

De plus, et même pour les soins ambulatoires qu'il pratique, et malgré tout ce qu'on a pu en dire par ailleurs, il fonctionne de façon très peu intensive par rapport aux moyens matériels et surtout humains dont il dispose, où viennent s'ajouter des problèmes d'organisation et de non-adhésion d'une grande partie du corps médical qui l'anime, d'où ce que certains auteurs ont analysé comme une raréfaction de l'offre publique de soins.

En réaction à cette situation, les salariés du secteur public (en particulier ceux des plus grosses sociétés industrielles et commerciales mais aussi de certaines administrations) vont tendre à se doter d'unités de soins distinctes de celles du secteur public (relevant du Ministère de la santé). Le mouvement va concerner aussi les Caisses de Sécurité Sociale et faire naître un vaste secteur «para-public» de santé qui va coller au champ salarié puisqu'il constitue une tentative de rapprochement de mise à disposition des soins aux salariés et leur famille. Malgré certains abus liés, là aussi, à une sous utilisation manifeste des capacités de soins, il a joué un rôle certain dans la démocratisation et la présentation de la santé des catégories sociales issues de l'industrialisation. Aucune évolution des résultats de son fonctionnement n'est disponible, avant comme après son rattachement administratif au secteur public (é). De même qu'on ignore l'évolution de son efficacité réelle, avant comme après cette mesure qui, dans beaucoup de cas, semble formelle.

Le secteur privé libéral, dont l'accès se fait moyennant paiement d'honoraires donnant droit à remboursement de la part de la Sécurité Sociale (à ceux qui y sont affiliés), s'est progressivement étendu à toutes les catégories de la population active et prend son essor suite à l'extension de la salarisation.

Il va progressivement prendre en charge une grande partie des soins ambulatoires des assurés sociaux ne bénéficiant pas des centres médico-sociaux d'entreprises, la médecine gratuite ambulatoire apparaissant alors le plus souvent comme une forme d'assistance réservée aux pauvres.

Le système de soins qui résulte du fonctionnement spécifique de chaque secteur, mais surtout de l'articulation spécifique de ces trois secteurs, est doué globalement d'une faible efficacité sanitaire interne et semble ne plus satisfaire **aucune** des parties en présence. Son efficacité «externe» est malheureusement, elle aussi, fort restreinte. Aussi, c'est par rapport à ce deuxième type d'efficacité macro-sociale et macro-économique que l'on doit nécessairement apprécier les coûts et les surcoûts des modalités de fonctionnement de notre système de soins. Un des aspects le plus caractéristique nous semble être constitué par son degré d'autonomie par rapport à l'extérieur, c'est à dire sa capacité d'assurer les soins et en particulier l'hospitalisation vers laquelle il s'est tourné.

Or, on sait que partout et toujours l'hospitalisation est la forme la plus onéreuse de distribution des soins. Dans la mesure où on ne peut la supprimer totalement, elle doit être, au minimum, strictement délimitée par des formes vigoureuses d'intervention en aval, pour ne concerner que les formes sévères, graves, non curables par d'autres types de soins. Paradoxalement, avec la gratuité des soins et malgré une certaine extension des structures publiques extra-hospitalières de soins, c'est sur elle que va se polariser le système de soins public, c'est elle qui va se voir adjuger l'essentiel des crédits, (vraisemblablement autant, sinon plus que dans le système antérieur) au détriment, bien entendu, des formes ambulatoires. Aussi, la gratuité des soins va signifier dans la majeure partie des cas, gratuité de l'hospitalisation. Mais cette dernière va se transformer en hospitalisation de «substitution» aux soins ambulatoires (ayant davantage un fort contenu d'hébergement que de soins intensifs) et donc, de ce fait, délaisser, voire rejeter les formes «lourdes» ce qui, avec le développement de certaines pathologies, va poser un problème. D'où une fraction de ce type de demandes d'hospitalisation sera «sélectionnée» pour être détournée vers l'extérieur : ce sont les envois pour soins à l'étranger.

Paradoxalement, mais le paradoxe n'est qu'apparent, c'est au moment où le nombre de médecins et en particulier de spécialistes s'accroît, au moment où l'équipement des hôpitaux, en termes de plateau technique, s'élargit, que ces envois s'amplifient et prennent l'aspect d'une véritable filière de soins pour les catégories de soins les plus lourdes et les plus onéreuses, même quand les possibilités de guérison sont très restreintes, comme en matière de cancer, ou lorsque les chances de décès en cours de transport sont très élevées, comme dans le cas de certains traumatismes.

Initialement, les envois pour soins à l'étranger (c'est à dire la France) ne pèsent pas fortement sur le plan financier. En effet, ils prennent la forme d'un forfait global qui ne tient pas compte du nombre de personnes concernées et donc échappent à la tarification «normale» pratiquée par les hôpitaux en France. Ils semblent même «avantageux» sur le plan financier, pour l'Algérie.

En réalité, cette modalité de financement initiale a joué à la manière

d'un prix de dumping et a eu pour conséquence une forte insertion, de

façon subordonnée, de notre système hospitalier français dont il a tendu à constituer un appendice pour certains types de soins.

La modification des modalités de financement dans le sens d'une tarification prenant en compte le volume et les caractéristiques médicales des soins, intervenue après les années de 1980, va brutalement modifier l'incidence financière de ces envois (une incidence financière en devises) qui va être d'autant plus forte sur le plan extérieur que le taux de change surévalue de dinar et donc, provoque une illusion monétaire spécifique. Cependant, malgré ceci, son extension est telle qu'elle finit par inquiéter les responsables du secteur, et ce d'autant que l'actuelle chute des cours du dollar et l'effondrement du prix du baril de pétrole exporté, conjugué à une restriction drastique de la demande mondiale, met brusquement l'Algérie en face de la contrainte monétaire extérieure. L'heure n'est plus au laxisme financier et monétaire. L'envoi pour soins à l'étranger nous semble constituer la manifestation la plus flagrante d'une nouvelle forme de dépendance, aussi lourde de conséquence que cause de surcoûts manifestes. Elle relève, à notre sens, des mêmes dynamiques sociales qui se sont exercées dans l'industrie pour faire prévaloir le « clé en main » de façon systématique, aboutissant à la perte de contrôle même des segments maîtrisés jusque là par le système productif et installant la dialectique de la dépendance à un niveau rarement atteint dans ce domaine, du moins sous cette forme spécifique.

Pour n'être pas particulier à l'Algérie le problème de la dépendance par le biais du médicament n'y occupe pas moins une place tout aussi intéressante à analyser. Contrairement au cas précédent, il ne découle pas directement de la logique de fonctionnement de notre système de soins, il lui est préalable et découle en quelque sorte de la nature du sous-développement. Néanmoins, il a constitué un des points d'approche les plus importants sur lesquels s'est appuyée la politique de soins, un des aspects où la recherche de compression des prix sanitaires s'est le plus manifestement exercée ; aussi, il ne semble pas constituer un poste important de la dépense nationale [12]. Mais le résultat de minimisation des prix [13] au niveau des consommateurs publics ou privés, n'a fait, en fait, que déplacer le lieu de manifestation de la dépendance, laquelle loin de s'amoinrir, s'est amplifiée. En effet c'est au niveau de la contrainte extérieure qu'il apparaît, et c'est, tant par le volume que par la valeur de nos importations, qu'il doit être saisi. Volume et valeur ont crû de façon exponentielle, par suite du jeu de deux mécanismes qui ont joué de façon concomitante. Le premier et du même type que celui qui s'est exercé au niveau des marchés réglementés des produits alimentaires [14] : de faibles prix à la consommation de produits importés allant de pair avec la socialisation du financement de la dépense, ont constitué un puissant facteur (mais non le seul), car il faut prendre en compte, aussi, la croissance démographique, la médicalisation croissante des problèmes tant sociaux que de santé) d'augmentation croissante des problèmes tant sociaux que de santé) d'augmentation de la demande de médicaments et ce, d'autant qu'un

taux de change fortement surévalué fait paraître « bon marché » les médicaments libellés en dinar et se surajoute aux autres facteurs de gaspillages (dont les volumes de péremption constituent la forme socialisée mais non unique) et donc de surcoûts que l'économie est obligée de supporter pour assurer un approvisionnement « régulier ». Le biais ainsi introduit par le taux de change minore fortement les dépenses effectuées en devises, en particulier celles concernent le médicament, qui, évaluées en dinar officiel, semble très peu peser par rapport aux autres postes de dépenses. Mais ce n'est pas à ce niveau que son « coût est significatif, mais à celui de notre balance du commerce extérieur : c'est là que l'on peut saisir et le poids et le prix de cette dépendance. Un examen rapide mettant en rapport. Dépense Nationale de Santé Tota (DNST), c'est à dire, y compris l'investissement, et Dépense National de Santé de Fonctionnement (DNSF), aux dépenses de médicaments évaluées successivement en Da officiel et en Da « corrigés » fait apparaître le problème. Ainsi apparemment les dépenses en médicaments représentent 30 % de la dépense nationale de fonctionnement, si on y inclut les dépenses d'investissement, et 33 % si on les retranche. Avec un taux de change plus « réaliste » qui prend en considération l'état du marché parallèle, ces dépenses en médicaments atteignent en moyenne le même volume (où plus) que la DNS. Mais, même si le facteur de correction devait être moindre, il n'en demeurerait pas moins patent et tous les économistes savent bien qu'on ne rend pas service à son économie en surévaluant sa monnaie [16] car ceci provoque une perte de substance considérable. (« le poids » du médicament étant pris comme illustration du mécanisme).

D.N.S.T.	1980	1981	1982
(Y compris investissement	5.311	6.736	8.472
D.N.S. de fonct.	4.762	6.110	7.563
Dépenses de médicaments.			
* en Da officiel	1.630	1.900	
* en Da « corrigés » (X3)	4.890	5.700	
% DNST/M	30.7	28.2	
DA officiel			
DNSF/M	34,23	31,1	
DNSF/DA Courrigé			

Il faut bien voir en effet que le pourcentage des dépenses de santé affecté aux médicaments par rapport à celui allant aux autres catégories de dépenses est un très mauvais indicateur, entre autre parce qu'un taux de charge inadéquat biaise les mesures et ne permet pas de chiffrer les coûts réels supportés par l'économie algérienne, lesquels s'appréhendent mieux au niveau de la balance commerciale et des paiements. Sans compter qu'à cet aspect « coût » s'ajoute un facteur de dépendance manifeste quand la consommation interne est couverte à concurrence de plus de 90 % par l'importation, une importation forte (en moyenne 10 fois plus en valeur qu'au Maroc pour

une population similaire et des niveaux de santé qui ne sont pas significativement différents) dont aucun frein de nature économique ne vient limiter la croissance. (Si on y ajoute le « poids financier » de l'appareillage importé au cours des deux plans quinquennaux, on aura une plus mesure plus exacte de ce coût).

De la même façon que pour les marchés réglementés des produits alimentaires, des biens offerts à prix administrés en deçà de leur coût réel sont fortement gaspillés : il ne reste plus alors que l'intervention administrative en dernier recours, laquelle ne s'exerce en général qu'avec beaucoup de lenteur.

Un progrès très important dans la maîtrise des surcoûts pourrait être réalisé à partir d'une série de réflexions axées sur la nature des principaux surcoûts, sur leurs causes, de façon à pouvoir agir sur elles et non sur les conséquences qu'elles produisent. Il reste qu'une véritable politique de santé doit largement dépasser le cadre sanitaire, contribuant par là à agir aussi sur une des causes de surcoûts.

Conclusion

Finalement, la gratuité des soins instaurée au sein du secteur public (et parapublic, qui en a été une induction) n'a pas constitué une rupture véritable, par rapport au système de soins préexistant qu'elle a conforté dans ses aspects les plus « technicistes », mais un simple relais, fortement dominé de l'extérieur, et ce, tant au point de vue des ses « moyens » que ses « acteurs » l'impulsant.

On ne peut analyser autrement :

– d'une part, la formidable poussée des importations de produits pharmaceutiques, de matériels médicaux et chirurgicaux (y compris du matériel ultra sophistiqué, type scanner), de « modèles » thérapeutiques, d'hôpitaux clés en mains... Le marché « algérien » constitue alors un débouché de plus en plus important pour les firmes multinationales, en particulier les firmes françaises : c'est le plus gros et le premier de leurs clients, et ce, tant au niveau de ses moyens de fonctionnement que de ses investissements ;

– d'autre part le rôle passif et subordonné des services de point des C.H.U., incapables de prendre en charge les malades « lourds » (et les envoyant de plus en plus à l'étranger !) au moment même où ils sont les mieux équipés dans la mesure où ils drainent la majeure partie des crédits publics, et au moment même où ils n'assurent quasiment plus les soins ambulatoires, rôle qui a servi longtemps d'explication sinon d'alibi au non respect de leur fonction

Mais si elle s'est soldée par une efficacité restreinte à ce niveau, moyennant des surcoûts considérables dont il faudrait pouvoir « préciser la part de l'intentionnel et de l'inintentionnel (ce dernier découlant des mécanismes en place, des réglementations, est donc un résultat inconscient), alors que le précédent est le fruit d'actions

conscientes de la part d'une fraction des personnels médicaux et paramédicaux^[17] qui rationnent leurs activités.

Elle n'a pas pour autant induit une logique nouvelle quant à la prise en charge véritable des besoins sociaux, qui résultent des mutations économiques et sociales impulsées par un processus d'investissement essentiellement industriel et urbain, ayant produit une vaste population salariée mais aussi une urbanisation accélérée et sauvage, le tout dans un contexte de croissance démographique extrêmement forte.

Le seul énoncé de ces données de base fournit autant de contraintes à prendre en considération pour la définition tant des objectifs que des moyens concrets susceptibles d'apporter une réponse satisfaisante aux problèmes suscités, en essayant de prévenir l'apparition des maladies et en agissant sur les causes pathogènes (chaque fois que cela est possible). Cette façon de concevoir une prévention à la source, en fournissant par exemple une eau potable à toute la population, est radicalement différente de la prévention médicalisée qui consiste à vacciner la population contre le choléra en cas d'épidémie. On peut multiplier les exemples, mais celui-ci nous semble bien illustratif de la démarche. C'est en prospectant systématiquement toutes les mesures non médicales susceptibles d'améliorer l'état de santé que l'on peut avancer. C'est parce que l'on n'a pas pris, par ailleurs, toutes les mesures propres à influencer de façon positive l'état de santé, et donc que l'approche reste fondamentalement marquée par une optique de soins, une optique d'hospitalisation uniquement, que le problème des coûts se pose en Algérie d'une façon spécifique. Ce n'est pas uniquement de moyens financiers que le secteur a manqué et les constats de «stagnation» des seuls crédits budgétaires stricto sensu en termes relatifs mais non absolus seulement, n'expliquent rien mais, peut-être, occultent même la nature des problèmes qui s'y sont posés sans compter qu'ils omettent que le fonctionnement du secteur a tendu à être assuré par la Sécurité Sociale et non le budget de l'Etat.

Aussi, va-t-on aboutir à une situation très contrastée du point de vue état de santé où la pathologie infectieuse et transmissible, non seulement occupe encore une large place, mais n'est pas strictement délimitée aux couches défavorisées de la population.

Les vrais leviers d'action n'étant pas du ressort du Ministère de la Santé, lequel y consacre peu de moyens de type purement sanitaire, une véritable politique de prévention globale et systématisée ne peut émerger de ce fait que là où les formes (extrêmes) de pathologie liées à la vie et à l'activité moderne prennent une place grandissante et occasionnellement des surcoûts considérables (sans pour autant que la prise en charge soit matériellement assurée. compte tenu de nos seules capacités internes de soins), dont une fraction seulement, est cause de surcoûts socialisés.

Notes

[*] Cet article reprend en l'élargissant une contribution publiée, par ailleurs.

Professeure agrégée à l'Institut des Sciences Economiques d'Alger. Chercheur associé au CREAD.

[1] F. Z. OUFRIHA : Principaux aspects de l'économie de la Santé en Algérie - 1963 - 1970 - Thèse de doctorat d'Etat - Alger - 1972.

[2] Selon l'expression de Mr. KEDDAR «Financement et logique du système de santé en Algérie». Avant projet de problématique de thèse de doctorat, Oran Juin 1983.

[3] On peut en avoir une première indication à travers la modification des dépenses de santé personnelles des différentes CSP entre les deux enquêtes nationales de consommation, (1966 - 67 et 1979 - 80)

[4] Si l'on opte clairement et explicitement pour la première alternative, il faut l'organiser de façon à éliminer les surcoûts.

[5] Comme la réinstitution du paiement partiel de certains actes au niveau de l'hôpital en 1983.

[6] Toute cette partie doit beaucoup à la lecture des textes de G. DESTANNE DE BERNIS.

[7] DEKKAR, BEZAOUCHA : Les accidents de la circulation en Algérie : Approche Epidémiologique SNED - Alger 1983.

[8] J. DUMOULIN : Essai sur le dynamique du système de soins - IREP - Grenoble.

[9] Tout au moins avant son intégration dans le secteur public.

[10] Nous n'ignorons pas les résultats mis en relief par A. THEBAUD à partir d'enquêtes sur 2 services «Besoins de santé et réponse de l'institution sanitaire en Algérie» - Cahier de sociologie et de démographie médicale. Mais ils sont trop partiels.

[11] En particulier A. BENACHENHOU «Planification et Développement en Algérie». Mais ce n'est pas en donnant uniquement plus d'argent au secteur public qu'on accroît son offre. De plus cette position occulte les problèmes véritables d'organisation et de fonctionnement du secteur

[12] Même si en fait le médicament constitue 30 % de la DNS (Dépense National de Santé) alors que l'OMS recommande que ce taux ne dépasse pas 10 à 20 % et HEMMAM Rosa p. 141. «Essai sur la politique du médicament en Algérie», Mémoire Magister Alger 1985 p. 141.

[13] En «minorant» le prix à la consommations c'est

l'effet volume qui s'exerce plus fort et l'emporte sur l'effet

prix - même s'il se traduit finalement en valeur.

[14] F. Z. OUFRIHA «Essai sur la structure du modèle de consommation en Algérie» ONRS - CREA, Alger 198.

[15] Nous avons appliqué un facteur de correction de 3 qui semble être un indicateur moyen compte tenu du fait qu'au change officiel $1 \text{ DA} = 1,6 \text{ FF}$ (en moy.) et qu'au change parallèle $1 \text{ FF} = 2 \text{ à } 3 \text{ DA}$ (en moy.) soit, en faisant le rapprochement des 2 cours du DA, $1 \text{ DA} = 0,5 \text{ à } 0,33 \text{ FF}$.

[16] Problème actuel et lancinant de toute l'économie algérienne, qui entre autre, s'oppose à l'intégration intersectorielle en poussant l'ensemble des agents économiques à privilégier l'importation à l'acquisition sur place de biens, même quand ils sont produits et disponibles au plan interne.

[17] La médecine gratuite s'est faite plus contre la volonté des médecins qu'avec leur adhésion véritable, sauf pour une minorité d'entre eux. Il faut dire aussi que la «décision» n'a pas cherché à obtenir leur consensus...

N. TALEB IBRAHIMI

L'alternative public/privé et le champs de la santé : une approche par le droit

Les représentations dominantes du champ de la santé s'ordonnent autour de trois grandes prismes, de trois grandes divisions : celle qui passe entre l'économique et de social ; celle qui distingue le curatif du préventif ; celle qui sépare le public du privé.

C'est la troisième **summa divisio** qui retiendra ici notre attention, bien qu'existent des ponts entre elles trois. Nous constatons de prime abord que la question est d'actualité, aussi bien en France qu'en Algérie. En effet, là comme ici, l'alternative public/privé occupe le devant de la scène, tant en politique qu'en doctrine. Pour le juriste comme pour les autres chercheurs en sciences sociales, elle constitue le terrain privilégié de présentation et de représentation du champ de la santé, tant la forme sociale juridique marque les autres discours jusqu'à leur fournir sa propre rationalité.

Et pourtant, on est confronté à une sorte «d'incapacité» du discours juridique à rendre compte, sinon à expliquer la réalité.

Précisément, c'est ce paradoxe qui a éveillé notre réflexion sur la fonction cognitive de ce discours, sur son mode de fonctionnement comme discours clos et élément du système social tout à la fois.

A cet égard, le social et la santé sont un «lieu» où la distinction public/privé «mène une vie bien concrète». On ne pouvait, par conséquent, ni «dénier» son existence ni la qualifier «d'artificielle» et «d'arbitraire»^[1]. Non plus, on ne pouvait se contenter d'affirmer son «intranéité» au droit et à l'Etat bourgeois^[2].

Il nous fallait donc procéder à l'examen de la dualité public/privé «telle qu'elle ressortit de chaque mode de production, telle qu'elle se développe, [...] dans chaque formation sociale de ce mode de production»^[3], tout en reconnaissant la complexité des problèmes qu'elle pose. Pour en rendre compte et afin d'éviter la simplification du positivisme et l'erreur de sa théorisation, nous avons saisi l'alternative public/privé à partir de la problématique de l'**articulation** de ses différents termes.

Aussi notre approche de la question se fera-t-elle en deux temps :

– Une «monstration» de l'articulation par la négative au fil d'une traversée des discours tenus sur la santé en France et en Algérie -

notre première partie ;

– la formulation d'hypothèses sur la double articulation public/privé, public/para-public en Algérie : notre tentative de propositions positives - notre seconde partie.

Partie I

Une détermination négative

A. La dogmatique juridique française :

Convaincus du fait que «les manuels classiques [...] sont un bon résumé de la conscience sociale dominante», nous sommes partis de l'idée de savoir comment la doctrine juridique française se représentait – et présentait – le social et le sanitaire, et à travers quelles catégories juridiques[4].

D'emblée, la problématique dominante qui se dégage nous a confrontés à la **summa divisio** du droit français, celle qui passe entre le droit public et le droit privé.

Nous trouvons là, chez les juristes, autant d'indicateurs sur la conception respective de cette distinction/dualité, autant de points de repère sur leur représentation du droit et de la question de la santé du social.

Notre investigation de la doctrine avec, d'un côté, les juristes qui traitent de la santé et du social dans leurs manuels, et de l'autre, les spécialistes de la question, renforcera le sentiment, voire la conviction que «dans la manière dont les juristes classiques analysent le droit bourgeois, il y a [...] non une explication réelle, étant donné leur méthode, mais l'indice de problèmes réels»[5].

C'est cette méthode et ces problèmes que nous tenterons de mettre en évidence. Nous constaterons, à cet effet, combien l'analyse juridique est intériorisée et reproduite même par les non juristes spécialistes de la santé, tant le droit est la forme sociale dominante de la société bourgeoise.

Il est «curieux» de voir que les privatistes, dans leur très grande majorité, se désintéressent de la question de la santé qui, pourtant, historiquement et pendant très longtemps, a été considérée comme une affaire purement privée, même si l'Etat libéral s'en est emparé, par certains de ses aspects, pour des raisons d'ordre public.

Les publicistes par contre, pour la plupart du moins, s'en saisissent par le biais de la fameuse théorie du service public, fondement principal du droit administratif français, soit pour justifier, soit pour contester la notion de service public social.

Une réflexion sur ces attitudes différentes entre les juristes français, selon leur formation et leur spécialité, nous renseignera sur leur représentation respective de la dualité public/privé.

Anticipons quelque peu sur nos conclusions et disons d'ores et déjà que, au-delà des divergences – apparentes, en réalité – la question fondamentale et qui comporte des enjeux communs est celle de **la nature de la question de la nature juridique**.

Chez certains juristes privatistes, le droit est défini par l'opposition droit objectif/droits subjectifs et la distinction droit public/droit privé est tout bonnement occultée[6]. De ce point chez la majorité d'entre eux, on va en parler cependant, afin, essentiellement, de classer les disciplines juridiques par branches.

Ce travail de classification, auquel tous, bien évidemment, se livrent, va se heurter à deux problèmes délicats qui sont au coeur de la question de la santé et du social. Ce sont :

- 1) la question de la délimitation des frontières entre les deux droits, public et privé ;
- 2) La question de la qualification du droit de la santé et du social.

Disons tout de suite que la question qui nous occupe n'est abordée que de manière accessoire et succincte, toujours dans les chapitres et paragraphes consacrés aux «divisions», aux «branches» du droit, à la place du droit civil dans ces «branches». De la santé et du social, il n'en est question qu'à l'occasion de cette classification.

Devant les difficultés de délimitation des frontières entre les deux droits qui, d'ailleurs, font l'unanimité même si elles sont présentées de manière plus ou moins différentes par les auteurs, tous se raccrochent à la **summa divisio** public/privé[7].

Tous affirment non seulement le «caractère historique» de cette distinction et son «importance», mais aussi sa «justification rationnelle», ses «intérêts théoriques», «pratiques» et «techniques».

Mais, bien entendu, aucun élément sur la nature historique, sur le statut, la fonction de cette distinction, les pratiques sociales qu'elle recouvre et occulte en même temps.

Le droit désignant et déplaçant en même temps les vrais problèmes, les non-dits et l'empirisme sont rois. Quant à ce qui est dit, il baigne dans un tel positivisme qu'il ne fait que légitimer un état de fait, un ordre présenté comme naturel.

La distinction se fondant sur l'opposition/conciliation que doit réaliser le droit entre l'intérêt général et les intérêts particuliers, elle a un sérieux fondement logique: «il vaut mieux la conserver, [...] surtout que beaucoup de nos institutions sont pratiquement organisées en se référant à elle»[8].

C'est là, précisément, qu'apparaissent entre les auteurs des divergences. **Il est des matières, en effet, qui, comme le social et le sanitaire, semblent échapper à l'alternative public/privé.**

Ce sont ces matières, dites «mixtes», ces «zones intermédiaires», aux «lisières» du droit public et du droit privé, où les deux se combinent de manière diverse, qui gênent les privatistes dans leur démarche inéluctable de classification des branches du droit.

Devant les craintes d'apparition d'un «troisième grand bloc» – «le droit social se constituant perpendiculairement aux axes traditionnels» – les auteurs campent chacun sur sa position, sur la nature du droit du travail et de plus encore du droit de la santé et de la sécurité sociale, les divergences sont affichées.

- Pour certains, ce sont des branches du droit privé «par nature»^[9].
- Pour d'autres, le droit de la sécurité sociale, qui s'est détaché du droit du travail, et le droit de la santé peuvent être considérés comme des branches du droit public, en tous cas s'en rapprochant beaucoup^[10].
- Enfin, les partisans des solutions médianes les qualifient de «disciplines mixtes»^[11].

En vérité, ces attitudes traduisent autant de confirmations de cette distinction. On comprend aisément que rares sont ceux qui se passionnent pour ces «zones intermédiaires» qui comportent le risque de la remettre en cause.

A ce stade de notre réflexion, nous pouvons déjà affirmer que cette question de la nature juridique comporte des enjeux fondamentaux et qu'il ne s'agit pas seulement d'une question de technique juridique. Nous y reviendrons.

Qu'en est-il de l'attitude des publicistes ?

Comme chacun sait, le service public constitue, dans la définition du «régime administratif», un critère clé avec celui de la puissance publique. C'est l'extension de la notation de «mission de service public» qui a donné en France la catégorie des services publics sociaux.

C'est dans ce cadre-là que sont pensés et présentés le sanitaire et le social par les juristes publicistes.

Le service public social par excellence a été, pendant longtemps, représenté essentiellement par les institutions publiques d'assistance datant de la fin du 19^e siècle et refondues en 1953 sous l'appellation d'aide sociale. A côté de l'assistance, se sont développées des institutions de prévoyance. Enfin, depuis 1928-1930 et 1945, le plus important des services sociaux est constitué par la sécurité sociale.

Par ailleurs, il existe en France une autre forme de gestion du social et de la santé, représentée par l'association d'une personne privée au service public généralement par voie de convention. S'agissant de la santé, c'est une formule posée par la réforme de 1970 (loi hospitalière de décembre 1970) préconisant des établissements d'hospitalisation associés.

Si dans le cas de l'assistance publique et de l'aide sociale on est en présence d'un régime administratif, d'un secteur public purement administratif par détermination de la loi, dans les autres cas on est en présence, comme le dit A. de Laubadère, «d'une nouvelle illustration de la concurrence du droit administratif assorti de la compétence de la juridiction administrative, et du droit privé, assorti de la compétence du juge judiciaire»[\[12\]](#).

Il est intéressant de constater qu'à la différence de leurs collègues privatistes, les publicistes du droit français ne semblent pas manifester une grande animosité, et une crainte démesurée face à la dualité des droits, face à leurs mouvements de «pénétration réciproque». Ils semblent, bien au contraire, l'intégrer dans leur construction doctrinale au nom des «transformations de la vie moderne» qui justifient la collaboration du public et du privé, et les dérogations à la notion de service public.

Ce trait de la doctrine ne correspond-il pas à une caractéristique du droit administratif français, un droit qui «suit le mouvement», «qui a tendance à s'ouvrir à de nouvelles réalités», «qui enregistre une redéfinition des rapports entre le public et le privé»[\[13\]](#) ?

Ne traduit-il pas également une politique de la juridiction administrative elle-même ? En effet, il est intéressant de voir que c'est le Conseil d'Etat (C.E) qui a été à l'origine de la construction doctrinale du secteur public social, «jouant le jeu du respect des intentions du Tribunal des conflits (T. C)»[\[14\]](#). C'est la jurisprudence du C. E., relative à la distinction des «matières» et des «questions» ou des «rapports» de droit public, et des matières droit privé, qui a eu, précisément. pour effet de soustraire d'importants aspects du fonctionnement du service public à la compétence administrative. La santé et le social font partie de ces matières-là.

Partant du constat que la mise en concurrence des droits public et privé, au détriment du droit public et du juge administratif, se fonde sur une jurisprudence des «matières de nature juridique définies a priori», posée par T. C. et suivie par le C. E.[\[15\]](#), ne peut-on, alors, dire que le juge administratif participe du mouvement de privatisation du droit et de l'Etat français, comme mouvement réel et dominant, même si l'ensemble de la doctrine ne l'entend pas ainsi[\[16\]](#) ?

En effet la notion de service public social a été très vivement critiquée par certains, contestée et remise en cause par d'autres. Elle est tout de suite apparue comme une doctrine perturbant l'ordre juridique français. A la vérité, c'est que «l'on se préoccupait peu du fond du droit, le seul but recherché était d'enlever quelques catégories de litiges à la compétence de la juridiction administrative, avec peut-être l'espoir d'aboutir à la création d'un troisième ordre de juridiction, la juridiction sociale»[\[17\]](#).

La dualité juridique et juridictionnelle était menacée, mais, surtout, la notation de social avait pour objectif le «démantèlement» de la juridiction administrative et de la notation de «matières

administratives», étant donné que tout service public pouvait être comme social.

Pour F. - P. Benoît, bien heureusement, cette «fiction» juridictionnelle devait se heurter à la réalité des matières administratives qui se sont révélées plus fortes qu'elle»[\[18\]](#).

L'argument pourrait se tenir, s'il n'occultait la face cachée de l'iceberg. Or, on ne sait rien des tenants et aboutissants de cette «privatisation» du service public. On ne sait rien sur ce «social» qui, pour certains, devait dépasser la dualité public/privé et, pour d'autres, revêtir la forme du privé. On ne sait pas pourquoi, en France, l'institution de sécurité sociale est par «nature» privée. On ne sait pas que la notion de service public hospitalier, issu de la loi de décembre 1970, a été le fruit de luttes acharnées et le résultat de compromis entre le public et le privé[\[19\]](#). Enfin, on ne sait rien de ce droit social, cette «autre manière de dire le droit, articulée sur un certain type de rationalité juridique, un type de juridiction»[\[20\]](#).

Bref, comme pour dépassionner la question – mais ne rien régler, en définitive – la plupart des publicistes concluent au caractère imprécis et flou de la notation de service public social et à son intérêt juridique assez limité[\[21\]](#).

Enfin, que l'on examine les manuels et les ouvrages des juristes spécialistes de la santé, dans forme ou dans leur contenu, et l'on se rend bien compte que la question de la nature juridique est incontournable.

Tous les plans des ouvrages étudiés sont là pour l'attester[\[22\]](#). La nature juridique constitue l'idée force sur laquelle sont bâtis ces textes, s'agisse-t-il de présenter les institutions sanitaires ou de caractériser le droit de la santé.

La distinction public/privé est le critère principal du «découpage» des ouvrages. Jouxte cette **summa divisio**, l'autre dichotomie, qui caractérise le droit et l'institution sanitaire français, celle qui passé entre le curatif et le préventif. Dans la majorité des cas, les deux se recoupent pour donner un deuxième critère de «découpage». Traite-t-on de la profession médicale, du traitement des maladies ou des établissements de soins, le classement se fait selon le critère de la forme publique ou privée, la prévention, elle, étant considérée par tous comme une mesure de police, donc publique, relevant en cela de la santé dite publique.

Quant aux établissements sociaux ou médico-sociaux, ils sont soit traités en annexe[\[23\]](#), soit dans un chapitre indépendant sur le «secteur semi-public»[\[24\]](#).

Si tous ces ouvrages nous fournissent un tableau exhaustif des instructions sanitaires et sociales françaises, une image complète du système français de la santé, ils n'échappent pas, cependant, à la critique. La forme renseigne déjà sur le fond : elle le structure même.

Analysée comme un bien ou, au contraire, comme un mal, dans le champ de la santé, la distinction public/privé est présentée comme faisant partie de l'ordre des choses. Un donné ; un phénomène naturel. Ainsi apparaît-elle partout, détachée de toute histoire, de son histoire. Serait-il fait appel à celle-ci, elle n'est alors qu'événementielle : histoire de la médecine, histoire de l'hôpital... Elle ne fait «qu'annoncer» ce qui va suivre, sans que les liens en soient évidents : un chapeau qu'on ôte, une fois franchie la porte.

Pourtant, nombreuses sont les façons d'écrire l'histoire de la santé. Celle-ci, vue par l'histoire officielle de la médecine, ne nous renseigne ni sur le contexte, les modes et formes de l'intégration de la médecine dans l'espace et dans l'organisation sociale de la société industrielle, ni sur les raisons profondes de l'évolution de l'institution hospitalière, ni enfin sur la naissance de ce nouveau «regard médical» fondement du pouvoir biomédical qui caractérise l'époque contemporaine, enfermée qu'elle est dans une vision «historiciste» des découvertes thérapeutiques et scientifiques[25].

Point d'éléments permettant de situer et de comprendre «la nature historique» de la dualité public/privé que tout le monde s'accroche à présenter comme le fait majeur distinctif du système français de la santé.

Nous nous reporterons à A. Marchand, dont toute «l'étude tend à montrer que la santé et son domaine se situent tant au niveau de l'infrastructure économique que des superstructures», pour comprendre, d'une part, que cette dualité correspond, tout comme l'intégration sociale de la médecine concomitante à son autonomisation, à un «moment historique» de la société française et qu'elle marque, d'autre part, la forme sociale historique de la médicalisation de cette société[26].

Notre auteur explique que c'est dans la dissolution des rapports de production féodaux qu'il faut chercher la constitution de la médecine comme science, et que c'est dans la «détermination historique des réseaux de la médicalisation de la société» qu'il faudra repérer la systématisation de l'antagonisme actuel entre médecine publique et médecine privée.

Il s'attachera également à montrer que «le conflit entre **l'hôpital** et la **famille** comme lieux de médicalisation de la société va agiter toute la période révolutionnaire et même bien au-delà», ce double réseau de la médicalisation étant «constitutif de l'unité antagonique public privé». Elle en est une résultante[27].

«Ce double réseau de la médicalisation participait directement à l'édification d'un nouvel ordre, à travers tant la détermination de l'intellectuel médecin comme intellectuel organique s'articulant sur la famille comme instance que le réseau public hospitalier comme élément du pouvoir médical et surtout de l'ordre social»[28].

Dans le champ de la santé, c'est cet ordre social qui est occulté par la présentation dominante de la distinction entre forme publique et forme privée, au sens où «les institutions juridiques peuvent être analysées comme une certaine représentation de l'ordre social, tout autant que comme un des facteurs de cet ordre»[\[29\]](#).

Les tentatives de définition du droit de la santé que nous allons examiner ne vont pas enlever son opacité à cette distinction.

- Il est très significatif que la tentative de caractérisation du droit de la santé, chez les juristes spécialistes de celle-ci, bute, d'entrée de jeu, sur la question de la nature juridique.

Pour justifier des difficultés de délimitation du droit de la santé, c'est d'abord la notion de «santé publique» qui est incriminée.

«Si le droit de la santé publique est si difficile à délimiter et à définir, c'est que la notion centrale à laquelle il se rapporte – la santé – est bien délicate à cerner et que l'épithète «publique» soulève plus de difficultés qu'elle n'en résoud»[\[30\]](#).

Quelles questions ? On ne le saura pas. Et pourtant, dès l'introduction, l'auteur déclara que «c'est [...] ce **caractère public** des problèmes de santé qu'il va falloir éclairer et ce d'autant que le phénomène est récent, contemporain de la révolution technique» et qu'il marque «un nouvel âge du droit de la santé»[\[31\]](#).

Tout est difficile à définir : la santé, la santé publique. Heureusement, il y a l'«opposition hexagonale public/privé», et on s'y raccroche. «Les formules» droit public de la santé», «droit privé de la santé» ont le mérite de n'abriter aucune équivoque», de «n'être pas factice», même si l'on reconnaît qu'elles «ne marquent pas avec assez de clarté le phénomène [...] d'un saut qualitatif entre la prise en compte des santés individuelles et l'apparition de la notion de «santé publique»»[\[32\]](#).

La différence de nature est considérable entre ce type de représentation et l'analyse que nous propose A. Chauvenet[\[33\]](#).

Là où les deux auteurs voient une «richesse collective» indispensable à la puissance de la Nation, A. Chauvenet repère un nouveau «champ d'intervention étatique spécialisé [...] : à travers la politique d'allocation des ressources publiques, le «social» est constitué en domaine autonome spécifique possible d'une gestion selon les modalités de la rationalité capitaliste»[\[34\]](#).

Elle y voit, d'autre part, «un autre mode d'insertion [de la médecine] dans le social [...], dans la mesure où la médecine perd sa spécificité en tant que sphère autonome et libérale pour être investie par les savoirs et les modes d'intervention des autres sphères du social, pour être réorientée et réappropriée dans une perspective économique»[\[35\]](#).

C'est cette pseudo-autonomie de la sphère sociale (et donc de la Santé publique) qui perturbe les juristes dans leurs schémas traditionnels : d'un côté, la distinction public/privé ne semble plus opérationnelle ; de l'autre, elle est incontournable.

* Il en résulte des réponses très diverses, mais qui restent néanmoins enfermées dans la problématique de la nature juridique :

– le droit de la santé a un caractère très vaste et très composite. Par son objet et par sa finalité, il englobe les règles juridiques les plus variées : droit international et droit interne, droit public et droit privé, droit des personnes et droit des biens. Il comporte trois grandes catégories des règles, qui interfèrent entre elles : la réglementation de la police, la Santé publique, le contrat[36].

– Le droit de la santé publique déborde le cadre du droit hospitalier.

– Le droit de la santé publique recoupe, pour partie seulement, le droit médical[37].

Là encore, les difficultés de la classification butent sur la dualité médecine privée/médecine publique, le «service public hospitalier» n'étant pas une notion suffisamment globalisante pour rendre compte du droit français de la santé.

M. Harichaux, qui traite de la rémunération du médecin, refuse, quant à elle, de construire sa thèse sur l'opposition traditionnelle médecine libérale et médecine salariée, médecine privée et médecine publique : «cette opposition conceptuelle des modes d'exercice, dit-elle, à laquelle était traditionnellement attachée une opposition des formes de rémunération tend à devenir caduque sur le plan professionnel [car] un rapprochement de ces deux formes d'exercice et de leur rémunération s'opère actuellement en France»[38]. Au risque de contredire B. Oppetit préfaçant l'ouvrage de M. Harichaux, l'«accueil» de la problématique publique/privé n'est pas évité. Mais le pouvait-elle seulement ? Car il ne s'agit pas de nier l'existence de la distinction au nom d'une prétendue interdisciplinarité[39]. Certes, elle est bien réelle, concrète et objective, dans la société capitaliste dans laquelle elle fonctionne[40], n'en déplaît à certains juristes marxistes qui l'ont qualifiée d'«artificielle», d'«arbitraire» et de «fallacieuse»[41].

En vérité, la diversité des règles juridiques, la complexité des statuts et des réglementations est grande et réelle, Mais de là à conclure à l'absence de «logique» et de «cohérence» il n'y a qu'un pas que seule la théorisation du positivisme permet de franchir. C'est ce que fait D. Ceccaldi[42]. Il ne sera pas le seul.

La diversité est signe d'incohérence et de complexité : le «mal français». Heureusement, l'Etat est là, qui y remédie, assure la coordination et donne quelque cohérence. N'est-ce pas là le rôle de cet Etat-arbitre au-dessus des appareils et des classes ? C'est ce qui explique l'importance de la fonction de la coordination en droit, en

sciences administrative et politique en France. Une véritable panacée[43].

D. Ceccaldi ne se contente pas d'observer les faits et de les décrire ; il les fait parler comme si «la théorie de la société» était «simple prolongement de la masse des faits accumulés»[44]. Dans cette démarche, «il n'y a pas de pont entre ce qui existe et la représentation [...] que nous en avons : le seul effet de la science est de mettre de l'ordre dans les données sensibles»[45].

Ici, la fonction de la «science juridique» est de mettre de l'ordre en prenant comme critère celui de la nature juridique des phénomènes observés.

Rien d'étonnant que cette démarche n'occulte les forces sociales donnant corps à ce qui est appelé «les différents secteurs» de la santé et les travaillant, vu que le sujet est passif, d'après l'empirisme.

Rien d'étonnant non plus que l'articulation et les relations entre les différents secteurs juridiques de la santé ne soient allègrement passés sous silence, comme s'ils fonctionnaient en circuit fermé, en toute indépendance les uns par rapport aux autres.

Structures et institutions de la santé sont déconnectées de leur réalité[46] ; seul apparaît l'Etat, Raison Suprême au-dessus de la mêlée, pour redonner au tout sa cohérence.

Connaissance parfaitement empirique et idéaliste du champ de la santé français.

Procède de la même démarche la présentation que fait Ch. Brumter de la planification sanitaire[47]. Là non plus on ne va guère au-delà du constat de la multiplicité des centres de décision, du pluralisme du dispositif sanitaire ni de la complexité des solutions. Une situation qui explique la nécessité de la «rationalisation», de la «coordination» et de la «programmation». Le plan de la thèse est construit sur cette logique d'ensemble : d'un côté, la description de ce qui résulte de l'observation empirique de la réalité : de l'autre, la reproduction, par l'auteur, des mots d'ordre officiels contenus dans les textes juridiques et politiques.

J. Fournier et M. Questiaux, quant à eux, parlent de «situation conflictuelle» et de «concurrence»[48].

Mais, dans tout cela, le statut et la fonction de dualité public/privé sont bel et bien occultés.

Au nom de la transparence, est opacifiée la réalité de la politique de la santé en France !

Une tentative de saisir la logique de l'évolution de cette politique de 1958 à 1975 a été menée par F. Banal : les plans de santé successifs ont été étudiés et une date charnière repérée, celle de 1970, qui marque la restructuration du système de santé ainsi que

l'accroissement du rôle de l'Etat. Ce constat est juste. Mais, comme le dit pertinemment J. de Kervasdoué, «l'Etat est en effet aujourd'hui au centre des systèmes de santé», et «pourtant la conception dominante est toujours que la médecine est une affaire privée[49]. Cette contradiction apparente spécifique au champ de la santé en France n'est nulle part explicitée. Compromis et arbitrages sont en permanence nécessaires, tant le secteur s'est transformé en une «arme politique». F. Banal ne le montre pas. non plus que tous ceux qui, comme lui, ont étudié le «service public hospitalier» et la loi de décembre 1970 qui le consacra[50].

* Le droit de la santé, celui de la sécurité sociale, «sont»-ils du **droit social**, «ce droit nouveau, [... qui] ôte peut-être sa pertinence à l'opposition du public et du privé»[51] ?

La question est intéressante, et à double titre : celui de la santé et du social ; celui du droit.

Voyons ce qu'est ce droit social, dont la principale vertu est de nous situer hors la **summa division**.

Conçu comme un «droit de la protection qui s'attache à rétablir l'égalité rompue au détriment des personnes défavorisées ou exposées à des risques spéciaux», le droit social intègre celui de la santé publique comme l'une de ses branches, «à côté du droit de l'aide sociale et du droit de la sécurité sociale»[52]. C'est là la conception dominante du droit social qui le définit à partir de ses deux caractéristiques principales.

1) Par ses **sujets**, le droit social serait celui des économiquement et socialement faibles, celui des populations défavorisées et ciblées par la société et le droit, les non salariés, les indigents, les pauvres et les vieux, les handicapés. C'est là une conception qui reste dominée par les vieux schémas du 19e siècle, de la charité, de la bienfaisance et de l'assistance. Dans ces derniers s'inscrit la vision dominante de la santé et du social : des phénomènes résiduels pour marginaux de la société... Conception propre à l'avènement des sociétés industrielles où l'économique et le social constituent deux sphères autonomes, où le social et le droit social ont fonction de rétablir une égalité et un équilibre rompus par l'économique et que la règle du «droit commun», le droit civil, est incapable de réaliser.

2) Le droit social est réduit au droit du travail et à celui de la Sécurité sociale qui sont ses **objets** naturels, matières que la doctrine juridique ne peut intégrer au droit commun, le droit civil[53].

C'est là une définition réductrice de ce droit nouveau, à la fois du point de vue du social et de la santé que du point de vue du droit. La prise en compte du social et du sanitaire, ainsi que la socialisation du droit qu'elle implique, font l'objet d'une démarche restrictive et tout à fait insuffisante.

En effet, «le droit social serait de peu d'intérêt [...] s'il devait se limiter à combler les lacunes du droit civil, à marquer l'entrée dans le droit d'objets qui lui auraient jusqu'alors échappé»[\[54\]](#).

En conséquence, droit du travail, droit de la santé et droit de la Sécurité sociale ne sont que des exemples, les plus classiques, certes, du droit social. D'autres droits sociaux existent, et sont possibles. En effet, la conception de droit social réductrice à ces matières-là n'explique en rien la nécessité de leur autonomie juridique ni celle d'un droit différent. Elle ne nous renseigne pas sur ce **processus de socialisation du droit, un des phénomènes les plus marquants de l'histoire du droit et de l'Etat contemporain des sociétés industrielles, celui de l'Etat Providence**[\[55\]](#).

Ne concevoir ce processus de socialisation du droit que comme «solution» apportée aux insuffisances et carences du droit civil et dont la manifestation serait une publicisation du droit, au détriment du droit privé, serait méconnaître «sa propre positivité, sa propre manière d'objectiver les sujets et objets, et sa référence doctrinale qui n'a plus grand chose à voir avec la construction du droit naturel qui supportait le droit civil»[\[56\]](#).

Il ne s'agit pas là d'une autre expression de la dualité-opposition public/privé, mais **d'un autre type de rationalité juridique et politique** ; une alternative à la distinction, une autre forme historique du droit : celle de cette «sphère sociale repolitisée où [les] institutions sociales et celles de l'Etat se fondent en un unique complexe de fonctions qu'il n'est plus possible de différencier selon les notions de public et de privé»[\[57\]](#). Et l'auteur d'ajouter : «la société industrielle du 20e siècle régie par un **Etat social** voit se développer des rapports et des types de relations qui ne peuvent que partiellement être articulés sur les institutions du droit privé ou du droit public ; ils obligent au contraire à introduire les normes de ce qu'on appelle le droit social»[\[58\]](#).

B. L'état de l'analyse en Algérie :

Certes, les travaux scientifiques sur la question de la santé en Algérie après son indépendance sont encore peu nombreux. Cependant, ce qui existe actuellement peut faire l'objet d'une réflexion critique à la lumière de notre problématique de départ.

En effet, que nous prenions les travaux publiés avant 1974 ou après cette date, nous pouvons faire le constat suivant : si ces recherches apportent une somme considérable de données et d'informations pour un domaine aussi complexe et difficile à explorer, elles pèchent toutes, à des degrés divers, par des problèmes de méthode, quelle qu'en soit la discipline de l'auteur, celle d'un juriste, d'un économiste ou d'un sociologue.

En résumé, on peut dire que, de façon générale, l'empirisme, le positivisme et le systémisme constituent le dominateur commun de l'approche dominante en la matière. Sans nul doute, c'est une identité

de logique dans ces démarches qui, selon nous, explique limites, fausses pistes ou impasses, voire les paradoxes constatés dans certaines analyses soutenus jusque-là.

Cet essai critique trouve sa raison d'être dans ce constat.

Tous les chercheurs qui se sont intéressés à la question de la santé en Algérie ont mis en évidence, sinon en exergue, le caractère pluriel et multiforme de l'institution sanitaire et du «système» de santé. Certes, l'image est juste : l'erreur consiste à la présenter toutefois comme un **donné**, non comme un **construit**.

L'observation des phénomènes apparents et leur simple restitution par la description est la démarche dominante rencontrée. Que l'on décrive le «système des services sanitaires» ou le «financement de la santé», le «statut des cadres médicaux» et les «structures sanitaires» ou «l'organisation sanitaire», la «coexistence» de plusieurs filières de soins, de plusieurs «secteurs», de plusieurs modes de financement et d'exercice de la médecine, est présentée comme un phénomène naturel, normal.

D'un point de vue méthodologique, ni le choix des questions traitées, ni l'ordre de les présenter n'est justifié par les auteurs. Par ailleurs, les liens entre les différentes questions et niveaux traités ne sont pas établies. L'empirisme est roi [\[59\]](#).

Ce type de démarche, qui caractérise le positivisme le plus primaire, aboutit de toute évidence et, parfois, en toute inconscience, à un fétichisme de la forme, la forme de l'institution sanitaire, la forme du «système» de santé étant saisie, ici, à partir du critère juridique, son expression apparente la plus immédiate.

L'approche du champ de la santé à partir de ce qui est, d'emblée, observable – cette forme juridique – a conduit à sacraliser la présentation en thèmes de «secteurs» de santé, public, para-public et privé, faisant courir le risque des limites méthodologiques et épistémologiques à la fois du positivisme et du systémisme [\[60\]](#).

En effet, l'approche de la politique de la santé par le biais exclusif de la nature juridique de l'institution, des structures, des modes d'exercice et de financement, etc... s'avère d'abord très vite extrêmement réductrice.

Comme le dit très justement M. Miaille, «à vouloir observer les faits «bruts», on risque fort de découvrir l'idéologie de la société beaucoup plus que la société elle-même» [\[61\]](#) ; à vouloir faire de la nature juridique un phénomène «premier» qui fixe la contradiction principale, on risque de produire et de reproduire un discours idéologique (le discours officiel) sacralisant la forme au détriment du fond et d'occulter, ainsi, la vraie dimension de la question de la santé : sa nature sociale.

L'impasse de tous ces travaux réside premièrement dans

l'enfermement du débat sur la santé dans le couple médecine

publique/médecine privée, d'une part, et, de l'autre, dans le triptyque nationalisation/étatisation/socialisation. Il en résulte trois types de conséquences :

- 1) la reproduction d'une conception négative de la santé d'un côté, et d'une conception biologique de la maladie, de l'autre, malgré la reconnaissance de l'influence qu'exercent les «facteurs» économiques et sociaux de la santé ;
- 2) la reproduction d'une problématique manichéenne du bien et du mal à partir de présupposés non scientifiques : après avoir passé le secteur public au peigne fin de la critique par exemple, on en appelle paradoxalement à son renforcement[62] ;
- 3) le recours quasi général à la problématique de la distorsion entre le discours officiel, les objectifs affichés et les pratiques réelles[63].

Si cette impasse a déjà fait l'objet de critiques[64], il reste à mener une réflexion sur ce type de présentation/explication qui, privilégiant le critère juridique de la nature de l'offre de soins, aboutit donc à s'en tenir aux formes de gestion de la maladie et de santé et à occulter la question du type, du modèle de santé dominant qu'elles véhiculent ou empêchent.

Car c'est le propre de la démarche positiviste de prendre ces formes comme un donné allant de soi et de faire l'impasse sur leur nature historique, leur fonction et leur statut dans le traitement de la question de la santé, sur les techniques sociales de prise en charge de la maladie et de la santé qui les sous-tendent, techniques introduites par le droit colonial et reproduites par l'Etat national. Plus loin, nous tenterons de réfléchir sur les liens entre les formes publique, para-publique et privée et ces techniques.

Par ailleurs, le manque de rigueur dans la méthode et les présupposés méthodologiques a produit d'autres effets pervers que nous tenterons de mettre en évidence.

On constate, en effet, que c'est par référence à la notion de **système** que la politique de santé est saisie et analysée de façon dominante. Cependant, on peut y distinguer plusieurs attitudes :

- 1) soit que l'on s'inscrive d'emblée dans le cadre conceptuel et méthodologique de l'analyse de système telle qu'elle a été développée par l'I.R.E.P. de Grenoble – sans que ce cadre soit préalablement défini et sans justification de ce choix[65] ;
- 2) soit que l'on soulève les «difficultés» et «ambiguïtés» de l'application de l'analyse de système à la santé, sa relativité enfin, pour, en définitive, l'adopter implicitement comme outil d'analyse[66].

En réalité, la pratique d'un systémisme, déjà sujet à caution, par une utilisation imparfaite, non rigoureuse, de la théorie des systèmes a conduit ces auteurs à des réactions et à des conclusions erronées qui limitent considérablement l'intérêt de leurs analyses.

1) On retrouve généralement la présentation, critiquable, des trois secteurs (public, para-public et privé) dans un rapport d'autonomie les uns par rapport aux autres d'une part, et dans un rapport d'extériorité par rapport à l'environnement socio-économique et politique d'autre part[67].

2) Il s'ensuit, par ailleurs, qu'on est confronté au discours mystificateur de la possibilité de transformation, de l'intérieur, du système et de ses sous-systèmes. C'est tout le discours officiel sur les vertus unificatrices de la décision de gratuité de la médecine d'une part, et sur la rationalisation du «système» de santé d'autre part, un discours formulé à intervalles réguliers depuis les années 70 qui est reproduit, ici[68] et auquel le droit donne une matérialité[69].

3) L'envers de cette approche consiste à tout rejeter sur «l'extérieur», sur les conditions économiques et sociales «en évacuant la responsabilité de l'institution sanitaire de la situation vécue» et en occultant son statut et «sa part dans la reproduction du système global»[70]. C'est là une attitude, elle aussi, vouée à l'échec.

Seul M. Kaddar, qui situe sa problématique dans l'analyse des «relations et déterminations réciproques entre système social, système de production et système de santé», propose une pratique cohérente et rigoureuse de l'analyse systémique qui ne soit pas une théorisation de l'empirisme et du positivisme.

Sans répondre néanmoins à la question qu'il pose et qui est de savoir si l'on peut «encore parler de système de santé»[71], l'auteur engage sa réflexion à partir de deux niveaux d'analyse dont l'enchevêtrement révélerait, selon lui, la nature de la logique profonde du système de santé, «en jeu fondamental» : «le premier niveau est relatif aux «éléments internes» du système de santé entendu au sens strict. Là sont posés les problèmes de moyens, d'organisation, de coordination technique et administrative. Le deuxième niveau a trait aux transformations et aux pesanteurs de l'ensemble du système économique et social qui exercent à des niveaux divers une influence déterminante sur la dynamique du système de santé»[72].

Ce sont ces présupposés méthodologiques – dont au demeurent la validité, la pertinence au regard des résultats obtenus restent encore à démontrer[73] – qui ont évité à M. Kaddar le fourvoiement quasi général dans la théorisation de l'empirisme.

En effet, non contents de décrire ce qui est et de s'y tenir, la plupart des travaux vont plus «loin» en extrapolant par un jugement de valeur sur ce qui est, comme s'il était un fait pur.

A vrai dire, c'est l'absence de «reconstruction» du réel qui a produit des analyses aussi hâtives qu'infondées, concluant à «d'incohérence», à «l'irrationalité», au caractère «contradictoire» et «conjuncturel» de la politique de la santé en Algérie[74].

Cette appréciation négative est justifiée par des facteurs tout autant exogènes qu'endogènes : «les incohérences et contradictions sont inhérentes à la phase de transition que traverse l'Algérie et au mode

de développement qu'elle a choisi». C'est «la voie de développement non capitaliste [qui] se caractérise par des contradictions à tous les niveaux : économique, social et juridique». En conséquence, «seule l'analyse de cette voie de développement choisie par l'Algérie nous permettra de dégager la logique interne du système sanitaire»[\[75\]](#).

D'un autre côté, on a généralement tendance «à considérer le système de santé comme un monde fermé ayant une logique propre que l'on considère comme «irrationnelle» et auquel on applique une logique extérieure [que] l'on qualifie de rationnelle»[\[76\]](#).

Cela donne le discours suivant : «les différents types d'appropriation (public, para-public et privé) excluent toute démarche d'unification réduit l'action sanitaire. [...] Elle est aussi facteur d'irrationalité de gestion [...] et de concurrence»[\[77\]](#).

D'une part, le problème est d'emblée mal posé et, d'autre part, tout se passe comme si l'observation des faits pouvait, d'elle-même, donner les clés d'explication de la réalité.

Ce n'est évidemment pas le «pluralisme» de l'institution sanitaire – du reste, demeuré inexpliqué et non situé historiquement – qui empêche son unification. Cela est une tautologie et un non-sens.

C'est la nature administrative du processus de prise en charge et de gestion de la maladie et de la santé qui comporte intrinsèquement la reconduction des différents termes de l'alternative. La construction de l'espace public de la santé, son unification qui, de 1966 à 1973, a donné le secteur sanitaire actuel, s'est faite selon les moments «avec» ou «contre» les «secteurs» para-public et privé : démarche pour le moins ambivalente que nous analyserons plus loin. Ne procédant pas d'une approche sociale de la question de la santé, elle laissera coexister, selon des formules variables, plusieurs logiques et plusieurs formes de gestion de la santé.

Là où on ne voit «qu'incohérence», «contradictions», «irrationalité» et «concurrence», nous tenterons de reconstruire **l'unité** de la politique de la santé et ce, à travers l'analyse des différents termes de l'alternative public/privé et l'analyse de leur **articulation**[\[78\]](#).

En effet, seule cette problématique des formes de l'institution sanitaire et des formes de gestion de la santé restituera à la politique de la santé et sa cohérence et son unité.

Impossible de s'engager dans cette entreprise si l'on occulte, comme il est fait, le rôle, la fonction et le statut de l'Etat dans l'articulation, si l'on situe, d'autre part, la sphère du social et de la santé hors de l'économique entérinant ainsi la dichotomie capitaliste entre l'économique et le social.

Impossible également de s'y engager si l'on ne saisit pas l'articulation dans son moment actuel, car seule cette démarche historique permet de restituer cette vision non statique et toujours actuelle de la politique de la santé en Algérie, à travers une périodisation où le droit

joue un rôle actif et dynamique, scandant les différents rythmes de cette politique dans les moments à la fois de continuité et de rupture[79].

Partie II

Une détermination positive

A. L'articulation public/privé :

1.- Depuis 1963 et jusqu'à l'heure où nous écrivons, la question de l'exercice de la profession médicale n'a jamais cessé d'être d'actualité[80]. On peut dire qu'elle a été et continue d'être une question centrale dans la politique de la santé en Algérie. C'est que l'alternative médecine publique/médecine privée a toujours occupé le devant de la scène, scandant ainsi les différents moments de la politique de la santé, la réduisant par là-même à une politique de l'exercice de la médecine.

Ce constant est d'une justesse implacable. Il traduit bien la réalité d'une réponse aux besoins sociaux de santé par la gestion de la maladie. Cela a été dit ; nous n'insisterons donc point là-dessus.

Il comporte cependant le danger d'une explication de cette réalité par les faits observables, celui notamment de faire de l'alternative public/privé la contradiction principale de la politique de la santé. En effet, conclure à l'issue d'une réflexion sur «les éléments de la structuration du système de santé» que «la question du statut du médecin est **centrale** dans tout [ce] processus» ne comporte-t-il pas le risque dénoncé par l'auteur lui-même «d'enfermer le débat sur la santé dans l'alternative médecine étatique/médecine libérale» et donc de le situer essentiellement, voire exclusivement, sur le terrain de la forme[81].

Plus haut, nous avons fait le procès de cette approche, mais par la négative.

Pour en donner un point de vue positif, il nous faudra «reprendre» l'analyse du procès de structuration de l'institution sanitaire algérienne.

A la vérité, il nous est apparu que l'importance et le caractère décisif de la première période de la politique de la santé avaient été beaucoup minimisés par les travaux menés jusque-là. Tous les auteurs s'accordent, en effet, à qualifier cette première décennie (1963-1973) de période d'hésitations, d'attente, de transition, durant laquelle le système colonial avait été reconduit, en contradiction avec les principes et objectifs proclamés[82].

Nous formulons, quant à nous, les hypothèses suivantes :

1) On assiste durant cette période à un **glissement d'un projet de socialisation de la médecine à un processus d'étatisation de son organisation.**

2) C'est dans un processus – qui contient en lui – même la négation de la nature sociale de la question de la santé – que réside l'hégémonie d'une gestion administrative de la santé et de la maladie en Algérie.

Du plan de socialisation de la médecine, tel qu'il a été formulé par le Programme de Tripoli et par la Charte d'Alger, c'est l'étatisation qui a été «retenue». Mais n'est-elle pas présentée dans le discours officiel comme l'étape préalable du socialisme ou bien même confondue avec lui[83] ?

De bout en bout, jusqu'à la création **de jure** du «secteur sanitaire» en 1973 par la loi des Finances (!), la structuration de l'appareil étatique de la santé aura eu pour fondement une logique administrative et financière, centralisée et unificatrice.

Dans notre thèse en préparation, nous analysons en détail les différents jalons et moments de ce processus continu de 1966 à 1973 qui, par sa logique et certains de ses aspects, est la systématisation de la politique de santé coloniale des années 1944, encore plus développée en 1956, et qui sera réactivée à partir de 1974.

Contentons-nous de dire ici que, pendant que se structuraient l'espace et l'appareil publics de santé dans un mouvement d'unification et de rationalisation administrative et financière de ce qui existait déjà, continuaient de courir les différentes logiques médicales et sociales de gestion de la maladie et de la santé, oeuvre de la colonisation : celle, dominante, de l'assistance médicale, celles, marginales, de l'assurance-maladie et de la santé Publique, toutes reproductrices de stratifications et différenciations économiques et sociales.

Là se situe **la contradiction principale** de la première décennie : entre ce processus administratif d'unification – rationalisation de l'existant dont l'issue est la sectorisation administrative de la santé et le maintien, voire la reconduction, des logiques différenciées d'organisation, de gestion et de financement de la santé.

L'analyse de cette contradiction nous livrera la logique profonde de structuration du secteur public de la santé, sa base de classe et, par là-même, les clés de sa crise de domination.

Apparaît ainsi à l'évidence le statut de contradiction secondaire de l'alternative médecine publique/médecine privée.

Nous formulons l'hypothèse que c'est le «non traitement» ou, plutôt, la nature du traitement de la première qui a conféré à la seconde le statut de question centrale.

En d'autres termes, nous soutenons que l'hégémonie d'une gestion administrative de la maladie et de la santé comportait intrinsèquement la négation du projet de socialisation de celles-ci et, à l'inverse, la reproduction de l'alternative public/privé.

Inverser l'ordre des choses et/ou ne pas saisir cette contradiction principale ont conduit à conclure à l'absence de cohérence et de logique d'ensemble, à l'irrationalité de la politique de la santé d'un côté, à privilégier l'analyse à partir de la forme publique, privée, para-publique de l'institution sanitaire, des ressources, du statut des professionnels de l'autre.

2.– En conséquence, notre troisième hypothèse concerne **le rôle et le statut de l'Etat dans la production et la reproduction de l'alternative public/privé** ; elle met en évidence le caractère idéologique de la présentation empirico-typologique de l'institution sanitaire en termes de «secteurs» public, privé et para-public tout à fait indépendants[84].

Dans le champ de la santé, le droit oeuvre bien dans cette entreprise d'opacification des rapports réels. Méconnaître ce rôle, c'est refuser de reconnaître les liens entre les pratiques étatiques de gestion de la santé et les stratégies visant à la régulation de l'exercice de la médecine.

Toute l'histoire de la politique de la santé en Algérie est contenue dans celle de l'organisation et de l'exercice de la médecine. Deux faces d'un même phénomène. La construction de l'espace public de la santé et, partant, la fonctionnarisation de la profession, ainsi que l'exerce privé de la médecine sont intimement liés. Du statut de l'un dépend le sort de l'autre. On ne peut donc traiter de l'un sans parler de l'autre et réciproquement.

L'intérêt d'une analyse dialectique de l'alternative public/privé, aussi bien sur le plan méthodologique que théorique, est pluriel. En effet, cette alternative interroge la formation économique et sociale à des niveaux multiples :

* l'alternative médecine publique/médecine privée comme expression de l'alternative développement libéral/développement socialiste : la question de la «voie» de développement en Algérie ;

* l'alternative médecine publique/médecine privée comme expression de la «collusion/opposition (public/privé, Etat/Bourgeoisie privée) aux contours spécifiques, eux-mêmes résultats d'un rapport de forces ponctuel et général»[85].

La réflexion doit donc porter sur les termes de cette alternative, et pour chaque période, aussi bien à travers le discours politique que le discours juridique.

* l'alternative comme facteur explicatif de la crise de domination du secteur public de la santé, crise qui traduit en réalité l'impasse de la socialisation de la santé par l'étatisation de la médecine. Car, nous le verrons, les véritables problèmes se situent à l'intérieur de l'Etat et de son secteur et non entre public et le privé.

* l'alternative comme expression des luttes pour l'hégémonie politique. En ce sens, les termes actuels de l'alternative sont un des

niveaux de saisie des «changements» qui s'opèrent dans l'Algérie des années 1980.

Le rôle de l'Etat dans la production et la reproduction de l'alternative médecine publique/médecine privée a comme toile de fond deux types de discours politiques et de pratiques étatiques :

1) le discours sur le couple propriété privée exploiteuse/propriété privée non exploiteuse.

La problématique du capital privé est tout entière contenue dans ce couple. Ce n'est pas tout. Car, au-delà de ce signifiant direct, ce sont toutes les ambiguïtés du projet de société algérien qui s'y nichent.

Ainsi, les notions de propriété privée exploiteuse et non exploiteuse ont un statut et une fonction idéologique dans le discours politique. Comme le dit judicieusement D. Liabès, «la pratique discursive de l'Etat national sur la propriété joue un rôle dans la constitution de l'Etat national, et donc dans les alliances qui l'instituent comme Etat de classe» [86]. Le discours sur la propriété privée est corrélatif de la structuration de l'Etat. C'est ici qu'apparaît le caractère mystificateur de la distinction médecine publique/médecine privée, d'appropriation de classe : est donc incontournable la question du contenu social du secteur d'Etat et de sa médecine.

2) le discours et les pratiques étatiques à l'égard de la profession libérale. L'idéologie de la profession libérale est à la fois rejetée et éminemment présente dans le discours politique en Algérie. Comme, par son silence et/ou son action, l'Etat a-t-il «couvert» l'existence et le développement de ces espaces associatifs où les professions libérales sont dominantes, tout comme il a laissé le secteur privé se développer à l'ombre du secteur d'Etat ? Quelles ont été les stratégies de l'Etat national vis-à-vis de la corporation médicale de la dissolution des ordres en 1963 jusqu'à la période actuelle où nous assistons, depuis 1980, à leur réhabilitation sous d'autres formes, telles les Unions socio-professionnelles dont l'U.M.A. constitue, avec l'Union des Ingénieurs, l'association corporative la plus importante en nombre et en cohésion organique, ce qui fait d'elle un véritable partenaire sur l'échiquier institutionnel et décisionnel de la santé ?

La régulation étatique de l'exercice de la médecine en Algérie est, certes, balisée par la date marquante de 1974, année de mise en oeuvre de la gratuité de la médecine. Aussi est-il admis, partant de là, de distinguer deux périodes : **1963-1973** et **1974-1987**. En réalité, si 1974 constitue un moment de rupture dans la politique de la santé, la continuité avec la période précédente n'est pas rompue, notamment avec la dynamique impulsée en matière d'exercice de la profession médicale.

1963 - 1973

Reproduite par une régulation administrative autoritaire de l'exercice de la profession entre 1963 et 1966, l'alternative médecine

publique/médecine privée va être légalisée par les réformes de 1966.

La récupération étatique du Service civil, à l'origine instauré à l'initiative de certains médecins, et ses modalités de mise en oeuvre en ont fait, dès les premières années de l'indépendance, un rempart contre la nationalisation de la médecine inscrite pourtant dans le programme de Tripoli et dans la Charte d'Alger.

Résultat d'une politique de compromis, le Service civil va avoir une autre fonction, celle de structurer définitivement l'institution sanitaire algérienne en trois «secteurs» obéissant à des logiques propres et à des règles juridiques différentes. Le résultat en est triple :

- * l'exercice libéral de la médecine et son idéologie demeureront toujours le référent ;
- * la structuration de l'institution sanitaire va dès lors échapper à une logique de «prise en charge» des besoins sociaux de santé pour une logique dominante de leur professionnalisation ;
- * le statut colonial de l'assistance médicale gratuite est reconduit encore pour une décennie dans une Algérie qui construit le socialisme !

1966 est une date connue, comme dans l'histoire politique, économique et sociale de l'Algérie, pour la légalisation de ce mouvement ambivalent d'étatisation/privatisation[87].

Dans le champ de la santé, ce processus va avoir deux effets :

1) la fonctionnarisation des médecins et l'étatisation de la médecine apparaîtront comme une **sanction** dans la mesure où elles sont le «lot» des nouvelles recrues qui devront, obligatoirement et à titre permanent, rejoindre le futur secteur sanitaire issu du rattachement des unités d'A.M.G. aux hôpitaux : le **privilège** de l'exercice privé est réservé, lui, aux «anciens» médecins d'une part, et, de l'autre, aux anciens Moudjahidines pour services rendus à la Patrie !

2) le public et le privé semblent ainsi être renvoyés dos à dos. Or, il n'en est rien. D'une part, la formule du «plein temps aménagé» réservée aux chefs de service consacre l'interpénétration des deux secteurs ; d'autre part, les modalités d'application des textes de 1966 et, notamment, l'Ordonnance de 1971 rétablissant le Service civil vont faire de l'exercice privé une référence, alors qu'il n'était qu'une situation exceptionnelle en 1966.

Désormais, le secteur sanitaire n'est plus que le passage, le relais obligé pour le cabinet et le mi-temps, une annexe publique à celui-ci ; va alors commencer le mouvement de «transhumance» des médecins faisant leur Service civil. Seules deux catégories professionnelles et sociales constituent les permanents du secteur public : les hospitalo-universitaires qui reproduisent le système ; les missions médicales étrangères qui soignent les souffrances de la masse.

Après 1974, une série de textes interviennent, qui élargissent les possibilités légales d'exercice privé de la médecine.

Cet exercice privé est tout d'abord maintenu implicitement[88], puis, explicitement[89]. Il cesse d'être un privilège et devient un choix pour les généralistes. ouvert même aux hospitalo-universitaires[90].

Depuis 1976, date de l'«algérianisation» de la législation de la santé et, donc, deux ans après la promulgation de la gratuité de la médecine, les praticiens doivent choisir entre le «régime du plein temps» et le «régime du mi-temps», le secteur et le secteur privé. En réalité, le choix posé par le législateur n'en est pas un, et l'exercice privé de la médecine reste toujours le référent, dans la mesure ou,

- 1) pratiquement, le plein temps dans les structures publiques continue d'être assimilé au Service civil ouvrant la voie à l'exercice privé ;
- 2) les médecins exerçant à plein temps en qualité de «contractuels» dans les services médico-sociaux, ceux des Sociétés nationales et de la Sécurité sociale. agréés par le Ministre de la Santé publique, pensent s'installer en privé à l'issue du contrat ou en cas de rupture de ce dernier ;
- 3) étant donné l'absence du statut du médecin public d'une part, et de cadre légal régissant le fonctionnement de l'appareil public, le secteur sanitaire d'autre part[91], c'est toute la question de l'hégémonie du secteur public qui est posée ici. L'Etat s'en est-il donné les moyens ? S'agissant des moyens juridiques, après le volontarisme de 1974, c'est le vide, le flou et les contradictions qui caractérisent la période.

En outre, les conditions d'application de la politique étatique de gratuité de la médecine ont constitué le creuset des conditions de reproduction de l'alternative médecine publique/médecine privée.

Mais à une phase d'intégration autoritaire de l'exercice privé de la médecine va succéder, à partir des années 1980, l'ère de l'intégration consensuelle.

Le discours et les instruments juridiques changent de nature : désormais, il est question de complémentarité du public et du privé, d'intégration contractuelle dans le cadre d'un «système national de santé», dont la carte sanitaire constitue le «schéma directeur»[92].

La formule autoritaire du «mi-temps» instituée en 1966 et reconduite par le code de la santé publique disparaît ; elle est remplacée par «l'exercice de profession à titre privé [...] dans le cadre de la carte sanitaire»[93].

Le champ de la privatisation de la médecine est limité par la loi de 1985 aux «cabinets dentaires, officines pharmaceutiques, cabinets de consultations et de soins, laboratoires d'analyses médicales, lunetterie et prothèse médicale»[94], le projet d'élargissement du champ de la privatisation de la médecine aux «cliniques» est, deux ans après la promulgation de la loi sur la santé, à l'ordre du jour des

travaux de l'A.P.N. [95]. Les deux principaux leviers étatiques de la politique de l'exercice de la médecine, qui ont favorisé sa privatisation, seront de deux ordres :

- L'un, externe au champ spécifique de la santé : il s'agit des aménagements successifs du Service civil depuis 1981 ;
- L'autre, inhérent à lui : il s'agit du renforcement du système de l'assurance-maladie par les lois de 1983 portant refonte de la sécurité sociale[96].

B. L'articulation public/para-public :

L'autre forme de l'alternative passe entre le public et le para-public.

Son analyse comporte deux niveaux constitutifs de la forme para-publique.

- l'institution ou le système de sécurité sociale algérien et sa «fonction» de santé ;
- le secteur public économique et sa fonction de santé.

L'approche qui a prévalu et que nous avons mise en cause plus haut a consisté à poser cette alternative en termes de concurrence, contradictions et/ou convergences entre le public et le para-public[97].

Notre problématique sera différente dans la mesure où elle (pré) tend à circonscrire l'alternative autour de l'articulation de ces deux éléments, le public et le para-public. Ce sont en effet les différents **liens** entre ces deux termes qui nous intéressent.

La question de la forme juridique dite «para-publique» a, en Algérie, une existence historique liée au processus de formation du droit. S'agissant du champ de la santé, elle ne pourrait être extraite de l'analyse de la politique de l'alternative dans ses différents moments, dans sa logique.

C'est dans ce cadre que doivent être étudiés les deux points qui tournent autour de la qualification «para-public» :

- La question des statuts des personnels de santé, publics et para-publics ;
- La question de la nature juridique de la Sécurité sociale en Algérie, celle de savoir si cette dernière est une institution publique ou para-publique.

Ces deux questions relatives à la forme juridique para-publique et qui touchent au droit du travail et au droit de la sécurité sociale feront l'objet d'une autre livraison. Ici, ce sont les liens entre la forme juridique para-publique et la forme publique dans le domaine de la santé qui nous intéressent, notre objectif étant de leur restituer leur contexte et leur véritable problématique à travers l'analyse du projet doctrinal de socialisation de la médecine et de sa récupération/transformation par l'Etat national sans lesquels les

propositions sur la gratuité de la médecine ne pourraient avoir de sens.

Dès le départ, et pour deux raisons fondamentales, nous voudrions manifester notre désaccord sur les hypothèses émises jusqu'ici relativement au projet de gratuité de la médecine :

1) La «décision révolutionnaire» n'a pas été pensée dans sa dimension historique. En d'autres termes, dans les travaux menés jusqu'à présent, elle n'a guère été replacée dans le cadre du plan de socialisation de la santé tel qu'il a été défini par les textes fondamentaux du pays. En effet, cette occultation de l'histoire contribue à dénaturer les événements et les pratiques. Les analyses s'en trouvent ainsi faussées et dénuées d'intérêt, si ce n'est de celui de reproduire le discours officiel.

2) Par contre, quand il est fait appel à l'histoire, c'est une vision linéaire et historiciste qui domine et, dans ce cas, ce sont les prémisses de l'analyse qui sont fausses.

En effet, là où M. Kaddar voit une «continuité doctrinale» entre, notamment, le Programme de Tripoli, la Charte d'Alger et la Charte nationale, nous sommes, nous, frappés par les nuances, sinon les contradictions entre ces différents discours[98].

Là où l'analyse est menée en termes «d'écart» entre le système projeté et ses résultats, de «décalage et contradictions entre la volonté politique» et la «logique prévalente de l'institution sanitaire»[99], nous formulons, nous, la double hypothèse que voici :

- 1) celle des **limites** du plan doctrinal de socialisation de la santé en Algérie ;
- 2) celle de sa **récupération/transformation** par l'Etat national.

Car, c'est par ce détour doctrinal que nos hypothèses sur la gratuité de la médecine et sur l'alternative public/para-public se trouveront précisées.

Il est certes reconnu que le Programme de Tripoli consacre la tendance étatiste du développement et de la construction du socialisme. Pour ce qui est de la question de la santé, les principes sont clairs : «seul un Etat moderne édifié sur des bases démocratiques et anti-féodales» «pourra trouver la solution efficace au problème de la santé, de l'habitat et de l'amélioration des conditions de vie»[100].

Le triptyque socialisation / nationalisation / étatisation spécifique du «populisme» algérien est dominant : «la médecine et les installations sanitaires doivent être rapidement nationalisées de façon à assurer la médecine gratuite pour tous, aspiration sociale des masses, dans les plus brefs délais». «Cette nationalisation sera mise en oeuvre d'après les principes suivants : développement d'un service national de santé qui prend en charge tous les hôpitaux et les installations sanitaires et [qui] fonctionnera avec des médecins à plein temps [...] L'institution

de ce service national de santé doit prévoir l'absorption du secteur libéral classique»[\[101\]](#).

La socialisation de la médecine, par sa gratuité, doit résulter de sa nationalisation/étatisation.

Les contours de ce service national de santé restent très généraux, cependant. Sera-ce un système à la britannique ? Non point, puisqu'il est prévu une absorption, à termes, de la médecine privée. Un service national de santé à la soviétique ? Tout ce qui est sûr, c'est que l'impasse totale est faite sur l'institution et sur la question de la Sécurité sociale. Cette dernière, était-elle vouée à disparaître avec la médecine privée dont elle est le fondement ? L'étatisation de la médecine inscrite au programme signifierait-elle sa condamnation à mort ?

Face à ce silence doctrinal, il est important d'observer que l'U.G.T.A., dès les premières années de l'indépendance, a fait preuve d'une action aussi énergique qu'efficace pour la reprise en main des Caisses de Sécurité sociale et leur gestion par les représentants des travailleurs. Il n'est pas exagéré de dire que les quelques mesures structurelles prises entre 1962 et 1963 (fusion des Caisses du régime général sur une base territoriale qui donna la Casoral, la Casoran et la Casorec, la gestion majoritaire des Comités de gestion des Caisses par les travailleurs et la désignation des Directeurs des Caisses par l'U.G.T.A.) peuvent être mises au compte de l'action et de la mobilisation syndicale[\[102\]](#).

Il semble, ici, que les divergences de vue soient totales entre les rédacteurs du Programme de Tripoli et la doctrine de l'U.G.T.A.

A ce propos, l'action syndicale peut-elle être analysée comme un «dépassement qualitatif» du Programme de Tripoli par les travailleurs et leurs représentants, seule force politique dont le souci majeur était la construction d'une société socialiste, et qui fût en mesure d'avoir et de présenter les grandes lignes de la future organisation économique et sociale du pays[\[103\]](#).

Nous verrons plus loin que, malgré son action des premières années de l'indépendance, la doctrine syndicale reste «limitée», dans le domaine de la santé et du social.

Si la gratuité de la médecine pour tous est l'objectif ultime du Programme de Tripoli, il faut constater que la politique de la santé est réduite à celle de l'exercice de la médecine. Le reste relèvera de «campagnes contre les épidémies, les maladies contagieuses» avec l'aide des organisations de masse et de l'Armée.

Vision donc réductrice et négative de la santé, qui consacre la dichotomie entre le social et le sanitaire.

Non seulement dans le ton, mais dans le contenu, le projet de programme de la Fédération de France diffère de celui qui fut adopté

à Tripoli[104]. L'analyse du «problème sanitaire», selon ce projet, fait ressortir trois principes essentiels :

1) La santé fait partie intégrante du développement. Elle n'est pas réduite à la médecine ; elle n'est pas conçue comme une «charge» pour la Nation : «un pays moderne doit être sain [...]. Nous avons besoin de toutes les forces, de toutes les énergies [...]. On ne saurait concevoir le développement d'un pays sans une lutte de tous les instants contre ce qui peut constituer un frein et souvent une catastrophe : la maladie»[105].

L'homme est au centre de «l'auto-développement national» ; il est la projection de cette Algérie dont l'avenir sera socialiste ou ne sera pas[106].

2) La santé est posée comme un droit. «Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé et aux soins médicaux gratuits. Ils ont également droit à la sécurité matérielle en cas d'incapacité de travail ou de maladie et pendant la vieillesse»[107].

La gratuité de la médecine est le corollaire de ce droit. Il y a donc ici rupture avec la conception coloniale de la santé comme un devoir de la puissance publique. La nation de droit nous situe sur un autre registre. En conséquence, seul l'Etat peut être le garant et promoteur de ce droit. Mais, à la différence du programme adopté à Tripoli, cela ne signifie pas la nationalisation de la médecine. Le terme est d'ailleurs totalement absent du projet de la Fédération de France. La notion de service national de santé n'a pas le même contenu : «tous les médecins débutants seront mis à la disposition de l'Etat pendant une durée de 10 ans. Ils devront exercer leurs activités au sein d'un service public (hôpitaux, dispensaires, organismes de dépistage). [...] Pour pallier le manque de personnel, il sera fait obligation aux étudiants en médecine d'apporter leur concours [...] dès la 3e année» enfin, «l'ouverture d'un cabinet sera soumise au contrôle de l'Etat tant pour le lieu que pour le fonctionnement, ceci, afin d'éviter la concentration dans les grandes agglomérations au dépend des campagnes»[108].

La lettre des deux textes est en effet différente : alors que le Programme de Tripoli a pour objectif «la disparition de l'exercice libéral», le projet de la Fédération de France consacre le **statu quo** et n'interdit pas la possibilité de l'exercice privé de la médecine, contrôlé et orienté par l'Etat.

3) Etant donné que le service national de santé n'implique pas la nationalisation de la médecine, la question du financement est posée dans les termes suivants : «l'Etat doit instaurer un système d'assurances sociales équitable», cet organisme d'assurances sociales, «dont les fonds seront constitués en partie par les cotisations mensuelles et en partie par les subventions de l'Etat, sera chargé du paiement des honoraires selon un barème déterminé»[109].

C'est donc un système mixte qui est préconisé, tant du point de vue de l'exercice de la médecine que de son financement.

Sommes-nous, pour autant, confrontés à deux politiques différentes sous-tendues par deux projets de société eux-mêmes différents ? La réponse nécessite un travail et une réflexion, qui restent à mener, sur les discours nationaliste et socialiste en Algérie, avant et après l'indépendance.

Pour ce qui nous concerne, il importe de tenir compte du contexte et des conditions d'élaboration du Programme de Tripoli pour comprendre, notamment, que, s'il «reflète une vision nationaliste et populiste qui sacralise et idéalise le peuple et en même temps édifie l'Etat», il contient nombre de contradictions doctrinales et politiques sur la nature sociale de la Révolution[110]. Les affrontements de l'été 1962 sont là, pour le corroborer et pour démentir l'unanimité doctrinale et idéologique affichée.

Qu'en est-il en 1964, à l'occasion du 1er Congrès du Parti F.L.N. ?

Selon le rapport du Secrétaire général du Parti annexé à la Charte d'Alger, celle-ci se veut être en même temps un «enrichissement» du Programme de Tripoli et une «reconstruction doctrinale»[111].

En réalité, malgré la permanence d'objectifs fondamentaux communs, une lecture attentive des deux textes révèle des différences de fond notables concernant notamment la conception et la définition du socialisme d'une part, et leurs effets sur le rôle de l'Etat d'autre part[112]. Nous verrons que la Charte d'Alger définit un véritable plan de socialisation de la médecine s'inspirant de ces principes ; en ce sens, elle s'éloigne des orientations du Programme de Tripoli.

Après une brève analyse de classe de l'institution et de la politique de santé coloniale qui, selon la Charte d'Alger, fonctionnait au bénéfice de la «minorité dominante», les grands axes de ce plan de santé publique sont posés. L'élément central en est **la réforme de la Sécurité sociale** qui comporte deux volets[113] :

1) La réforme de la Sécurité sociale est liée d'abord à la question de l'emploi, véritable «nécessité sociale et facteur de développement».

Comme complément à la politique de l'emploi et de «l'écrasement progressif de l'échelle des salaires», «il faut ajouter une législation sociale protégeant l'ouvrier et le paysan pauvre dans tous les domaines étant donné que les inégalités sont au départ trop criardes»[114].

Les objectifs immédiats fixés par le 1er Congrès du Parti F.L.N. consiste en «**l'unification** des régions de Sécurité sociale» et «**l'extension** de cette protection au secteur agricole autogéré et coopératif ainsi qu'aux petits paysans, petits commerçants et artisans», l'application «aux travailleurs et aux fonctionnaires d'un même régime d'allocations familiales»[115].

2) Le deuxième aspect de cette réforme de la Sécurité sociale a trait à la politique de la santé.

«Dans le cadre d'une planification sanitaire, il convient de centraliser tous les services existants afin d'assurer la nécessaire gratuité des soins que doit précéder une réforme de la Sécurité sociale»[\[116\]](#). Car, il faut bien le constater, le traitement de la question de la santé passe par celui de la Sécurité sociale.

A ce niveau déjà, les deux approches, celle du Programme de Tripoli et celle de la Charte d'Alger, sont différentes et pourtant les deux textes ont en vue l'objectif de la gratuité de la médecine pour tous. Si les objectifs sont les mêmes, les moyens d'y parvenir différents [\[117\]](#). On l'a vu, dans le Programme de Tripoli la gratuité de la médecine passe par sa nationalisation/étatisation, fondement d'un «service national de santé».

La formule est toute différente, de faire de la gratuité de la médecine pour tous le corollaire d'une réforme de la Sécurité sociale. C'est toute la question du financement social de la politique de la santé qui est ici posée, et, avec elle, celle du type de santé que l'on veut promouvoir : en définitive, un choix de société.

Ici, la question des formes de gestion de la santé n'est évidemment pas indifférente. S'agissant de l'exercice de la médecine, la Charte d'Alger pose comme objectifs «la nationalisation totale de la médecine et du commerce pharmaceutique», précédée d'une «étape préliminaire» pendant laquelle sera appliqué un «service civil médical» conçu comme une «exigence d'intérêt national». Faut-il en conclure au maintien de l'exercice libéral ? Sur ce point, le texte est muet. Mais la réponse est implicite, car elle est contenue dans les orientations explicitant le projet de réforme de la Sécurité sociale. Il est question, comme nous l'avons dit plus haut, d'unifier et d'étendre les anciens régimes de Sécurité sociale afin d'instaurer la gratuité de la médecine. **A contrario**, il est permis de dire que cette gratuité par la généralisation et l'harmonisation de l'assurance-maladie ne signifie pas sa nationalisation.

Il importe de souligner, à ce niveau de l'analyse du discours, que ce plan de santé développé lors du 1er Congrès du Parti F.L.N. en 1964 est celui-là même que contenaient les programmes de l'U.G.T.A. **Révolution et Travail** et, avant lui, **l'Ouvrier algérien**, ainsi que les résolutions du 1er Congrès de la Centrale syndicale de janvier 1963[\[118\]](#).

Les pouvoirs publics n'ont rien «inventé», ni en 1974, ni en 1983. Du «moment opportun» de ces réformes dont seul l'Etat est juge et «décideur», nous traiterons plus loin[\[119\]](#) ; auparavant, nous voudrions faire quelques observations sur le contenu du plan de socialisation de la santé et de ses limites.

1) Le projet doctrinal sur la question de la santé en Algérie n'est

qu'un **plan de socialisation de la médecine.**

Comment pouvait-il en être autrement et comment, en d'autres termes, la question de la santé pouvait-elle être saisie et «traitée» dans sa dimension véritable. c'est-à-dire sociale, alors que la dimension sociale du développement est elle-même occultée et refoulée ? Comment pouvait-il en être autrement, puisque la dichotomie entre l'économique et le social passe au coeur même du projet social industrialiste algérien[120] ?

Nous formulons, à cet égard, l'hypothèse que seule une approche se fondant sur la nature sociale de la question de la santé et son traitement, elle-même impliquant une reformulation du rapport économique/social, aurait permis une remise en cause, voire une rupture avec le type de réponse à la santé véhiculé par le modèle bio-médical occidental introduit en Algérie et, par là-même, avec les différentes formes juridiques, organisationnelles et institutionnelles qui lui ont donné corps et qui l'ont reproduit dans les sociétés capitalistes industrielles où il s'est développé.

Nulle part on ne trouve de réflexion sur la combinaison historique de l'assistance médicale, de l'assurance-maladie et de la police sanitaire (dite plus tard «santé publique»), productrice de formes et de logiques spécifiques de gestion de la santé et de la maladie.

2) En effet, même les éléments les plus conscients des forces sociales en Algérie se sont laissés enfermer dans une problématique «française» de la question de la santé.

La reconduction de l'assurance-maladie comme mode de gestion dominant de la santé, par sa généralisation, son unification et sa gestion par les travailleurs a, en effet, été inscrite à tous les congrès de l'U.G.T.A. (du 1er au 4e), sans que fût menée une réflexion de fond sur le système de Sécurité sociale et la technique de l'assurance-maladie qui le sous-tend introduits par l'administration coloniale, leurs effets économiques et sociaux[121].

Mais n'est-ce pas là la réaction d'une organisation ouvrière qui reste marquée par l'histoire de sa formation et notamment de sa dépendance organique et idéologique à l'égard de la C.G.T. française, par ses luttes intestines et notamment «entre communistes et nationalistes», par sa forme de participation au mouvement de libération nationale «en tant que partie non distinctive du peuple algérien et non pas sur la base d'un mouvement autonome et doté d'un programme propre»[122] ?

Par ailleurs, n'est-ce pas là l'attitude d'un mouvement qui reste sur la défensive et qui oppose aux défenseurs de l'A.M.G. coloniale et à ceux qui considèrent comme un luxe le fait d'avoir un emploi et d'être «assuré sociale», l'élargissement et l'unification des régimes de Sécurité sociale[123] ?

Tous ces arguments combinés sont confortés par la conception de la Sécurité social comme «conquête ouvrière».

3) Le déplacement du terrain de la santé à celui de la médecine est le propre d'un **projet social populiste** d'essence petite-bourgeoise qui contient, produit et véhicule ses propres limites et ambiguïtés, expression d'une critique petite-bourgeoise de l'impérialisme, du colonialisme et, donc, de son héritage.

Explication aussi essentielle que les deux premières proposées, dans la mesure où elle nous livre la dimension sociale du projet de développement algérien.

2. – Nous l'avons formulée plus haut, l'hypothèse constituant la toile de fond de l'articulation public/para-public, celle de **la récupération/transformation étatique du projet doctrinal de socialisation de la médecine.**

Il reste à saisir les moments et les modalités de ce processus, puis ses effets, afin de mettre en évidence les logiques qui courent dans l'alternative public/para-public.

* Ce «travail» étatique d'appropriation/transformation d'un discours et d'un projet forgé en «dehors» de l'Etat, dans les instances du Parti et du syndicat notamment, ne se donne pas à l'observation immédiate. Conditionné par les forces sociales en présence, la conjoncture du moment, il est, en quelque sorte, «souterrain» et continu. Le droit, comme forme sociale, permet sa lecture et l'empêche tout à la fois. Il nous faudra «traverser» la pratique juridique pour mettre en relief les moments saillants de ce processus : ceux relatifs au projet de réforme de la Sécurité sociale, dont la gratuité de la médecine était posée comme le corollaire.

La question qui se pose est la suivante : pourquoi avoir tant attendu pour rendre la médecine gratuite en Algérie, alors que, nous le disions, cet objectif était inscrit dans les plateformes du Parti F.L.N. et les résolutions syndicales dès 1962 et 1964, comme la résultante d'un projet social plus vaste, celui de la Sécurité sociale, celle introduite par la puissance coloniale ? Ni naïve, ni sans intérêt, cette question. D'ailleurs, elle a déjà été soulevée à propos d'autres domaines de la vie économique et sociale, l'agriculture et l'industrie en Algérie : en effet, pourquoi avoir attendu si longtemps pour mettre en oeuvre la Révolution agraire et promulguer la Gestion Socialiste des Entreprises[124] ? «A l'Etat le temps, au peuple la patience», diront certains[125]. En effet, l'Etat est seul juge du temps, du temps opportun et de celui des priorités. La construction de l'Etat et la mise en oeuvre de la politique de l'industrialisation «industrialisante» étaient les priorités : le temps de la mise en place d'une domination politique.

Pour ce qui est de la santé, il fallait le temps de la structuration de l'appareil et de l'espace publics. Nous l'avons dit, le «secteur sanitaire» est mis en place durant la première décennie : la réforme de la santé publique de 1966 en a jeté l'armature structurelle, celle de 1973, instituant un budget global et un forfait-hôpitaux, lui a donné son assise financière. Elle marque d'ailleurs la dernière phase du

processus de structuration de l'appareil public de la santé et le premier moment de l'appropriation/récupération/transformation du projet de refonte de la Sécurité sociale. Expliquons-nous.

A compter du 1er janvier 1973, et conformément à la loi des Finances pour la même année, entre en application la réforme du financement du secteur public par l'institution d'une budgétisation globale du «secteur sanitaire» et d'un forfait-hôpitaux appliqué aux organismes de Sécurité sociale, comme moyen à la fois de régler la gestion financière des établissements hospitaliers après l'échec des mesures financières des années 1966-1968 et comme mode particulier de socialisation de la médecine.

A un projet social de réforme du système professionnel de Sécurité sociale, oeuvre de colonisation, on a répondu par une mesure étatique financière : le premier moment. L'Ordonnance portant gratuité de la médecine dans les secteurs doit être analysée, à notre sens, comme le deuxième moment de ce procès.

La réforme financière de 1973 a rendu la médecine gratuite possible pour l'Etat. Elle a donné à la décision volontariste de l'Etat son assise financière. La question des sources de financement de la gratuité de la médecine était, désormais, réglée.

Quant à la refonte de la Sécurité sociale, elle est inscrite à l'ordre du jour : le 30 janvier 1974, la Commission Nationale pour la Refonte de la Sécurité Sociale (C.N.R.S.S.) est officiellement installée[126]. Le premier projet de Code de la Sécurité sociale est prêt au printemps de 1975 et transmis à la Présidence de la République en juin de la même année. Cependant, dans un contexte marqué par les rapports conflictuels avec le Maroc qui se lance dans sa «marche verte» vers le Sahara occidental, l'heure est à la mobilisation de tous contre «l'impérialisme et ses alliés» : le projet de la Sécurité sociale est alors ajourné[127].

Ne peut-on dire que la décision volontariste de gratuité de la médecine pour tous l'a court-circuité en quelque sorte ? Il sera en effet «gelé» pendant de longues années, puis repris pour «approfondissement» à partir de 1978 et, surtout, de 1980 par une série de comités et commissions **ad hoc** dans un climat politique, économique et social déjà bien différent.

Dix ans après, l'institution d'un nouveau mode de financement du secteur sanitaire qui parachève son processus de structuration, le 5 juillet 1983 sont enfin promulguées les lois sur la refonte de la Sécurité sociale : le troisième moment du «travail» étatique de récupération/transformation du projet initial.

L'enterrement du plan de socialisation de la médecine durant la première décennie, sa récupération/appropriation/transformation dans les années 1970 concrétisée par la médecine gratuite pour tous, son exhumation enfin dans le contexte des années 1980 traduisent en effet les affrontements et luttes de classe autour du

projet social sur la santé et le social. Ils portent les traces des luttes, compromis et négociations entre classes et/ou fractions de classe.

C'est que «le populisme algérien est pris dans des nécessités contradictoires : «prendre en charge – quitte à les formuler selon sa logique propre – les revendications de couches sociales relativement différenciées, régler les contradictions par une utilisation graduée de la contradiction (ainsi, la réforme agraire, vieille revendication, n'a été réalisée qu'à partir de 1972), intégrer des niveaux de significations disparates, instrumentaliser des théories ou des programmes politiques [...], idéologiser des techniques»[\[128\]](#).

La médecine gratuite a été une mesure étatique de politique sociale concourant au «social politique» et notamment à l'intégration sociale.

Nous verrons qu'elle «arrangeait» les affaires de l'Etat d'un point de vue strictement financier du fait, notamment, de la part croissante de la Sécurité sociale dans son financement. «Acte politique», elle «arrange» également ses affaires politiques, en même temps qu'elle restitue sa dignité au «producteur-gestionnaire».

Aussi avancerons-nous l'idée que l'hégémonie de la bourgeoisie bureaucratique avait besoin du «consensus» de toutes les forces sociales et politiques composant la société algérienne, de l'adhésion des masses comme de l'union des forces sociales exploiteuses.

C'est sur ce mouvement d'intégration sociale que cette hégémonie s'est consolidée. La gratuité de la médecine pour tous décrétée à la fin de 1973 en constitue un des maillons forts, tout comme la Révolution agraire et la Gestion Socialiste des Entreprises.

La problématique spécifique de l'articulation public/para-public que nous avons développée comporte des effets particuliers quant aux rapports entre Etat/institution et système de Sécurité sociale d'une part, et quant au mode spécifique de socialisation de la santé d'autre part.

1) La Sécurité sociale est au coeur de la question de la santé en Algérie, pas seulement comme prestataire de soins, comme l'autre filière de santé ou comme source de financement des dépenses de santé. Nous venons de le voir, en effet, à travers notre hypothèse sur l'appropriation/reformulation étatique d'un projet doctrinal et ses différents moments qui sont autant de **niveaux** de traitement de la question de la santé.

En conséquence, les relations qu'entretiennent l'Etat et l'institution de Sécurité sociale sont non seulement incontournables, mais inévitables. Le traitement de la question de la Sécurité sociale n'a pas seulement été étranger à celui de la question de la santé, mais, plus encore, il a été conditionné par lui et réciproquement, l'Etat étant au centre de cette problématique.

En effet, l'Etat a «travaillé» aussi bien l'institution que le système de protection sociale lui-même. Aussi est-il permis de parler d'un

véritable processus continu «d'étatisation» de l'institution, jalon et fil conducteur de l'histoire des rapports entre l'Etat et la Sécurité sociale.

A cet égard, qualifier l'institution algérienne de para-public est-il encore fondé ? L'interrogation semble levée par le droit positif qui, collant au «fait», qualifie, quant à lui, les organismes de Sécurité sociale **d'établissements publics**[129], même si le débat doctrinal est encore permis, activé qu'il est par le point de vue syndical sur la question de la gestion de la Sécurité sociale et, donc, de la nature de ses fonds[130].

Quelles ont été les phases, les modalités et les enjeux de cette entreprise d'étatisation de la Sécurité sociale saisie sous l'angle de la politique de la santé ? Le processus en est complexe. qui a connu différents moments et séquences que nous mettrons en évidence et analyserons en nous situant à trois niveaux essentiels : la politique, l'économique et l'institutionnel. Ces trois niveaux sont étroitement liés et imbriqués les uns dans les autres ; mais, pour les besoins de l'analyse, nous les dissocierons :

- l'aspect politique à travers l'appropriation étatique du projet de refonte de la Sécurité sociale, ce qui a été développé plus haut ;
- l'aspect économique et financier à travers l'utilisation des fonds sociaux par l'Etat, de la domiciliation et la budgétisation de ces fonds à la planification des investissements ;
- l'aspect institutionnel enfin à travers l'organisation et la gestion de la Sécurité sociale, du contrôle à «l'administrativisation» de cette institution.

2) Ici, nous formulons l'hypothèse d'un **renforcement de l'assurance-maladie comme type de gestion dominant de la santé.**

L'assurance-maladie en effet, avant 1974, ne touchait qu'une frange très infime de la population algérienne et de sa catégorie active. Les assurés sociaux : une minorité face à la majorité de la population indigente. De cette technique dominée de gestion des corps – celle de l'assurance-maladie – le droit à la gratuité médicale allait faire en quelque sorte une logique dominante. Cela ressort de l'analyse du mode de financement de cette gratuité tel qu'il a été décidé par l'Etat. De ce fait, celle-ci mettra en évidence la spécificité de la gratuité de la médecine par rapport, notamment, aux autres mesures de politique sociale : une mesure qui relève à la fois de la logique d'assistance et de celle de l'assurance, celle-ci prenant le pas sur celle-là.

La réforme du système de Sécurité sociale réalisée en 1983 va-t-elle rompre avec cette problématique ? Non point. Au contraire, elle va la renforcer, son fondement et son objectif étant l'extension et l'unification des assurances sociales, de l'assurance-maladie entendues au sens traditionnel.

On passe néanmoins d'une situation où l'Etat était garant du droit à la santé – de celui à la médecine, du moins – pour tous à une situation où l'Etat assure et répartit les risques et leur prise en charge.

Ce renforcement de l'assurance sociale comme forme dominante de socialisation des risques sociaux et du «risque» maladie s'inscrit dans une nouvelle politique de la main-d'oeuvre et de la gestion de la force du travail. En effet, les préoccupations du Statut Général du Travailleur (S.G.T.) sont différentes de celles du droit du travail qui devait s'appliquer au «producteur-gestionnaire» des années 1970. Avec le S.G.T., on est loin de la volonté politique d'abolition du salariat affirmée dans les textes sur la Gestion Socialiste des Entreprises. On peut dire que, dans l'Algérie des années 1980, le salariat et l'assurance sociale sont les deux faces d'un nouveau rapport social.

A cet égard s'impose l'analyse de la nouvelle politique de l'assurance sociale et des fonctions du «nouveau» système de protection sociale comme type de régulation sociale et comme schéma de rationalité dans lequel sont pensés le sanitaire et le social. Au regard du droit à/de la santé, la réflexion doit être menée dans deux directions : celle de la nature des prestations de Sécurité sociale et celle de l'articulation de l'assurance-maladie à l'exercice privé de la médecine.

C'est ce qui nous fait dire que deux logiques courent dans l'alternative public/para-public : d'un côté, celle de l'appropriation étatique des fonds sociaux en vue d'asseoir l'hégémonie du secteur public et, de l'autre celle de l'utilisation de la technique de l'assurance sociale comme forme dominante de gestion de la santé permettant la reproduction de l'exercice privé de la médecine. La boucle est bouclée et la problématique de l'alternative public/privé affleure derrière l'alternative public/para-public. La forme particulière de l'assurance sociale n'est donc pas neutre.

Encore une fois réapparaît le lien entre la forme de gestion de la santé et le type de santé dominant : l'unité d'un rapport social spécifique, rapport entre l'Etat et la société, rapport entre l'individu et l'Etat.

Notes

[1] Comme le font certains auteurs marxistes in Pour une critique du droit, ouvrage collectif, coll. «Critique du droit», 1, P.U.G., F. Maspéro, 1978, p. 8.

[2] Cf. A. Althusser, «Les A.I.E.», La Pensée, Paris 1971 ; B. Edelman, Le droit saisi par la photographie (Eléments pour une théorie marxiste du droit), Paris, F. Maspéro, 1973, p. 129 ; J. Habermas, L'espace public, Paris, Payot, 1986 ; M. Miaille, Une introduction critique au droit, Paris F. Maspéro, 1976, pp. 181-182.

[3] Ph. Dujardin, 1946, le droit mis en scène, Coll. «Critique du droit», 4, P.U.G., 1979, p. 240.

[4] M. Miaille, «La spécificité de la forme juridique bourgeoise», Procès, 9, 1982, «Approches critiques du droit», p. 89.

[5] Id., ibid. p. 99.

[6] C'est le cas des ouvrages d'introduction au droit de J. Carbonnier, Droit civil, t. I, «Introduction, les personnes», Paris, Thémis, P.U.S., 1982, 14e éd. ; J. Chevallier, L. Boch, Introduction à l'étude du droit, les personnes physiques, la famille, les biens, les obligations, les sûretés, 1ère Année, Paris Sirey, 1986. Pourtant, pour certains auteurs marxistes, l'une ne va pas sans l'autre, cf. A. Demichel, Le droit administratif, essai de réflexion théorique, Paris, L.G.D.J., 1978, p. 65.

[7] Il y a ceux qui affirment à la fois une chose et son contraire : M. De Juglart propose un tableau de répartition des disciplines juridiques en droit privé et droit public où il précise que certaines branches du droit privé (la procédure civile, par exemple, le droit maritime, le droit rural) «peuvent par certains de leurs aspects être rattachés au droit public, [...] d'autres sont entre les deux «Cours de droit civil, t. I, Introduction, Personnes, Famille», Programme de 1ère année de Capacité de droit, Paris Montchrétien, 1985, 11e édi., p. 37.

D'autres constatent que la distinction public/privé «a subi au cours de l'histoire des vicissitudes diverses qui ont affecté soit son existence, soit son contenu» (l'auteur se réfère ici à G. Chevrier, «La distinction du droit privé et du droit public et l'entreprise publique», Archives de Philosophie du Droit et de Sociologie juridique, 1, 1952, pp. 1-77). Le critère même de la distinction est encore aujourd'hui sujet à de vives discussions, de même que le domaine respectif des deux branches du droit et leur influence mutuelle (cf. Aubry et Rau, Droit civil français, 7e éd., par P. Esmein et A. Ponsard, t. I, par A. Ponsard, Paris, Librairies techniques, 1966, p. 11.

Enfin, il y a ceux qui s'insurgent contre une conception «statique du droit», se fondant sur les «classifications traditionnelles» au nom d'une inéluctable et aujourd'hui évidente «interpénétration réciproque du droit public et du droit privé» pour conclure à une «confusion bouleversante qui s'opère dans le monde moderne entre toutes les disciplines juridiques» et après l'étonnement et l'indignation, au caractère de «droit commun», de droit civil (G. Lambert, Cours de droit civil, Licence de droit, 1ère année, Introduction à l'étude générale du droit, Droit des personnes, Paris, Maison-neuve, 1970, pp. 38-39).

[8] R. Legeais, Droit civil, 1, «Introduction, Personnes, Famille», Paris, Cujas, 1971, p. 57.

[9] R. Legeais, op. cit., p. 59.

[10] Aubry et Rau, op. cit., pp. 18-19 ; J. Ghestin et G. Goubeaux, Traité de droit civil, Introduction générale, 1, 2e édi, Paris, L.G.D.J., 1983, p. 71.

[11] G. Marty, P. Raynaud, Droit civil, t. I, «Introduction générale à l'étude du droit», 2e éd., Paris, Sirey, 1972, pp. 74 et sq. ; G. Lambert, op. cit., p. 38.

[12] A. de Laubadère, *Traité de droit administratif*, par J. C. Venezia et Y. Gaudemet, Paris, L.G.D.J., 1984, 3e éd., t. I, p. 701.

[13] *L'Administration dans son droit. Genèse et mutation du droit administratif français*, ouvrage collectif, Collection critique du droit, Paris, Publisud, 1985, p. 157.

[14] Comme le dit F.-P. Benoît (*Le droit administratif français*, Paris, Dalloz, 1968, p. 809).

[15] Adoptant probablement la politique des «blocs de compétence» (cf. F.-P. Benoît, *op. cit.*, pp. 410 et sq).

[16] En effet, si «le mouvement de publicisation du droit est le plus apparent, le mouvement inverse [celui de la privatisation] [est] le plus profond. [...] c'est le mouvement réel», comme le dit justement M. Miaille, celui de la privatisation de l'Etat, c'est-à-dire de sa soumission de plus en plus grande aux intérêts de la classe qui en occupe le sommet» (M. Miaille, *Une introduction*, *op. cit.*, pp. 177-178).

[17] F.-P. Benoît, *op. cit.* p. 811.

[18] *Id.*, *ibid.*

[19] Il est intéressant d'observer que les pseudo-explications, quand elles existent sont toujours formulées en petits caractères dans le texte, à la dimension de l'importance que leur accorde l'auteur et/ou de la timidité de celui-ci sur le terrain de l'explication.

[20] F. Ewald, «Le droit de droit», *Archives de philosophie du droit, Le système juridique*, t. 31, 1986, p. 253.

[21] A. de Laubadère, *op. cit.*, pp. 422-424 ; J. de Soto, *Droit administratif, Théorie générale du Secteur public*, Paris, Montchrétien, 1981, p. 40.

[22] J. Moreau, D. Truchet, *Droit de la santé publique*, Mementos, Paris, Dalloz, 1981 ; J.-M. Aubry, *Le droit de la santé*, Paris, PUF., 1981 ; D. Ceccaldi, *Les institutions sanitaires et sociales*, 7e éd., Paris, Ed. Foucher, 1979 ; «Hospitalisation publique, hospitalisation privée», *R.D.S.S.*, n° spécial, 1974.

[23] Le moins qu'on puisse dire, c'est que ces «inclassables» remettent en cause la logique d'ensemble. Cf. J.-M. Aubry, *op. cit.*, pp. 305-307.

[24] Cf. D. Ceccaldi, *op. cit.*

[25] M. Bariety et Ch. Coury, *Histoire de la médecine*, Paris, P.U.F., 1978, 2e éd. ; J. IMbert, *les hôpitaux en France*, Paris, P.U.F., 1981, 4e éd.

[26] A. Marchand, *Travail et santé, une approche méthodologique et historique*, Thèse de doct. d'Etat en Sc. Eco., Montpellier, 1976, pp. 407, 587.

[27] *Id.*, pp. 622, 654 (souligné par nous).

[28] *Id.*, p. 654.

[29] M. Miaille, *Une introduction*, *op. cit.*, p. 53.

- [30] J. Moreau, D. Truchet, op. cit., p. 15.
- [31] Id., pp. 8, 13 (en italiques dans le texte).
- [32] «Alors que la conception traditionnelle voyait dans la santé un attribut, une qualité de la personne, un bien individuel à préserver par une réglementation de police appropriée ou à reconstituer si son propriétaire la laisse se délabrer, la conception contemporaine de la santé - Santé Publique [id] indispensable à la puissance de la Nation. Il en découle de nouvelles obligations pour les pouvoirs publics mais aussi un titre nouveau pour intervenir, réglementer, pour permettre, pour interdire ou contrôler» (J. Moreau et D. Truchet, op. cit. p. 14).
- [33] «L'entreprise de la santé publique : la communauté territoriale et le positivisme comme instruments de rationalisation du champ social», Critique de l'économie politique, 2, 1980).
- [34] Id., p. 90.
- [35] Id., p. 91.
- [36] J.-M. Aubry, op. cit., pp. 13-15.
- [37] J. Moreau et D. Truchet, op. cit., pp. 16-17.
- [38] M. Harichaux, La rémunération du médecin, Paris, Economica, 1979.
- [39] C'est aussi, mais à un autre niveau, la critique faite à B. Edelman par Ph. Dujardin op. cit., p. 230.
- [40] M. Miaille, Une introduction, op. cit., pp. 160-183.
- [41] Pour une critique du droit, op. cit., pp. 8, 20.
- [42] D. Ceccaldi, op. cit., pp. 5, 115.
- [43] Cf. M. Crozier, Le Phénomène bureaucratique, Paris, Seuil, 1963 ; L. Sfez, L'Administration prospective, Paris, A. Colin, 1970.
- [44] C. Dan, «Empirisme et matérialisme, de Marx à Piaget», Epistémologie et marxisme, Col. 10/18, Paris, 1972, p. 271.
- [45] Id. ibid.
- [46] Cf. B. Jobert, Le social en Plan, Paris, 1981 ; M. Steffen, Régulation politique et stratégies professionnelles, Médecine libérale et émergence des centres de santé, Grenoble, 1983.
- [47] Cf. Ch. Brumter, La Planification sanitaire, Thèse de doct. d'Etat, en Droit, Strasbourg, février 1979.
- [48] Le traité du social. Situation, luttes, politiques, institutions, Paris, Dalloz, 1980, 3e éd., 893 et sq.
- [49] La santé rationnée, ouvrage collectif, Economica, Paris, 1981, p. 13.

[50] Parmi les nombreuses études sur cette loi de 1970, citons A. de Laubadère, A.J.D.A., 1971, p. 90 ; J. Tordeux, «La Réforme hospitalière», R.D.S.S., 1971, p. 76 ; public, janvier 1972 p. 5, J.-A Mazère, «Le Service public hospitalier à la croisée des interventions publiques et privées», R.D.S.S., n° spécial, 1974 ; F. Villey, «La Réforme hospitalière», N.E.D., 1977, n° 4370-4371, pp. 5-38 ; J. FOURNIER, M. Questiaux, op. cit., p. 900 et sq. ; F.

Sabatier, Un exemple d'évaluation des politiques publiques : la loi hospitalière du 31.12.1970, dix ans après, Thèse de doct. de 3e Cycle en Eco. et gestion des institutions marchandes, Paris X, 1981 ; M. Lalignant, «De quelques conséquences ignorées de la loi du 31.12.1970 portant réforme hospitalière», R.D.S.S., 1982, pp. 433-464.

[51] F. Ewald, L'Etat providence, Paris Grasset, 1986, pp. 306, 213.

[52] J. Moreau, D. Truchet, op. cit., p. 18.

[53] G. Lyon Caen, J. Tilhet-Pretnar, Manuel de droit social, Capacité, L.G.D.J., 1980, 3e éd. p. 7 et sq.

[54] F. Ewald, op. cit., p. 435.

[55] Cf. la démonstration magistrale de F. Ewald à propos de problème des accidents du travail dans la société industrielle capitaliste (op. cit).

[56] Id. pp. 459, 435, 470.

[57] J. Habermas, op. cit., p. 156.

[58] Id., ibid.

[59] F.-Z. Oufriha-Bouzina, Principaux aspects de l'économie de la santé en Algérie, Thèse de doct. d'Etat en Sc. Eco., Alger, juin, 1972 ; cf. 2e partie («Le système des services sanitaires : ressources et moyens sanitaires») : «Les personnels» ; «L'organisation de la politique de la santé» ; «La protection sanitaire et nutritionnelle de la mère et l'enfant» ; «Le réseau hospitalier» ; «La distribution du médicament» ; G. Mansouri, La politique de la santé en Algérie, Mém. D.E.S. en Droit public, Alger, 1975 («Le statut des cadres médicaux», «Les structures sanitaires») ; Z. Bendaoud, Z. Bendaoud, Santé et développement en Algérie, Thèse de doct. D'Etat en Sc. Eco., Paris, 1981 («La santé pendant la période coloniale», «La situation sanitaire de l'Algérie indépendante», «La politique médicale et la couverture des besoins», «La santé et la politique d'industrialisation»); A. Ikène, Les bases de rationalisation des programmes de santé publique en Algérie, D.E.A. de Sociologie du Droit et des Relations sociales, mention Santé, Paris I, 1983 («L'évolution démographique et l'état sanitaire», «Les structures sanitaires et l'offre de soins», «les professions de santé et l'action sanitaire») ; L. Lamri, Le système de santé algérien : organisation, fonctionnement et tendance, Mém. de Magister en Sc. Eco., option Planification, Alger, nov. 1986 («Evolution historique du système de santé algérien», «Organisation et fonctionnement du système de santé actuel»).

[60] F.-Z. Oufriha-Bouzina, op. cit., «Coût et financement des prestations médico-sanitaires» : «Les dépenses publiques de santé», «Les assurances sociales», «Les dépenses privées de santé» ; P. Chaulé, Problèmes actuels de la couverture des besoins de santé en Algérie : hypothèses pour une planification, C.R.E.A., Alger, déc. 1977 ; A. Thébaud, «Besoins de santé et réponse de l'institution sanitaire en Algérie : réflexion théorique à partir d'un cas concret», Cahiers de socio et de démo. médicale, XVIIe année, n° 4, oct. déc. 1977, pp. 170-183 ; A. Ikène, op. cit., p. 176.

[61] M. Miaille, Une introduction, op. cit., p. 339.

[62] Critique formulée lors de la soutenance du Mémoire de L. Lamri.

[63] Cf. A. Thébaud, op. cit., pp. 171-172 : «La Charte nationale et la Constitution de 1976 insistent plus radicalement sur l'objectif à long terme d'une protection de la santé de tous, assurée par un service de santé général et gratuit. [...] On constate cependant la persistance d'un triple système de distribution de soins : le secteur privé, le secteur semi-public, le secteur public [...]. Or, si ce système de santé national et gratuit veut répondre aux besoins de la collectivité, peut-il suffire de la simple étatisation d'une partie des structures de santé existante dans les pays ?» (souligné par nous). Signalons cependant que l'intérêt de l'analyse d'A. Thébaud réside dans la prise en compte du critère de la forme de l'institution sanitaire combiné à deux autres critères (l'appartenance socio-économique et les conditions de vie, les raisons de la consultation et le comportement habituel devant la maladie) dans un travail d'enquête sur l'interaction entre les besoins de santé et la réponse institutionnelle (op. cit., pp. 176-183). Les hypothèses de cette enquête qui offre un «premier outil d'analyse du fonctionnement réel de l'institution sanitaire algérienne» ont été enrichies par un travail mené à partir de l'analyse de la demande de soins des assurés sociaux d'Alger en 1975 et ayant comme objectif d'approcher la demande globale médicale et pharmaceutique, sa répartition entre les trois systèmes de soins (public, para-public et privé), l'indice d'activités de chacun de ces systèmes et la part des activités qu'il consacre aux assurés selon l'âge, le sexe, la condition socio-professionnelle, la taille de la famille, ainsi que l'attachement relatif à chaque système de soins (cf. «Journée d'étude sur la politique du médicament», I.N.S.P. - I.T.P.E.A., Revue de l'I.N.S.P., n° hors série, Alger, 1979).

[64] Notamment par M. Kaddar, Système de santé. et médicaments. Cas de l'Algérie, Mémoire de Magister en Sc. Eco., option Planification, Oran, janvier 1982, qui propose, lui, une problématique en termes de socialisation / médicalisation (cf. id., «Entre la socialisation et la médicalisation : le projet de gratuité des soins : 1974-1980», Notes critiques et débats de l'Institut des Sc. Eco., Oran, n° 3-40, sept. 1982, pp. 217-243).

[65] C'est le cas de F.-Z. Oufriha-Bouzina, op. cit., p. 176 et sq.

[66] C'est le cas de L. Lamri, op. cit. pp. 8-9, 24-25.

[67] Conception contre laquelle s'insurge M. Kaddar, op. cit.

[68] Notamment par G. Mansouri, A. Thébaud, L. Lamri.

[69] Nous procéderons dans notre thèse (en préparation) à une analyse critique du discours juridique et des autres pratiques discursives donnant corps à cette logique.

[70] Cf. M. Kadar, op. cit., p. 134.

[71] Au sens restreint du terme donné par de Bernis : «un ensemble d'activités interreliées spécifiées par rapport aux autres activités économiques et sociales, au service d'objectifs déterminés de l'intérieur de cet ensemble, acquérant ainsi, ce système n'étant pas séparé de son ensemble nous entretenant avec lui des relations cohérentes avec sa propre nature» (p. 25).

[72] M. Kaddar, op. cit., p. 134.

[73] M. Turshen, «The use of systems analysis in health planning : World Health Organisation Planning for maternal and child health services in Algeria», Kapitalistate, 6, Fall, 1977, pp. 171-176 ; Ida R. Hoos, Systems analysis in Public policy, a critique, Berkeley-Los Angeles-London, Univ. of California Press, 1972.

[74] Cf. F.-Z. Oufriha-Bouzina, op. cit. ; G. Mansouri, op. cit. ; Z. Bendaoud, op. cit. ; La santé en Algérie, dossier Cedetim, Paris, 1978.

[75] G. Mansouri, op. cit., pp. 7, 137, 139.

[76] M. Kaddar, op. cit., p. 24 bis.

[77] M. Lamri. op. cit., pp. 72-73.

[78] Nous devons d'ores et déjà préciser que notre conception de l'articulation n'est pas la même que celle de L. Lamri, tant il est vrai que l'on ne résoud que les questions que l'on veut bien se poser : «comme le système ne comprend pas uniquement la composante publique, importante il est vrai par les moyens qu'elle mobilise, nous réserverons le 3e chapitre à l'analyse des secteurs privé et para-public en essayant de les articuler avec le type public. Nous répondrons aux questions suivantes : l'existence des secteurs privé et para-public à côté du secteur public est-elle nécessaire, complémentaire ou temporaire ? Quels sont leurs apports dans l'amélioration de l'état de santé de la population ? Quelles sont leurs implications financières? (souligné par nous). Pour anticiper sur ses conclusions, l'auteur ajoute : «la coexistence est souvent difficile. Elle engendre des rivalités, aiguise la concurrence et amenuise l'unification» (op. cit., pp. 99-100).

[79] L'An 1 de cette politique ne se situant pas, bien entendu, l'année où la médecine a été décrétée gratuite pour tous.

[80] Un projet «d'élargissement» de l'exercice privé de la médecine a été annoncé par la presse nationale au mois d'octobre 1978. Il est à l'ordre du jour des travaux de l'A.P.N. de l'actuelle session.

[81] M. Kaddar, op. cit., chap. 1 de la 1ère partie ; pp. 135, 153.

[82] Faisant en quelque sorte de 1974 l'année où la médecine a été décrétée gratuite pour tous : l'An I de la politique de la santé !

[83] Ce qui fait dire à D. Liabès «le discours doctrinal de l'Etat – le noyau dur de son idéologie propre – se formule en termes marxistes [...], instrumentaliste un discours théorique [...] chargé d'une fonction importante de rupture [...]. Déconnectée désormais de son cadre théorique de référence, cette terminologie marxiste [...] «menant sa propre vie» au sein de l'idéologie populiste et s'y combinant avec d'autres apports, a été au fondement d'un certain nombre de confusions aux conséquences théoriques et politiques incalculables ; ainsi dès l'origine, nationalisation, socialisation et étatisation vont de pair ; le développement d'un secteur d'Etat – de la propriété d'Etat – devient le synonyme de transition au socialisme» (Capital privé et patrons d'industrie en Algérie, 1962-1982, propositions pour l'analyse des couches sociales en formation, Alger, Centre de Recherche en Economie Appliquée (C.R.E.A.), 1984, p. 501).

[84] Ce point de vue participe de la même problématique défendue par D. Liabès dans son analyse critique de la thèse de S. P. Thiery sur les «tendances» publiciste, privatiste, etc. (op. cit., pp. 116-117, 154-155). S'agissant de l'exemple français, A. Marchand, rattachant la santé à la notion de «bloc historique», dira : «Définir une dialectique Etat/société civile, c'est définir des champs spécifiques, l'un déterminant le lieu d'exercice comme les présupposés de l'autre. C'est pour cela que nous n'analyserons pas en termes antagoniques les liens entre secteur privé et secteur public en matière sanitaire. Il est évident que la clinique privée n'est ni plus ni moins coercitive que l'hôpital public. Les rapports secteur public - secteur privé en médecine renvoient beaucoup plus à une formation historique (le fameux bloc) qu'à une distinction de nature ou d'exclusion» (op. cit., p. 478).

[85] D. Liabès, op. cit., p. 73.

[86] Id., ibid., p. 497.

[87] Les textes de 1966 sur la santé sont à mettre en parallèle avec le dispositif juridique relatif à l'Investissement (Code des investissements de la même année) qui «plus qu'une simple charte des garanties exigées par le capital privé à l'Etat, serait plutôt un discours (public) de la légitimation d'un procès privé d'exploitation» (D. Liabès, op. cit., p. 505).

[88] Cf. Ord. n° 74-94 du 1er octobre 1974 portant abrogation de l'art. 6 de l'Ord. n° 66-65 du 4 avril 1966 portant réglementation de l'exercice des professions des

médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes (J.O.R.A., n° 81 du 8 octobre 1974, p. 858), qui abolit le plein temps aménagé ; D. n° 76-48 du 20 février 1976 relatif aux conditions d'exercice des fonctions hospitalières des maîtres-assistants, des docents et des professeurs des instituts des sciences médicales (J.O.R.A., n° 17 du 27 février 1976, p. 203), qui instaure le plein temps obligatoire dans les C.H.U. et autres structures de santé publique pour les hospitalo-universitaires cités.

[89] Cf. Ord. n° 76-79 du 23 octobre 1976 portant Code de Santé publique et D. n° 76-41 du 23 octobre 1976 portant réglementation de l'exercice du laboratoire d'analyses médicales (J.O.R.A., n° 1 du 2 janvier 1977, p. 12).

[90] Par le Code de la Santé publique de 1976, alors qu'il le leur avait été interdit six mois auparavant par le D. de 1976 (décret cité) sous peine de déchéance de leurs titres universitaires.

[91] Seuls les hospitalo-universitaires (professeurs, docents, maîtres-assistants) se voient dotés d'un statut particulier en 1974 seulement (cf. D. n° 74-201 à 203 du 1er octobre 1974) ; en 1979 seulement intervient un décret (D. n° 79-112 du 30 juin 1979, in J.O.R.A. du 3 juillet 1979) fixant les dispositions statutaires applicables aux corps des médecins spécialistes, des pharmaciens spécialistes et des chirurgiens-dentistes spécialistes. Le généraliste, dit «médecin de santé publique», reste, quant à lui, régi par les textes de 1968 ! Ce n'est qu'en 1982 que paraissent les statuts particuliers des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes, des spécialistes et des spécialistes hospitalo-universitaires (cf. J.O.R.A. n° 54 du 21 décembre 1982, p. 1845). Nous l'avons vu, la création du secteur sanitaire date des années 1970. Néanmoins, ce dernier ne recevra sa consécration qu'en 1981 (cf. D. du 5 septembre 1981). Quant aux textes d'application de l'Ord. de 1976 portant création des C.H.U. et à ceux de l'art. 9 du Code de la Santé publique faisant du secteur sanitaire une «entreprise socialiste», ils ne verront jamais plus le jour !

[92] Cf. La Résolution du Comité central du Parti F.L.N. de décembre 1980 sur la santé ; la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, qui abroge le Code de la Santé publique de 1976 et l'Ord. de décembre 1973 sur la gratuité de la médecine (J.O.R.A., n° 8 du 17 février 1985, p. 122) ; les circulaires n° 21 du 20 octobre 1981 réglementant l'utilisation des compétences et l'accès aux structures publiques de santé des spécialistes exerçant sous le régime du mi-temps, n° 2/CAB du 10 janvier 1982 rappelant la position des praticiens vis-à-vis du secteur sanitaire, et n° 628 du 13 juillet 1982 rappelant les obligations du régime du mi-temps ; enfin, élaboration d'un projet de décret qui fixe les conditions de participation à l'exécution des programmes de santé des praticiens exerçant en cabinet ou officine. (cf. Le Développement de la santé, Docum. du Ministère de la Santé, Alger, 1983, p. 74).

[93] Cf. la loi sur la santé n° 85-05 du 16 février 1985, art. 201-202 et 208-213.

—**[94]** Ibid., art. 208.

[95] En réalité, le projet était «prêt» depuis au moins deux ans, mais les conditions pour le rendre «public», elles, ne l'étaient pas encore.

[96] Cf. la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales (J.O.R.A. n° 28 du 5 juillet 1983, p. 1198).

[97] L. Lamri, op. cit. ; P. Chaulet, O. Brix, «Médecine gratuite et sécurité sociale, convergences et contradictions», Séminaire Université d'Oran, avril 1982.

[98] Cf. M. Kaddar, op. cit. , pp. 143 et sq. pp. 165 et sq.

[99] Id., ibid.

[100] Programme de Tripoli, Annuaire de l'Afr. du Nord, 1962, p. 694. «Des centaines de milliers d'orphelins, des dizaines de milliers d'invalides, des milliers de familles réduites aux femmes et aux enfants, et abandonnés à leur sort, attendent du pouvoir national les mesures adéquates qui s'imposent» (pp. 687-688).

[101] Ibid., p. 702.

[102] Ce qui fit dire à F. Weiss que «la sécurité sociale est le seul domaine de la vie économique où l'U.G.T.A. gère vraiment quelque chose», Doctrine et action syndicales en Algérie, Paris, Cujas, 1970, p. 251.

[103] Cf. F. Touchène (thèse en préparation sur la Gestion Socialiste de l'Entreprise en Algérie).

[104] D'après M. Harbi, le projet de la Fédération de France ne sera pas porté à la connaissance de la commission chargée d'élaborer le Programme de Tripoli, non plus que les points de vue des Wilayas (F.L.N., Mirage et réalité, p. 330).

[105] Projet de Programme de Tripoli présenté par la Fédération de France au C.N.R.A., Tripoli, mai-juin 1962 (B.N. Paris, p. 39).

[106] Ibid., p. 8.

[107] Ibid., pp. 40, 64.

[108] Ibid., pp. 39-40.

[109] Ibid.

[110] «La commission a un délai de 10 jours [...]. Les conditions de travail sont médiocres, la participation aux débats fort inégale. Les textes des rapporteurs sont examinés directement en séance plénière [...]. A l'issue d'un bref débat, le G.P.R.A. adopte sans modification le projet de débat [...]. La discussion ne traîne pas en longueur. F. Abbas le considère comme du «communisme mal digéré», mais l'accepte [...]. Un amendement d'un représentant de la Fédération de France, Ali Haroun, introduit la référence au socialisme. Personne ne s'y oppose ! Le programme est adopté à l'unanimité» (M. Harbi, op. cit., pp. 330-341) : «en cinq minutes, alors que les querelles de clans et de personnes

ont duré des jours entiers» (T. N. Maschino, F. M'rabet, L'Algérie des illusions. La Révolution confisquée, Paris, R. Laffont, 197, p. 72).

[111] La Charte d'Alger. Ensemble de textes adoptés par le 1er Congrès du Parti F.L.N. (du 16 au 21 avril 1964), F.L.N., Commission centrale d'orientation, Alger, pp., 131 et 137.

[112] «Le socialisme n'est pas seulement une certaine organisation de la production, c'est la récupération de la société par les individus qui la composent et leur libre épanouissement. Le socialisme ne se définit pas seulement par la Nationalisation des moyens de production. Il se définit aussi et surtout par l'autogestion [...] principe même de la société socialiste» (La Charte d'Alger, pp. 56, 63).

Le rapport du Secrétaire général ajoute : «Notre choix en faveur de l'autogestion ne doit pas nous faire oublier que dans certains cas, compte tenu des conditions économiques et sociales, le développement par le moyen de l'étatisation peut s'avérer nécessaire. Nous savons que c'est là une voie qui comporte des dangers» (id. p. 154). En conséquence, «il faut dénoncer la théorie de la construction préalable de l'Etat [...]. Il faut combattre sans répit la tendance de ceux qui affirment que la construction de l'Etat est un préalable à la Révolution» (id. p. 144).

Cf. A. Bancaud (Un discours édifiant : le discours politique du pouvoir algérien (1962-1978), Thèse de doct. d'Etat en Sc. Po., Montpellier, 1980, pp. 117 et sq.) sur les deux conceptions développées sur la Charte d'Alger : J. Leca in «Parti et Etat en Algérie», Annuaire de l'Air. du Nord, 1968 et S. Koulichisky, Autogestion, l'homme et l'Etat. L'expérience algérienne, Paris-La Haye, Mouton, 1974 ; J.-L. Autin, Le Droit économique, Thèse, Montpellier, 1976 ; D. Guérin, L'Algérie caporalisée, Paris, Dépôt C.E.S., 1965.

[113] Nous avons vu que le Programme de Tripoli était muet là-dessus.

[114] La Charte d'Alger, p. 77.

[115] Ibid. (souligné par nous).

[116] Ibid.

[117] A l'aide de «continuité doctrinale» avancée plus haut, nous préférons celle de «consensus» : ici, consensus autour de l'objectif de la gratuité de la médecine et divergences sur voies et moyens de sa concrétisation. Ce consensus «à la fois spontané et intériorisé», ne serait-il pas, comme le dit D. Liabès, «l'héritage social, politique, symbolique de légitimation de la guerre de libération nationale», les divergences, elles, l'expression de projets sociaux contradictoires, plus ou moins exprimé ? Cf. D. Liabès, Cahiers du C.R.E.A., 4, 1984, p. 154.

[118] Il est significatif de constater que le premier numéro de L'Ouvrier algérien du 17 août 1962 et Révolution et Travail, n° 30 du 19 mars 1964, «Pour un

système unique de Sécurité Sociale» sont consacrés à la Sécurité sociale.

[119] «Le peuple n'a pas à se demander pourquoi hier cela était impossible et aujourd'hui réalisable [...]. Le pouvoir est maître du temps, celui des «conditions objectives» et des «priorités» de la Raison : à l'Etat le temps, au peuple la patience» (A.Bancaud, op. cit., p. 70).

[120] En effet, «il est étrange de constater combien l'idéologie du progrès par l'industrialisation et l'application de la science et des techniques [...] est, comme le bon sens cartésien, la chose du monde la mieux partagée» et comment «le discours techniciste parce qu'il met en scène des évidences, empêche de poser les questions essentielles de tout procès historique, c'est-à-dire du développement par qui et pour qui ?» (D. Liabès, Capital, op. cit., p. 30).

[121] Les nuances, voire les contradictions, dans le discours syndical seront examinés ailleurs.

[122] Voir la thèse de S. Chikhi sur le mouvement ouvrier algérien, soutenue à Paris VII, 1986, pp. 65-80.

[123] Cf. le premier numéro de L'Ouvrier algérien et Révolution et Travail, (op. cit.) ; L. Vandeville, La Casorec et les pouvoirs publics, D.E.S. de Droit, Alger, 1971.

[124] Cf. T. Benhouria, L'Economie algérienne, Paris, Maspéro, 1980.

[125] Cf. A. Bancaud, op. cit., p. 117.

[126] Par l'Ord. de la même date qui institue l'unicité de tutelle du Ministère du Travail et des Affaires sociales sur les organismes de Sécurité sociale. En réalité, une commission composée en majorité de syndicalistes avait déjà été mise en place officieusement depuis deux ans.

[127] Pourtant, une Ord. d'octobre 1975 va étendre l'assurance-maladie aux professions libérales, commerçants et artisans.

[128] D. Liabès, Capital, op. cit., p. 495.

[129] Cf. D. du 1er août 1970 portant organisation administrative des organismes de Sécurité sociale ; Ord. du 31 décembre 1973 portant médecine gratuite dans les secteurs sanitaires ; décrets d'application des lois de juillet 1983 portant organisation administrative des caisses de Sécurité sociale parus en 1985.

[130] Nous attirons ici l'attention sur les dangers d'une vision européocentriste. En effet, la problématique de l'autonomie de la Sécurité sociale est un thème spécifiquement français. Il semble qu'il exprime à la fois une revendication patronale constante à laquelle se joint l'idéologie mutualiste (du libre choix, de l'assurance volontaire, de la multiplicité des caisses contre le principe de la caisse unique) et une revendication

syndicale sociale. Cette convergence pour le contrôle respectif de l'institution par ces différents acteurs sociaux existe en France, en opposition à une étatisation de la Sécurité sociale telle qu'elle a été posée par le Plan Beveridge (cf. M. Steffen, op. cit.). Aussi, sur le plan juridique, les caisses de Sécurité sociale sont-elles considérées comme des organismes mutualistes de droit privé gérant un service public. Se pose donc pour nous la question de la validité de cette problématique spécifique pour le cas de l'Algérie. C'est ici que la question de la nature juridique est incontournable, tout autant que la nature de cette même question.

F. Z. OUFRIHA^[*]

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

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

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

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

CHAPITRE I

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

SECTION 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECTION II

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

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

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

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

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

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

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

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

1. – Le principe de la sectorisation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. – Le principe de la hiérarchisation des soins

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. – Le principe de la régionalisation sanitaire

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

Parallèlement, elle définit différents types de secteurs sanitaires :

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

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

Cette hiérarchisation ayant sa projection sur les structures

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

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

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

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

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

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

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

SECTION III

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Son action va buter sur une triple insuffisance concernant :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- quant aux causes de sa naissance et de son développement : les insuffisances quantitatives et qualitatives en termes de structures de soins ambulatoires du secteur public de soins, en termes de gestion et de tenue de ces établissements quand ils existaient la gratuité s'étant accompagnée d'un laisser-aller et d'un non-entretien des locaux.
- Quant aux modalités de son fonctionnement : la disponibilité de moyens financiers importants, tant au niveau des entreprises que de la Sécurité Sociale, ont permis outre, la mise en place des infrastructures, de drainer du personnel médical par application de salaires nettement plus importants que ceux du secteur public et d'offrir des conditions de travail nettement plus attractives. Il a bénéficié par ailleurs de modalités de gestion beaucoup plus «performantes» pour les usagers.

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

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

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

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

SECTION IV

Vers un nouveau redécoupage des activités de soins ?

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

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

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

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

CHAPITRE II

Le secteur public ou principe du financement direct

SECTION I

Le système de financement du secteur public

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

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

a) Les ressources propres :

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

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

b) Les remboursements de frais :

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

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

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

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

Les avances :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECTION II

Le système actuel de financement du secteur public

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECTION III

Les agents du système de soins public

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

1. – Le corps des médecins et assimilés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. – Le corps de agents paramédicaux

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

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

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

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

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

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

– Les agents techniques comprennent les aides en soins infirmiers, en

soins obstétricaux, en hygiène et assainissement et les ambulanciers.

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

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

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

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

4.– Le personnel administratif

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

CHAPITRE III

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

SECTION I

Le principe de fonctionnement : le financement indirect des soins

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

SECTION II

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SOUS-SECTION II

Le secteur privé complémentaire du secteur public ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECTION III

L'organisation du système de la sécurité sociale

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

SOUS-SECTION I

Le système antérieur à 1984

La pluralité des régimes et des avantages

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SOUS-SECTION II

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

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

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

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

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

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

Notes

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

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

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

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

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

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

[6] Ibid.

[7] L. LAMRI - op. cité.

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

[9] Séminaire - op. cité - p. 81.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[23] M. KADDAR op. citée.

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

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

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

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

[28] M. KADDAR - op. citée.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[40] Il ne sera pas le dernier hélas !

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

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

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

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

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

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

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

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

[48] Que nous nous examinerons plus loin.

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

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

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

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