

Avant-propos

Ce deuxième numéro de notre contribution à l'étude de l'économie de la santé en Algérie présente les résultats de recherche de l'équipe qui s'est spécialisée sur ce thème au sein du CREAD.

Il paraît avec beaucoup de retard sur le calendrier programmé et n'obéit pas malheureusement à l'agencement des contributions que nous avons voulu plus cohérentes, plus centrées sur des sous-thèmes particuliers de façon à bien éclairer la nature des problèmes que soulève le fonctionnement de ce secteur.

Le produit de la réflexion sur l'augmentation des dépenses – par ailleurs largement avancée – n'y figure point comme annoncé dans le précédent numéro en fonction des nouvelles préoccupations émanant d'un rapprochement avec les opérateurs du secteur.

Cependant, tel que, il livre un certain nombre de résultats et d'enseignements extrêmement utiles à intégrer dans une problématique plus large de maîtrise des dépenses bien sûr mais aussi d'une meilleure finalisation d'un appareil de soins dont les dépenses et les coûts ne sont significatifs que confrontés à des résultats en termes sanitaires, c'est-à-dire à un niveau de satisfaction accru des besoins de santé.

F. Z. OUFRIHA

FATIMA ZOHRA OUFRIHA[*]

De quelques éléments d'appréciation sur l'efficacité du fonctionnement des services de soins en Algérie

L'activité de soins et en particulier l'activité hospitalière ne se prête que très malaisément à la quantification et ce, dans les pays les mieux outillés du point de vue statistique. On ne sait pas mesurer son efficacité réelle. En fait avant de procéder à notre tentative d'évaluation nous allons procéder à la critique des instruments statistiques utilisés à cet égard pour en montrer les limites.

En effet, l'hôpital constitue toujours la conjonction d'une structure administrative ayant mission de service public qui fournit des prestations, des services, en faisant appel à une profession, celle de médecin, qui même salarié n'en conserve pas moins des pratiques et une idéologie fortement imprégnées par ce qu'il est convenu d'appeler l'esprit libéral. Les médecins principaux ordonnateurs des dépenses de santé ne participent que partiellement à la gestion de leur propre service et de l'établissement ou de façon plus large du secteur sanitaire dans lequel ils exercent et ceux en dépit de la mise sur place d'organes les impliquant dans cette gestion[1] (conseil médical, conseil de direction).

L'hôpital est devenu l'élément central du système de soins en Algérie, malgré tout le discours en sens inverse, or il en est un des éléments le plus coûteux : les hôpitaux reçoivent à peu près les trois quarts des ressources affectées au fonctionnement des secteurs sanitaires[2].

Ceci constitue un des éléments de critique à porter au dossier de l'hospitalo-centrisme. C'est pour cela que nous centrons notre tentative d'évaluation sur les hôpitaux.

Par ailleurs les nouvelles conceptions développées depuis peu à la suite de la modification de la politique de santé et des règles de fonctionnement du système (lesquelles se sont traduits en particulier par l'organisation distincte des CHU), voudraient le voir «rentable» c'est-à-dire qu'elles l'assimilent implicitement à une «entreprise». Or du fait des particularités de service public qui pèsent sur lui on ne peut lui appliquer les mêmes critères ni l'analyser de la même façon. En effet il a mission d'hébergement et d'assistance qu'il doit pouvoir accomplir dans n'importe quelle circonstance. Il est astreint à une obligation d'enseignement et de recherche qui ne sont «rentables» qu'à long terme...

Mais surtout du point de vue de l'analyse économique les usagers ne sont pas payeurs, n'ont aucune possibilité de choix vis-à-vis de leur hospitalisation et ne sont pas aptes à apprécier et à juger – du point de vue technique – le service rendu. La tutelle gouvernementale (via le Ministère de la Santé et celui des Finances qui sont en dernière instance les vrais décideurs des moyens à lui allouer et, de ses procédures de travail) est-elle à même de suppléer à cette impossibilité de choix et de contrôle des usagers ? Est-elle à même d'initier et d'accompagner de façon efficace des procédures de rationalisation des méthodes et d'affectation des ressources en vue de véritables politiques de santé ? Telle serait la gageure à tenir qui jusqu'à présent semble n'avoir fonctionné que timidement et produit peu de résultats.

Ceci est d'autant plus important à analyser que l'hôpital en Algérie – et en particulier le CHU – à l'instar de ce qui se passe dans les pays développés se veut lieu de pratique d'une médecine technicisée : la diffusion récente des nouvelles technologies d'aide au diagnostic et de soins est là pour en témoigner[3]. Tandis que le simple clinicien est entouré de toute une série de tests biologiques, d'explorations fonctionnelles, de clichés radiologiques. La couverture collective du risque maladie permet théoriquement à chacun de pouvoir bénéficier des soins hospitaliers les plus coûteux : qu'elles sont les procédures sociales et économiques à l'oeuvre dans la hiérarchisation des besoins et l'affectation des ressources ?

Or l'activité hospitalière fournit un «produit» difficile à cerner puisque sa nature même pose problème jusqu'actuellement. En effet on rencontre en général deux types de démarches pour l'appréhender. La première fait référence à ses missions, la seconde se base sur des indicateurs d'activité censés exprimer l'importance quantitative de cette activité. Toutes deux ont été critiquées et sont peu satisfaisantes quand à la saisie de son objet. La première parce que se référant à des notions trop vagues et trop générales telles que «diagnostiquer», «traiter», «rééduquer» etc... La seconde parce que se basant sur des indicateurs d'activité classique dont l'insuffisance n'est plus à démontrer. Il en est ainsi des «entrées» par suite de la non homogénéité des états de santé des différents malades à l'entrée puis à la sortie de l'hôpital, il en est aussi des traitements qu'ils y ont reçus, même si par ailleurs ils ont le mérite de centrer l'output sur la personne du malade traité – peuvent donc constituer une bonne mesure du produit de l'activité d'hôpital.

Il en est de même des «journées d'hospitalisation» lesquelles constituent une expression statistique encore plus mauvaise de la production hospitalière car le contenu en est fortement hétérogène (différent de personne à personne, de service à service). Il reste que la solution idéale sur le plan théorique préconisée par certains consisterait dans la saisie d'une différence d'un état de santé à l'entrée et à la sortie[4]. Ceci pose des difficultés considérables d'ordre conceptuel et statistique. Cependant si les indicateurs actuels de gestion semblent être remis en cause par tout un courant de

pensée, parce que trop grossiers et donc ne permettant point de comparaisons spatiales ou temporelles, du fait de l'hétérogénéité du contenu des journées de l'hospitalisation et de la diversité des motifs d'admissions à l'hôpital, encore moins d'établir un jugement définitif sur la qualité de la gestion des établissements ; c'est non pas pour refuser toute mesure mais pour essayer de mieux cerner cette activité. Les propositions et recherches sont nombreuses à ce sujet et vont de la revendication de la standardisation du produit hospitalier «de telle sorte que l'on puisse relier les dépenses à une prestation médicale bien définie, ce qui permettra ensuite d'évaluer les conditions de son obtention[5] aux projets de médicalisation des systèmes d'information[6] ayant pour but l'amélioration de l'information médicale et la médicalisation de l'information administrative.

En Algérie la budgétisation administrative des dépenses de santé qui constitue le système actuel de collecte des données financières se prête mal à une exploitation simultanée des informations médicales lesquelles sont «produites» mécaniquement par les services mais non traitées au niveau central[7]. Il y a donc lieu de préconiser sa suppression et son remplacement par un système qui permette le croisement des informations médicales et financières lequel permettrait alors le calcul du coût des traitements et des activités déployées à l'hôpital.

C'est ce que semble viser le Ministère de la Santé avec l'établissement du tableau de bord de la Santé (TBS)[8] qui vise la saisie combinée des activités et des moyens ainsi que le contrôle général de gestion.

En dépit donc des critiques formulées à la démarche qui se base sur les indicateurs d'activité dans des pays qui ont fortement épuisé cette voie et qui tentent de concevoir des systèmes d'information intégrés et en attendant leur production et leur mise en place, nous estimons qu'il reste utile de se pencher sur ces indicateurs, nous apporter quelques éclairages utiles surtout si on essaie de les mettre en rapport avec les dépenses. Par ailleurs nous estimons que la rupture de tout lien financier entre rémunération des médecins et activités de soins en Algérie confèrent à ces dernières un degré plus élevé de signification qu'il n'en a dans une médecine à l'acte dans la mesure où l'activité peut être gonflée artificiellement.

En fait nous essaierons d'apprécier «l'efficacité» de l'hospitalisation tout d'abord à travers le degré d'utilisation de ses moyens physiques : coefficient d'occupation des lits et durée moyenne de séjour : indicateurs compris à partir des journées d'hospitalisation. Il s'agit donc d'une première «mesure» de nature «technique». Cette première partie ne prend en considération que l'hospitalisation parce qu'il n'existe aucune donnée permettant d'apprécier l'activité réelle des structures extra-hospitalières.

Ensuite nous essaierons de rapprocher certains indicateurs de moyens (budgets des secteurs sanitaires, nombre de lits, nombre de médecins...) aux indicateurs d'activité pour apprécier l'efficacité

économique de fonctionnement c'est-à-dire l'efficacité, des secteurs sanitaires.

1 – L'efficacité technique de fonctionnement de l'hospitalisation

1. L'efficacité de l'hospitalisation saisie à travers le coefficient d'occupation des lits

1.1. Elle peut l'être au plan national d'abord :

Deux sources d'information distinctes existent à ce sujet : l'une ponctuelle : il s'agit de l'Enquête^[9] effectuée en 1981 pour l'établissement de la carte sanitaire et exploitée par un groupe d'experts soviétiques. La seconde qui théoriquement devrait être régulièrement suivie (avec une périodicité à déterminer) existe en fait pour les années 1977, 1978 et 1979^[10] dernières années pour lesquelles on a procédé à l'exploitation des rapports moraux et financiers des hôpitaux (ou des secteurs sanitaires). Depuis bien que l'information nécessaire continue à être produite, elle n'est point exploitée au niveau central, ou plus exactement on se contente des indicateurs les plus globaux : journées d'hospitalisation et mouvement sanitaires...

Des données établies directement par les propres services du Ministère, le taux moyen d'occupation des lits a été de 63 % en 1977, de 62 % en 1978 et de 64 % en 1979 : Ce taux semble donc bien être un taux moyen de la période traduisant fidèlement la situation qui prévaut globalement, même si comme nous le verrons plus loin il masque des disparités régionales qui auraient dû être prises en considération avant de postuler et de viser l'égalisation du ratio de nombre de lits déterminé pour une population déterminée (le ratio visé a été de 29 pour 10.000 habitants).

Quelques années plus tard en 1981 le groupe d'experts soviétique aboutit à travers l'enquête effectuée à un résultat similaire. L'appréciation de l'utilisation – en fait de la sous-utilisation des lits – est effectuée à partir de l'indice du nombre moyen de jours d'utilisation laquelle peut-être calculée en jours ou en pourcentage. En 1981 cet indice s'est globalement établi à 230-234 jours soit 63,3 % de taux d'utilisation, ou en d'autres termes l'ensemble des lits hospitaliers disponibles n'a pas été utilisé pendant 130 à 135 jours dans l'année, ce qui veut dire aussi que 36,7 % des lits disponibles, largement plus du tiers, sont restés inoccupés durant toute l'année.

La sous-utilisation élevée des lits dans les hôpitaux (qui peut aller de 70 à 30 %) est d'autant plus injustifiée qu'elle s'accompagne d'un très bas niveau d'hospitalisation compte tenu de l'état de santé de la population. Le problème n'étant pas d'hospitaliser coûte que coûte, ni de construire des hôpitaux qui restent inoccupés – mais au minimum de se préoccuper de l'utilisation de ceux existants. C'est ce qui ne semble pas être le souci majeur des autorités responsables du secteur si l'on croit le rapport d'experts pré-cité puisque «dans les

établissements hospitaliers un nombre important de lits dont le prix est élevé n'est pas utilisé et les organismes sanitaires directeurs n'effectuent pas sur les lieux le contrôle nécessaire et ne sont pas responsables de la sous-utilisation des lits au niveau national». Un constat bien sévère, pire : inutilisé par ses commanditaires puisqu'il ne va pas servir à modifier l'approche en termes de nombres de lits nécessaires à mettre en place et qu'au contraire nous allons assister avec le premier et le second quinquennal à la multiplication des lits d'hôpitaux pour accroître l'offre publique jugée insuffisante par certains, alors que l'on met l'accent sur la montée des besoins sociaux. Mais si insuffisance de l'offre de soins il y avait : Etait-ce bien insuffisance de lits d'hôpitaux et le besoin de lits était-il si urgent qu'il fallait se mettre à les commander «clefs en main», pour aller plus vite, en préfabriqué ? Or tout hôpital entraîne des frais récurrents de fonctionnement dont beaucoup sont des frais fixes qu'il fonctionne «bien ou mal» «beaucoup ou pas assez». On a donc préparé le lit de la flambée des dépenses publiques qui va accompagner leur réception et leur mise en fonctionnement. Pour en revenir au degré d'utilisation du parc hospitalier existant en 1981 : la durée moyenne d'utilisation d'un lit qui y est relevée (230 jours) est à rapprocher de la norme internationale en la matière qui s'établit à 320 jours. Il y avait donc des potentialités considérables d'utilisation supplémentaire des lits existants qui n'ont pas été exploitées. Il serait utile de savoir où en est actuellement ce coefficient d'occupation après l'extension rapide du parc de lits.

Il faut souligner à cet égard que le fonctionnement correct d'un lit c'est-à-dire son utilisation optimale est conditionnée par plusieurs facteurs dont il faudrait pouvoir déterminer le plus important d'entre eux, mais dont on peut citer les suivants (sans préjuger de leur importance) :

- Une bonne intégration des secteurs sanitaires c'est-à-dire une coordination efficace entre les unités de soins extra-hospitalières (polycliniques, centres de santé...) et les hôpitaux. Les premières organisant et dirigeant un flux de malades justiciables des seconds qui sont susceptibles alors de les accueillir. Pour qu'il s'agisse réellement d'un secteur sanitaire intégré, il faudrait que le flux de malades qui lui soit interne ne soit pas bloqué à tous les niveaux par des procédures bureaucratiques et des goulots d'étranglement de toutes sortes...

- Une organisation efficace des services susceptibles de recevoir un flux plus ou moins régulier de malades externes au secteur sanitaire faisant partie d'un système de soins articulé, en particulier les urgences médicales et chirurgicales sur lesquelles l'attention des pouvoirs publics s'est localisée à un certain moment, mais aussi les accouchements dans la mesure où la politique choisie est celle de les «capter»^[11] et qui se font dans les conditions les plus défavorables même en «milieu assisté» ce dont témoigne l'importance tant de la mortalité maternelle que de la mortinatalité en milieu hospitalier.

- L'organisation de l'hospitalisation des malades n'est pas non plus sans jouer un rôle important. Cette dernière va de l'accueil aux

malades jusqu'aux procédures administratives par lesquelles il faut transiter. Globalement les structures publiques, à l'exception de quelques services spéciaux, après avoir joui d'une popularité et d'une attractivité certaines se sont par la suite au fil des ans constitué une réputation fâcheuse – d'où la pression pour envois pour soins à l'étranger, qui n'est pas une simple demande de soins sophistiqués non disponibles sur place mais bien aussi le signe plus profond d'un rejet du fonctionnement de l'hospitalisation en particulier par les couches aisées et celles produites par la politique de développement lesquelles ont "mieux accepté et pratiqué les consultations externes de ce dernier.

– L'entretien régulier des locaux, des lieux d'exercice, de la literie, des équipements et matériels médicaux et chirurgicaux etc... de façon telle que ne se transforment pas très rapidement en quasi-dispensaire des services neufs – refaits à neuf et rééquipés – y compris de services spécialisés (chirurgie) du plus grand et plus spécialisé des CHU de Mustapha. Autrement il ne sert à rien d'avoir du personnel pléthorique et de demander des crédits supplémentaires.

En fait, il est tout à fait faux de dire que les services de santé ont manqué de moyens financiers, si l'on se base sur le taux de croissance des budgets globaux alloués aux secteurs sanitaires – en fait essentiellement et pendant très longtemps quasi uniquement aux hôpitaux – par suite de la faiblesse initiale des structures extra-hospitalières. Plus fondamentalement et à ce simple niveau, leur a fait cruellement défaut une politique doublée d'une volonté continue d'entretien régulier, au jour le jour d'abord, d'entretien et de réparation de fond normalement faites, bref de maintenance tant des locaux que des appareils et instruments utilisés (dont témoigne les taux élevés d'appareils en panne, cassés, mis au rebut...).

Si ponctuellement et de façon tout à fait circonscrite à certains appareils complexes, on peut incriminer l'insuffisance de techniciens de façon générale et massive il faut noter «l'irresponsabilité» généralisée dans les hôpitaux. Dans beaucoup de services il semble ne plus y avoir une autorité incontestée^[12] et dirigée incontestablement dans le sens d'un fonctionnement normal où le personnel paramédical et d'entretien assure convenablement sa tâche. Le «manque» de formation professionnelle, le faible degré de qualification outre qu'ils ne sont pas toujours réels, ne sont en fait que des alibis pour masquer les défaillances, le manque de conscience professionnelle (sinon de conscience tout court) d'une grande partie du personnel en particulier paramédical.

Tableau n° 1
Coefficient d'occupation des lits par wilaya

Wilaya	taux d'occupation %			Wilaya	taux d'occupation %		
	1977	1978	1979		1977	1978	1979
Adrar	45	53	54	Djelfa	68	71	75
El-Asnam	77	77	84	Jijel	78	90	88
Laghouat	37	14	41	Sétif	84	75	78
Oum El-Bouaghi	77	62	67	Saïda	49	42	52
Batna	64	68	67	Skikda	63	61	61
Béjaïa	82	88	79	Sidi Bel-Abbès	56	54	53
Biskra	71	63	64	Annaba	72	68	57
Béchar	48	47	52	Guelma	54	55	60
Blida	64	64	67	Constantine	71	75	74
Bouïra	67	54	61	Médéa	47	50	66
Tamanrasset	49	49	45	Mostaganem	64	71	58
Tébessa	57	59	68	M'Sila	90	76	90
Tlemcen	47	43	48	Mascara	48	47	50
Tiaret	53	58	68	Ouargla	41	45	50
Tizi-Ouzou	57	54	53	Oran	56	61	61
Alger	65	64	70	Algérie	63	62	64

Source : Données statistiques sur la santé p.

Tableau n° 2
Coefficient d'occupation selon les disciplines
Unité : 0 %

Disciplines	Coefficient d'occup.			Disciplines	Coefficient d'occup.		
	1977	1978	1979		1977	1978	1979
Médecine générale.	68	70	72	Cancérologie	48	96	75
Pédiatrie	63	59	63	Rééducation	60	17	28
Pneumo-ptisiologie	62	58	59	Chirurgie générale	63	66	69
Maternité	69	73	77	Gynécologie obstétric.	74	53	51
Psychiatrie	62	63	70	O.R.L.	50	47	49
Gastro-entérologie	63	97	77	Ophthalmologie	73	62	69
Cardiologie	—	36	54	Urologie	70	72	54
Dermato-vénérologie	68	17	49	Endocrinologie	84	90	96
Rhumatologie	—	108	94	Neuro-chirurgie	55	71	57
Neurologie	—	66	55	Autres	—	63	—
Contagieux	20	30	53	Ensemble	63	62	64

Source : op. cité.

Si comme il semble ce taux moyen recouvre des situations divergentes selon la spécialité et masque semble-t-il un déficit en lits spécialisés il y aurait lieu d'organiser des services de désencombrement et non pas forcément multiplier ces derniers. En effet l'hôpital ne peut refuser son rôle d'hébergement et il n'y a aucun moyen de savoir si un lit même spécialisé est occupé à des fins médicales ou sociales. On ne sait comment sont orientés les cas sociaux, les indigents les chroniques... Un grand nombre d'entre eux semble être conservé à l'hôpital.

1.2. Elle peut l'être au plan régional ensuite :

En effet le coefficient d'occupation des lits au plan national ne constitue en fait qu'une moyenne pondérée, compte tenu du nombre de lits disponibles qui recouvre des taux d'occupation par wilaya extrêmement divergents puisqu'il va de 41 ou 90 % en 1979. Si le nombre de wilaya où il a tendance à augmenter est plus grand que

celui où il a tendance à diminuer ou à stagner entre 1977 et 1979 (18 contre 13) l'examen attentif des tableaux y afférents ne laisse pas déceler de «loi» ou de tendance nette à une sur-occupation des lits dans les wilayate où la densité hospitalière est la plus faible bien au contraire. On peut donc en déduire une première conséquence extrêmement importante du point de vue localisation hospitalière : on ne peut partir des densités hospitalières – ou nombre de lits pour 1000 habitants – pour décider de planifier (via la carte sanitaire nationale) l'implantation géographique de nouveaux hôpitaux, avec comme but proclamé l'égalisation des densités hospitalières et ce, dans un souci d'équilibre régional et de justice sociale, les zones les moins densément équipées en lits d'hôpitaux étant toujours présumées plus «démunies» plus «deshéritées» etc... de ce seul fait. On connaît les résultats déplorables qu'une telle approche a produit en termes de multiplication de lits d'hôpitaux et donc il faudrait pouvoir faire l'évaluation en termes de surcoûts imposés à un système de soins dont on a accentué les dépenses qu'il occasionne sans impact radical sur le niveau de santé.

Quels sont les déterminants régionaux du coefficient d'occupation d'un lit hospitalier ?

On peut dire tout d'abord que du point de vue «offre de soins» ce sont les conditions générales précédemment énumérées qui jouent plus ou moins fortement selon les wilayate, compte tenu des personnels de santé qui impulsent le fonctionnement des différentes structures. L'inégalité réelle, réside plus dans la disponibilité différentielle en catégories et types de personnels médicaux. En fait c'est plus dans la combinaison «infrastructures personnels», dans le couplage de moyens matériels et humains, dans l'organisation du travail au sein des unités de production que se joue l'efficacité de la façon la plus grossière qui soit en Algérie : rien ne sert d'avoir des murs si on n'est pas capable de les faire fonctionner réellement comme unités de soins, de façon efficace c'est-à-dire en utilisant au mieux d'abord les potentialités qui existent sur place – en sens inverse rien ne sert d'«encombrer» les services de trop de médecins et de personnel... alors que les malades sont dehors.

Une telle démarche impliquait une optimisation du fonctionnement et non une extension du système hospitalier, en résolvant cas par cas éventuellement, et en prise directe sur le fonctionnement concret et non à partir de normes abstraites de prétendus besoins de lits d'hôpitaux !

Du point de vue «demande de soins» d'autres facteurs peuvent être mis en relief pour expliquer les taux d'occupation différentiels et ce sont ces derniers qui semblent déterminants. En effet l'offre n'engendre pas de façon mécanique une demande correspondante, de même qu'il n'y a aucune liaison obligatoire et immédiate entre disponibilité de l'offre et production réelle de soins.

On peut tout d'abord mettre en avant des morbidités différentielles, elles-mêmes résultant de conditions climatiques, écologiques,

économiques ou même démographiques spécifiques aux différentes wilayate – ou mieux aux différentes régions géographico-sanitaires du pays.

Par ailleurs, la demande exprimée auprès des réseaux publics de soins – dont on peut présumer qu'ils ont plus tendance à orienter vers l'hôpital – peut-être d'autant plus faible qu'existe par ailleurs une forte densité médicale privée ou que sa répartition est plus équilibrée dans certaines wilayate, soit que ces services eux-mêmes sont très mal organisés et «rejetent» donc les malades pour toutes sortes de raisons.

Il y a ensuite des attitudes collectives culturelles devant l'hôpital propres en fait non pas à chaque wilaya mais propres à chaque aire géoculturelle de l'Algérie, qui rejoint sans s'y confondre des clivages tels que citadins, néo-urbains, montagnards, fellahs, ouvriers etc... qui traduisent des attitudes différenciées devant la maladie et le rapport au corps d'abord, devient l'appareil de soins ensuite.

Cependant, le clivage le plus important en matière d'attitude devant l'hospitalisation semble être d'ordre socio-économique, c'est-à-dire en termes de groupes ou de catégories sociales plus ou moins homogènes à cet égard. On peut émettre l'hypothèse d'un «refus» de l'hospitalisation telle que pratiquée par de larges couches, en particulier de catégories salariales hautes produites par la politique de développement qui se traduit par l'ampleur des soins à l'étranger qui théoriquement et initialement étaient destinés aux soins hyperspécialisés, mais qui en fait ont été pratiqués de façon extensive. Avec le quasi blocage récent de ces derniers et les perspectives de cliniques privées, l'hôpital public, s'il veut attirer les clientèles de malades qui l'intéresse doit changer son image de marque : offrir une technicité suffisante ce qu'il est en train d'essayer de réaliser, et un service hôtelier acceptable. L'hôpital et en particulier le grand hôpital étant utilisé plus volontiers dans sa version consultations spécialisées où on reconnaît alors la qualité technique. Il est évident par ailleurs que des couches plus défavorisées (ou des cas sociaux n'ont pas eu cette attitude, au contraire. Cependant une investigation approfondie est nécessaire pour répondre à la question : qui fréquente l'hôpital ? qui y est hospitalisé ?... c'est-à-dire à celle de l'utilisation sociale de l'hospitalisation.

1.3. Elle peut l'être enfin à travers le coefficient d'occupation selon les disciplines

Pour pouvoir être significatifs, les coefficients d'occupation par discipline doivent être rapprochés de la morbidité tout d'abord. «L'impression qui se dégage de leur confrontation avec ceux des morbidités hospitalières dégageées à partir de l'enquête de 1981, et est celle d'un très fort décalage entre les deux.

La comparaison étant rendue malaisée sinon impossible suite à l'utilisation de nosologies différentes dans les deux cas.

On peut cependant noter parce que la disproportion semble flagrante : entre une morbidité hospitalière par maladies des organes génito-urinaires qui semble déjà excessive en soi (43,38 %) [13] et probablement peu fidèle à la réalité (?) et des services d'urologie dont le coefficient d'occupation en baisse de 1977 à 1979, se situe parmi les plus faibles enregistrés.

2. L'efficacité de fonctionnement de l'hospitalisation à travers l'évolution de la durée moyenne de séjour

L'indice d'utilisation des lits saisi par le coefficient d'occupation ne peut à lui seul permettre de juger du degré d'efficacité du fonctionnement d'un hôpital. En effet on peut arriver à un coefficient d'utilisation plus élevé des lits moyennant des séjours plus prolongés des malades, ce qui est le cas avec le système de la tarification journalière, système qui effectivement «incite» à prolonger les durées de séjour au delà de ce qui est nécessaire sur le plan thérapeutique, compte tenu du fait que les journées «additionnelles» ne comportent que peu d'actes.

Il est donc nécessaire de le coupler à d'autres indices du type durée moyenne de séjour dans les établissements hospitaliers, ou temps moyen d'occupation d'un lit... Tous représentatifs cependant de la seule «utilisation physique» et auxquels il faudrait adjoindre des indices qualitatifs de l'efficacité des soins dispensés tels que ceux suggérés par le groupe d'experts soviétiques concernant l'opportunité des examens, le degré d'exactitude du diagnostic et du traitement compte tenu du fort contingent tant de médecins inexpérimentés (jeune du service civil) que des étrangers [14], ce qui nécessiterait une étude spécialisée qui ne peut être que du ressort des professionnels de la santé.

Voyons cependant comment a évolué la durée moyenne de séjour à l'hôpital : Elle est manifestement en baisse continue durant la période examinée puisqu'elle passe de 11,37 jours en 1977 à 11,11 jours en 1978, à 10,06 jours en 1979 et 7,1 jours en 1981 alors qu'elle était de 26,93 jours en 1961, 25,80 en 1962, qu'elle passe à 23,40 jours en 1965 et à 19,20 jours en 1967 [15] déjà – c'est donc un mouvement à long terme de baisse peut-être par élimination des «cas sociaux», mais par rotation plus rapide des malades compte tenu des modalités de financement : le forfait n'incitant pas à produire des journées d'hospitalisation.

Si un tel résultat peut-être imputé aux nouvelles modalités de rémunération des services, c'est à dire de financement (budget global, forfaitaire préétabli) des hôpitaux en fait plus comme expression d'une volonté délibérée de réduction des durées de séjour moyen, cela ne semble pas aller plus loin dans la rationalisation de l'utilisation des moyens puisqu'en fait suite à :

- un bas niveau d'hospitalisation (41,6 à 47,7 %) ;
- des durées moyennes de séjours courts (7,1 jours) ;
- une rotation des lits ne dépassant pas 68,4.

Tableau n° 3
Évolution des paramètres d'appréciation de l'activité des secteurs
sanitaires

<i>Année au 31 Décembre</i>	<i>Taux de fréquentation hospitalière pour 1000 habitants</i>	<i>Coefficient d'occu- pation des lits I</i>	<i>Durée moyenne de séjour (jours)</i>
1977	51,96	62,63	11,37
1978	51,81	61,97	11,11
1979	56,05	64,13	10,06

Tableau n° 4
Durée moyenne de séjour dans les établissements hospitaliers selon les
wilayate (au 31 Décembre de l'année)
Unité : jours

<i>Wilayate</i>	<i>D. moy. de séjour</i>			<i>Wilayate</i>	<i>D. moy. de séjour</i>		
	1977	1978	1979		1977	1978	1979
Adrar	13,18	13,14	10,34	Djelfa	10,96	12,03	11,57
El-Asnam	12,66	13,31	11,30	Jijel	7,92	7,53	7,01
Laghouat	8,46	9,42	5,30	Sétif	8,87	6,91	5,30
Oum El-Bouaghi	10,32	7,50	6,91	Saida	8,15	8,62	7,60
Batna	11,41	11,53	9,83	Skikda	13,48	13,10	11,55
Bejaïa	7,61	7,63	7,28	Sidi Bel-Abbès	9,53	10,07	9,53
Biskra	7,56	7,50	6,45	Annaba	17,11	14,19	9,95
Béchar	11,80	9,54	9,79	Guelma	8,52	7,84	12,28
Blida	19,48	19,52	17,63	Constantine	12,06	12,52	12,54
Bouïra	10,32	10,75	9,00	Médéa	8,81	9,06	6,73
Tamanrasset	10,96	10,96	8,19	Mostaganem	7,14	2,97	6,77
Tébessa	10,09	11,08	11,33	M'Sila	7,31	6,96	7,61
Tlemcen	9,16	8,20	8,52	Mascara	11,15	11,41	9,29
Tisret	11,35	11,19	10,89	Ouargla	8,67	8,18	6,72
Tizi-Ouzou	8,96	8,85	8,17	Oran	15,96	17,00	17,00
Alger	12,75	12,44	11,58	Algérie entière	11,37	11,11	10,06

Source : op. cité.

On arrive à un coefficient d'utilisation des lits de 63 % seulement. Cela signifie en bref que l'on dégage plus rapidement les malades mais qu'on n'utilise pas pour autant les capacités ainsi dégagées pour accroître le volume d'hospitalisation, au lieu de multiplier la construction des hôpitaux. Ceci explique la stagnation des journées d'hospitalisation sur la période 1974-1984 lesquels sont à l'indice 108 en 1984 si on prend 1974 comme base, alors que le nombre de personnes admises à l'hôpital durant la même période est à l'indice 154.

Ce qui corrobore bien une politique délibérée de rotation plus accélérée des malades mais non une politique systématique de meilleure utilisation des lits disponibles. C'est ce que cherche à mettre en relief le rapport du groupe d'experts en faisant varier la durée moyenne de séjour on fait varier son impact sur le besoin en lits. C'est ainsi que le calcul effectué [16] sur la base d'un taux de morbidité de 71 %, de la sélection sur un lit de 5,8 % des malades auprès des consultations publiques, d'une durée moyenne de 7,1 jours et d'une durée moyenne de l'utilisation d'un lit d'hôpital de 230/an – donne un

besoin en lits de 1,3‰ ou 13 pour 10.000 habitants (alors que les normes établies par le Ministère de la Santé visent au contraire : 29 pour 10.000 habitants) ce qui nécessitait 18.353 lits pour 1981.

Au contraire si la durée d'hospitalisation était portée à 320 jours [17] seulement, le «besoin» en lits aurait été de 0,92 ‰ contre 1,3 ‰ déduit des paramètres de fonctionnement (niveau d'hospitalisation, durée moyenne de séjour, rotation des lits) et le nombre de lits nécessaires aurait été de 17.588 lits seulement : soit une différence de 765 lits c'est à dire un «gain» d'un peu plus de trois hôpitaux de 240 lits, qui semble être la taille la plus répandue par la typification des structures de soins.

2 – L'efficacité économique de fonctionnement

1. Faible degré d'utilisation des structures sanitaires et surcoûts

Nous analysons le faible degré d'utilisation de l'ensemble du potentiel en soins comme l'expression première et la plus générale des surcoûts qui grèvent le fonctionnement de notre système de soins, dans la mesure où en toute hypothèse, l'ensemble est financé par la collectivité. Ce faible degré d'utilisation qui se traduit par une faiblesse de l'offre réelle de soins peut être assimilé à une faible productivité. Il affecte aussi bien les structures légères que la composante la plus onéreuse du système – l'hôpital, dont nous savons par ailleurs qu'elle reçoit l'essentiel des crédits – soit dans les trois quarts du budget des secteurs sanitaires [18] ne serait-ce que parce qu'elle reçoit l'essentiel des personnels médicaux en particulier spécialisés. Il n'est pas dû à une quelconque saturation des besoins et est probablement amplifié par une politique d'extension des capacités d'hospitalisation souvent mal localisées et qui de ce fait seront utilisées de façon plus faible encore, sinon parfois pas du tout : c'est ainsi qu'en 1985, une vingtaine d'hôpitaux préfabriqués construits clés en main, ont été réceptionnés physiquement mais n'ont pu ouvrir leurs portes, faute de trouver les médecins nécessaires, (généralistes mais surtout les spécialistes) sur-affectés ou mal affectés par ailleurs dans d'autres structures publiques et ce n'est pas la libéralisation actuelle des installations à titre privé qui permettra de faire fonctionner ces structures ou de dégager l'ensemble des frais de fonctionnement récurrents dans des hôpitaux qui ont fonctionné de façon très extensive jusque là.

Sans compter qu'en fait les hôpitaux ne répondent nullement à des «besoins» exprimés ou pas de la population – mais répondent plus sûrement à la logique de «modernisation» et de «progrès» telle que comprise et appliquée par les couches sociales au pouvoir. (Cette vision n'étant pas propre au champ de la santé mais englobe beaucoup d'autres aspects de ses politiques sectorielles). De plus leur extension répond à la logique professionnelle des médecins, qui ont fortement «investi» les centres de décisions et en particulier le Ministère de la Santé.

Or, ce que la population désire plus sûrement c'est d'être soignée rapidement et efficacement en cas de nécessité : un quadrillage plus systématique en unités légères eût été certainement plus judicieux ; mais aussi ce qu'elle veut c'est surtout d'être protégée contre les maladies évitables par l'assainissement du milieu : mais cela semble plus spectaculaire «et plus prestigieux» d'inaugurer un hôpital que de mettre en place les systèmes de collecte des ordures, des égouts, de distribution d'eau etc... Sans compter que ce ne sont pas les mêmes catégories de population qui sont exposées aux deux catégories de risques.

Le faible degré d'utilisation des moyens se traduit par la faiblesse de l'activité des établissements sanitaires et en particulier du degré d'utilisation des personnels de plus en plus spécialisés dont le nombre et les rémunérations longtemps bloquées, sont fortement croissantes en particulier depuis la valorisation des salaires intervenue en 1962 comme il apparaît dans le travail que nous avons effectué déjà [19]. Le degré croissant de spécialisation apparaissant au tableau n° 5.

C'est ainsi par exemple qu'il n'existe point de normes de charge tant des médecins des différentes spécialités que des différents personnels para-médicaux tant au niveau de l'activité hospitalière que de celle de soins à titre ambulatoire. Or, tout porte à croire que cette activité est «rationnée» au plus bas par un grand nombre d'entre eux, dont le comportement d'activité change totalement selon qu'ils travaillent dans un service public ou en cabinet privé.

2. La faiblesse de l'activité hospitalière

La faiblesse de l'activité peut être directement par l'évolution physique de ce qu'il est convenu de considérer et jusqu'à meilleur indice, comme étant le «produit» de l'activité hospitalière : nombre de personnes admises et/ou nombre de journées d'hospitalisation. Le nombre de consultations externes posent un problème supplémentaire d'imputation étant donné l'intégration des services au niveau du secteur sanitaire (cf. tableau n° 6 : Evolution des moyens et de l'activité). Mais la faiblesse de cette activité n'est pas explicative en soi et n'est vraiment significative que rapportée aux taux de croissance enregistrés par les différents moyens mobilisés à cet effet : soit en termes de budget de fonctionnement des secteurs sanitaires, soit en termes de nombre de lits, soit en nombre de médecins...

L'inefficience peut alors être appréhendée à partir de la simple comparaison de l'évolution des taux de croissance des deux séries d'indices de moyens et d'activité, lesquels sont fortement divergents.

Alors que les premiers qui traduisent des indicateurs de moyens augmentent très fortement, en particulier c'est le cas de celui mesurant les moyens financiers, c'est-à-dire le budget des secteurs sanitaires, lequel passe de 847,3 millions de DA en 1974 à 5.272,5 millions de DA en 1984 et à 6.368,5 millions en 1986 et est donc à l'indice 622 en 1984 et à 751 en 1985 (en prenant comme base 1974 = 100) soit un taux de croissance moyen annuel de 65 %. C'est-à-dire

une hausse spectaculaire. De même l'indice de «moyens» en termes physiques – augmente beaucoup plus en termes de personnels (indice 376 en 1984 pour le personnel paramédical et 316 pour le personnel médical, que de lits (indice 138 en 1984).

Au contraire les seconds, qui représentent des **indicateurs d'activité** des structures sanitaires sont beaucoup plus modestes : que ce soit les journées d'hospitalisation qui sont à l'indice 108 en 1984 par rapport à 1974 ou le nombre de personnes admises qui en est à l'indice 154 – tandis que les consultations externes qui résultent de l'ensemble des structures sanitaires en est à l'indice 508. On peut donc en conclure que l'activité lourde des secteurs sanitaires, l'hospitalisation, qui reçoit en moyenne les trois quarts du budget des secteurs sanitaires **s'est faite à coûts croissants dans la mesure ou à peu près le même volume de journées d'hospitalisation coûte plus de six fois plus cher en 1984 qu'en 1974** si l'on se base sur la seule évolution des indices respectifs de croissance. Evidemment de tels indices ne nous renseignent pas sur le contenu de la journée d'hospitalisation qui peut avoir changé. Mais étant donné que jusqu'à la moitié des années 80 les cas lourds et onéreux sont envoyés à l'étranger, la technicisation même si elle existe est tronquée.

Nous avons voulu essayer de «vérifier» d'une autre façon ce résultat. Pour cela nous sommes partis des seuls éléments d'informations disponibles qui certes sont grossiers et donc ne permettent qu'un ordre de grandeur. Nous avons alors effectué un calcul rapide de l'évolution du coût moyen d'une journée d'hospitalisation à partir d'hypothèses simplificatrices. Nous avons tout d'abord appliqué la tarification officielle des actes, en supposant que l'ensemble des consultations étaient cotés en C (ce qui sous-estime ce paramètre) dans l'impossibilité de savoir quel était le taux de consultation spécialisées qui y figure **[20]** au nombre de consultations et soins enregistrés au soin des secteurs sanitaires année par année. Nous avons écarté les actes de radiologie et de biologie bien qu'un certain volume (inconnu) soit effectué à titre externe. Nous avons ensuite défalqué la somme obtenue du budget du secteur sanitaire : le résultat obtenu étant considéré comme le budget de l'hospitalisation uniquement (et non des hôpitaux puisque nous avons défalqué l'ensemble des consultations externes).

Tableau n° 5
Évolution de la structure de spécialisation des
personnels médicaux des secteurs sanitaires

Catégorie de personnel	1974		1975		1976		1977		1978		1979		1980		1981		1982		1983		1984		1985		1986		
	Ab.	Σ	Ab.	Σ	Ab.	Σ																					
Professeurs	85		87		88		90		94		96		102		110		125		140		150						
Docents	62		65		68		70		73		75		78		85		90		105		130						
Chargés de cours	20		22		25		27		30		32		45		60		85		120		180						
Maîtres-assistants	150		162		175		200		230		256		380		590		800		1150		1450						
S/Total	317	17,70	336	16,60	356	15,50	387	15,80	427	16,80	459	17,80	605	18,80	845	22,00	1100	23,80	1515	28,21	1910	28,00					
Spécialistes santé Pb. Alg.	580	32,30	590	29,10	600	26,0	610	24,90	620	24,40	630	24,30	635	19,70	645	16,90	700	15,10	750	14,00	820	12,00					
Généralistes santé S. Pb. Alg.	900	50	1100	54,50	1350	58,50	1450	59,30	1490	58,80	1500	57,90	1980	61,50	2350	61,10	2830	61,10	3100	57,80	4080	60,00					
S/Total S. Pb.	1480	82,30	1690	83,40	1950	84,50	2060	84,20	2110	83,20	2130	82,20	2615	81,20	3000	78,00	3530	76,80	3850	71,80	4900	72,00					
Total spécial Alg.	897	50	926	45,70	956	41,50	997	40,70	1047	41,20	1089	42,10	1240	38,50	1495	38,90	1800	38,90	2265	41,2	2730	40					
Total Algériens	1797	100	2026	100	2306	100	2447	100	2537	100	2589	100	3220	100	3845	100	4630	100	5365	100	6810	100					
Spécial Etrangers	100	8,70	150	10,80	150	10,30	150	10,30	280	17,40	300	13	300	13	320	13,20	360	14	400	12,80	420	14,95					
Général Etrangers	1150	91,30	1240	89,20	1300	89,7	1300	89,70	1330	82,60	1500	87	2010	87	2100	86,80	2200	86	2730	87,20	2390	85,05					
Total Etrangers	1250	100	1390	100	1450	100	1450	100	1610	100	1800	100	2310	100	2420	100	2560	100	3130	100	2810	100					
Total Général	3047	100	3416	100	3756	100	3897	100	4147	100	4389	100	5530	100	6265	100	7190	100	8495	100	9620	100					
Total Spécialistes	997	32,72	1076	31,50	1106	29,45	1147	29,43	1327	32	1389	31,65	1540	27,85	1815	28,97	2160	30	2665	31,37	3150	32,75					
Total Généralistes	2050	67,28	2340	68,50	2650	70,57	2750	70,57	2820	68	3000	68,35	3990		4450	71,03	5030	70	5830	68,63	6470	67,25					

Nous avons divisé les sommes obtenues par le nombre de journée d'hospitalisation correspondant pour obtenir le coût moyen d'une journée d'hospitalisation.

Les résultats tels qu'ils figurent au tableau n° 7 bien que donnant une idée approximative et grossière de la « mesure » n'en confirment pas

moins l'hypothèse d'un «coût» ou d'une dépense moyenne par journée d'hospitalisation croissante de 1974 à 1984 : 50,6 % de taux moyen annuel, qui ne se superpose pas mais suit de près celui de l'évolution des dépenses des secteurs sanitaires (65 %). Malgré l'extension plus rapide des structures légères et des consultations externes. C'est bien le coût de l'hospitalisation qui constitue le moteur de la croissance des dépenses publiques de santé. En fait il faut distinguer des périodes distinctes en matière de dépenses, délimitées par les deux revalorisations de salaires de 1979 et 1982.

Evidemment, cela ne nous renseigne pas sur le contenu de l'hospitalisation qui peut avoir subi des modifications importantes quand au degré de technicité qu'elle incorpore qui est certainement croissant dans la mesure où à l'instar de ce qui se passe dans les pays développés, bien que de façon tronquée et imparfaite ; l'hôpital se veut, les pouvoirs publics le veulent de plus en plus lieu de diagnostics et de thérapies complexes, sans que l'on sache dans quelle mesure il y réussit réellement dans la mesure où se posent de difficiles problèmes de «maîtrise» des nouvelles technologies de soins.

Cela ne nous renseigne pas non plus sur la **qualité** des soins qui y est dispensée, laquelle peut avoir progressé ou régressé – appréciée du simple point de vue technique sanitaire – et encore moins son impact en termes de modification de l'état de santé de la population qui demeure le problème méthodologique central de la discipline puisque si l'on sait par ailleurs mieux mesurer l'activité des services de soins en termes d'actes dispensés (quel en est l'opportunité ?) on n'a point résolu, celui de la mesure du produit final c'est-à-dire en termes de réparation ou d'amélioration d'un état de santé donné.

CREAD

Tableau n° 6
Évolution de quelques indicateurs de moyens et d'activité des secteurs sanitaires

	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
I. Indicateurs de moyens														
Budgets des soins sanitaires (milliers DA)	847.300	889.000	1.000.000	1.146.000	1.340.000	1.852.000	2.597.000	3.206.500	3.795.000	4.278.750	5.272.500	6.368.500	8.140.000	10.126.000
Indice	100	105	118	135	158	219	307	378	448	505	622	751	960	1.195
Nombre de médecins plein temps	3.047	3.416	3.756	3.897	4.147	4.389	5.530	6.265	7.190	8.495	9.620	—	13.396	
Indice	100	112	123	128	136	144	182	206	236	279	316	—	439	
Nombre de personnel para-médical	14.400	16.000	18.800	20.000	21.500	24.600	29.200	30.500	38.500	45.000	54.000	—		
Indice	100	111	131	139	149	171	203	212	267	313	375	—		
Nombre de chirurgiens-dentistes	184	232	280	350	375	430	565	775	1.010	1.640	1.965			
Indice	100													
Nombre de lits	37.569	42.000	44.137	45.029	45.148	44.885	43.028	44.315	45.830	46.990	52.00	64.000	71.000	
Indice	100	112	118	120	121	120	115	118	122	125	138	170	189	
Nombre de polycliniques	106					157					285		370	
Indice	100					148					269		349	
Nombre de centres de santé	558					644					914		1.147	
Indice	100					115					163		205	
II. Indicateurs d'activités														
Journées d'hospitalisation	10.957.596	10.100.000	10.972.965	10.293.912	9.984.095	9.954.200	10.369.057	10.369.057	10.480.000	10.617.131	10.965.000	11.250.000	11.800.000	
Indice	100	92	100	34	93 ou 91	94	93	94,6	97 ou 96	100	108			
Nombre de personnes admises hosp.	780.554	816.000	887.652	905.249	918.896	1.027.768	1.107.321	1.124.321	1.148.926	1.160.000	1.200.000			
Indice	100	104,5	114	116	118	132	142	144	147	149	154			
Nombre de consultations et soins	6.000.000	8.708.000	—	12.181.950	14.018.788	17.000.580	17.492.323	18.656.504	20.025.000	26.233.000	30.500.000			
Indice	100	145	—	203	234	283	291	311	334	437	508			

CREAD

Tableau n° 7
Évolution du coût de l'hospitalisation – valeur = 10³ DA

	1974	1975	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Coût des consultations externes (selon tarification officielle)	180.000	261.240	365.460	420.570	510.000	524.760	559.710	600.750	786.990	915.000
Différence budgets sanitaires coût consult externes	667.300	627.760	780.540	919.430	1.342.000	2.072.240	2.646.790	3.194.250	3.491.760	4.357.00
Coût moyen de la journée d'hospitalisation (en dinars)	60,9	62,15	75,82	90-92 (1)	129,7-134,8 (1)	202	255,3	304,8	318,8	369,4
Indice	100	102	124,5	148-151	213-221	332	419,2	500	523	606,4

(1) Pour ces 2 années on a 1 volume de journées d'hospitalisation différent – on a considéré les 2 cas.

3. Le relatif développement de l'activité extra-hospitalière

Si l'hospitalisation ne progresse que faiblement tant par suite des conditions d'offre que des conditions de demande, cela ne constitue pas forcément un aspect négatif en soi, bien au contraire, cela peut être par ailleurs le signe d'une importance accrue accordée aux soins ambulatoires laquelle peut être testée au double niveau de l'évolution des moyens et des activités de ces derniers.

Concernant l'évolution des moyens : sur l'ensemble de la période 1974-1986 leur rythme d'augmentation a été effectivement plus rapide : les polycliniques sont à l'indice 349 et les centres de santé à 205 soit

respectivement 20,7 % et 8,7 % de taux de croissance moyen annuel contre 7,4 % pour les lits d'hôpitaux : il y a donc un réel effort de faire progresser ces dernières plus rapidement. L'évolution de l'activité de ces derniers est beaucoup plus difficile à cerner étant donné «l'intégration» du secteur sanitaire. Cependant on peut tout d'abord faire observer que globalement, toutes structures de soins confondues, le taux moyen d'accroissement des consultations externes sur la période 1974-84 est inférieur à celui du taux d'augmentation des budgets des secteurs sanitaires (40 % contre 65 %).

Cependant qu'elle est la part imputable aux structures extra-hospitalières par rapport aux hôpitaux étant donné que les deux types de structures procèdent à des consultations externes, les soins ambulatoires n'étant pas de leur ressort exclusif même si la politique pratiquée à cet égard au niveau des hôpitaux a été divergente selon les périodes. Après une large ouverture de 1974 à 1980, un mouvement de repli est effectué à partir de cette date. A partir d'un élément d'information extrait de l'Enquête de 1981 nous avons tenté de procéder à cette ventilation pour cette même année. En effet les structures extra-hospitalières auraient distribué 0,54 consultations par personne et par an. Pour une population estimée à 18.956×10^3 cela nous donne 10.296.240 consultations. Or en 1981 il y eut pour l'ensemble des secteurs sanitaires 18.656.504 consultations externes de dispensées. En faisant la soustraction cela nous donne 45 % des consultations externes par les hôpitaux et 55 % pour les structures extra-hospitalières. Les premières ayant un fort contenu, sinon étant quasi exclusivement spécialisées, alors que les secondes sont constituées de consultations de médecine générale.

En faisant l'hypothèse que cette structure est grosso-modo valable pour 1974 nous avons alors un taux de croissance moyen des consultations externes de 22,9 % pour les hôpitaux et de 21,2 % pour les structures extra-hospitalières : ce qui est sans commune mesure avec celui enregistré par le budget des secteurs sanitaires. Nous pouvons donc conclure que non seulement les structures de soins extra-hospitalières dispensent un bas volume de soins sanitaires, mais que de plus et à l'instar des structures hospitalières elles le font à coûts croissants ; l'extension des moyens (en termes réels et financiers) ayant été beaucoup plus rapide que l'extension de l'activité là aussi ce qui est un signe manifeste de sous-utilisation de moyens sanitaires mobilisé à cet effet ou en d'autres termes une mesure indirecte de leur faible productivité.

4. Les causes de cette faible croissance des soins

Pourquoi l'extension des structures de soins publiques ne s'est-elle pas traduite par une extension de l'offre de soins similaire durant cette décennie ?

4.1. Les facteurs de demande semblent avoir peu joué dans l'ensemble pour expliquer cette faiblesse : forte croissance démographique avec une structure très jeune de la population, forte

distribution de revenus de façon plus ou moins égalitaire, urbanisation-salarisation rapide et enfin forte diffusion du modèle de consommation médicale ont produit une forte demande de soins – d'autant plus forte que ces soins étaient gratuits, n'appelaient pas une solvabilité préalable et étaient régulièrement jugés comme insatisfaits. Au tournant des années 80 : on parlera de la montée des besoins sociaux – dont celui de la santé – non satisfaits et les deux plans quinquennaux qui suivent vont mettre en place de vastes programmes d'investissement et d'équipement des structures de soins.

4.2. Ce sont fondamentalement des facteurs d'offre qui semblent manifester beaucoup plus explicatifs de cette faible croissance :

– Il y a tout d'abord ce qu'on pourrait appeler «la fonction de production» de l'appareil de soins telle que mise en place par les structures centrales du Ministère de la Santé qui gèrent les implantations de structures (via la carte sanitaire) de soins et des affectations de personnel (via la commission centrale d'affectation) et donc les combinaisons de «facteurs de production» en résultant : sur-affectations d'un côté, sous-affectations de l'autre – pléthores et pénuries – mauvaises affectations de personnel hyper spécialisée [\[21\]](#) dans des structures non aptes à les accueillir font que une partie considérable du potentiel productif est gaspillé. Ce constat relève de la plus banale observation il est visible «à l'oeil nu» et ne se base pas sur des études spécialisées d'optimisation de l'utilisation des moyens. L'exemple le plus simple est celui du nombre élevé de dentistes par fauteuil dentaire jusqu'à 10 ! parce que là, la «combinaison» est ici connue de tout le monde, mais une multitude d'exemples abondent dans ce sens concernant les médecins dès que l'on discute avec ceux qui sont en contact avec les structures de soins. En bref, il n'y a pas «correspondance» entre l'infrastructure et les moyens techniques et le personnel médical.

– Il y a ensuite éventuellement des erreurs de localisation : les implantations ne se faisant pas là où elles seraient les plus utiles par insuffisance des critères d'implantation (ratio par wilaya, daïra, commune). Concernant plus spécialement les unités légères la construction des salles de soins relève des communes et celles des C.M.S. du Ministère : à défaut de coordination elles peuvent se retrouver dans la même implantation, pour une population insuffisante.

– Il y a aussi, et abstraction faite de toute autre considération, mais en fait s'y superposant ici : le temps de travail réel des médecins (par journée et par année de travail) et l'intensité de ce travail (nombre de personnes examinées en une heure, nombre de lits pour un hospitalier...) qui sont des paramètres clefs explicatifs du volume de soins dispensés. La charge annuelle d'un médecin dépendant de «normes» soit explicitement exprimées soit implicitement pratiquées, de charges horaires, de nombre de personnes vues dans une journée, le tout multiplié par le nombre de journées effectivement travaillées durant l'année nous donne le nombre de personnes qu'un médecin

peut consulter au cours d'une année (et en codage statistique : le nombre d'actes produit à défaut d'un meilleur indicateur...).

On sait que dans beaucoup de pays développés ce sont des professions où le volume de travail, exprimé en heures par journée et par semaine de travail et/en nombre de journées par année est élevé, beaucoup plus élevé en général que la moyenne nationale. C'est ainsi qu'en France elle s'établit à 50,5 heures[22]/semaine (52,6 pour les hommes et 36,2 pour les femmes) avec un maximum de 57,9 heures pour les hommes de la tranche d'âge 35 à 39 ans.

Ce fort volume de travail qui se double d'un fort volume d'activité est le corollaire – bien qu'il ne superpose pas – des modalités de rémunération à l'acte produit – d'ou un effet pervers dans le sens de l'amplification du nombre d'actes. Il faudrait pouvoir le comparer au volume horaire de la médecine privée en Algérie. Tel n'est pas notre propos ici – et interrogeons nous sur le temps de travail des médecins salariés des secteurs sanitaires en Algérie. Théoriquement il est de 46 heures par semaine, à l'instar de tous les fonctionnaires. En fait l'observation la plus banale et la plus grossière montre que dans le meilleur des cas elle ne représente que la moitié de ce temps : en gros les matinées[23] avec certainement des disparités importantes. En tout état de cause, il n'est pas connu véritablement et nécessite une investigation plus approfondie.

Cette restriction temporelle est-elle compensée par une «intensité» plus forte de travail ? Il ne le semble pas non plus, au contraire car là aussi on peut dire que le comportement d'activité est très faible, qu'il obéit à un rationnement de fait comme produit des modalités d'exercice et donc de rémunération (la salarisation) doublé d'un manque de consensus d'autant plus fort qu'existe toujours la tentation de l'exercice à titre privé, valorisé paradoxalement par les modalités de gestion du Service Civil qui semble constituer «l'épreuve» préalable pour accéder à la médecine libérale laquelle semble être alors la seule digne de considération et apparaît comme une «récompense».

La conjonction des modalités de rémunération au sein de l'exercice d'une profession fortement marquée par un type d'exercice (curatif, techniciste...) et de la gestion du temps de travail et de l'affectation à un type d'exercice de façon centrale[24], semble avoir produit des effets pervers dans le sens d'une restriction drastique de l'activité. Le gonflement des dépenses de santé dont le poste majeur est constitué de dépenses de personnel ne s'est pas accompagné d'un développement plus ou moins parallèle de l'activité de distribution des soins, en faisant l'hypothèse que **cette dernière n'étant point liée de «façon perverse» aux modalités de rémunération, se développe plus sous l'impulsion de la demande.** C'est-à-dire **des besoins** en l'occurrence censés s'exprimer en dehors de toute contrainte financière, puisque cette dernière a été levée au niveau individuel. Sans accorder une importance excessive aux résultats obtenus par suite des lacunes de l'information statistique, mais comme simple indication d'une tendance, manifeste nous avons essayé (à partir de

l'information existante) de procéder à un calcul du nombre d'actes effectué en moyenne par un médecin. Nous avons fait l'hypothèse fortement réductionniste, que tous les médecins publics abstraction faite de leur statut particulier dispensaient de façon égale les soins, soit en rapportant leur nombre aux consultations recensés cela nous donne 2.978 consultations par médecin pour une année (1981), soit sur la base de 250 jours de travail par année cela donne 11,9 consultations/jour. Ce qui est manifestement très bas en Algérie où les médecins privés ont des moyennes d'activité beaucoup plus importantes.

Cela nous amène alors à dire que la prise en charge collective du financement des dépenses de santé aurait nécessité à coup sûr une réflexion plus sérieuse sur le type de médecine à organiser mais aussi une analyse plus sereine du statut et des modalités de rémunération des médecins dénuée de tout préjugé doctrinal et d'a priori idéologique. En particulier **une rémunération à la capitation** c'est-à-dire une rémunération forfaitaire pour la prise en charge d'une personne, versée au médecin directement par un service national réellement unifiée. Ce qui supprimerait la dichotomisation actuelle «Service National de Santé» – «Sécurité Sociale» dans laquelle cette dernière ne constitue qu'une simple caisse passive, qui ferait accéder cette dernière – qui constitue le principal financeur – au rang de décideur du type de politique, de gestion, de suivi... des soins et ferait une plus large place éventuellement aux représentants, en particulier, des salariés principaux financeurs[25] d'un système de soins où ils n'ont pas droit au chapitre en tant que consommateurs. De façon plus radicale on peut incriminer la conception trop fortement médicalisante du système. Mais là nous abordons un autre chapitre !

– Il y a de plus les règles de fonctionnement du système de soins en Algérie qui ont abouti jusqu'à la levée du zoning à un autre type de surcoût particulièrement pernicieux et lié aux modalités d'installation des spécialistes soit que le Ministère de la Santé Publique ne délivre pas des autorisations d'installation pour les spécialistes alors qu'il a permis sinon favoriser leur formation, dans le but de les «inciter» à opter pour des services publics.

Nous aboutissons au paradoxe de voir des médecins spécialistes algériens «effectuer» des consultations à titre de généralistes, dans le premier cas, en «choisissant» de s'installer à titre de généraliste, dans le second cas en «choisissant» une zone où ils peuvent s'installer mais où ils n'ont aucune chance de faire de la médecine spécialisée, alors que parfois l'hôpital «d'à côté» n'a pu être ouvert faute de médecins et en particulier de spécialistes.

– Il y a enfin au-delà du temps de travail et son intensité, les problèmes liés à la stabilité du personnel médical qui occasionnent un autre type de surcoût. L'efficacité de fonctionnement des structures publiques, a été profondément affecté par les modalités de gestion «publique» des médecins dans le cadre du Service Civil. En effet ce dernier étant par définition temporaire et n'étant «accepté» que comme unique voie ouvrant le passage à l'autorisation de s'installer à

titre privé, a entraîné un turn-over extrêmement rapide et important des médecins soit algériens qui n'y demeurent que le temps de leur Service Civil, soit étrangers et qui n'y restent que le temps de leur contrat. Il n'y a pas un secteur public stable constitué de médecins qui auraient choisi d'y servir et un secteur privé mais un lieu de passage obligatoire, qui sert en même temps de lieu de stage pratique. L'instabilité s'accompagnant de l'inexpérience constamment renouvelée au gré des affectations. Le zoning institué pour permettre de couvrir les régions jugées les plus défavorisées à cet égard ne faisant qu'amplifier le phénomène : les hôpitaux et les structures légères situées en zone I c'est-à-dire en zone rurale ou le Service Civil n'est que de deux ans étant le plus affecté par cette instabilité et ce, de façon dégressive jusqu'en zone IV où le Service Civil au sein des structures publiques, s'accompagne souvent de «ruptures» d'affectations de personnel médical totales ou partielles, ce qui les amène à fonctionner très en deçà de leur «capacité» appréciée en terme de lits, de C.M.S., de polycliniques etc...

Conclusion

Enfin le secteur public constitué en secteurs sanitaires articulés autour des hôpitaux qui ont drainé l'essentiel des ressources humaines, matérielles et financières, par ailleurs très fortement croissantes, par suite de la levée des goulots d'étranglement et de façon plus large des mécanismes de «rationnement financier» n'a pas résolu pour autant le problème de façon plus satisfaisante.

– ni du point de vue financier stricto sensu c'est-à-dire en termes de dépenses appréhendées par des budgets alloués (sur quelle base, quels critères...).

– ni d'un point de vue économique plus large c'est-à-dire en termes de coûts voire de surcoûts qui prendrait en considération non pas son efficacité réelle en termes de niveaux de santé ou de résultats positifs du point de vue de la santé lesquels par ailleurs ne sont ni strictement corrélables ni surtout imputables au fonctionnement du seul système de soins – mais si l'on se base uniquement sur les résultats en termes physiques du produit de ses activités en faisant l'hypothèse forte, que la qualité de ses prestations en termes de technique de santé n'a pas varié.

Il est évident que le but des unités de soins à quelque niveau que ce soit n'est pas de fournir un volume «d'actes» plus important, bien au contraire, mais d'en fournir les plus appropriés pour réduire l'incidence de la maladie et de l'hospitalisation. Or la stagnation des journées d'hospitalisation alors que les envois pour soins à l'étranger [26] se sont multipliés durant cette période peut signifier globalement une perte de maîtrise et/ou une non-reconversion réussie de l'hôpital en lieu de diagnostics et de thérapies complexes mais bien le maintien d'une forte fonction d'hébergement pour les fractions les moins riches de la population. On est alors en droit de dire que le phénomène majeur d'alourdissement considérable des coûts globaux et moyens

qui ne s'explique pas ou pas totalement par la reconversion de l'activité et des techniques médicales est forcément le résultat de multiples surcoûts et en particulier celui résultant du gonflement des personnels non accompagné d'un volume d'activité similaire et de gaspillages à tous les niveaux.

Notes

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

[1] F.-Z. OUFRIHA : Etablissement du budget d'un secteur sanitaire et augmentation des dépenses de soins. Travail en cours.

[2] L. LAMRI : Essai de ventilation des dépenses entre structures hospitalières et extra-hospitalières. Travail en cours.

[3] F.-Z. OUFRIHA : La diffusion des nouvelles technologies de la santé en Algérie. Cahiers du CREAD – n° spécial.

[4] C'est en particulier la position d'A. LEVY et de son équipe dans «Economie de soins» – Dunod.

[5] Pierre GIRAUD et Robert LAUNOIS : «Les réseaux de soins, médecine de demain» – Economica – Paris, 1985.

[6] Ces derniers ont pris naissance aux USA et sont plus ou moins diffusés, sinon à l'état d'expérimentation dans les pays développés.

[7] Circulaire en date d'Avril 1988.

[8] Les «rapports moraux et financiers» des hôpitaux ont été annulés en 1979 et remplacés par les monographies annuelles par secteur sanitaire qui donne des informations élargies. Ça a marché, ceci a fonctionné jusqu'en 1981 semble-t-il ?

[9] Ministère de la Santé : Quelques résultats de l'analyse de l'état de santé de la population et de l'activité des services sanitaires de la RADP – Avril 84.

[10] Ministère de la Santé : Données statistiques sur la Santé – Octobre 1980.

[11] Ce n'est sûrement ni la solution la moins onéreuse, ni la plus efficace forcément que de les orienter sur les hôpitaux. Une politique différente plus axée sur la formation des sages-femmes et l'encadrement des accoucheuses aurait été certainement plus efficace et moins onéreuses pour la collectivité.

[12] Qui n'est pas forcément celle d'une seule personne.

[13] Telle quelle figure dans : Quelques résultats – op. cité.

[14] Ceux parce que trop hétérogènes de formation (on a pu recenser jusqu'à 35 nationalités différentes) et trop peu stables, au gré des contrats et des coopérations.

[15] F.-Z. OUFRIHA : «Principaux aspects de l'économie de la Santé en Algérie» – Thèse Doctorat – Tome 4, p. 359.

[16] Rapport du Ministère de la Santé : Quelques résultats de l'analyse – op. cité, p. 24.

[17] C'est la norme sur le plan international.

[18] L. LAMRI : Essai de ventilation des dépenses des secteurs sanitaires entre hôpitaux et structures légères – Travail de recherche en cours.

[19] F.-Z. OUFRIHA – L. LAMRI : Analyse de l'évolution des statuts et de la structure des dépenses de personnel selon la catégorie dans les secteurs sanitaires – Cahier spécial CREAD.

[20] En fait, nous l'avons estimé plus loin à 45 % environ.

[21] Cf. à ce sujet F.-Z. OUFRIHA : Elaboration du budget d'un secteur sanitaire et croissance des dépenses de soins – op. citée.

[22] E. LEVY – M. BUNGENER – G. DUMENIL – F. FAGNANI : Economie du système de soins – Dunod, p. 214.

[23] Tendances contre laquelle le Ministère réagit en imposant des heures d'ouverture pour les structures extra-hospitalières.

[24] F.-Z. OUFRIHA : L'organisation de la protection collective...

[25] Et qui tendanciellement tendent à devenir uniques financeurs d'un système qui couvre l'ensemble de la

population.

[26] F.-Z. OUFRIHA : Les envois pour soins à l'étranger et politique nationale de substitution de soins – en cours de publication.

MILOUD KADDAR^[*]

Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie 1962-1987

Introduction

Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie ne sont pas aisés à définir et à analyser du fait, notamment, des multiples "ambiguïtés" qui pèsent tant sur le modèle d'organisation sanitaire en place que sur le statut des organismes de protection sociale.

Cette difficulté a des causes historiques liées d'une part, aux conditions d'émergence et de structuration des formes "modernes" de soins et de protection sociale (période coloniale) et, d'autre part, aux places données à l'institution médicale et à la sécurité sociale dans le projet social post-indépendance.

Nous choisissons, ici, le thème du financement des dépenses de santé comme angle d'entrée et d'analyse des rapports entre la sécurité sociale et le système de soins. Ce thème a formé, ce que l'on appelle par ailleurs, le champ de "l'assurance-maladie". En Algérie, comme on le verra, ce champ est plus large et fortement géré par l'Etat. Il est aussi d'une brûlante actualité.

Le resserrement des contraintes économiques au cours des années quatre vingt, l'affaissement des ressources publiques et la baisse de la croissance de l'emploi salarié ont, peu à peu, miné les bases de la poursuite d'une politique "social étatique"^[1] menée aux côtés d'une privatisation rampante de l'exercice des professions médicales. La transformation des caisses de sécurité sociale en financeurs d'une part croissante de l'ensemble des dépenses de santé, trouve en 1987/88 sa limite dans la quasi-disparition des "excédents financiers structurels", produits, en fait, de la forte poussée de l'emploi salarié et de la modestie des prestations sociales servies.

Le problème du choix du mode et des sources de financement des dépenses de santé se (re)pose et interpelle les politiques, les acteurs et les pratiques jusque-là impliqués. La question des rapports entre la sécurité sociale, toujours en chantier et le système de soins, aux contours encore variables, est au centre de ces interrogations.

Pour introduire à ce débat, il nous semble utile de tenter une mise en perspectives historiques et une périodisation (I) avant de proposer

quelques réflexions sur deux thèmes-clés : le statut des cotisations sociales et le rapport à l'Etat par rapport au financement des services de santé et le problème de l'articulation de la sécurité sociale aux différents segments du système de soins (II).

I. Les rapports sécurité sociale-système de soins : un essai de périodisation

La sécurité sociale est, en Algérie, de création récente, 1949. Elle est le résultat d'une extension du salariat et un des éléments de la reproduction de la force de travail. Les services de santé "modernes" ont une existence plus ancienne et ont longtemps été régis par l'assistance médicale gratuite (A.M.G) et l'exercice privé de la médecine. Les rapports avec la sécurité sociale ont pris forme en 1949, tout en restant secondaires, par rapport à l'A.M.G, jusqu'en 1972. C'est, en fait, l'industrialisation et la salarisation de la population active qui ont densifié les rapports dans les années soixante dix, avant de voir la sécurité sociale se transformer en épargnant institutionnel et en premier payeur des soins médicaux de l'ensemble de la population.

On peut, sommairement, distinguer trois périodes de durée très inégales :

- la première s'étend de 1949 à 1972,
- la deuxième va de 1972 à 1984,
- la troisième est ouverte depuis 1984.

Ce découpage s'appuie sur des dates-clés qui marquent, dans le domaine institutionnel, des changements significatifs quant aux formes et à la nature des rapports entre la sécurité sociale et le système de soins.

1.1. 1949/1972 : de l'A.M.G au forfait hôpitaux

La sécurité sociale fut réellement introduite en Algérie en 1949 pour tenir compte de la présence d'une importante colonie européenne, au sein de laquelle, les salariés étaient nombreux et relativement bien structurés sur le plan syndical. Une autre raison était de justifier l'oeuvre sociale que s'attribuaient le patronat et le pouvoir colonial pour accompagner la politique d'assimilation proclamée. Le système de sécurité sociale mis en place portait les traces des influences contradictoires subies et des efforts constants du patronat, pour en réduire la portée effective : champ d'application limité aux seuls fonctionnaires et salariés permanents, disparités entre les régimes, multiplicité des tutelles...[\[2\]](#).

A l'indépendance, l'Algérie s'est retrouvée avec un des systèmes des plus avancés dans le Tiers-Monde, mais dont les bases économiques et sociales étaient inadéquates (le nombre d'assurés est passé de 708.000 en 1960 à 287.000 à la fin de 1963 pour le seul régime général...). Une des questions clés allait être celle-là : *«la sécurité sociale doit-elle être l'instrument d'une politique de protection sociale au service de l'ensemble de la Nation ou bien constitue-t-elle,*

simplement, un système de redistribution d'un salaire indirect à l'intérieur d'un groupe de salariés ?» [3]. Cette question était, d'autant plus pertinente, que la population salariée allait être, jusqu'aux débuts des années soixante dix, relativement minoritaire quoique, déjà, importante.

L'intervention des organismes de sécurité sociale dans le champ de la santé relevait, au cours de cette période, des mécanismes de l'assurance-maladie malgré l'existence, déjà, de quelques distorsions significatives de l'inadaptation du système au contexte social existant. Dès les premières années de l'indépendance, la branche des assurances sociales était en situation "d'excédent financier", trois raisons y concourraient :

- la première est le maintien de tarifs bas de remboursement des actes médicaux et biologiques (consultations, visites, analyses...) effectués dans le secteur privé. L'absence de conventions négociées avec les praticiens et le non-respect généralisé des tarifs officiels par les médecins aboutissaient au fait que les remboursements effectifs n'excédaient jamais 40 % des prix pratiqués [4].

- la deuxième est, que les hôpitaux publics ont souvent été dans l'incapacité de présenter aux caisses de sécurité sociale les factures relatives aux frais médicaux à la charge de la sécurité sociale.

- la troisième, enfin, provenait du fait que pour assurer l'exercice de leurs droits, les assurés sociaux devaient respecter toute une série de procédures et remplir maints formulaires ; le faible niveau de scolarisation de la majorité des salariés faisait que, seuls, les fonctionnaires, les agents de maîtrise et les cadres pouvaient bénéficier effectivement des services de la sécurité sociale.

Si, ce sont là des problèmes surmontables et transitoires, ils montrent bien, toutefois, le caractère inadapté d'une institution et d'une législation conçues dans un tout autre contexte. D'ailleurs, en matière de santé, toute cette période est marquée, non par l'action de la sécurité sociale, mais plutôt par celle de **l'assistance médicale gratuite** (A.M.G) qui relève d'une autre conception de la solidarité (l'assistance) et qui s'adresse aux populations défavorisées, aux "indigents" [5].

Promulguée en juillet 1893 en France, la loi sur l'A.M.G est étendue à l'Algérie en 1902. Le problème de son financement fut constant ; plusieurs réformes (1943, 1956, 1966) ont tenté d'organiser le champ d'application de l'A.M.G et, surtout, les sources de son financement (budget de l'Etat, budget des collectivités locales...).

La reconduction de l'A.M.G après l'indépendance a conduit à des difficultés croissantes de financement et de fonctionnement des hôpitaux et des structures médicales publiques : recouvrement des créances auprès des caisses de sécurité sociale et des particuliers, définition de la notion "d'indigent", capacités de gestion des établissements médicaux...

L'amorce d'un vigoureux processus d'investissements industriels, de création d'emplois salariés et de redistribution des revenus précipitèrent la décision d'élimination de l'assistance médicale gratuite et l'instauration, en 1974, du principe de la "gratuité des soins" dans le secteur public pour la quasi-totalité de la population. En 1972/73, la pratique de la **dotation forfaitaire annuelle** avait déjà remplacé celle, inopérante, de la facturation des frais médicaux des assurés sociaux ; un nouveau type de rapport était ainsi inauguré entre la sécurité sociale et les structures médicales publiques qui s'organisent sous forme de "secteurs sanitaires".

1.2. 1973/1984 : socialisation de la consommation médicale et épargne institutionnelle

Les années soixante dix sont marquées par trois mouvements : le premier est l'accélération de la salarisation de la population active, le deuxième est la croissance de l'offre de soins sous des formes multiples et le troisième est la redéfinition des rapports entre la sécurité sociale et l'Etat. L'évolution de la sécurité sociale et du système de soins se fait, en cette période, sur un fond de volontarisme économique permis, entre autres, par la mise en valeur de la rente pétrolière. L'investissement public passe de 13,1% de la P.I.B en 1967 à 43,50 % en 1984, avec une pointe de 64,9 % en 1977 !

Le niveau de la formation brute du capital fixe connaît une ampleur analogue atteignant plus de 54 % en 1978. Le salariat qui représentait autour de 60 % de la population active occupée en 1966 atteint les 80 % au début des années quatre vingt. La salarisation accélérée de la population active se double d'une croissance des revenus salariaux dans ceux des ménages et d'un plus large accès à la consommation.

Ce mouvement va se traduire par un élargissement considérable de la base sociale et financière de la sécurité sociale : le nombre d'assurés sociaux passe de 1.208.854 en 1973 à près de 3.000.000 en 1984 ; les cotisations augmentent de 20 % par an en moyenne, "l'excédent financier" (différence entre les cotisations perçues et les prestations effectivement servies) qui était estimé à 25 millions de DA en 1967 atteint les 1493 millions de DA en 1980.

La salarisation bouleverse également l'expression des "besoins de santé" de la population active : l'accès à l'emploi industriel commande une certaine "normalisation" médicale en même temps qu'il impose un nouveau rythme de vie et de travail et l'exposition aux "risques professionnels". Une mutation culturelle des valeurs et des attitudes collectives, vis-à-vis de la santé et du bien être, s'accomplit rapidement, aidée par la propagation du modèle sanitaire occidental prôné par les élites médicales et politiques. Le champ de la demande de consommation de soins médicaux s'élargit considérablement, d'autant plus que la salarisation concernait essentiellement le milieu urbain. Face à cette montée de la demande de soins, l'offre institutionnelle, celle organisée par le ministère de la Santé à travers les secteurs sanitaires, s'avérait bien insuffisante. Les programmes

publics d'investissements sanitaires dépassaient difficilement 30 % en taux de réalisation[6] alors que les effectifs médicaux augmentaient rapidement. Cette pénurie de l'offre publique de soins a permis l'éclosion d'un dynamique segment "para-public" initié par les entreprises publiques, les mutuelles et surtout par les organismes de sécurité sociale.

Dès 1970/71, ces derniers et, en particulier, le régime général se lance dans une vaste politique "d'action sanitaire, sociale et familiale" au profit des assurés et de leurs familles. Elle s'est traduite par un assez large ensemble de structures médico-sociales, essentiellement dans les zones urbaines, ouvertes d'abord aux assurés puis ensuite, virtuellement, à toute la population (cf. tableau n° 1).

Tableau n° 1
Évolution des infrastructures de la sécurité sociale

	1967	1977	1980	1982
Infrastructures sanitaires				
— Centres médico-sociaux	7	33	119	212
— Cliniques médico-chirurgicales	4	19	90	159
Infrastructures familiales				
— Centres de familles	1	1	2	6
— Crèches et jardins d'enfants	—	—	2	15
Infrastructures spécialisées (handicapés...)	—	1	4	21
Infrastructures administratives				
— Centres payeurs	24	50	198	268
— Caisses de sécurité sociale	10	19	32	39

Avec cette implication directe, la sécurité sociale se retrouvait, non seulement comme **financeur** de prestations médicales du segment public, par le biais du "forfait hôpitaux" annuel versé aux secteurs sanitaires et du segment privé, par le remboursement (partiel) des frais médicaux et pharmaceutiques aux assurés, mais également comme **offreur** de soins par le biais de ses propres structures médico-sociales[7]. De plus, la sécurité sociale couvrait une part croissante des dépenses pour "soins à l'étranger". Cet engagement de la sécurité sociale dans le financement et la conduite du système de soins algérien était le résultat d'un compromis entre les différents acteurs sociaux sur le type de politique de santé à mener (service national de santé, modèle libéral...) sur le mode de financement des services de santé (par les cotisations sociales, par l'impôt...) et sur la place de la sécurité sociale dans la politique économique et sociale algérienne (nécessaire refonte, agent d'épargne, acteur de la politique sociale...).

Les organes dirigeants de la sécurité sociale, appuyés par la majorité du mouvement syndical, s'étaient donnés certaines marges d'autonomie leur permettant d'effectuer des investissements dans le

secteur médico-social, de soutenir la nécessité d'une profonde refonte du système de protection sociale et de santé et de polémiquer avec certains organes de l'Etat sur la conduite de la politique sociale et sur le statut de la sécurité sociale^[71]. Nous y reviendrons dans la deuxième partie à travers la discussion sur la gestion des avoirs de la sécurité sociale.

1.3. Après 1984 : débudgétisation, monopole de l'offre publique et privatisation

Les années quatre vingt consacrent avec force les tendances amorcées auparavant : débudgétisation relative des dépenses des secteurs sanitaires, unification des structures sanitaires publiques et poursuite de la privatisation de l'exercice des professions médicales. La sécurité sociale assiste à un rétrécissement de son champ d'intervention en matière de santé tout en voyant son rôle de financeur quasi-exclusif des dépenses publiques de santé se confirmer.

Tout le segment para-public et, en particulier, les infrastructures médico-sanitaires de la sécurité sociale sont intégrées aux secteurs sanitaires sous tutelle du ministre de la Santé qui conquiert ainsi le monopole de l'offre publique de soins. Cette absorption a été beaucoup plus administrative que fonctionnelle, du fait, notamment, de la faiblesse des capacités de gestion et de coordination des secteurs sanitaires. La réalisation de cette opération a été vécue dans le malaise pour les personnels médicaux et para-médicaux dont une partie a préféré rejoindre le secteur médical privé.

Ce retrait de la sécurité sociale de l'organisation directe de l'activité médicale ne s'est pas répercuté par une baisse de ses dépenses de santé. Au contraire, elle devient le payeur principal de l'offre publique de soins en assurant le financement :

- de la plus grande part des budgets de fonctionnement des secteurs sanitaires (38,5 % en 1979 ; 64,19 % en 1987),
- des transferts pour soins à l'étranger (365 millions de DA en 1979, 766 millions de DA en 1986 soit 94,45 % des dépenses de ce poste),
- des dépenses d'investissements sanitaires publics (depuis 1984 : 1450 millions de DA en 1984, 2850 en 1985 et 1986),
- des dépenses exceptionnelles d'investissements (achat d'équipements médicaux pour programmes de dialyses, de chirurgie cardiaque et de lutte contre le cancer : 49 millions de DA en 1987),
- des dépenses de fonctionnement des structures médicales de la sécurité sociale (195 millions de DA en 1979, 342 en 1983, 150 en 1987),
- des dépenses du programme d'espacement des naissances (3 millions en 1985, 31 en 1987).

Elle assure, en outre, le remboursement (partiel des frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés, notamment, par le recours des assurés sociaux aux praticiens privés (443 millions de DA en 1979, 931 en 1987).

Tableau n° 2
Dépenses de santé 1979/1987 financées par la sécurité sociale
en 10⁶DA

	1979	1982	1983	1984	1985	1986	1987
1. Secteurs sanitaires	714	1800	2102	3096	4000	5000	6000
2. Soins à l'étranger	365	620	738	417	493	766	300
3. Fonctionnement des structures de la sécurité sociale	195	314	342	282	247	178	150
4. Investissements sanitaires auto-financés	61	157	191	224	83	86	52
5. Contribution aux investissements sanitaires	—	—	—	1450	2850	2850	1960
6. Dépenses exceptionnelles d'investissements	—	—	—	—	—	—	49
Programme espacement des naissances	—	—	—	—	3	24	31
8. Remboursement de frais médicaux, pharmaceutiques, analyses	443	491	638	766	816	836	931
TOTAL	3053	3382	4011	6235	8492	9740	9473

Les dépenses de santé supportées par la sécurité sociale se sont ainsi diversifiées, intégrant depuis 1984 les dépenses d'équipements et de substitution aux soins à l'étranger (programmes dialyse, chirurgie cardiaque, cancer...). Leur montant, exprimé en prix courants, a été multiplié par 3,10 en 7 ans, alors que les dépenses de santé financées directement sur budget de l'Etat (secteurs sanitaires, soins à l'étranger, hygiène et prévention...) n'ont connu qu'un doublement au cours de la même période comme nous le montre le tableau suivant :

Tableau n° 3 :
Sources de financement des dépenses publiques de santé 1979-1987

Dépenses financées par...	Années						
	1979	1982	1983	1984	1985	1986	1987*
1. Etat	1516	2664	3336	2389	2287	3024	3665
2. Sécurité sociale	3053	3382	4011	6235	8492	9740	9473
3. * Autres (collectivités locales, entreprises...)	125	211	246	251	296	296	296
4. Total du financement public	4694	6257	7593	8875	11075	13060	13134
5. 1/4 en %	32,5	42,5	43,9	26,9	20,6	23,1	27,9
6. 2/4 en %	65	54	52,8	70,4	76,6	74,5	72,1

* Ménages non inclus

Ce tableau montre bien l'implication financière croissante de la sécurité sociale dans le financement des dépenses publiques de

santé et en particulier "le bond" de 1984 (financement des investissements et des programmes spéciaux). La débudgétisation des dépenses de santé (le Trésor assure moins de 30 % du financement public de la santé) a transformé le rôle de la sécurité sociale qui, du statut d'épargnant institutionnel, est passé à celui de financeur principal de l'offre et de la consommation médicale. D'intervenant actif sur le système de soins, la sécurité sociale en est devenue le financeur **passif**. Peut-elle longtemps reconduire ce rôle sans s'interroger sur l'efficacité du système de soins et sur celle de l'affectation de ses fonds ?

N'aura-t-elle pas à définir de nouveaux rapports avec les différents segments du système de soins ?

La réponse à ces deux questions nécessite de longs développements hors de la portée du présent article. Nous nous contenterons, ici, de poser quelques éléments de débats sur deux questions épineuses : le statut des avoirs financiers de la sécurité sociale et le problème des articulations entre la sécurité sociale et le système de soins.

II. Etat, sécurité sociale et système de soins : quelles articulations ?

La nature des rapports entre l'Etat, la sécurité sociale et le système de soins est essentielle car elle définit les traits fondamentaux du "système de santé" en place, à condition qu'on y intègre au moins un quatrième acteur : la "population"[\[8\]](#). Aussi, il importe de tenter d'identifier les logiques en place et leurs implications. Nous choisissons de les traiter en prenant deux thèmes fort controversés : la question du statut des fonds de la sécurité sociale et le type de rapports entre la sécurité sociale et les différents segments du système de soins.

2.1. Du statut des fonds de la sécurité sociale

Cette question ne nous intéresse, ici, que dans la mesure où elle est au centre du débat sur la "légitimité" de l'utilisation des avoirs financiers de la sécurité sociale pour financer les dépenses de santé que l'on a identifié plus haut.

Elle pose plus directement le rapport de la sécurité sociale à l'Etat.

Sur ce débat donc, on retrouve schématiquement deux types de thèses :

– la première considère que les fonds de la sécurité sociale sont, pour l'essentiel, des salaires non distribués. Ils font partie **des salaires indirects** ou différés pour faire face aux aléas de la vie et couvrir collectivement des risques sociaux du groupe concerné. Les fonds collectés sont donc la propriété des salariés qui doivent participer aux décisions d'affectation et d'utilisation. Cette thèse a été souvent celle du mouvement syndical et mutualiste. Elle a été défendue par les organes administratifs dirigeants des caisses de sécurité sociale, en

insistant sur la nature spécifique de la cotisation qui est un prélèvement **affecté**, destiné au financement **exclusif** des prestations sociales, contrairement à l'impôt.

A ce titre, l'autonomie financière de la sécurité sociale est considérée comme une garantie pour les salariés de voir leurs cotisations non détournées.

– la deuxième thèse est défendue, essentiellement, par les ministères de la Santé et surtout des Finances (Trésor). Elle peut être résumée ainsi : les fonds de la sécurité sociale sont des prélèvements obligatoires sur des revenus dont le niveau et le montant sont décidés par l'Etat qui peut en disposer pour financer tout ou partie de sa politique sociale. Ainsi, dans l'exposé des motifs de l'arrêté de 1974, portant domiciliation au Trésor des fonds de la sécurité sociale, le ministère des Finances souligne : «*les fonds résultant des prélèvements obligatoires effectués sur l'ensemble des travailleurs et des employeurs doivent, de par leur nature* (c'est nous K. M. qui soulignons), *relever du circuit du Trésor...*».

L'évolution suivie a été celle d'une soumission, de plus en plus serrée, des organismes de sécurité sociale aux règles et normes fixées unilatéralement par le ministère des Finances. On peut rappeler, ici, quelques dates significatives de ce processus :

– En 1963, la recommandation est faite aux différentes caisses de sécurité sociale de déposer leurs avoirs au Trésor, du fait que les banques existantes alors étaient étrangères.

– En 1971, la loi de finances définit une politique de mobilisation de l'épargne institutionnelle et autorise le Trésor à emprunter l'ensemble des fonds de réserve disponibles (des entreprises d'assurance, des caisses de retraite, de sécurité et de prévoyances sociales et des fonds d'épargne C.N.E.P). Ainsi, les services du ministère des Finances décident la souscription obligatoire en bons d'équipement des fonds déposés par les caisses de sécurité sociale. Le montant concerné en 1971 était de 1,01 milliard de DA.

Dès 1972, une décision unilatérale fixe un "forfait hôpitaux" à la charge de la sécurité sociale, au titre des assurés sociaux soignés par les établissements sanitaires publics. Le forfait vient remplacer la facturation individuelle des frais médicaux et systématiser la pratique des "avances" jusque là suivies. Ce forfait, instauré avant la décision portant médecine gratuite, connaîtra une croissance rapide.

– En 1974, est prise la décision par le ministère des Finances de faire domicilier les fonds de la sécurité sociale auprès du Trésor. La décision de "gratuité des soins" verra l'élargissement de la "participation" de la sécurité sociale du financement des budgets des secteurs sanitaires : 70 millions de DA en 1972, 6.500 en 1987.

– La fin des années soixante dix et le début des années quatre vingt verront une manipulation quasi-directe des réserves de la sécurité

sociale par le ministère des Finances. La gestion de la dette publique a constitué un facteur principal dans la redéfinition par le Trésor, du statut financier de la sécurité sociale[9].

La mise en route de la refonte de la sécurité sociale en 1983 par l'unification des régimes et des taux de cotisation pour l'ensemble des secteurs d'activités, l'élargissement du nombre d'assurés et de bénéficiaires et le dé plafonnement de l'assiette de cotisation a apporté, avec l'application des dispositions salariales du "statut général du travailleur", de nouvelles ressources et de plus grandes capacités de financement. Toutefois, l'intense mobilisation des ressources de la sécurité sociale pour financer les dépenses de santé et les autres prestations (retraite notamment) a induit un tarissement des "excédents financiers" et menace gravement les équilibres comptables de la CNASSAT (Caisse Nationale d'Assurances Sociales et des Accidents du Travail).

Tableau n° 4 :
Capacité de financement et épargne de la sécurité sociale (1970-1987)

	<i>Moy. An.</i> 1970-1977	<i>Moy. An.</i> 1978-1979	<i>Moy. An.</i> 1980-1984	<i>Moy. An.</i> 1985-1987
1. Capacité de financement	+ 643,7	+ 2097,8	+ 5630	+ 7891,5
2. Financement dépenses de santé par sécurité sociale	139,5	594,8	2000	8170
3. Excédent annuel net (3) = (1) - (2)	+ 504	+ 1503	+ 3348	- 278,5
4. Indice d'évolution de l'excédent 1970/77 = 100	100	300	665	—

Sources : A. Saker, op. cité p. 212.

On peut être tenté de soutenir que le débat sur le statut des cotisations sociales et des fonds de la sécurité sociale est dépassé par le fait que "les excédents" ont pratiquement disparu et que le problème du financement, à venir, des dépenses de santé reste entier. Il est, tout au contraire, permis de considérer ce débat utile maintenant pour au moins quatre raisons :

– la première, c'est qu'une autre gestion des ressources de la sécurité sociale aurait pu conduire à d'autres résultats.

– la deuxième est que la période d'économie de rente est quasi-révolue. Les revenus salariaux distribués obéissent moins à des considérations de simple répartition et de légitimation politique. Cette mutation en cours du statut du salaire et de la situation de salarié redonne du relief à la question du salaire différé, indirect et à son mode d'utilisation-appropriation.

– la troisième est que la fiscalisation-budgétisation des ressources de la sécurité sociale et leur utilisation pour le financement des dépenses publiques de santé auraient pu être socialement validées, si deux conditions étaient réunies : la première, c'est que la salarisation de la

population active soit totalement généralisée et la deuxième, est que la distribution de soins soit organisée sur le modèle du service national de la santé tel que le prévoit la Constitution de 1976. Or, on s'éloigne de ces deux conditions : la salarisation est, actuellement, "en panne", elle régresse, des formes précaires d'emploi se développent, élargissant les exclusions sociales ; par ailleurs, l'exercice médical privé a tendance à s'étendre et à imposer au secteur public ses valeurs.

– la quatrième raison est que la mise en oeuvre de la refonte de la sécurité sociale en 1983/84 et de la réforme économique en 1986/87 pose des exigences relativement contradictoires. La refonte de 1983 a amélioré les capacités de financement et élargi la base sociale potentielle de la sécurité sociale ; mais elle signifie un accroissement rapide des dépenses, notamment, en matière d'assurances sociales et de retraite. Le tassement du niveau de l'emploi salarié et le fléchissement des investissements risquent de freiner l'entrée régulière et la croissance des cotisations et de "grossir" le contentieux financier avec les entreprises sur lesquelles pèsent maintenant les exigences de l'équilibre comptable et de la rentabilité financière, assimilées souvent au resserrement des "charges salariales et sociales".

Ces éléments de débats nous incitent à dire que la relance de la discussion sur le statut des fonds de la sécurité sociale et sur le financement des dépenses de santé risque d'être confondue avec la question des tutelles administratives, si elle n'est pas reliée aux problèmes de la réforme fiscale, de la répartition des revenus et du mode d'organisation sanitaire et sociale à construire.

La question du rapport à l'Etat ne prend un sens que si elle est posée sur le mode d'exercice de la tutelle sur les organismes de sécurité sociale. L'ampleur des ressources concernées, la tendance à la généralisation juridique de la protection sociale, l'exigence du respect des grands équilibres économiques appellent, inévitablement, une tutelle financière étatique^[10]. De larges plages d'autonomie restent cependant possibles au niveau de l'organisation interne des caisses, du rapport aux assurés, à la population et aux "besoins sociaux".

2.2. Du rapport de la sécurité sociale aux différents segments du système de soins

La question du contrôle de l'affectation des ressources de la sécurité sociale n'a pas une dimension exclusivement financière. Elle vise à poser le problème des "besoins sociaux", pris en compte, et des types de réponse qui y sont apportés.

Pour le système de soins, ces questions amènent à s'interroger sur les modalités institutionnelles et sociales de détermination de la hiérarchie des "besoins" à prendre en compte, des acteurs de la négociation et des formes d'organisation qui les portent. Le niveau et le mode d'affectation des moyens sont une façon de définir et d'orienter des priorités et de conduire des actions. L'allure

"incontrôlable" de la croissance des dépenses de santé en Algérie et la part que prend la sécurité sociale dans ce processus justifient les interrogations que l'on peut avoir sur la logique des rapports qu'entretient la sécurité sociale avec les différents segments du système de soins.

On peut, pour aller à l'essentiel et en simplifiant, distinguer deux pôles principaux : le premier est organisé autour des hôpitaux publics et se compose de secteurs sanitaires et de C.H.U, le deuxième s'articule autour d'un vaste ensemble de structures médicales et pharmaceutiques privées[11].

La sécurité sociale joue, pour le premier, un rôle de financeur de l'offre globale et, pour le second, elle est une institution assurant une relative solvabilité de la clientèle. Notre hypothèse est, que la sécurité sociale se voit cantonner dans une fonction de financeur passif de segments de soins tirés, beaucoup plus, par les logiques des professions médicales et, secondairement, du pouvoir politique, que par celles des "besoins sociaux".

Nous n'évoquerons brièvement, ici, que les procédures de prise de décision pour le financement des **secteurs sanitaires**[12].

Deux niveaux peuvent être distingués : central, local. Au niveau central, trois acteurs institutionnels participent à la prise de décision :

- le ministère des Finances dont la préoccupation essentielle est l'équilibre du budget global et la pleine mobilisation des capacités contributives des agents, autres que l'Etat, au financement des dépenses publiques. C'est, à ce titre, que la sécurité sociale a été de plus en plus "sollicitée",
- le ministère de la Santé qui administre les "secteurs sanitaires et les C.H.U", prépare leurs projets de budgets sur la base des dotations antérieures, avec le souci principal de couvrir au moins les dépenses croissantes des personnels (80 % du budget en moyenne),
- la sécurité sociale, représentée par son ministère de tutelle, se voit prélever, annuellement, une "contribution forfaitaire" censée représenter l'équivalent des frais occasionnés par la consommation médicale des assurés sociaux dans les structures sanitaires publiques.

Cette procédure de détermination des budgets des secteurs sanitaires est, d'abord, administrative et comptable, la sauvegarde des équilibres globaux l'emporte sur la recherche de la meilleure allocation des ressources de l'économie et de la société. Elle est, d'ailleurs, largement basée sur le principe du "forfait" et du "budget global".

Il n'est nullement question, à côté des budgets, d'obligations contractuelles ou de programmes à réaliser et à évaluer.

Au niveau local, dans chaque secteur sanitaire, c'est le conseil de direction qui propose au ministère de la Santé un projet de budget sur

la base de ses prévisions des dépenses annuelles. Le souci de maximisation des ressources budgétaires est d'autant plus présent qu'il n'y a pas d'incitation économique/institutionnelle à mieux combiner les "facteurs de production" disponibles. En outre, la difficulté de négociation entre les dirigeants administratifs et médicaux ne peut trouver de solution acceptable de tous que dans l'accroissement des dépenses. Ces divergences d'intérêts entre, la collectivité et les agents du système de soins d'une part, entre le niveau central et le niveau local d'autre part, sont tranchées par l'Etat en limitant l'autonomie des agents et en imposant un rationnement centralisé, aveugle. Ainsi, au niveau des secteurs sanitaires, la gestion budgétaire reste peu prise en compte, car, opérée pour l'essentiel, au niveau des ministères. Seule, la gestion de trésorerie les concerne directement.

Dans tout ce processus, fortement schématisé ici, ni les usagers ni les payeurs (sécurité sociale...) ne sont impliqués dans la prise de décision et les gestions des moyens. Cette situation ne peut être reproduite qu'en période de prospérité économique. Tout exercice de la contrainte financière a tendance à aller à l'encontre des larges besoins et, encore plus, en période de crise.

Par rapport au **secteur médical privé**, la sécurité sociale semble subir un processus géré, quasi exclusivement, par le rapport des professions médicales et pharmaceutiques à l'Etat.

L'ampleur du champ de l'exercice privé de la médecine et de la pharmacie résulte du compromis négocié. Appelé au lendemain de l'indépendance à disparaître par extinction progressive [13], le secteur médical privé s'est toujours maintenu, notamment, en se limitant à la médecine ambulatoire et à la distribution de détail des produits pharmaceutiques.

Ces dernières années, l'exercice, à titre lucratif, des professions médicales s'est beaucoup étendu sous la pression de la démographie médicale et de l'incapacité à rendre hégémonique, attractif et performant le secteur public. Le nombre de praticiens privés (médecins et dentistes) est passé de 981 en 1979 à 2339 en 1982 et à près de 5000 en 1987. Pour la sécurité sociale, cette place accrue de la médecine libérale pose un double problème : financier et qualitatif.

L'aspect **financier** se résume dans la question suivante : est-ce que la sécurité sociale, en particulier sa branche assurances sociales, pourra rembourser tous les frais médicaux et pharmaceutiques aux tarifs officiels et, plus encore, comme le réclament les assurés sociaux, à ceux réellement pratiqués (plus du double des premiers) ?

On estime en 1986/87, à moins de 502 les actes médicaux du secteur privé présentés au remboursement, au niveau des caisses de sécurité sociale. Depuis l'indépendance, une politique de desserrement de fait du rapport, entre tarifs médicaux et tarifs de responsabilité, a été pratiquée. Ce compromis, qui a permis aux praticiens privés d'élever

leur niveau de revenus, et à la sécurité sociale de limiter ses dépenses, peut-il être reconduit en cette période de tassement du pouvoir d'achat des assurés sociaux ?

Cette question devient d'autant plus présente, que l'exercice à titre lucratif a été étendu aux spécialistes qui pratiquent des "tarifs" élevés et est envisagé pour les cliniques médicales et chirurgicales.

L'extension de la médecine à l'acte alourdira, obligatoirement, les charges financières de la sécurité sociale, comme celles supportées directement par les usagers. Au delà des questions du statut juridique d'exercice et des tarifs à appliquer, se pose les problèmes du mode de rémunération des praticiens et de la contractualisation des rapports avec la sécurité sociale.

– L'aspect **qualitatif** interpelle la sécurité sociale dans sa mission vis-à-vis des assurés sociaux et de leurs familles. L'institution proclame sa volonté de dépasser la fonction de réparation et de couverture individuelle du risque, pour promouvoir une vision et une pratique préventives. Or, le secteur médical privé, dans son immense majorité, offre peu de possibilités, en ce sens, et se cantonne à rechercher les segments du marché les mieux rémunérés, à accroître le nombre d'actes individuels et à susciter un usage accru des techniques de diagnostic et de traitement. Sa stratégie de recherche de maximisation des revenus met le secteur médical privé en contradiction avec toute conception globale de la réponse à la demande de consommation de soins et, plus largement, de satisfaction des "besoins de santé".

Disposant de ressources limitées, la sécurité sociale doit-elle les consacrer au remboursement des frais médicaux et au financement des secteurs sanitaires, au détriment des autres prestations sociales (programmes en direction de l'enfance, des handicapés, des familles, des personnes âgées...) ?

Conclusion

De l'exploration quelque peu désordonnée et hâtive des rapports entre la sécurité sociale et le système de soins, se dégage l'idée que l'Algérie a voulu se doter, en même temps, de tous les modes possibles d'organisation des services de santé, sans pouvoir en assurer les conditions économiques internes de reproduction et la cohérence d'ensemble.

Ainsi, toute expansion des services de santé s'exprime en demande de consommation de biens et de services **importés** (matériel biomédical, médicaments, documentation, maintenance...). C'est là le résultat, tant du modèle d'organisation sanitaire imposé par les élites médicales et politiques que de l'aisance financière permise par la valorisation active de la rente pétrolière. Aujourd'hui, en période de crise, l'asphyxie financière de la sécurité sociale et du système de soins est déjà présente. L'arrêt de la croissance de l'emploi salarié, la poursuite du taux actuel de la démographie médicale et de la consommation de soins pèseront, chacune à sa manière, sur les

recompositions possibles du rationnement de l'accès social aux soins. Les voies de solution et de compromis mises en oeuvre jusqu'à présent : débudgétisation des dépenses de santé, implication accrue de la sécurité sociale, privatisation de l'exercice médical et transfert de charges à l'usager, montrent leurs limites et leurs effets pervers. Si les objectifs de solidarité nationale et de modernisation intégratrice sont encore recherchés, d'autres voies de sortie sont à inventer car, ce sont les formes sociales de réponse aux besoins qui sont en question, depuis les formes d'exercice de la médecine, la redistribution des revenus, la prévention réelle à instaurer dans les conditions de vie et de travail, jusqu'aux nouvelles modalités d'organisation et de gestion des services de santé et de protection sociale.

Notes

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

[1] L'expression est de M. Ecrement dans *Indépendance politique et libération économique*, Editions ENAP/OPU/PUG, Alger, 1986.

[2] J. Audinet, *Sécurité sociale*, Les cahiers de la formation administrative, Alger, 1974.

[3] D. Weiss : *Doctrine et actions syndicales en Algérie*, Ed. Cujas, Paris, 1970.

[4] J. Audinet, op. cité, p. 110-111.

[5] Pour une présentation globale cf. H. Abed : *Essai sur l'évolution de l'assistance médico-sociale en Algérie de 1830 à nos jours*, Des sciences politiques, Alger, 1974.

[6] Pour un bilan des programmes d'investissements sanitaires 1967-1984 cf. M. Kaddar : *Le système de santé en Algérie : aspects économiques*, Cahiers du C.C.A, Paris, 1986, p. 77-98.

[7] O. Daoud-Bixi et P. Chaulet : *Médecine gratuite et sécurité sociale en Algérie – Contradictions et convergences*, Institut des sciences économiques d'Oran, Avril, 1983.

[8] Cf. schémas d'organisation des différents systèmes de santé présentés par B. Majnoni d'Intignano et J.-C. Stephan dans *Hippocrate et les technocrates*, Ed. Calman-Lévy, Paris, 1983, p. 36-81.

[9] A. Saker : *Trésor et mobilisation de l'épargne institutionnelle*, in Monnaie, crédit et financement en Algérie 1962-1987, CREAD, Alger, p. 198-233.

[10] Sur le processus de généralisation de la sécurité sociale voir M. F. Grangaud : *Rôle de la sécurité sociale en Algérie*, Cahiers du CREAD, Alger, n° 2/1984.

[11] Pour une analyse proche, voir F. Z. Oufriha : *Coût et surcoût du système de soins en Algérie*, Revue du CENEAP, n° spécial, Alger, 1988.

[12] Voir pour de plus amples développements, notre étude dans *Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie 1962-1987* dans Cahiers du CREAD, Alger, 1988.

[13] Voir textes du *Programme de Tripoli* de 1962 et les recommandations Conseil National Économique et Social (CNES) en 1975/76 notamment sur l'exercice des professions pharmaceutiques.

LARBI LAMRI^[*]

Diffusion et évaluation des nouvelles technologies médicales

De vastes et profondes mutations technologiques actuelles ayant de larges incidences directes sur l'économie mondiale, bouleversent un grand nombre de branches industrielles.

Ces changements fondamentaux, concernent, tout d'abord, les secteurs économiques, c'est-à-dire : industrie et agriculture, et affectent, avec une intensité particulière, aujourd'hui, les secteurs de services et, en particulier, les systèmes éducatif et sanitaire. Pour ces derniers, la réflexion menée sur la liaison entre les nouvelles technologies appliquées à la santé et les systèmes de soins, semble encore peu avancée.

Cependant, ces nouvelles technologies sont produites dans les pays industrialisés. Leurs systèmes de soins se transforment et s'articulent, progressivement, pour s'adapter à ces changements. Par contre, leur diffusion intense dans les systèmes de soins des pays en développement, risque d'entraîner des distorsions d'un type nouveau. Avant d'analyser les incidences, nous essayons, d'abord, de comprendre ce que recouvre le concept de nouvelles technologies médicales.

1. Définitions et concepts

La diffusion de nouvelles technologies a donné lieu à l'émergence de nouveaux concepts, propres aux innovations et progrès techniques. C'est ainsi que le concept "nouvelles technologies" peut signifier innovation de procédé ou de production, mais aussi, innovation radicale de consommation, selon certains auteurs^[1]. Agissant dans la sphère de la production, l'innovation de procédé ou de production combine, judicieusement, les facteurs de production pour atteindre un niveau supérieur de productivité. Cependant, progrès technique et innovation médicale ne peuvent être confondus. Au sens économique, le progrès technique se traduit par une réduction des coûts de production. Tel n'est pas le cas des innovations médicales actuelles. Bien que considérées comme facteur de l'amélioration de la qualité des soins, elles sont extrêmement coûteuses.

Les innovations de procédés se sont largement développées, après la seconde guerre mondiale, dans les pays industrialisés. Quant à l'innovation radicale de consommation, elle agit dans la sphère de consommation, par la création de nouveaux produits qui induisent de nouveaux besoins.

Il semble, ainsi que, sous le vocable de "nouvelles technologies", on se trouve en présence de deux types d'innovations[2]. Les premières sont liées à l'invention et à la diffusion du micro-processeur, lequel a permis le développement de l'automatisation, mais aussi des nouvelles techniques de l'information et de la communication grâce au développement de l'informatique. Les secondes sont, par contre, induites par l'application de la technologie des micro-organismes dans de larges secteurs d'activité et, en particulier, dans l'agriculture, l'agro-alimentaire et la santé, et ont été induites par les sciences de la biochimie et de la biologie, et donnent lieu à l'émergence de biotechnologies.

Se situant sur un autre angle, certains auteurs[3] définissent la technologie comme "l'ensemble des connaissances qui peuvent servir à la production de biens et à la création de biens nouveaux" ou, encore, "la connaissance organisée et formalisée".

La santé, domaine particulier, a connu, ces dernières années, une diffusion massive, suite à une vague de nouvelles technologies allant de la radiologie conventionnelle jusqu'à des équipements complexes et fortement intégrés. Bien que les médicaments aient connu une évolution technique particulière, nous les excluons de notre étude et nous nous intéressons aux seuls équipements bio-médicaux.

La croissance du volume des équipements bio-médicaux dans les hôpitaux a fait apparaître une terminologie propre : d'abord administrative, puis scientifique : il s'agit de la notion du plateau technique qui n'est, en fait, qu'une organisation centralisée des technologies médicales, facile d'accès et visant donc une gestion optimale de l'ensemble des équipements. On a pu définir le plateau technique comme le regroupement des activités médico-techniques suivantes :

- les unités d'exploration, de radiologie et d'imagerie médicale,
- les laboratoires biologiques,
- les unités d'explorations fonctionnelles,
- les blocs opératoires chirurgicaux et obstétricaux,
- activités thérapeutiques lourdes comme la radiothérapie.

Notons que la percée technologique a profité, beaucoup plus, aux techniques diagnostiques qu'aux techniques thérapeutiques. C'est ainsi que l'imagerie médicale accapare une part importante dans les plateaux techniques.

Lieu initialement social, l'hôpital est devenu un lieu de haute technicité.

2. Processus de création de l'innovation médicale et de la diffusion

L'innovation et la diffusion de l'innovation médicale obéissent, en premier lieu, à des mécanismes qui relèvent des lois économiques. L'innovation médicale isolée du XIXe siècle, n'existe plus.

L'innovation médicale relève, désormais, de la double stratégie des industries des équipements bio-médicaux et des médecins.

2.1. Quelques éléments de la stratégie des firmes productrices

La création de l'innovation médicale s'est déplacée de l'hôpital au laboratoire des firmes industrielles. Il faut bien voir que la création des innovations médicales n'échappe pas à la logique de la rentabilité, impulsée par le système économique. Par ses innovations successives, et le développement du progrès technique, le système économique a, de ce fait, contribué à la restructuration fonctionnelle des hôpitaux. L'ancien système de soins, basé sur l'approche clinique, s'estompe au profit d'un système qui devient un débouché stratégique pour diverses branches industrielles du système économique. La croissance de ce nouveau système de soins est donc mue par les progrès techniques du système économique, lequel sélectionne les innovations, en fonction de leur rentabilité (selon la loi du profit) quel qu'en soit l'intérêt médical. Notons enfin que les firmes productrices des équipements bio-médicaux sont en nombre réduit et dominant la production, à l'échelle internationale (Siemens, Philips, Thomson, Hewlett-Packard...).

2.2. Quelques éléments de la stratégie des médecins

Le développement de la recherche et de la création de l'innovation médicale s'est réalisé, exclusivement, dans les C.H.U, lieu de travail des médecins, cliniciens, hospitaliers et donc des professeurs de médecine. Dans le C.H.U, l'innovation médicale produite par les professeurs chefs de services – les patrons – procure prestige et pouvoir et en est la source de revenus supérieurs. Cependant, cette stratégie se base sur l'intérêt du groupe ou de la spécialité et se situe dans la spécialisation des médecins qui s'accompagne, souvent, par la création d'une innovation médicale (un appareil par exemple) qui constitue le support concret de leur spécialité.

Massivement appliquées dans les pays industrialisés, les nouvelles technologies de santé se diffusent aussi, progressivement, dans les pays du Tiers-Monde.

3. Procédures de diffusion des nouvelles technologies médicales dans les pays du Tiers-Monde

Les modalités de diffusion prennent différentes formes. La première, qui semble être la plus répandue, est, en fait, une conséquence des choix de politique économique^[4]. En effet, les options de politique économique des pays occidentaux, basées sur la rationalité économique, et mues par le progrès technique et scientifique, ont été proposées et, le plus souvent, transposées aux pays en développement. Cependant, en plus de l'allocation massive des ressources disponibles à l'industrialisation et au développement des cultures d'exportation et donc la marginalisation des secteurs, dits sociaux, et, en particulier, celui de la santé, ces options ont favorisé l'émergence d'une morbidité qui s'apparente à la morbidité

occidentale et qui regroupe les accidents de la route, les maladies et accidents professionnels, les maladies cancéreuses, les maladies cardio-vasculaires et les problèmes de santé mentale. La "morbidity locale" regroupe des affections induites par le bouleversement de l'environnement et des structures économiques et comprenant essentiellement les maladies transmissibles et celles afférentes à la malnutrition. Le traitement de l'ensemble de ces pathologies a pour réponse l'introduction d'équipements lourds et sophistiqués et de médicaments importés de l'étranger car non produits localement.

Le deuxième canal de diffusion a été impulsé par l'intermédiaire d'organisations internationales telles que l'O.M.S et ou l'UNICEF et certaines organisations non gouvernementales qui, sous couvert d'entraide, font parvenir au pays du Tiers-Monde une aide sanitaire prenant la forme de construction et d'équipements d'hôpitaux et de dispensaires, de dons de médicaments et d'équipements et de vulgarisation de techniques médicales, par le biais de médecins occidentaux chargés de la mise en oeuvre de programmes sanitaires spéciaux.

La troisième forme s'illustre par l'implantation, en nette croissance, de quelques industries du médicament et d'équipements médico-chirurgicaux, par le biais d'investissements, de firmes multinationales.

Par ailleurs, la similitude des processus occidentaux et de certains pays du Tiers-Monde de formation médicale, est un facteur de perméabilité à la diffusion des innovations médicales réalisées dans les pays occidentaux. Ce processus va de pair avec le puissant appareil publicitaire dont disposent les firmes multinationales productrices d'équipements bio-médicaux et dont elles inondent les médecins des pays du Tiers-Monde à coups de revues "scientifiques", de colloques et de congrès médicaux.

Pour le cas précis de l'Algérie, outre les formes générales évoquées précédemment, la diffusion des technologies médicales nouvelles s'est réalisée dans le cadre des orientations de la politique de santé qui s'intègre, elle-même, dans la nouvelle politique économique et sociale entamée à partir de 1980 et qui revalorise les secteurs sociaux, en matière d'allocations de ressources. C'est ainsi que d'importants efforts d'investissements ont porté sur la construction et l'équipement de près de 34 nouveaux hôpitaux et l'acquisition de technologies lourdes diagnostiques et thérapeutiques (scanographes, échographes, appareils d'hémodialyse...) destinées au C.H.U. qui devraient prendre en charge les malades, initialement transférés à l'étranger.

4. Quelques problèmes liés à la diffusion des nouvelles technologies dans les pays du Tiers-Monde

L'introduction des nouvelles technologies présente de nombreuses incidences différenciées. Leur analyse ne peut être exhaustivement

faite dans ce modeste travail. C'est pourquoi nous retenons les incidences essentielles.

4.1. La croissance des coûts

S'il est admis que l'innovation technologique constitue le facteur principal de l'amélioration de la qualité des soins, elle constitue aussi la principale source d'augmentation des coûts directs et ceux induits par la stimulation de l'offre de soins.

Les coûts des équipements suivants illustrent bien cette affirmation :

– Imagerie par résonance magnétique (IRM).....	15 millions de FF
– Lithotriporteur	14 millions de FF
– Scanographe.....	6 millions de FF
– Angiographe	3 millions de FF

Pour les équipements bio-médicaux modernes, les coûts de l'investissement initial ne sont pas uniques ; ils se prolongent dans l'acquisition quasi-permanente de produits consommables, le plus souvent, à usage unique (films, accessoires, matières intermédiaires...), de prestations, de maintenance et d'entretien pour assurer un fonctionnement optimal. L'introduction de certains types d'équipements exige des modifications dans la structure architecturale initiale de l'hôpital et induisent des dépenses supplémentaires de travaux. Les nouvelles technologies sont, par ailleurs, génératrices de coûts hospitaliers relatifs à des bilans (hospitalisations pour les bilans pré-opératoires) et à des soins de surveillance ultérieure (contrôles successifs post-opératoires).

Bien que difficilement mesurables, il est aussi admis que l'adoption de technologies médicales nouvelles stimule l'offre de soins qui est un facteur d'augmentation des coûts de santé.

Les pouvoirs publics occidentaux adoptent, aujourd'hui, des politiques qui se veulent rationalisatrices et s'attachent à une maîtrise accrue de l'augmentation des dépenses de santé. Leurs politiques s'articulent autour de réformes réorganisations et surtout, d'application de méthodes telles que la rationalisation des choix budgétaires et les différents contrôles directs et indirects des dépenses de santé.

Pour le cas des pays du Tiers-Monde, la limitation des ressources disponibles à affecter au secteur de la santé constitue un frein à l'introduction des nouvelles technologies. Quand bien même elles sont acquises en partie, elles deviennent facteur d'augmentation des dépenses et créent leur propre limitation.

4.2. Maîtrise, transfert de technologie et dépendance

L'adoption de nouvelles technologies modifie complètement la physionomie et l'architecture du système de soins. Ces dernières, en effet, réorientent et modifient l'éventail des qualifications requises et donc, le système de formation des personnels médicaux et paramédicaux. On assiste aussi à un développement de micro-spécialités qui atomisent les grandes spécialités et ce, par constitution d'équipes médicales fortement spécialisées. Déjà, dans les pays occidentaux, les C.H.U. éprouvent des difficultés dans le recrutement médical de qualité. Dans les pays du Tiers-Monde, les équipes spécialisées sont fortement réduites et la nécessité de leur recyclage est souvent requise.

Sur un autre plan, l'acquisition d'équipements bio-médicaux modernes pose de véritables problèmes de maîtrise, de maintenance et d'entretien. L'expérience algérienne de ces dernières années explique la difficile maîtrise des technologies sophistiquées, les surcoûts qui en découlent et l'accentuation de la dépendance vis-à-vis des firmes multinationales productrices.

Ces quelques problèmes, exposés brièvement, illustrent la nécessité de la mise en oeuvre d'un dispositif d'évaluation et donc de sélection des technologies nouvelles à adopter.

5. L'évaluation des nouvelles technologies médicales

Evaluer les nouvelles technologies médicales, c'est s'assurer que la décision a porté sur les plus efficaces, en pratique diagnostique, thérapeutique et en termes de coûts, compte tenu des contraintes économiques.

Les pays du Tiers-Monde semblent ne pas être dotés en moyens adéquats d'évaluation clinique, économique et sociale et ne peuvent, avant d'en subir l'expérience, hiérarchiser ex-ante le type de technologie approprié. Ne produisant pas ces technologies, ces pays semblent être des récepteurs passifs et, de ce fait, constituent l'enjeu des stratégies des firmes multinationales. Un système d'évaluation clinique et économique, permettrait d'introduire un processus de sélection et de hiérarchisation des technologies à importer, lesquelles doivent correspondre aux problèmes sanitaires à résoudre.

La technisation de la santé est un processus en perpétuelle croissance. Les équipements bio-médicaux transforment la nature de soins en soins fortement spécialisés. Ces derniers exigent, à leur tour, des équipements plus sophistiqués. C'est pourquoi on assiste, récemment, dans les pays occidentaux, à l'émergence de plusieurs organismes, censés s'occuper de l'évaluation des technologies nouvelles, dans le but de rationaliser leur diffusion.

C'est aux U.S.A que fût créé par le Congrès en 1972, le premier organisme. Il s'agit de l'O.T.A (Office of Technology Assessment) dont les prérogatives s'élargissaient à toutes les technologies y compris celles de la santé, à partir de 1976. Depuis, des organismes spécialisés ont vu le jour dans différents domaines. La santé a vu

paraître deux autres organismes. Il s'agit de l'Office for Medical Applications of Research (O.M.A.R) et le National Center for Health Care Technology (N.C.H.C.T) tous deux créés en 1978.

Le processus d'évaluation technologique s'est élargi ensuite à toute l'Europe. En France, c'est à partir de 1982, qu'un texte est venu homologuer les matériels bio-médicaux, mais, c'est aussi, à la même date, que fût créé le Comité d'Evaluation de la Diffusion des Innovations Technologiques (C.E.D.I.T) par la Direction Générale de l'Assistance Publique, à Paris.

Les premières méthodes d'évaluation sont essentiellement des analyses coûts-avantages. Au-delà de l'aspect technique et scientifique, se sont greffés d'autres objectifs, intégrant les contraintes économiques et politiques et les stratégies des acteurs socio-économiques. Il faut reconnaître, cependant, qu'il n'y a pas, jusqu'à présent, une méthode d'évaluation universelle.

Pour le cas de l'Algérie, la situation est préoccupante. Au niveau de l'Administration Centrale, la "Direction de l'Infrastructure et de l'Equipement", censée couvrir les aspects techniques de la diffusion ne dispose d'aucune structure ou service spécialisé, dans ces problèmes. Au niveau de l'entreprise ENEMEDI chargée du monopole d'importation des équipements bio-médicaux, on note l'absence d'un cadre institutionnel de concertation relatif aux technologies médicales nouvelles. Dès lors, la diffusion des nouvelles technologies semble relever de la seule décision de certains chefs de service des C.H.U. sous la seule contrainte financière imposée par les limites budgétaires. La récente liberté, accordée aux C.H.U., d'importer leurs propres équipements, dans la limite de la ligne budgétaire, risque de donner lieu à une diffusion désordonnée et donc non optimale.

La diffusion des technologies nouvelles est liée à la capacité de mieux gérer les équipements introduits à partir de 1980, de planifier l'acquisition future, sur la base d'une rigoureuse sélection, et de créer, au plus vite, une structure de niveau hiérarchique importante, placée auprès du ministère de la Santé. Cette structure sera chargée d'évaluer et d'élaborer des études sur la diffusion des technologies médicales nouvelles.

Notes

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

[1] C'est en particulier la distinction proposée par B. Real in "*Le progrès technique est un facteur important de chômage. Peut-on le réorienter pour créer des emplois ?*", Communication présentée dans les VIe journées d'Économie Sociale portant sur "les nouvelles

technologies et politiques sociales", Lille, Septembre 1986.

[2] F. Z. Oufriha in "*La diffusion des nouvelles technologies dans le secteur de la santé en Algérie*", paru dans le présent cahier.

[3] J. Perrin in "*Les transferts de technologie*", La découverte, Paris, 1974.

[4] C'est la thèse soutenue par Annie Thebaud in "*Vers la médicalisation du sous-développement*", Le Monde diplomatique.

DJOUDI BOURAS[*]

Essai d'évaluation des seuils de prise en charge et de l'impact économique des accidents du travail et des maladies professionnelles

L'environnement physique, économique et social de l'homme produit une somme de facteurs de risques qui tendent à influencer significativement le profil de morbidité des populations exposées[1]. Certains de ces risques tendent à se multiplier sous l'effet de l'accélération du rythme de développement, c'est-à-dire de l'intensification des échanges homme-nature.

Des risques à fort taux de survenance sont généralement intégrés comme préoccupation de l'action médico-sanitaire et l'action des secteurs sanitaires s'élargit à répondre aux multiples sollicitations externes, formulées par l'environnement physico-humain dans lesquels ils s'insèrent.

Parmi l'éventail des risques dommageables à la société et à l'individu, le problème des accidents du travail et des maladies professionnelles appelle une attention particulière, en raison de ses incidences économiques, sociales et humaines profondes et multiformes. Il constitue, en outre, un indicateur significatif des conditions de travail et du dispositif de protection et de prise en charge médicale en milieu ouvrier. Le problème des accidents du travail et des maladies professionnelles est, d'abord et avant tout, un problème de santé publique et dont les prolongements économiques sont importants du fait qu'il s'attache à une population en activité et donc, productive.

Toute altération de l'état de santé d'un travailleur présente une série de résultats qui ont pour effet :

- d'affecter, plus ou moins gravement, la vie sociale et familiale de l'individu et de rendre problématiques les conditions de sa reproduction sociale en tant qu'individu producteur ;
- d'impliquer, sous une forme directe, un manque à gagner pour l'entreprise qui l'emploie et, partant, pour l'économie nationale. Ce manque à gagner est d'autant plus important que l'altération subie est grave, invalidante ou irréversible.

Aussi, le profit qui peut être tiré de l'investigation du problème des accidents du travail et des maladies professionnelles est double :

– D'une part, d'éclairer le processus par lequel le système de prise en charge médicale répond à une demande localisée et s'adapte à un milieu régi par une organisation et des règles de fonctionnement spécifiques. Il ne s'agit pas seulement de la réponse d'un service spécialisé ou d'un segment de soins particuliers, mais de toute une organisation, en place, dont l'objet est de prévenir, efficacement, et de réparer avec le minimum de dommages, pour préserver la santé, et donc le potentiel productif des travailleurs. La médecine du travail déborde du champ médical (psycho-somatique) proprement dit pour répondre à des préoccupations, de plus en plus larges, nées de la complexification du travail humain et pour faire de la prévention des risques professionnels son objet principal.

Evoquant le problème de la fatigue et de ses répercussions neuropsychiques, H. Bartoli^[2] en vient à résumer le champ des préoccupations du médecin du travail, lequel, «déjà hygiéniste, chimiste, technologue et ergonome, devient également neuro-psychiatre».

En égard à son objet et, compte tenu des facteurs propres, qui lient son activité, simultanément à l'entreprise, et au secteur sanitaire, il s'agira, pour nous, de situer le niveau de développement de la médecine du travail et ses dysfonctionnements.

– d'autre part, de tenter une évaluation de l'impact économique, notamment en termes de coût monétaire, des accidents du travail et des maladies professionnelles. Les données statistiques descriptives du phénomène montrent, en effet, sa tendance à prendre des proportions de plus en plus importantes. Les états de morbidité, de mortalité et de handicap qui en résultent, produisent des coûts assez considérables, tant du point de vue de leurs effets socio-économiques directs, que des conséquences en chaîne, répercutées sur différents segments d'activité. Entre les prestations versées par la Caisse Nationale des Assurances Sociales et des Accidents du Travail (CNASAT), le coût de prise en charge médicale et le coût d'opportunité direct, comptabilisant le manque à gagner de l'entreprise, consécutivement à l'immobilisation du travailleur, il est, également laissé, l'expression aux coûts indirects monétaires et non monétaires et qui posent de multiples problèmes de quantification.

Cette étude des accidents du travail et des maladies professionnelles sera envisagée suivant trois axes :

- mesurer l'ampleur du phénomène observé et, éclairer sous un angle épidémiologique, les principales causes qui lui sont attachées ;
- situer le niveau atteint par la prévention des risques professionnels et faire un constat de l'impact de la médecine du travail ;
- déterminer les éléments de coûts subis à différents niveaux d'opérateurs et qui entrent dans la composition du coût économique et social.

1. Importance des accidents du travail en Algérie

Les accidents du travail et les maladies professionnelles ont crû d'une manière significative, ces dernières années, en incidence, en prévalence et en gravité.

Ces phénomènes sont liés à des facteurs multiples dont l'accroissement de l'emploi dans les secteurs de l'Industrie et du B.T.P., secteurs présumés à risques. De même que la recherche de la productivité et les conditions de réalisation des projets de développement, suivant des critères de coût minimum, ont souvent occulté les problèmes relatifs à l'hygiène et à la sécurité des travailleurs.

L'exposition des travailleurs aux risques professionnels est amplifiée par le manque d'expérience industrielle, les conditions de travail souvent astreignantes, les insuffisances observées dans l'hygiène individuelle et collective, les conditions de vie des travailleurs et un niveau de formation, donc d'aptitude à l'emploi postulé, très rudimentaire pour les catégories de personnels les plus exposées.

La prise en charge de la protection des travailleurs souffre d'un certain nombre d'insuffisances, tant au plan de la mise en place de moyens élémentaires de sécurité, qu'au plan de l'encadrement médico-sanitaire des populations exposées.

La conjonction de ces facteurs amplifie les risques et produit des niveaux de traumatismes et de morbidité qui dépassent assez largement les seuils tolérés.

1.1. Quelques données sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

De moins de 40.000 en 1970, le nombre total des accidents du travail déclarés est passé à près de 100.000 en 1985. Nous avons cependant toutes les raisons de croire que les statistiques disponibles ne reflètent pas tout à fait la réalité des accidents survenus[3].

En première estimation, le volume des accidents du travail survenus durant la période, n'est pas seulement imputable à l'accroissement du volume de l'emploi, comme on pourrait le croire, dans une première analyse, mais résulte, également, de la détérioration des conditions d'hygiène, de sécurité et de protection des travailleurs. Ainsi, le taux global des accidents rapporté au volume des effectifs assurés est passé de 3,63 % en 1970 à 4,62 % en 1985, avec une hausse quasi-régulière sur toute la période d'observation.

Les accidents, avec arrêt entraînant une interruption de travail plus ou moins prolongée, par rapport au nombre total des accidents, ont également augmenté, passant de 64,23 % en 1970 à 74,3 % en 1985. L'interruption ainsi provoquée est comptabilisée en nombre de journées de travail perdues. En 1985, l'économie nationale a perdu

1.584.257 journées de travail, du fait des accidents, ayant provoqué un arrêt.

La durée moyenne des immobilisations, correspond à un accident, avec arrêt, en diminution depuis 1977, amorce une reprise à partir de 1983 et passe de 20,8 à 23,6 jours, en moyenne, en 1986. Proportionnellement au nombre des assurés, les accidents avec arrêt sont en diminution, mais provoquent, en tendance, une plus grande immobilisation des travailleurs, c'est-à-dire augmentent en gravité. Le taux d'incidence (nombre des accidents, avec arrêt, pour 1000 salariés) a évolué dans les proportions suivantes entre 1977 et 1985 :

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Taux d'incidence	51,0	46,7	44,0	43,8	39,3	35,6	35,8	32,3	32,7

Le nombre des accidents graves ayant entraîné une incapacité physique partielle (IPP) représente une moyenne de 10 % du nombre des accidents avec arrêt. Leur volume connaît une relative stabilité, entre 1977 et 1982 et se situe autour d'une valeur médiane de 6.600 par an, avec une tendance à la hausse qui se dessine à partir de l'année 1983. A l'exception d'un léger fléchissement en 1983, les taux d'IPP produits par les accidents graves enregistrent, aussi, une tendance générale à la hausse.

Le nombre des décès correspondant aux accidents mortels est, lui aussi, en progression, passant de 341 en 1977 à 678 en 1985, soit un taux d'accroissement d'environ 100 %. En comparaison, le nombre total des accidents graves a crû de seulement 12 % durant la période.

Les accidents, avec arrêt, graves et mortels, entraînent l'exclusion temporaire ou définitive du cycle de production des travailleurs atteints. En plus du nombre de journées perdues, suite à l'absentéisme, provoqué par les accidents avec arrêt, il y a lieu de comptabiliser les journées perdues du fait des invalidités et des décès survenus. Les normes de manque à gagner, calculées par le BIT représentent 6.000 journées de travail par décès ou taux d'invalidité de 100 %. Le calcul correspondant, toutes catégories confondues, montre que l'économie nationale a perdu, en 1985, l'équivalent de 11 millions de journées de travail, représentant le nombre de journées fournies par un collectif de 60.000 travailleurs, employés à plein temps, durant toute l'année.

Par secteur d'activité, c'est le BTP qui vient en première position quant au degré d'atteinte avec :

- 35,1 % du nombre total des accidents ;
- 38,6 % du nombre de journées perdues ;
- 46,8 % du nombre total des décès en 1984.

En raison de sa prédominance numérique, du point de vue du volume des effectifs des assurés sociaux et du faible niveau de protection dont il fait l'objet, le secteur du BTP exerce un effet certain sur la configuration et l'évolution des grandeurs significatives des accidents du travail.

En termes de gravité, le secteur de la chimie se situe en première position avec 66 accidents graves pour 1000 salariés, représentant plus du double de la moyenne des secteurs. En nombre d'accidents, avec arrêt, le secteur de la métallurgie (ISMME) enregistre le taux le plus élevé avec 82,4 ‰ avec une moyenne des secteurs de 35,6 ‰.

Statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles

Évolution de 1977 à 1985

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Effectif des assurés	1.096.246	1.265.086	1.439.445	1.504.217	1.728.410	1.775.021	1.825.000	1.955.565	1.946.000
Accidents avec arrêt	55.959	59.100	63.343	65.804	67.859	63.200	65.354	63.135	63.650
Accidents graves	6.304	7.009	6.747	6.474	6.671	6.188	6.129	7.319	7.067
Accidents mortels	341	482	439	462	571	438	640	620	678
Journées perdues par incapacité temporaire (1000)	1.293,5	1.408,3	1.475,9	1.419,1	1.448,3	1.316,6	1.411,5	1.440,3	1468,4
Somme des taux d'incapacité physique partielle	103.721	117.400	112.928	109.408	111.982	105.486	99.981	118.584	110.599

Source : CNASAT.

Évolution des maladies professionnelles déclarées

<i>Année</i>	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Nature de l'affectation :								
Intoxication par toxiques minéraux et composés du carbone	8	7	65	86	44	23	26	12
Intoxication par toxiques organiques	1	3	1	2	2	14	12	14
Pneumoconioses	13	34	17	37	89	160	181	171
Dermatoses et manifestations allergiques	59	93	69	64	55	72	96	141
Affectations causées par les ambiances physiques	17	62	90	8	44	46	38	64
Maladies professionnelles infectieuses et parasitaires	4	11	10	3	4	5	31	66
Non précisée	34	48	27	53	89	14	14	62
TOTAL	136	258	279	253	327	334	398	530

Source : CNASAT, Bulletin de Statistiques Courantes O.N.S., Décembre 1987.

Le nombre et les taux d'atteinte des maladies professionnelles souffrent de sous-déclarations autrement plus importantes que les accidents du travail, en raison du fait qu'elles ne sont pas systématiquement dépistées et sont souvent diagnostiquées, en dehors des lieux de travail. De même que le tableau des maladies professionnelles – 62 maladies répertoriées en 1975 – n'a pas été modifié et actualisé depuis et ce, en dépit de l'essor industriel qui a précédé et suivi cette date.

Les données statistiques disponibles sont, de ce fait, loin de cerner avec précision le phénomène.

Les maladies professionnelles ou non-professionnelles, transposées en milieu de travail sont souvent aggravées par des conditions de vie qui ne répondent pas aux conditions de la reproduction de la force de travail et un diagnostic tardif, établi souvent, à partir du seuil d'irréversibilité.

Des études ponctuelles, réalisées dans certains secteurs d'activité, ont pu montrer la véritable dimension du problème des maladies professionnelles[4] :

- Dans le secteur minier, on a pu relever un nombre important de travailleurs intoxiqués par le mercure (85 sur 145 examinés) à Azzaba, alors que dans la mine de Ain-Barbar, 35 % des travailleurs examinés étaient atteints de tuberculose professionnelle.
- Dans le secteur des textiles, 90 % d'un échantillon de 110 travailleurs étaient fortement atteints de surdité.
- Dans une unité de fabrication d'accumulateurs, 40 % des effectifs étaient atteints de saturnisme professionnel (intoxication par le plomb).

Ces quelques données partielles, prises parmi plusieurs autres données tout autant significatives soulignent l'importance du phénomène, sans qu'il soit possible de le cerner avec plus d'exactitude. L'insuffisant encadrement médico-sanitaire des unités de production et le manque de moyens appropriés d'investigation et de diagnostic occultent le problème et, de ce fait, ne permettent pas un dépistage précoce de la maladie. Cela n'implique souvent aucune mesure de protection particulière et l'exposition au risque peut se prolonger indéfiniment.

1.2. Causes immédiates des accidents du travail et des maladies professionnelles

Les accidents du travail et les maladies professionnelles ont une étiologie très large qui déborde du domaine médical proprement dit. Aussi, l'interférence de causes exogènes résultant de l'influence de l'environnement et des conditions de vie, et endogènes résultant des conditions de travail et de protection, conduisent à traiter le problème sous un angle épidémiologique.

L'approche épidémiologique permet «d'établir un lien entre l'incidence des traumatismes et différentes variables et permet d'identifier les facteurs et combinaisons de facteurs les plus importants et qui auraient un intérêt dans les essais de lutte contre la morbidité et la mortalité dues aux accidents de la route et aux accidents professionnels[5].

Les accidents du travail apparaissent comme étant le résultat ultime d'un certain nombre de facteurs convergents, internes et externes au cadre professionnel, et toute politique dirigée de lutte en faveur de leur réduction doit tenir compte de l'ensemble des paramètres qui leur sont attachés.

Au titre des causes exogènes, extra-professionnelles, il y a lieu de considérer le problème des conditions de la reproduction de la force de travail comme étant prépondérant. Les conditions de vie confèrent au sujet, suivant les niveaux d'exposition au risque, une plus ou moins grande vulnérabilité par rapport à ses prédispositions physiques, psychiques, intellectuelles à accomplir certaines tâches.

Certaines relations de cause à effet tendant à démontrer l'influence positive des conditions de vie, par rapport à la survenance des accidents du travail et des maladies professionnelles ont été mises en évidence. Quand elles sont associées à des niveaux de protection peu adaptés ou insuffisants, elles conduisent à des accidents plus nombreux et plus graves et à une morbidité amplifiée.

Les conditions socio-économiques attachées à la reproduction de la force de travail et qui intéressent directement le problème des risques professionnels concernent trois niveaux d'implications :

– certains caractères culturels larges, attachés à différents groupes des populations, et qui sont significatifs de niveaux de comportement

en adéquation ou en inadéquation avec le travail parcellisé et répétitif, des mesures de protection imposées, l'hygiène individuelle et collective... Ces facteurs de comportement ne sont pas figés et sont très sensible aux effets de démonstration et à toute autre forme de suggestion ;

– le profil de qualification professionnelle de la force de travail : niveau d'éducation d'alphabétisation, expérience industrielle,...

– les conditions de vie attachées à la reproduction de la force de travail comme niveau de satisfaction qualitative et quantitative des besoins correspondants : alimentation, loisir, logement, transport...

L'analyse de ces conditions n'entre pas directement dans l'objet de la présente étude. Cependant, les données disponibles indiquent des seuils de reproduction de la force de travail nettement insuffisants pour certains groupes sociaux. D'autre part, leur niveau de qualification professionnelle, très bas, contribue à les désigner comme étant des victimes potentielles des accidents du travail. Les statistiques d'accidents du travail disponibles montrent que c'est la catégorie des manoeuvres et des ouvriers spécialisés qui est la plus touchée. La part relative de cette catégorie représentait, par rapport aux volumes globaux, en 1982 :

- 67,9 % des accidents avec arrêt,
- 64,2 % des accidents graves,
- 52,8 % des décès,
- 64,8 % des taux d'incapacité physique partielle.

Les causes endogènes résultent de la combinaison de contraintes techniques véhiculées par les instruments de travail et de l'organisation du procès de travail. Ces contraintes opèrent à trois niveaux :

– suivant l'intensité du travail, les cadences exigées et l'état de la division du travail. Celle-ci tend à impliquer une perte d'intérêt pour la tâche accomplie et substitue des mécanismes de réflexes à des mécanismes conscients et coordonnés ;

– au niveau de l'ambiance de travail qui produit ses propres éléments de risque «bruits, ambiance thermique, humidité relative, mouvement de l'air, éclairage, saletés, poussières, esthétique générale des moyens de production, apportent leur tribut à la charge de travail[6] ;

– suivant l'exposition au risque et les mesures de protection dont a été entourée l'exécution des tâches.

Certains facteurs aggravants tel que le travail de nuit, le travail posté, certaines expositions particulières au danger... accentuent les risques, tout en entraînant une usure physique prématurée du sujet et une diminution des réflexes née, quelquefois, d'un dérèglement des processus métaboliques.

Le caractère récent de l'expérience industrielle de l'Algérie et les phénomènes d'inadaptation aux postes de travail, associés à une insuffisante sensibilisation au problème des risques professionnels et à des mesures de protection parfois réduites à leur plus simple expression tendent à accroître démesurément, dans certains secteurs, tel le BTP, le nombre des accidents du travail.

Les examens psychosomatiques d'embauche n'étaient pas, jusqu'à une date récente, systématiquement réalisés, ce qui a entraîné, dans certains cas, la transposition de maladies et de tares physiologiques en milieu professionnel, développant ainsi les cas d'inadaptation au travail.

Du côté de l'employeur, les préoccupations de sécurité sont absentes dans les contrats de réalisation des projets. Certaines mesures de protection sont sacrifiées aux coûts ou à d'autres considérations entrant dans les conditions d'acquisition des équipements. Certains équipements, conçus pour les travailleurs des pays industrialisés, s'adaptent difficilement (moyennant un effort physique permanent) aux conditions de taille et de force physique des travailleurs des pays non industrialisés[7]. Ni le médecin du travail, ni un autre corps de profession concerné par l'hygiène et la sécurité en milieu professionnel ne sont associés à la conception et à la réalisation des projets de développement et les conditions de sécurité sont laissées ainsi à la discrétion du constructeur étranger. Les normes de sécurité sont souvent insuffisantes, parfois inadaptées au contexte algérien, ou peuvent simplement échapper à la compréhension ou même à l'entendement des travailleurs.

En matière de moyens de protection individuels (gants, casques, lunettes,...) le marché national est insuffisamment fourni ; certains moyens de protection dont le port est obligatoire ne sont pas systématiquement portés et certains travailleurs tendent à rejeter tout ce qui gêne leur mouvement ou les encombre, faute de mesures strictes de sécurité, ou d'une sensibilisation appropriée[8].

La situation au plan de l'hygiène du travail reste l'objet de préoccupations. A différents niveaux de gravité, l'ensemble des établissements industriels sont concernés par le problème d'hygiène, de l'environnement et des ateliers. Aussi, des négligences graves voire mortelles sont-elles souvent constatées.

Ces quelques observations situent différents niveaux de carences qui caractérisent la prévention des risques professionnels. Une partie de ces insuffisances est directement imputable aux conditions de l'exercice de la médecine du travail laquelle n'arrive pas, pour un certain nombre de raisons que nous nous proposons d'examiner maintenant, à réaliser l'ensemble des missions qui lui sont confiées.

2 – Impact de la médecine du travail

L'accident du travail peut être défini comme étant «l'atteinte au corps humain provenant de l'action soudaine et violente d'une cause

extérieure, d'un traumatisme survenu, quelle qu'en soit la cause par le fait ou à l'occasion d'un travail»[\[9\]](#).

De par ses causes, l'accident du travail peut être dû à des causes fortuites, à l'insuffisance ou au non-respect des règles de sécurité, à des facteurs humains d'adaptation... L'origine des accidents étant difficilement identifiable, la classification qui en est faite se base généralement sur l'élément matériel en cause : poussières, chutes, électrocution... Partant de ces considérations et si la responsabilité de la médecine du travail paraît pleinement engagée dans le domaine du dépistage des maladies professionnelles, il peut ne pas en être ainsi, s'agissant d'accident du travail, obéissant à des causes autant fortuites qu'imprévisibles.

Une étude statistique effectuée sur 342 cas d'accidents mortels a donné les résultats suivants :[\[10\]](#)

- 20 % sont dûs à des causes fortuites,
- 37 % des accidents sont dûs à une absence de mesures préventives et à une protection insuffisante,
- 43 % des accidents sont dûs à une mauvaise adaptation de l'homme à son travail (facteur humain).
- Parmi les cas mortels imputables au facteur humain,
- 25 % sont des fausses manœuvres exécutées par des ouvriers non qualifiés,
- 28 % sont des accidents survenus à des ouvriers qui n'auraient pas dûs être occupés à ces postes de travail,
- 47 % sont des incapacités physiologiques vis-à-vis de l'emploi.

Suivant ces observations et relativement à son objet théorique, la médecine du travail intervient sur plusieurs fronts et développe plusieurs types d'actions :

– Une action médicale de type classique et qui se manifeste sous la forme d'une exploration psychosomatique du candidat à l'emploi sous la forme de visites périodiques pour suivre l'aptitude au travail.

– Une action sanitaire qui concerne l'hygiène des ateliers, l'éducation sanitaire des travailleurs... Les préoccupations attachées à l'hygiène et à l'ambiance de travail restent essentielles, en ce sens, qu'elles prennent en charge, dans un but préventif, «l'étude de l'environnement de l'homme au travail et prennent en compte tous les paramètres qui relient la physiologie humaine aux exigences de la tâche»[\[11\]](#).

– Une action ergonomique dont l'objet est de juger de l'adaptation de l'homme au poste de travail en partant des conditions physiologiques requises, par rapport aux exigences du poste de travail : effort physique, tension nerveuse, acuité visuelle, auditive, facultés intellectuelles, psychiques,...

– Une action technique d'identification des risques professionnels en relation avec certaines données technologiques (pollution, apparition

de nouveaux agents pathogènes,...).

La prise en charge de ces différentes fonctions reste conditionnée, tant par les moyens humains, matériels et réglementaires dont disposent les services de la médecine du travail, que par la qualité de leur articulation avec l'entreprise qui constitue le point d'impact de leur activité et avec les secteurs sanitaires qui leur fournissent l'essentiel de leur assise logistique.

Afin de donner une image plus complète des contraintes subies par la médecine du travail à différents niveaux, nous nous proposons d'examiner, brièvement, en premier point, l'organisation de la prévention des risques professionnels et en second point, les conditions de prise en charge par les structures de santé publique.

2.1. L'organisation de la prévention des risques professionnels dans l'entreprise

L'action de la médecine du travail reste intimement liée à celle des commissions d'hygiène et de sécurité (organes de la GSE, créés en 1974) et qui sont chargées de la prévention des risques professionnels dans l'entreprise. Les relations privilégiés de ces commissions, en tant que commissions paritaires, avec la direction de l'entreprise, avec l'inspection du travail (à qui elle fait part, suivant une procédure réglementaire, des accidents du travail), avec le médecin du travail (qui est son conseiller attitré et avec le collectif des travailleurs (dont elle est l'émanation) en font le centre nerveux du système de prévention tel qu'il est conçu.

Cependant, le bilan établi après plus de 10 ans de fonctionnement, fait ressortir de nombreuses insuffisances et, à l'heure actuelle très peu de CHS ont rempli convenablement leur mission. Parmi les raisons qui expliquent cet échec relatif, il y a lieu de citer [\[12\]](#) :

- Le renouvellement périodique des commissions qui s'est opposé à la capitalisation de l'expérience, ce qui dénote une forme d'organisation inappropriée au contexte ;
- Le peu de qualification de ses membres dans les domaines couverts ;
- Le peu d'appui et de soutien prodigués par la Direction qui n'a pas accordé l'attention nécessaire à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- L'absence de liens et de points de jonction entre les CHS d'unité et de secteur qui auraient permis l'échange d'expérience et une organisation plus efficiente de la prévention.

Pour l'ensemble de ces raisons et qui ne sont certainement pas exhaustives, les CHS, dans leur grande majorité, n'ont pu jouer le rôle qui était attendu d'elles et, de ce fait, la médecine du travail s'est trouvée coupée de son prolongement au niveau de l'entreprise. Ceci a notamment eu pour conséquence de la priver d'un point d'ancrage qui

lui aurait permis de s'implanter véritablement sur les lieux de travail. Et c'est ce qui explique, au moins partiellement, l'occultation de la fonction de prévention en entreprise.

Autour des CHS gravitent des organismes et institutions publics spécialisés chargés de la mise en oeuvre de la politique nationale en matière d'amélioration des conditions de travail : Institut National d'Hygiène et de Sécurité (INHS), Organisme de Prévention du Secteur du Bâtiment (OPREBAT), Organisme de Prévention des Assurances Sociales (qui gère le fond des accidents du travail) ainsi que les inspections du travail qui jouent un rôle de contrôle de la mise en oeuvre des dispositions réglementaires, en matière d'hygiène et de sécurité du travail.

L'INHS et l'OPREBAT constituent un support logistique pour les entreprises et fournissent une somme de prestations de services : documentation, formation, stages de sensibilisation, études techniques...

L'action conjuguée des différents organismes, bien que présentant les prémisses d'un renforcement accru, n'a toutefois pas eu l'impact escompté dans les différents domaines couverts :

- En raison du manque d'engagement des CHS à assurer les liaisons attendues entre les situations professionnelles et les activités de prévention développées par ces organismes ;
- En raison de l'insuffisante sensibilité des opérateurs économiques et des employeurs aux problèmes des risques professionnels ;
- En raison de moyens et, consécutivement, d'un volume d'activité relativement peu suffisant, ainsi que d'une démarche assez peu adaptée au contexte.

Dans le domaine de la médecine du travail et jusqu'en 1984, le principal opérateur concerné par la prévention des risques professionnels était l'ONIMET (Office National Inter-Entreprise de Médecine du Travail).

A la veille de sa dissolution, l'assiette contractuelle de l'organisme était constituée de 14.000 entreprises totalisant un effectif de 600.000 travailleurs. De 1981 à 1983, 536.499 consultations ont été effectuées dans un cadre professionnel (visites d'embauche, de contrôle, interventions,...). Les entreprises recourant aux prestations de service de l'ONIMET contribuaient, par des versements financiers, au prorata du nombre de travailleurs, et étaient suivies à échéancier plus au moins fixe, alors que les entreprises à risques ou importantes sur le plan des effectifs pouvaient créer, avec le concours de l'ONIMET, leurs propres centres de médecine du travail. Les avantages tirés du fonctionnement de l'ONIMET étaient assez nombreux dont entre autres :

- la contribution à la création d'un environnement spécifique de dépistage, de prévention et de recherche ;

– la coordination plus étroite avec les secteurs et branches d'activité permettant une approche sectorielle des problèmes de médecine du travail ;

– la cohérence des actions engagées dans le secteur de la médecine du travail.

Au plan des inconvénients, il y a lieu de souligner le détachement de la médecine du travail des autres disciplines médicales et sa non prise en charge, en tant que spécialité, aux niveaux hospitalo-universitaire et de la recherche médicale. A cela s'ajoutent les diverses contraintes de fonctionnement parmi lesquelles :

* L'insuffisante coordination entre le secteur de la santé publique et celui du travail, à l'origine d'un hiatus entre les actions développées par l'ONIMET et leur prolongement au niveau des structures de santé publique (analyses médicales, soins...).

* Une couverture inégale des secteurs d'activité : étant issu de la restructuration de groupements privés de médecine du travail, l'ONIMET s'est appuyé, pour développer son action, sur les structures existantes qui ont naguère, manifesté très peu d'intérêt pour les secteurs d'activité à risques élevés (cas des mines...).

* Le manque de moyens d'investigation et de praticiens. En 1981, pour un effectif suivi de 550.000 travailleurs, 138.444 visites médicales, 443 visites d'entreprises et 16.764 examens complémentaires ont été réalisés avec un effectif de 45 médecins. Suivant les statistiques disponibles, on peut noter à partir de 1978 un déclin du volume de l'activité de l'ONIMET :

	Nombre de travailleurs affiliés	Visites médicales	Taux de couverture
1978	457 000	215 320	47,1 %
1979	505 000	194 000	38,4 %
1980	459 000	140 000	30,5 %
1981	550 000	130 000	23,6 %

Source : ONIMET. Bilan de l'activité 1981.

La dissolution en Février 1984 de l'ONIMET a permis le transfert de ses attributions aux services de médecine du travail créés auprès des secteurs sanitaires [\[13\]](#).

A l'heure actuelle, tous les secteurs sanitaires semblent avoir procédé à la mise en place de Services de Médecine du Travail (SMT). Par contre, ainsi que nous le verrons, les conditions de fonctionnement de ces SMT offrent une panoplie de situations particulières et se heurtent à des contraintes nées de l'opacité de l'environnement dans lequel

s'insère l'activité, du manque de moyens et d'une imprécision des règles de fonctionnement.

L'identification des structures médico-sanitaires attachées à la médecine du travail conduit à évoquer, succinctement, la contribution des centres médico-sociaux (CMS). Malgré leur nombre relativement important (près de 500 dénombrés en 1984), la contribution des CMS à la médecine du travail a été jugée assez peu efficace. Le contenu de l'activité des CMS «n'offre pas de prédispositions particulières à s'intéresser à la médecine du travail, sinon sous l'angle de soins curatifs ou de visites, dans un cadre général, sans qu'il y ait, forcément, rapport avec les risques et la réalité des maladies professionnelles»^[14]. Avec la restructuration des entreprises, les CMS ont été intégrés sur le plan des conditions de leur fonctionnement au secteur de la santé publique. Certains d'entre-eux ont reconverti leur activité et servent, de ce fait, de point d'appui au niveau de l'entreprise à la médecine du travail.

Ce bref tour d'horizon du contenu de l'action développée par les opérateurs chargés directement ou indirectement de la prévention des risques professionnels conduit à plusieurs conclusions :

* La prise en charge des risques professionnels reste fragmentaire et n'est pas soumise à une réglementation appropriée ;

* Le manque de complémentarité entre différents intervenants... «il n'existe actuellement aucune coordination particulière qui permette d'organiser leur apport respectif à une prise en charge correcte de la politique de prévention des risques professionnels. Cela se traduit par une absence de clarification des concepts de la prévention réduite, le plus souvent, à la défense du patrimoine, ce qui revient à développer des services de gardiennage ou de lutte contre l'incendie au détriment de la sécurité des travailleurs des machines et des installations».

La médecine du travail ne s'est pas intégrée efficacement aux préoccupations de protection contre les nuisances professionnelles des travailleurs ; elle n'a pas pu trouver auprès des CHS, notamment, l'assise nécessaire à l'extension et au développement de ses activités.

Le cadre de l'exercice de la médecine du travail apparaît ainsi, et de prime abord, comme étant marqué par de multiples contraintes qui s'ajoutent à celles vécues par le service, lui-même, et que le chapitre suivant se propose d'examiner à la lumière de deux années d'expérience de fonctionnement des SMT.

2.2. Les conditions de prise en charge par les structures de santé publique

L'évaluation des conditions de prise en charge par les structures de santé publique peut paraître assez prématurée au regard de l'intégration récente de la médecine du travail dans le cadre de l'activité des secteurs sanitaires. En effet, l'appréciation des formes de structuration d'un service, encore marqué par l'instabilité de son

assise matérielle humaine et organisationnelle, peut manquer d'objectivité et anticiper sur une situation appelée à être améliorée et qui ne peut être jugée sur ses résultats actuels.

D'un autre point de vue, il semble nécessaire d'évaluer l'expérience acquise au bout de deux années d'activité, au moins pour esquisser certaines tendances. Si le secteur de la médecine du travail peut mûrir et se développer progressivement, suivant les moyens dont il sera doté, l'état de santé des travailleurs n'attend pas et les insuffisances observées dans la prise en charge à n'importe quel moment, se répercutent négativement sur l'état de santé des travailleurs, induisant des coûts économiques et sociaux importants, à la charge de la collectivité.

L'environnement, pesant d'un poids relativement contraignant, joue comme facteur limitatif de l'extension du champ d'action de la médecine du travail. Dans ces conditions, la portée de cette action se trouve restreinte au domaine médical, sans atteindre la dimension préventive attendue.

A l'heure actuelle, et en dehors de certains rares services qui ont fait oeuvre de pionniers et qui ont obtenu des résultats très encourageants, la médecine du travail ne dispose pas de point d'ancrage véritable au niveau des secteurs et établissements de production.

A cette configuration d'ensemble vis-à-vis du secteur de la production, s'ajoutent les contraintes particulières propres au secteur de la santé :

* Contraintes de fonctionnement de la médecine du travail en tant que service disposant d'une somme de moyens tendant à la réalisation d'un nombre précis d'objectifs, fixés réglementairement.

* Contraintes de l'articulation des services de médecine du travail aux autres services des secteurs sanitaires et des conditions de prise en charge des accidents de travail et maladies professionnelles par les structures de santé publique pour les analyses complémentaires et les soins ambulatoires et hospitaliers.

En dépit de la création généralisée de services de médecine du travail auprès des secteurs sanitaires (SS), le taux de couverture des besoins des unités de production reste insuffisant, qualitativement et quantitativement. Souvent, l'activité de médecine du travail garde un cachet plus dominé par l'aspect curatif, ce qui met en évidence le fossé qui continue de la séparer de la production. En raison du cadre de coopération médico-professionnel peu valorisé et de la faiblesse des moyens tant humains que matériels, la prévention accuse un retard assez préjudiciable au développement de la médecine du travail.

2.2.1. Organisation et activité des services de médecine du travail

Les conditions de fonctionnement des SMT, en tant que centres autonomisés, les uns par rapport aux autres, couvrent des réalités

diverses qui ne peuvent être approchées d'une manière extensive. Leur organisation n'est également pas uniforme, tant du point de vue implantation, que du niveau de développement des réseaux.

L'examen des situations vécues en matière d'organisation révèle certains cas d'adaptation assez remarquables qui contrastent avec un déphasage parfois total dans d'autres cas. L'expérience du SMT de Rouiba, à l'instar d'autre SMT, illustre un type d'organisation qui essaie de s'adapter à une forte demande née de la forte concentration industrielle qui caractérise cette région.

Le SMT du secteur sanitaire de Rouiba fonctionne à la manière d'un centre de coordination qui réalise, simultanément, plusieurs fonctions : de formation, de médecine du travail, de documentation médicale, de prestations de soins et de dépistage des MP, de coordination intersectorielle des centres de médecine du travail (CMT) implantés dans les entreprises importantes, du point de vue de leur effectif, ou présumés à hauts risques (fonction inter-entreprise).

Suivant cette organisation, le centre de médecine du travail du complexe véhicules industriels (20.000 travailleurs) fonctionne, lui aussi, à la manière d'un centre de coordination et coiffe plusieurs centres secondaires correspondant aux différents ateliers qui composent le complexe (forge, carrosserie, fonderie, usinage). Il dispose, à son propre niveau, d'un appareillage de diagnostic et de dépistage (Radiologie, laboratoire d'analyses médicales, appareils d'audiométrie, de spectrométrie, de capacité respiratoire,...) ainsi que du nécessaire pour la petite chirurgie. Le CMT dispose, également, d'un centre de formation. Chaque atelier dispose à son tour de moyens (élémentaires) de diagnostic et gère ses propres dossiers administratifs. Le suivi médical des travailleurs est facilité, comme sont rendus plus efficaces les dispositifs de protection et de prévention mis en place.

Cette organisation est spécifique ; elle est, en fait, redevable des traditions établies en matière de médecine du travail. Aussi, l'intérêt de la mise en place de centres, de médecine du travail au niveau des entreprises et se ramifiant jusqu'au sein des ateliers de fabrication, vaut sur le triple plan :

- de l'efficacité par la prise en charge des problèmes résultant de risques professionnels localisés, ce qui permet d'accumuler l'expérience nécessaire à la recherche de moyens de protection adéquats et d'investir le champ des pathologies professionnelles ;
- de la prévention, par une action de sensibilisation permanente et l'élimination progressive des facteurs de risque ;
- de la réduction des coûts imputables à l'absentéisme : réduction du temps de déplacement du malade et de l'assistante sociale, minimisation du temps d'absence grâce à un diagnostic précoce, et prise en charge des soins de premier recours.

Le C.M.T. travaille en liaison étroite avec les services d'hygiène et de sécurité, par le biais de l'établissement de programmes communs de prévention, incluant la protection médico-sanitaire des travailleurs.

En revanche, les cas d'inadaptation sont très fréquents. Ils peuvent résulter de plusieurs facteurs de blocage de nature diverse. Il s'agit du point de vue des contraintes spécifiques à la médecine du travail, du manque fréquent de moyens matériels et humains, permettant de mettre en place un dispositif, même rudimentaire, de prise en charge.

Il s'agit aussi, du point de vue de facteurs externes, du manque de sensibilisation de certains employeurs qui n'offrent pas à la médecine du travail les moyens même sommaires, de développer son activité (salle de consultation). En raison de son caractère inachevé, le cadre juridique ne précise pas les obligations des employeurs dans le domaine. Dans de nombreux cas, les rejets observés des requêtes des médecins du travail, l'ignorance des mises en demeure formulées par l'inspection du travail et les accidents répétés, ayant quelquefois, la même origine, sans pour autant qu'elle soit éliminée, témoignent d'un manque de sensibilisation des employeurs. Cette constatation n'est pas sans poser le problème de la responsabilité, devant la loi [\[15\]](#).

Si la responsabilité de l'employeur est avérée, il n'est pas fait état des sanctions encourues, ce qui encourage la passivité.

D'autres cas révèlent des services de médecine du travail réduits au contrôle de l'absentéisme au sein de l'entreprise, «encouragés en cela par l'absence d'un statut de médecin de travail codifiant, clairement, ses obligations et ses droits» [\[16\]](#).

En certains endroits, des situations potentiellement conflictuelles existent entre le médecin du travail et l'administration, en raison d'une différence sensible de points de vue dans le domaine de la soumission des travailleurs au contrôle et au suivi médicaux.

En dépit de problèmes organisationnels multiples, la médecine du travail a enregistré un accroissement du volume de son activité entre 1984 et 1985. Le résultat est, de prime abord, imputable à l'élargissement de la base de la médecine du travail ; entre le passage d'une médecine du travail centralisée, conçue à l'échelle d'un organisme inter-professionnel et la décentralisation de l'activité opérée par le biais des secteurs sanitaires, le gain en extension de couverture des risques professionnels peut être assez considérable. A titre comparatif, le nombre de consultations médicales effectuées par l'ex ONIMET, durant les trois dernières années précédant sa dissolution, s'élève globalement, toutes visites confondues, à 536.499.

En seulement deux années d'activité (84 et 85) les S.M.T. ont réalisé 737.326 visites (hors examens), ce qui apparaît comme étant relativement important, comparativement au volume des consultations réalisées par l'ONIMET. Le bilan de l'activité du SMT se présente comme suit pour les années 84 et 85 :

Activités Visites

	VISITES			TOTALS VISITES		EXAMENS	
	Embauche	Période	Spontan.	Reprise	Médicales	Radiolo.	Bidogiques
1984	40921	107983	84539	38244	271.697	49212	95166
1985	82859	178001	192458	12311	465629	115364	150625
TOTAL	123780	285894	276997	50555	737326	164576	245791
Evol. 85/84	202,5	165,0	227,7	32,2	171,4	234,4	158,3

Activités de Dépistage

	Maladies profession- nelles dépistées	Maladies à caractère profess. dépistées	Changement de postes dûs aux		
			Accidents	Mal.prof	Autres motifs
1984	474	261	2536	226	3965
1985	923	1074	3553	550	3621
Total	1397	1335	6089	776	7568
Evolution 85/84	194,7	411,5	140,1	243,4	91,3

Source : 2e C.N.P.R.P., Mars 1986.

Ainsi, entre 1984 et 1985, on peut constater un accroissement très sensible du volume de l'activité des S.M.T. L'indice de l'activité a été, en moyenne, multiplié par deux.

En relativisant l'interprétation de ces données, trois conclusions principales apparaissent en ce qui concerne les visites :

– En premier lieu, la tendance à la couverture exhaustive des visites d'embauche. Le nombre de celles-ci paraît appréciable, au regard de l'évolution quantitative de l'emploi, durant la période ;

– En second lieu, l'insuffisance quantitative des visites médicales ; celle-ci est corroborée par l'indice de couverture seulement de 23 % (correspondant à un collectif d'environ 2000.000 de travailleurs pour les régimes général et minier en 1985) et ceci sans tenir compte des visites rapprochées des collectifs bénéficiant d'un encadrement médical satisfaisant[17]. Elle est également confirmée par la relative importance des visites spontanées qui représentaient, en 1985, environ 43 % du nombre total de visites.

– En troisième lieu, une tendance à l'amélioration des conditions de prise en charge et de la recherche des causes de morbidité. Le nombre des examens biologiques et radiologiques a doublé entre 1984 et 1985 et le nombre d'analyses médicales correspondant à la

somme des consultations effectuées, exprimé en taux, est passé de 46,6 % en 1984 à 55,7 % en 1985.

Dans le domaine de dépistage, on peut également noter un accroissement sensible de l'activité, en termes relatifs, mais qui reste assez peu significative sur le plan de la quantité. Les causes sont probablement à rechercher au niveau du sous-équipement, en moyens de dépistage, qui caractérise les S.M.T. et d'une insuffisante pénétration du monde du travail.

Au total et au regard de l'évolution enregistrée sur deux années, il y a lieu de souligner le redémarrage de la médecine du travail. Toutefois, son impact reste insuffisant, tant en termes de couverture des besoins, qu'en termes d'élargissement de son champ d'activité.

2.2.2. Articulation avec les structures de soins

En matière de moyens matériels, la situation se présente d'une manière assez inégale suivant les S.M.T. dont on peut dire qu'ils sont, en général, insuffisamment équipés que ce soit en moyens d'investigation ou en moyens de dépistage.

Outre les moyens traditionnels, la médecine du travail utilise un appareillage spécifique permettant d'effectuer certaines mesures de capacité physique des travailleurs (audiométrie, acuité visuelle,...) et d'ambiance de travail (chromatographes...). Certains de ces moyens sont d'un usage exclusif et, en dehors des préoccupations manifestées par certaines entreprises pour leur acquisition, ils ne semblent pas figurer dans la nomenclature des équipements des secteurs sanitaires.

Le dépistage des maladies professionnelles exige le recours à des analyses de laboratoire qui, sans être sophistiquées, exigent néanmoins un minimum de moyens : que ce soit pour la formule sanguine, la glycémie, la recherche du bacille de Koch, ou l'hépatite... Ces examens que ce soit de laboratoire, auxquels sont, en principe, soumis régulièrement l'ensemble des travailleurs, sont pratiqués à grande échelle. Il arrive, très souvent, que les S.M.T., ne disposant pas de moyens adéquats, se voient obligés de recourir aux services de l'hôpital pour la prise en charge de ces analyses et examens complémentaires, ce qui introduit, suivant les secteurs sanitaires, une marge d'incertitude, plus ou moins grande, quant à l'aboutissement, dans les formes et délais fixés, de ces analyses.

L'analyse de l'articulation des S.M.T. avec les autres services structurant les secteurs sanitaires dénote une insuffisante intégration aux activités spécialisées. De ce fait, l'appui technique et logistique que les autres services sont censés fournir aux S.M.T. s'avère, dans de nombreux cas, très réduit. Les examens complémentaires rendus pour le dépistage des maladies professionnelles et les consultations spécialisées restent assez problématiques. Par rapport à la médecine du travail, deux facteurs sont en cause :

– Le premier a trait à l'insuffisante codification des rapports entre les structures de soins et services spécialisés et les S.M.T. qui sont obligés de recourir aux moyens lourds et légers des secteurs sanitaires pour pallier aux insuffisances de leurs équipements ;

– Le second a trait à l'inexistence d'un cadre contractuel régissant les rapports des entreprises et des structures de santé publique. Les rapports entre l'ex-ONIMET et les entreprises étaient établis sur la base de conventions assurant au premier une compensation financière calculée sur la base de la couverture projetée et de l'effectif à couvrir, et à la seconde, une prise en charge et la surveillance de l'état de santé de ses travailleurs. Après l'intégration de l'activité de médecine du travail aux secteurs sanitaires, la gratuité des soins s'appliquant au domaine, les entreprises ne sont plus astreintes aux redevances de couverture. Par ailleurs, l'accroissement du volume des effectifs couverts, consécutivement au redéploiement de l'activité de médecine du travail, ne s'est pas accompagné d'un investissement additionnel visant à couvrir les besoins induits en équipements et produits consommables.

Le problème se prolonge au niveau de la sécurité sociale qui a toujours dégagé un excédent entre les cotisations des employeurs couvrant les risques professionnels et les indemnités versées par la CNASAT aux victimes. La participation forfaitaire de la sécurité sociale au financement des budgets de fonctionnement des secteurs sanitaires ne spécifie pas le type de couverture médicale visé. Entre les différentes structures concernées, la situation reste assez confuse.

Par rapport à la prise en charge des consultations spécialisées et des examens et analyses complémentaires, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de priorité consacrée ni de filière spécifique pour la prise en charge des travailleurs. Les visites s'effectuent, quelquefois, sur recommandations personnelle du praticien ou, massivement, dans un cadre ordinaire de consultation avec rendez-vous. Les délais d'attente sont souvent longs et pèsent d'un poids relatif sur le temps de travail. Cette situation vaut particulièrement pour les petites et moyennes entreprises qui ne disposent pas de centres de médecine du travail ni de moyens élémentaires d'investigation ni même de médicaments d'urgence.

Il existe une relative inadéquation entre le caractère essentiellement curatif des soins dispensés par le secteur sanitaire et le caractère préventif attaché à la médecine du travail. La dotation de celle-ci, en moyens d'investigation spécifiques, sans préjudice de l'appui technique et logistique des autres structures du secteur sanitaire, pourrait permettre de redynamiser et d'intravertir cette activité.

La dernière observation va aux conditions spécifiques de prise en charge des pôles industriels qui concentrent des moyens humains importants et qui sont caractérisés par des risques à fort taux de survenance. Ces pôles nécessitent des moyens d'investigation plus nombreux et plus élaborés que ceux dont ils sont actuellement dotés. Les pôles industriels régionaux, étant identifiés, aucune mesure

dérogatoire ou promotionnelle ne semble avoir été prise à leur endroit : certains de leur S.M.T. ne sont pas mieux lotis que la plupart des S.M.T.

L'affectation rationnelle des moyens disponibles devrait être davantage commandée par la nature, la fréquence et la gravité des risques résultant des activités professionnelles déployées à l'intérieur d'un espace donné, plutôt que par le souci d'adjoindre un service opérationnel de médecine du travail à tout secteur sanitaire quelle qu'en soit la configuration sur le plan des risques. L'accroissement de l'efficacité de la médecine du travail et l'amélioration de l'état de santé des travailleurs passent par une répartition plus judicieuse des moyens suivant des critères de choix plus objectifs.

3- Les coûts des accidents du travail et des maladies professionnelles

Les coûts induits par les AT et MP se situent à différents niveaux des processus qui lient la victime à son environnement professionnel, social, familial...

A considérer le nombre d'accidents mortels, graves et invalidants ou entraînant une incapacité physique partielle, et l'état pathologique provoqué par certaines MP et qui requièrent des soins longs et onéreux, les pertes subies par l'économie nationale en nombre de journées de travail «perdues» ou en prestations sociales, sanitaires,... s'avèrent être assez considérables.

En raison du fait que les accidents s'attachent à des personnes exerçant des responsabilités professionnelles sociales et familiales, ces coûts, apparaissent comme étant multiformes. Ils sont, de prime abord, le résultat de plusieurs facteurs qui opèrent en concomitance :

- perte de capacité de travail qui se manifeste sous la forme d'une immobilisation plus ou moins longue (la moyenne nationale étant de 22 jours par accident) ou d'une exclusion définitive de la production ;
- détérioration de l'état de santé, ce qui nécessite une réparation plus ou moins longue et plus ou moins coûteuse ;
- perte d'autonomie de la victime qui devra s'appuyer sur toute forme d'aide et de solidarité, familiale ou sociale, pour pouvoir subsister.

Ce sont là les effets immédiats et les plus apparents des accidents du travail. D'autres effets secondaires apparaissent quand on examine les multiples cas de figures induits. Les préjudices subis, à différents niveaux, restent importants et incitent à investir d'une manière plus organisée la notion de coût pour en donner une idée qui se rapproche de la réalité et pour montrer, que du point de vue de leurs incidences secondaires, les AT et MP restent souvent incontrôlables.

3.1. Nature et contenu des coûts

La problématique des coûts des AT et MP est suffisamment large pour englober les principales conséquences, directes et indirectes, résultant de la détérioration de l'état de santé d'un travailleur. Du point de vue de leur acception générale, «the costs of illness comprise not only the direct costs of health care system, but also indirect costs, i.e., the loss of output to the economy due to the presence of illness, disability and premature death» [18].

En s'en tenant à cette approche, deux types de coûts, combinant des effets directs et indirects, sanctionnent les AT et les MP :

- Un coût d'opportunité économique et sociale.
- Un coût de réparation de la force de travail.

Le coût d'opportunité économique et sociale exprime :

- Le manque à gagner subi par l'entreprise et partant par l'économie tout entière, du fait de l'exclusion du processus de production d'un travailleur productif. Ce manque à gagner s'exprime en nombre de journées de travail perdues. Cette perte s'accompagne, en général, de perturbations au niveau des systèmes de production qui obéissent à des scénarios aussi divers que variés, suivant les circonstances de l'accident et la place de l'accidenté, dans la chaîne de production ;

- Le manque à gagner subi par la communauté, du fait de la réduction, à des degrés divers, de l'espérance de vie des accidentés, tout en suscitant un vieillissement prématuré de leur force de travail. D'autre part, les lésions et traumatismes subis par un accidenté conduisent, souvent, à son affectation à un autre poste de travail ne correspondant forcément pas aux aptitudes de l'intéressé.

Le coût de réparation de la force de travail comprend plusieurs niveaux de prestations, dont :

- Les frais de prise en charge médicale, se présentant sous la forme d'actes médicaux (soins hospitaliers et ambulatoires) et paramédicaux (rééducation, cures thermales...). Les effets indirects de coûts sont constitués par des investissements de prévention destinés à supprimer les causes de l'accident ;

- Les frais de prise en charge sociale correspondant aux indemnités de réparation versées par la CNASAT (indemnités journalières de compensation pour incapacité physique temporaire, rente permanente pour incapacité permanente, capital décès pour les ayants-droits) ;

- les préjudices subis par la famille et la collectivité d'appartenance de la victime qui sont d'abord d'ordre affectif. Le manque d'autonomie de la victime va avoir pour résultat «la mise au point d'une série de stratégies de comportements individuels et sociaux destinés à pallier les carences de l'individu malade» [19] par le biais :

- de la redéfinition d'une nouvelle division du travail au sein de la famille ;

– du recours, le cas échéant, à un système organisé de prise en charge sociale.

En raison des multiples implications suscitées par les AT et MP à différents niveaux de la chaîne des processus, il apparaît très difficile de quantifier l'ensemble des coûts induits, certains ne se prêtant à aucune possibilité de quantification, d'autres nécessitant une information souvent indisponible.

Aussi, nous nous limiterons à retracer brièvement le contenu des coûts économiques résultant du manque à gagner, subi par les entreprises, des coûts de réparations sanitaires et de prise en charge par la CNASAT, ces trois postes de coût monétaire étant les plus importants et les plus significatifs.

3.2. Le coût d'opportunité économique

Son incidence la plus directe et la plus expressive résulte, essentiellement, de la perte de production consécutive aux arrêts de travail. L'hypothèse sous-jacente à la quantification de cette perte de production est de considérer qu'un travailleur immobilisé pour des raisons de santé (AT ou MP) procure à l'entreprise et, partant, à l'économie nationale, un manque à gagner équivalent à la productivité moyenne qu'il réalise en période d'activité^[20].

Le calcul de ce manque à gagner se base sur la productivité moyenne, exprimée sous forme de valeur ajoutée, par emploi, observée pour un certain nombre de branche d'activité économique. Etant donné les limites introduites par l'insuffisance de données statistiques, cette évaluation ne sera effectuée que pour les secteurs couverts par le régime général des assurances sociales pour lesquels l'information est disponible (industrie, BTP, commerce). Pour, également, des raisons d'indisponibilité de l'information, elle ne sera établie que pour l'année 1982. Les données de base utilisées pour ce calcul sont :

- l'emploi total, toutes catégories confondues ;
- la valeur ajoutée au coût des facteurs ;
- les AT et MP en ce qu'ils impliquent comme journées de travail perdues, comme incapacité physique partielle et pertes dues aux décès.

Il a été retenu comme hypothèse, suivant en cela l'évolution fournie par le BIT, qu'un décès équivalent à un taux d'IPP de 100 % correspond, en moyenne, à 6.000 journées de travail perdues.

La démarche adoptée consiste à calculer une valeur ajoutée, par emploi, et par branche d'activité économique, et ainsi à déterminer la part relative de la V.A. perdue à partir de la conversion de l'IPP, décès et absentéismes induits par les AT et MP en unités-travail.

Il y aurait probablement certaines choses à dire à propos de la démarche utilisée au sens critique, notamment par rapport aux normes et moyennes utilisées. Les résultats obtenus éclairent,

cependant, en ordre de grandeur, les pertes réelles ou potentielles subies.

Suivant les résultats obtenus, l'économie nationale a perdu en 1982, en équivalent V.A., la somme de 4160 millions de DA représentant 2,79 % de la V.A. totale créée par les secteurs étudiés. Cette somme représente près de 10 % de la masse des salaires versés durant l'année (hors agriculture).

En valeur absolue, le secteur des hydrocarbures enregistre le volume de perte le plus important en raison de la forte V.A. qu'il crée. Il est, en cela, suivi par le secteur du BTP dont le volume des pertes est expliqué par le nombre prépondérant des AT enregistrés. En valeur relative, ce sont les secteurs des mines et matériaux de construction (pierres et terre à feu) qui enregistrent avec près de 5,5 % le taux de V.A. perdue le plus élevé ; ils sont, en cela, suivis par le secteur de la chimie. Ces taux peuvent être significatifs d'un niveau de risque plus élevé pour ces secteurs.

3.3. Le coût de réparation sanitaire

Le coût de réparation sanitaire pose également de multiples problèmes d'évaluation en raison de l'inexistence d'une comptabilité, par filière de soins, au niveau des structures de santé publique ; les dépenses de santé de certaines entreprises sont, elles-mêmes, confondues dans leur budget social et n'apparaissent pas de façon distincte.

Une tentative d'évaluation des dépenses effectuées par les structures de santé publique peut être faite, en prenant comme base de calcul :

- Le volume des effectifs des SMT.
- Les budgets des secteurs sanitaires.
- Le nombre total des consultations médicales.
- Le nombre de consultations réalisées dans le cadre des SMT.

L'hypothèse principale sous-jacente à cette quantification est de considérer qu'une visite médicale réalisée par un SMT peut être suivie d'effets sur le plan des examens complémentaires, mettant en oeuvre les moyens des structures hospitalières, dans les mêmes proportions moyennes que les consultations réalisées dans un cadre ordinaire. Dans ces conditions, le nombre de visites médicales réalisées est significatif d'un volume d'activité.

La plus grande partie du budget des secteurs sanitaires étant consacrée aux dépenses de personnel, il convient de pondérer par le volume des effectifs utilisés par les SMT ; de même qu'il s'avère nécessaire d'exclure les dépenses d'alimentation destinées exclusivement aux hôpitaux.

Évolution des maladies professionnelles déclarées

<i>Année</i>	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Nature de l'affectation :								
Intoxication par toxiques minéraux et composés du carbone	8	7	65	86	44	23	26	12
Intoxication par toxiques organiques	1	3	1	2	2	14	12	14
Pneumoconioses	13	34	17	37	89	160	181	171
Dermatoses et manifestations allergiques	59	93	69	64	55	72	96	141
Affectations causées par les ambiances physiques	17	62	90	8	44	46	38	64
Maladies professionnelles infectieuses et parasitaires	4	11	10	3	4	5	31	66
Non précisée	34	48	27	53	89	14	14	62
TOTAL	136	258	279	253	327	334	398	530

Source : CNASAT, Bulletin de Statistiques Courantes O.N.S., Décembre 1987.

Fermer

Imprimer

Les éléments qui entrent dans l'évaluation des coûts sont les suivants (pour l'année 1985) :

* Le budget des secteurs sanitaires était de 6.368,5 Millions de DA dont 4.293,7 Millions de DA et 300 MDA ont été consacrées respectivement aux dépenses de personnel et à l'alimentation.

* Le nombre de visites médicales effectuées s'est élevé à 31,5 Millions dont environ 500.000 effectuées dans un cadre professionnel[21].

* Le nombre de médecins en exercice était évalué à 1.500 (hors secteur privé) dont 1.850 spécialistes et le personnel para-médical à 60.000.

* Le secteur de la médecine du travail employait en 1985 environ 300 médecins généralistes et spécialistes et environ 300 agents para-médicaux, des techniciens de la santé, pour l'essentiel.

Suivant ces données, on a pu calculer que près de 75 MDA ont été consacrés pour le fonctionnement des SMT en 1985, se répartissant en 45 MDA pour les frais du personnel et 28,8 MDA pour les soins, la prévention et les autres consultations spécialisées.

La désagrégation de ces résultats donne :

– un coût unitaire moyen en frais de personnel par médecin ou équivalent-médecin de 9.300 DA mensuel (charges sociales comprises) ;

– un coût unitaire moyen de la consultation (y compris soins et analyses médicales) de 130 DA.

A titre comparatif, le coût moyen de la consultation calculé sur la base du budget prévisionnel de l'année 1983 de l'ex. ONIMET était de 134 DA correspondant à un volume global prévisionnel de 380.000 visites médicales.

Cet ordre de grandeur reste purement indicatif en raison du fait que l'ONIMET subissait des frais de fonctionnement assez importants.

3.4. Le coût de prise en charge sociale

Le coût de prise en charge sociale est principalement constitué par les prestations que versent l'administration et l'organisme de sécurité sociale aux accidentés ou aux ayants droit (capital décès).

Les prestations fournies par la CNASAT comprennent les frais médicaux et pharmaceutiques qui sont directement remboursés aux accidentés et différentes indemnités versées aux victimes ou à leur ayants droit :

– indemnités journalières pour les interruptions limitées de travail ;
– rentes d'incapacité physique totale ou partielle pour les victimes

d'accidents graves invalidants ;

– capitaux-décès pour les ayants droit des victimes d'accidents mortels.

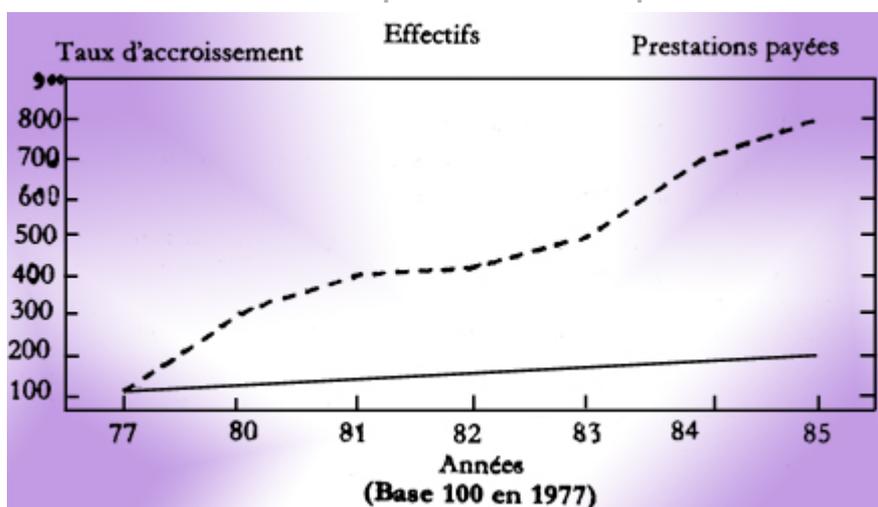
Les dépenses afférentes aux AT et MP sont couvertes à concurrence de 2 % de la masse globale des cotisations versées à la caisse, lesquelles représentent 29 % de la masse des salaires (se répartissant à raison de 24 % à charge de l'employeur et 5 % à charge du salarié pour le régime général). Les 29 % provenant des cotisations sont réglementairement répartis de la manière suivante :

– Assurances sociales :	14
%	
– Retraite :	7
%	
– Prestations familiales :	6 %
– Maladies professionnelles et accidents du travail :	2 %

Le volume des ressources dégagées correspondant à la quote-part des AT et MP représentait en 1985, une somme de 1.312,4 Millions DA. Le volume des prestations fournies par la CNASAT en compensation représentait 760 Millions DA, ce qui dégage un excédent net de 552,4 Millions DA. Une partie de cet excédent sert à couvrir les actes médicaux fournis par les structures de santé publique, sans avoir une idée précise des frais.

Les prestations payées par la caisse, bien que largement couvertes par les cotisations, sont en hausse régulière et ont été multipliées par plus de 12 sur une période de 10 ans, passant de 39,4 MDA en 1975 à 479,2 MDA en 1984. Cette évolution est significative du phénomène d'aggravation des accidents du travail.

Évolution comparée des taux d'accroissement des volumes des effectifs assurés et des prestations versées par la CNASAT



Complémentairement aux prestations versées par la CNASAT, il y a lieu de tenir compte des dotations pour accidents du travail inscrites

au budget des administrations centrales (régime fonctionnaire). Celles-ci représentaient en 1985, la somme de 15 Millions DA. En 1981 les dotations se situaient aux alentours de 6 MDA. Les dotations les plus importantes sont inscrites à l'actif des Ministères de l'Intérieur et des Collectivités Locales (1,97 MDA), de l'Education Nationale (1,57 MDA), de l'Hydraulique, de l'Environnement et des Forêts (4,27 MDA), des Travaux Publics (3 MDA) au titre de l'exercice 1986. Ces secteurs ont une dimension opérationnelle qui présente une somme de risques correspondant aux activités déployées. En réalité, les taux de consommation des crédits ouverts étant inconnus, il demeure difficile d'apprécier les choses à leur juste mesure.

Au titre des dépenses de prévention, l'action conjointe de l'OPREBAT et de l'INHS «soutenue» financièrement par l'organisme de prévention de la sécurité sociale est à prendre en compte. Chacun de ces deux organismes a dépensé "grosso-modo" 15 Millions DA au titre de l'exercice budgétaire 1985.

L'organisme de prévention de la sécurité sociale a été, quant à lui, doté d'un budget initial de 16 MDA pour l'année 1986 et qui a servi à concurrence de 6 MDA, à financer les activités de l'INHS (prestation d'étude). Le reliquat finance ses propres activités et projets de prévention, notamment l'élargissement de la base d'information statistique du secteur.

Cette approche générale, bien que reflétant la réalité des processus de formation des coûts, ne saisit cependant pas pleinement la dimension des coûts sociaux induits en raison des problèmes de délimitation et de quantification qui leur sont attachés. Ces coûts sont principalement imputables :

- à la mortalité précoce des sujets gravement atteints et par là même à la réduction de l'espérance de vie des catégories de travailleurs les plus exposés aux risques ;
- au placement «social» des handicapés à des postes spécifiques requérant peu d'efforts physiques, mais ne correspond probablement pas aux aptitudes de l'intéressé ;
- à la prise en charge des accidentés et handicapés par les établissements spécialisés de la protection sociale. L'accroissement du nombre des handicapés acquis implique le développement d'un système d'assistance sociale et d'infrastructures permettant de répondre à des besoins spécifiques : centres de rééducation, établissements de cure, centres de repos...

Conclusion

A la faveur de l'analyse des causes et des incidences socio-économiques des AT et MP, la conclusion immédiate qui se présente est de dire que le domaine des risques professionnels est insuffisamment investi et pris en charge, à tous les niveaux de responsabilité impliqués, et que la pluralité des intervenants et des

formes d'intervention, plus au moins réglementées, diluent les responsabilités et atténuent l'impact et l'efficacité des actions entreprises.

La médecine du travail qui a la charge de suivre médicalement les travailleurs et de veiller aux conditions sanitaires et de sécurité du travail, ainsi qu'à l'adaptation des travailleurs à leur poste, ne remplit pas intégralement sa mission et présente des signes de carence. Si le secteur de la médecine du travail, dans sa globalité, semble avoir mûri précocement, ayant bénéficié de l'apport de l'expérience de l'ONIMET et de la ténacité de certains praticiens qui ont fait de leur profession un véritable sacerdoce, les difficultés auxquelles il se trouve actuellement confronté introduisent une note d'incertitude pour atteindre sa véritable dimension et raison d'être à court terme.

La médecine du travail ne saurait, en effet, être réduite à des visites d'embauche et de dépistage – pour peu que celles-ci bénéficient de moyens d'investigation adéquats – ainsi que les tendances actuelles le laissent paraître. Elle doit, au contraire, s'intégrer, en symbiose au monde du travail, pour une couverture préventive efficace des risques professionnels.

Pour ce faire, il y a lieu :

- de définir les prérogatives et le champ d'activité que doit couvrir la médecine du travail et d'investir le médecin du travail de l'autorité nécessaire ;
- d'ouvrir, en toute priorité, les structures de soins aux travailleurs, suivant les exigences de la prévention des risques professionnels en définissant des canaux appropriés de prises en charge ;
- d'instaurer une complémentarité entre les parties impliquées dans le processus de la prévention des risques professionnels et de réactiver le fonctionnement des CHS.

L'estimation des coûts produits par les AT et les MP montre que le pays subit une charge financière excessive, qu'il est possible de réduire d'une manière très avantageuse par une prévention et une prise en main du domaine plus renforcées.

Une mention spéciale va au secteur privé industriel et à celui de l'agriculture qui ne bénéficient d'aucune couverture organisée, aussi sommaire soit-elle. La part prépondérante de l'emploi que ces deux secteurs concentrent, les conditions de travail astreignantes, souvent en marge des conditions postulées par la législation du travail, que propose l'un et les présomptions de risques importants qui demeurent insuffisamment investis sur le plan pathologique, qui affectent l'autre doivent constituer des motifs suffisants pour leur accorder un plus grand intérêt.

Notes

[*] Chef de Département à l'O.N.S

[1] Levy, Bungener, Dumenil, Fagnagi : *Economie du système de santé*, p. 310 et suivantes, Dunod, 1975.

[2] H. Bartoli : «*Economie et création collective*», *Economica*, 1977, p. 181.

[3] La proportion des accidents, avec arrêt, par rapport à l'ensemble des accidents déclarés se situe aux alentours de 70 %. La non-déclaration reste le fait des grandes entreprises qui arrivent à fournir des soins aux accidentés, sans faire de déclarations, évitant ainsi de s'exposer aux pénalités prévues par la législation du travail. D'autre part, et par rapport à l'ensemble des adhérents affiliés à la CNASAT et qui représentait 63.577 employeurs en 1982, seulement 13,5 % ont déclaré au moins un accident avec arrêt.

[4] Première conférence nationale pour la prévention des risques professionnels, FLN, Mars 1984.

Confère également le dossier sur l'hygiène, la sécurité et la prévention des risques professionnels établi par l'UGTA à l'occasion des journées d'études des 2 et 3 Avril 1984.

[5] Lowe, Kostzewski : *Epidémiologie : Un guide pour les méthodes d'enseignement*, Editions Médicales Polonaises, p. 3.

[6] H. Bartoli : *op. cit.*, p. 230.

[7] En Algérie, le problème a été soulevé dans le secteur de la confection dominé par le travail féminin. La hauteur des machines et le décalage existant entre le siège et la machine, par rapport à la taille de l'opératrice, confèrent une relative pénibilité au travail effectué qui tend, souvent, à s'accompagner de courbatures.

[8] Suivant une enquête de l'ONIMET (Organisme National Interprofessionnel de Médecine du Travail, actuellement dissous) et sur un échantillon de 600 unités de production industrielle du secteur public, 50 % des machines utilisées ne sont pas pourvues d'un dispositif de protection et 34 % des unités ne fournissent pas l'équipement individuel de sécurité au travailleur.

[9] «*Larousse encyclopédique*».

[10] H. Desoille : «*La médecine du travail*», *Que sais-je*, 1967, p. 62 et suivantes.

[11] H. Frémont – M. Valentin : «*L'ergonomie, l'homme au travail*», Dunod, 1977, p. 27.

[12] Pour un exposé plus détaillé sur la question, confère le rapport établi à l'occasion de la 1ère CNPRP.

[13] Arrêté ministériel n° 00399 du 25 novembre 1984 portant création et organisation des services de médecine du travail au sein des secteurs sanitaires.

[14] Rapport bilan de la 1ère Conférence Nationale pour la prévention des Risques Professionnels.

[15] Suivant les articles 13 et 14 du S.G.T., l'employeur est rendu responsable devant la loi des risques professionnels survenus.

[16] Rapport de la première C.N.P.R.P.

[17] La périodicité des visites est, en principe, fixée par voie réglementaire. Elle dépend de la nature des risques encourus et de la période d'incubation des différentes maladies suivant les types de risques identifiés comme tels.

[18] B. Lindgren : *The cost of illness in sweden 1964-1975*, p. 278. Textes présentés par E. Levy in *Accounting for Health Economica 1982*. «Les coûts de la maladie comprennent non seulement les coûts directs du système de soins, mais aussi les coûts indirects, c'est-à-dire la perte de production imputable à la maladie, aux invalidités et aux décès prématurés». (Traduction).

[19] P. Maillet, P. Larde : *Evaluation des conséquences économiques et sociales de divers états pathologiques*. Revue consommation n° 3 et 4, 1979.

[20] Il existe certaines objections à cette démarche mettant en exergue le coût de remplacement quasiment nul pour l'entreprise du travailleur à son poste, notamment en période de chômage. Ce point de vue peut avoir une signification suivant un raisonnement de type micro-économique. Au plan macro-économique, il perd sa crédibilité en considération des principes de l'économie du travail. Le coût de la détérioration de l'état de santé d'un travailleur est supporté par la collectivité et se réalise davantage à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'entreprise et reste, en tout état de cause, supporté par la collectivité.

[21] Il y aurait lieu de majorer le nombre de visites médicales effectuées dans un cadre professionnel, en raison du fait que certains secteurs sanitaires n'avaient pas manifesté d'activité de médecine du travail en 1985

et, qu'en conséquence, les visites ont eu lieu dans un cadre ordinaire, ceci sans mentionner les visites libres ou spontanées pour des traumatismes ou des états pathologiques d'origine professionnelle.

FATIMA ZOHRA OUFRIHA[*]

Les perspectives d'harmonisation des systèmes de soins à partir de la branche pharmaceutique au Maghreb

Communication présentée pour le colloque de l'Association des Economistes du Maroc sur les perspectives scientifiques de construction du Maghreb – Rabat, Avril 1987

La construction d'une économie maghrébine appelle un certain nombre de **"politiques communes"** : tarifaire, douanière, des changes... qui au minimum se doivent être des politiques d'harmonisation car ce sont des **"politiques cadres"** fixant les règles du déroulement de l'activité économique, soumise alors aux mêmes contraintes et qui fonctionnerait ainsi en complémentarité dans le double sens Est-Ouest et non plus seulement selon les axes "coloniaux" Nord-Sud qui, il faut le rappeler, ne sont point naturels – mais ont été construits et sont le fruit d'actions conscientes, délibérées de rattachement de nos économies sous forme dépendante et subordonnée au fonctionnement de l'économie métropolitaine.

Pourquoi ne nous attacherions nous pas à défaire, à lever patiemment ce qui reste de nos entraves et à poser les jalons nécessaires à une mutuelle et féconde complémentarité ? Ce qui suppose une volonté politique forte capable de transcender le contentieux politique algéro-marocain d'une part et d'autre part de mieux saisir les mutations en cours, lesquelles se caractérisent par la constitution de grands ensembles économiques. Aussi, dans le contexte actuel, la construction d'une économie maghrébine ne peut signifier que la **construction d'un système productif cohérent à l'échelle du Maghreb** et non pas seulement à l'échelle de l'un quelconque des Etats – lesquels se sont employés, il faut le dire, en ordre dispersé, à poser les jalons d'un système productif industriel et dont les agricultures ont été plus ou moins affectées, plus ou moins reconverties, se montrent plus ou moins "inefficaces" selon le type de spéculation et sa place soit dans la consommation alimentaire de base ou dans le modèle exportateur et donc une dépendance à l'exportation (et à l'importation) plus ou moins forte.

Cette construction coordonnée ne peut se faire que par **étapes successives** à partir d'un **existant**, dont il faudra apprécier alors les forces et les faiblesses d'une part et les possibilités de "raccordement" ou de complémentarité moyennant investissements

supplémentaires qui viendraient lever les goulots d'étranglement (ou les vides) éventuels.

Il nous semble, bien que nous n'en ayons pas fait l'inventaire exact, que les politiques d'industrialisation dans leur diversité, voire leurs antagonismes du départ, ayant privilégié des branches et des secteurs d'activités différents, ayant opté pour des choix technologiques non similaires ; les uns s'étant situés plus en amont, d'autres plus en aval dans la chaîne des transformations qui lient les matières premières au produit final ; se retrouvent finalement beaucoup plus **complémentaires** que concurrentes – les unes étant orientées vers la production de biens d'équipement ou intermédiaires, les autres plus vers les biens de consommation finale.

Les unes et les autres butant certes sur des maîtrises technologiques plus ou moins faciles à acquérir – mais ayant toutes aussi des problèmes de débouchés – c'est-à-dire si elles veulent utiliser l'intégralité de leurs capacités de production, si elles veulent se développer aussi : car seuls alors des marchés élargis peuvent "rentabiliser" et tout d'abord "permettre" c'est-à-dire autoriser l'utilisation de moyens de production conçus pour de grandes séries.

Sans compter que finalement les seules "valorisations" de nos matières premières – pour la disponibilité desquelles aussi nous sommes plus en situation de complémentarité que de concurrence : les uns étant grands producteurs de pétrole ou de gaz, les autres de fer ou de phosphates, permettent de **concevoir une industrie de biens d'équipements à l'échelle du Maghreb**, mais aussi des schémas hardis de transformations successives en des localisations soucieuses de mettre à contribution et d'utiliser toutes les potentialités, en termes de ressources naturelles mais aussi humaines ou tout autre avantage (à déterminer).

L'élargissement des marchés en cette période de crise où nous cherchons à "maximiser" nos exportations, à minimiser le coût de nos importations, peut être plus facilement réalisé intra-maghreb : les différentes économies n'étant pas en position de domination les unes par rapport aux autres – mais l'étant vis-à-vis de la C.E.E (ou du marché mondial capitaliste) qui ne cesse de progresser dans la construction d'une "Europe solidaire" alors que le "Projet maghrébin" se trouve toujours bloqué à l'étape zéro. La dimension des marchés étant un des points de butoir les plus importants pour l'implantation de nombreuses activités productives (le cas des biens d'équipement est peut-être le plus patent – mais beaucoup d'industries de biens de consommation qui ne peuvent se concevoir qu'à grande échelle) une libéralisation des échanges intra-maghreb pourrait être la première étape à organiser pour la constitution d'un vaste marché des produits – mais aussi l'extension des marchés des facteurs de production y compris celui du travail : peut-être que beaucoup de distorsions et de rigidités pourraient être levées par ce biais.

La construction d'une économie maghrébine constitue aussi une alternative possible de "sortie de la crise", et c'est peut-être en

fonction de la nouvelle donnée internationale, à prendre en considération^[1] des expériences passées et présentes de développement : elle peut constituer la contrainte, en même temps que le catalyseur nécessaire qui a manqué durant les périodes "d'aisance" financière ou autres.

Cependant si la réflexion, même partielle, concernant les perspectives de construction du Maghreb a abordé plus ou moins les politiques macro-économiques d'ensemble dans leurs aspects "cadres" ou règles du jeu, si elle s'est penchée sur les possibilités d'harmonisation sectorielles, s'est très peu intéressée aux possibilités d'harmonisation des politiques sociales comme mise en place de mécanismes intégrateurs ; non pas uniquement les politiques sociales globalement appréhendées, mais aussi dans leurs aspects qui conditionnent le coût de la reproduction de la force de travail, c'est-à-dire dans ceux qui déterminent les charges sociales des entreprises et qui sont aussi un des éléments constitutifs de la compétitivité des entreprises (toutes choses égales par ailleurs) et donc peuvent être considérées comme règles du jeu, non pas de l'économie globale mais des entreprises, de la même façon que les politiques de prix ou les politiques salariales... sans compter que ces mécanismes intégrateurs peuvent jouer aussi au niveau de l'ensemble de la société ou de certains agents sociaux particuliers (la population active) : tel serait le cas des politiques d'éducation ou de santé par exemple.

Il est facile de voir comment peuvent jouer dans ce dernier aspect les politiques d'éducation – formation par l'homogénéisation des productions de connaissances, de qualification, de perception et d'attitudes devant le développement...

Concernant les perspectives d'harmonisation des politiques et des systèmes de santé elles peuvent s'appréhender à un triple niveau :

– Les modalités de prise en charge de la couverture sanitaire et d'appréciation de leurs résultats lesquels pourraient donner lieu à des coopérations, à des échanges de résultats de recherches qui dépasseraient le cadre strictement médical, certes utile et relativement développé ces dernières années, mais insuffisant pour analyser les "systèmes" en place et proposer des solutions aux problèmes qu'ils affrontent dans une perspective de mise en place de problématiques nécessaires à des politiques de santé mieux adaptées aux problèmes sanitaires de l'ensemble de la population.

– Un palier plus significativement du ressort de l'analyse économique concerne les modalités de financement de ces systèmes en particulier dans la partie ayant trait aux dépenses socialisées – budget de l'Etat – mais surtout Sécurité Sociale, dans la mesure où les cotisations de cette dernière sont assises sur les salaires – et constituent "des charges sociales" du point de vue des entreprises et un revenu indirect du point de vue des salariés.

– Enfin un aspect spécifique concerne la prise en considération des inputs matériels de la santé : médicaments, matériel bio-médical qui relèvent d'une politique industrielle sectorielle et donc peuvent être plus facilement l'objet d'harmonisation dans l'étape actuelle.

I – Les systèmes de santé au Maghreb et leurs résultats

Dans la situation actuelle, c'est-à-dire compte tenu de toutes les mutations subies à ce niveau, et si nous voulons relever les points de convergence capables de fonder des politiques d'harmonisation de la couverture sanitaire – elles-mêmes basées sur ces réflexions et recherches tentant de montrer les voies d'une efficacité qui ne soit point partielle – (c'est-à-dire uniquement médicale) on pourrait mettre en avant les aspects suivants au-delà de la divergence des approches, des organisations et des moyens mobilisés.

1) La similitude quant **aux profils de morbidité observés** dans les trois pays, jusque et y compris dans leurs bouleversements récents – qui traduisent la similitude de substrats économique et social – version ancienne et moderne.

En effet, à la prépondérance et à la persistance des maladies "traditionnelles" transmissibles (conférer tableau de la structure de consommation pharmaceutique par classe thérapeutique) relevées de façon semblable et découlant des conditions de milieu en particulier d'hygiène, d'habitat et de nutrition, se superpose la multiplication récente et similaire des maladies liées au développement des formes de travail et de vie, de formes nouvelles d'urbanisation, de transport, d'industrialisation, d'accidents du travail, accidents de la circulation ou de façon large aux nouveaux modes de consommation (maladies cancérogènes et cardio-vasculaires).

On note aussi l'inégale exposition des différentes couches de la population, quoique à des degrés divers selon les trois pays, aux fléaux anciens lesquels ne peuvent être vaincus que si ne prévalent pas des attitudes strictement médicalisatrices, comme cela a été le cas jusqu'ici.

D'où une superposition paradoxale à plus d'un titre de pathologies, certes non uniques, mais présentant une certaine spécificité dans leurs connexions quant à l'aire maghrébine.

2) La similitude quant à **la démarche d'extension et de diversification** (en particulier dans le sens d'une plus grande technicisation et spécialisation) des systèmes de soins, selon des logiques non totalement réductibles l'une à l'autre, bien plus apparemment divergentes (avec au moins d'un côté celle du Maroc et de l'autre celles de l'Algérie et de la Tunisie qui présentent beaucoup d'affinités) encore qu'il faille aller au delà de certaines apparences formelles pour voir si des mécanismes plus subtils et plus fins (ne serait-ce que les "influences" de départ et celles s'exerçant de l'extérieur) n'ont pas pesé, et dans quels sens ? De quelle façon elles ont modelé les logiques des principaux acteurs (corps médical en

particulier). Cependant, un fait patent domine celui de la très forte croissance tant des infrastructures sanitaires, publiques et privées, que des personnels de santé dont les modalités d'insertion pour n'être pas identiques dans les trois pays n'en présentent pas moins des similitudes, au moins au niveau de l'Algérie et de la Tunisie – quant aux rapports avec l'Etat, et les différents types de statut qui leur ont été "consentis" ou qu'ils ont imposé – sans compter que des problèmes se posent actuellement pour les trois pays quant aux capacités d'absorption des flux des nouveaux diplômés alors que subsistent par ailleurs des pénuries : pénuries localisées spatialement qui font pendant aux nouveaux types de pléthore...

De plus, dans les trois pays et à des degrés différents certes, cette croissance des systèmes de soins s'est faite de façon extensive, ce qui soulève alors le problème général de leur fonctionnement plus intensif par ailleurs, utilisation ou combinaison des facteurs de production et de l'ensemble des inputs qu'ils mobilisent – et en particulier des produits pharmaceutiques.

Tableau n° 1

Comparaison des consommations pharmaceutiques par classe thérapeutique en Algérie et au Maroc

Algérie : profil des consommations pharmaceutiques : pour l'année 1982 et établi en quantités de médicaments délivrés par les structures centrales de la P.C.A aux secteurs sanitaires et aux officines :

- anti-infectieux : 23,7 %
- les médicaments du système nerveux y compris les anti-inflammatoires : 10,5 %
- les médicaments de la peau et des muqueuses : 9,3 %
- les médicaments à usage ORL et OPH : 8,5 %
- les médicaments des voies respiratoires : 7,8 %
- les médicaments gastro-duodénaux : 7,4 %
- les vitamines : 5,7 %
- les hormones et substituts : 4,5 %
- les cardio-vasculaires : 1,8 %

Par forme pharmaceutique, toujours en unités de vente les comprimés viennent en premier (57 millions d'U.V) suivis des injectables, des sirops, des suppositoires.

Maroc : les classes thérapeutiques "Vedettes" : 50 % des ventes selon *Afrique Médecine Santé* sont :

- les antibiotiques : 20 %
- les anti-inflammatoires : 5 %
- les anti-tussifs : 5 %
- les antalgiques : 6 %
- les anti-ulcéreux : 3 %
- les anti-diarrhéiques : 3 %
- les toniques : 3 %

Le tableau précédent donné à titre indicatif ne doit être interprété comme décalque réel des structures de morbidités tant diagnostiquées qu'objectives. La connaissance des profils de consommation par classe thérapeutique mérite d'être mieux cernée pour mieux préciser leur rapport à la morbidité compte tenu de leur inflexion par les pratiques de prescription, par celles d'auto-consommation, lesquelles se fondent elles-mêmes sur les modalités de formation et d'information du corps médical et du public. Les morbidités réelles ne pouvant être mises en évidence que par des études épidémiologiques lesquelles permettent tant une meilleure connaissance des prévalences, incidences... des différentes pathologies ainsi que des chaînes de causalité où intervient tout l'environnement socio-économique.

3) La similitude quant à **la relative médiocrité de leurs performances sanitaires** – au vu des moyens et des ressources mobilisées – appréciées en termes de niveaux de santé : même si l'on se limite aux seuls indicateurs que l'on considère sur le plan mondial comme étant les plus significatifs des résultats de l'activité d'un système de santé : mortalité infantile et taux d'espérance de vie à la naissance, ou que l'on prenne en considération la place des maladies transmissibles dans la pathologie d'ensemble ou qu'enfin on se rende compte que trop de pathologies qui nécessitent des prises en charge collectives le sont de façon bien insuffisante (santé mentale, handicapés, accidentés de la route...).

Ceci, en dépit de structures divergentes quant au niveau de la protection et de la socialisation de la dépense – mais qui semble résulter d'une similitude quant aux conceptions de la santé développées lesquelles se réduisent fortement à des médicalisations plus ou moins accentuées (en fonction des modalités de financement de la dépense de consommation médicale).

4) La similitude quant aux formes de dépendance extérieure révélée par la forte **externalisation des conditions de reproduction des systèmes de soins** dont certains inputs significatifs proviennent largement de l'extérieur : médicaments, matériel bio-médical, prestations de maintenance – sinon matières premières, licences et know-how nécessaires à la formulation pharmaceutique. La forte externalisation des conditions de fonctionnement prenant aussi forme de recours à des personnels spécialisés étrangers malgré les pléthores partielles qui commencent à se manifester mais surtout d'envois pour soins spécialisés aux hôpitaux étrangers[2].

Sans que l'on puisse se prononcer de façon définitive sur la nature du processus en cours et de l'articulation qu'il met en place au niveau des systèmes de soins, en bref, de leur caractère passager, non permanent et qui serait la traduction d'un phénomène conjoncturel lié à la mise en place des systèmes ou au contraire de leur caractère durable et structurel... et ce, d'autant que les trois pays semblent s'être dotés d'équipements médicaux sophistiqués et de plateaux techniques "qui n'ont rien à envier aux pays développés et d'un personnel médical de niveau international"[3] qui semblent

cependant faiblement utilisés mais pour des raisons totalement différentes. Si T. Lethu dans l'article précité met en avant le problème de la généralisation de la couverture sociale comme préalable à l'accès aux soins en général et donc le problème du financement de la médecine non résolu qui joue comme frein au Maroc, on ne peut dire qu'il en soit de même en Algérie où le problème de l'accès aux soins a été levé, par financement collectif, lequel n'empêche pas toutefois la manifestation de sous-utilisations de ce type d'appareillage qui constituent un des aspects des surcoûts que nous nous attachons à analyser pour l'Algérie[4].

En tout état de cause, nous remarquons que dans les trois pays, les C.H.U. sont conduits parfois à des prestations de "dispensaires" provoquant des encombrements de services et des entraves de fonctionnement, et que ce sont eux les ordonnateurs des "évacuations sanitaires à l'étranger" ! : curieux paradoxe.

5) Aussi n'est-il pas étonnant que dans les trois pays, même si c'est à des degrés divers et sous des formes différentes, se manifeste actuellement une crise du financement des systèmes de soins en place, suite en particulier mais non exclusivement, à la forte extension des dépenses occasionnées – crise révélée et aggravée par le contexte économique global même si ces sources peuvent être endogènes aux systèmes.

C'est ainsi qu'en Algérie la crise actuelle du système de financement est essentiellement une crise de la forme socialisée du financement qui affecte en premier lieu les hôpitaux. Cette crise était inéluctable et ce, malgré l'extension considérable des ressources prélevées sur les Entreprises et les Ménages via la Sécurité Sociale obligatoire et généralisée, et mises à la disposition du système, et ce, du fait des taux de croissance enregistrés depuis 1974 (mise en place de la gratuité) et qui, en toute hypothèse, ne pouvaient être reconduits tels que – d'autant et ceci est plus grave que son efficacité endogène, (par rapport à la logique d'un système de soins) et exogène : par rapport à la pertinence de la réponse apportée aux problèmes majeurs de santé publique (malgré des efforts incontestables et considérables) reste faible et que des mécanismes de sélection-hiérarchisation des problèmes à prendre en charge n'ont pas été prévus, ni une gestion efficace conçue à cet effet. On peut dire la même chose pour le Maroc à quelques variantes près sur ce dernier point – cependant la crise de financement du système de soins y est totalement à l'opposé de celle de l'Algérie puisque, au contraire, seulement 13 % de la population bénéficie de la couverture médicale et du tiers payant[5] et que pour lui se pose le problème de la généralisation de la couverture sociale et donc de son financement – pour éviter le sous-emploi à terme et la survie de ces coûteuses réalisations[5] le problème étant alors non pas de créer de nouvelles infrastructures mais d'en ouvrir l'accès au plus grand nombre.

Après la phase "d'euphorie", les aspects économiques et financiers en viennent à tenir la première place dans la préoccupation des responsables publics, obligés d'un côté de penser et de mettre en

place des mesures de rationnement des dépenses publiques et de façon plus large des dépenses socialisées, à défaut ou en attendant des stratégies de rationalisation dans le sens d'une plus grande cohérence d'ensemble, d'une intensification accrue et d'une meilleure utilisation des infrastructures et des personnels obligés de l'autre côté à poser le problème d'une extension de la couverture qui ne s'est pas faite au même rythme que le développement des infrastructures. Les systèmes présentant par ailleurs des analogies quant à l'articulation secteur public – secteur privé – au delà de la dimension de chacun d'entre eux et de la dimension de l'ensemble.

Mais les manifestations de cette crise peuvent être appréhendées à bien d'autres niveaux : difficultés d'insertion (voire chômage) dans des structures publiques ou privées des nouvelles et fortes promotions de médecins etc....

Il y a là quelques jalons, quelques points de repère que des travaux d'économistes, de sociologues, de démographes, de médecins n'ont pas manqué de poser et d'analyser ces dernières années, même si la confrontation des résultats de recherche et des réflexions n'en est pas aussi avancée que dans d'autres disciplines (médecine, pharmacie...) qui développent des échanges réguliers intra-maghrébins ou même au sein propre de ces disciplines concernant des champs d'investigation qui leur sont plus spécifiques ou qui ont été investis de façon plus intensive.

II – Modalités de financement des systèmes de soins, charges sociales et compétitivité des entreprises

Du point de vue macro-économique, nous savons qu'il existe des règles de fonctionnement tributaires de ce que nous avons appelé précédemment les politiques cadres mais aussi des règles de fonctionnement plus spécifiques aux entreprises publiques et privées et qui déterminent au moins partiellement leurs résultats en valeur : ce sont par exemple les politiques des prix absolus et des prix relatifs, les politiques salariales, les politiques sociales etc...

Concernant ces dernières et en liaison avec les politiques de santé ou de façon plus large des politiques de protection sociale intervient le poids relatif du salaire indirect, lequel appréhendé du point de vue des entreprises représente les charges sociales auxquelles elles sont légalement soumises par le biais des cotisations sociales obligatoires en général, pour partie à la charge de l'employeur et pour partie à la charge du salarié.

Nous ne voulons pas entrer dans le débat sur le rôle réel des niveaux de protection sociale quant à la productivité du travail et quant à leurs effets (positifs ou négatifs : comment ? combien ?) sachant par ailleurs que cette dernière résulte de tout un complexe de facteurs. Nous ne voulons pas non plus soulever le point de savoir qui supporte en dernière analyse ces "charges", car à ce niveau la distinction est purement formelle, en tout état de cause, elles sont

toutes prélevées sur l'Entreprise et à ce titre, constituent un coût de production directement associé au coût salarial, lequel de ce fait, peut être plus ou moins élevé et influencer sur le degré de rentabilité, c'est-à-dire de compétitivité des entreprises. Il est indéniable, qu'à productivité égale, le niveau des charges sociales influe nettement sur leurs résultats en valeur. Or les systèmes de soins peuvent être financés par trois sources principales distinctes : financement propre par les ménages – financement par le biais du Budget de l'Etat (dans lequel participent tous les agents économiques par le biais de l'impôt) – financement par la Sécurité Sociale – qui met en jeu les salariés et les entreprises en particulier celles qui emploient beaucoup de travail si les cotisations sont assises sur les salaires. Les trois sources pouvant être combinées dans des proportions différentes propres à chaque système de soins et donc ne retentissent pas de la même façon sur le résultat des entreprises.

Force est de reconnaître alors que les trois pays ont choisi des combinaisons totalement différentes de ces trois sources de financement. Seule la troisième modalité a un impact direct sur les entreprises (la deuxième ayant un impact indirect et moins grand dans le cas de système entièrement budgétisé) et sa participation est décroissante en allant du Maroc à l'Algérie (où elle atteint son maximum) en passant par la Tunisie. De plus, il faut dire que non seulement cette source a été privilégiée [6] mais que, au fil des ans, on a aggravé la pression para-fiscale sur les entreprises.

Il s'ensuit que la socialisation du financement des dépenses de santé – qu'elle s'appuie sur les mécanismes budgétaires ou ceux de la Sécurité Sociale (mais seuls ces derniers nous intéressent ici) et donc l'alourdissement des taux de cotisations prélevées à cet égard sur les entreprises, la pression qu'elles subissent de ce fait, n'est pas du même ordre de grandeur dans les trois pays : donnée qu'il faudrait prendre en considération dans les politiques d'harmonisations sectorielles. Cette prise en charge collective et de façon redistributive des dépenses occasionnées par la reproduction de la force de travail, si elle s'exerce à l'aveuglette peut produire des effets économiques aussi pervers que les socialisations trop partielles et trop restrictives... Nous ne donnerons que quelques points de repères susceptibles de situer les niveaux de divergence quant aux financements antérieurs et les points de convergence possibles à partir de la nature des crises de financement relevées précédemment.

En Algérie, l'important secteur public gratuit qui fonctionne sous le régime de la sectorisation est financé à 80 % par la Sécurité Sociale qui touche l'ensemble des salariés, lesquels représentent plus de 80 % de la population active et de leurs ayants droit très extensivement entendus et ce, par le biais du "forfait hospitalier" auquel elle est assujettie, via une procédure de budgétisation, qui a permis le désengagement progressif de l'Etat de 1974 à 1986 (inversion complète des parts respectives dans le financement des secteurs sanitaires [7]).

La libération incontrôlée de la demande, la suppression des mécanismes de "rationnement", l'extension même du secteur a nécessité des sommes très fortement croissantes pour le fonctionnement. Aussi, malgré l'extension et la généralisation de la Sécurité Sociale – obligatoire – suite au puissant mouvement de salarisation – les cotisations assises sur un salaire (pour une part relevant de l'employeur et pour une part du salarié lui-même) initialement plafonné à 800 DA ont été insuffisantes à cet effet. D'où un premier relèvement du plafond de cotisation à 2000 DA – et à partir de 1983 un déplafonnement intégral du salaire soumis à cotisation, accompagné d'une augmentation globale du taux de cotisation porté alors à 29 % – dont 14 % [8] (5 % étaient à la charge du salarié) du fait des Assurances Sociales c'est-à-dire de la couverture sanitaire d'ensemble. Cette dernière comprenant outre la gratuité du secteur public, les remboursements à l'acte au niveau du secteur privé – et les envois pour soins à l'étranger.

Ainsi donc, une masse considérable de ressources a été mise à la disposition du secteur sanitaire dont le marché a été ainsi rendu "solvable" et dont l'extension a été forte suite à la généralisation de la salarisation – c'est ce qui explique l'importance de ce marché non seulement en soins et services mais aussi en biens médicaux (médicaments, matériels, produits consommables etc...).

Quel en a été l'impact au niveau des entreprises ? Comment sont perçues ces "charges" à partir du moment où, répudiant la démarche précédente d'internalisation de tous les coûts sociaux à l'entreprise – on met en place "l'autonomie des entreprises publiques" auxquelles on demande par ailleurs d'être compétitives ? La question a été posée rarement encore à ce niveau, mais de façon plus globale en termes de charges salariales "trop importantes" dont on a rendu responsables en premier lieu les sureffectifs. Il est évident que si les entreprises se lancent dans l'exportation – quelle soit hors ou intra Maghreb, elles ne manqueront pas de mettre en avant cet aspect qui les pénalise fortement, et ce même dans une simple perspective de "conquête" de leur propre marché interne, ou les coûts engendrés de ce fait.

Le Maroc, avec une population active nettement supérieure à celle de l'Algérie (5 millions contre 3) à population similaire – mais moins fortement salariée n'a procédé que de façon très partielle à la socialisation des dépenses de soins. C'est ainsi que les deux principaux organismes de sécurité sociale qui sont de création récente (C.N.C.P.S en 1963 et C.N.S.S en 1961), ne comptent respectivement que 650.000 [9] et 500.000 affiliés qui y adhèrent librement. Du point de vue des entreprises, il n'y a aucune contrainte d'obligation pour la première qui joue en fait le rôle de Mutualité facultative.

De 1984 à 1987/88, les cotisations affectées à la Santé dans le cadre de la C.N.S.S sont calculées sur un taux de 1,5 % de l'ensemble des rémunérations et sont exclusivement à la charge des employeurs. A partir de cette date, ce taux est passé à 2,4 %.

C'est ce qui prévaut aussi à la C.N.C.P.S et il est calculé sur la base d'un salaire plafonné à 840 DA/an dans les deux cas.

De par la modicité de la couverture sociale et donc, de la socialisation de la dépense de santé au Maroc, c'est, au contraire, le problème de la généralisation de cette couverture qui se pose dans un but d'extension du marché tant des soins que des biens médicaux – puisque l'industrie pharmaceutique s'y heurte à un problème aigu de débouchés et que, par ailleurs, "les malades ne profitent pas des possibilités que pourraient leur offrir des hôpitaux publics maintenus en l'«état»^[10]. Notons que les hôpitaux qui constituent le secteur public sont financés par une grande partie – mais chichement – sur le budget de l'Etat. En d'autres termes, il y a sous-utilisation du potentiel productif tant au niveau système de soins que de l'appareil de production pharmaceutique.

D'où la revendication – par le président de la C.N.C.P.S – de la modification du paiement à l'acte lequel joue comme mécanisme de rationnement d'autant plus dirimant que le degré de couverture et donc les possibilités concrètes de se faire rembourser sont peu généralisées et qu'il faille faire au préalable, l'avance des sommes nécessaires à toute prestation médicale.

Cependant, le financement d'un fonds de garantie aux soins, préconisé par le même directeur, ne s'appuierait pas sur des ressources prélevées sur les entreprises mais essentiellement de taxes parafiscales du type impôt indirect sur la consommation de certains produits (alcools, tabacs) – sur les polices d'assurances, sur le produit des contraventions aux règles du code de la route), des subventions des collectivités locales (au titre des certificats d'indigence délivrés) enfin une contribution de solidarité des citoyens prélevée à la source (?) c'est-à-dire un impôt affecté.

La Tunisie, sur laquelle nous n'avons pas eu d'éléments précis, semble plus proche du cas algérien tout en ayant su éviter ses extrémismes (?)

Il s'ensuit donc que les charges pesant sur les entreprises sont radicalement différentes quant à leur niveau. Or, dans une perspective d'harmonisation de l'économie et l'exemple de la C.E.E nous le prouve : il est nécessaire de prendre cet aspect, au delà des modalités particulières de financement ou de distribution de soins – dans le sens d'un alignement, surtout en période de crise, et que la compétitivité des entreprises à l'exportation est en jeu.

III – L'articulation système de soins-système productif par l'industrie pharmaceutique et perspectives d'harmonisation

La façon dont est articulé un système de santé au système productif national et en particulier l'industrie – qui doit lui fournir un certain nombre de ses inputs est significative du degré d'autonomie et/ou de

dépendance vis-à-vis de l'extérieur. Dans la mesure où nous sommes en présence dans les trois pays, de systèmes de soins faisant largement appel aux médicaments et aux matériels bio-médicaux, ce type d'articulation est particulièrement révélateur. Qu'en est-il au Maghreb ? Cette question renvoie en fait aux politiques d'importation et aux politiques de production pratiquées à cet égard. Nous allons essayer de les caractériser succinctement à partir de l'industrie pharmaceutique.

1. Les politiques d'importation du médicament au Maghreb

Deux démarches [\[11\]](#) distinctes ont nettement prévalu jusqu'ici au Maghreb ;

a) La première démarche illustrée par la Tunisie et l'Algérie repose sur un comble central de l'approvisionnement du marché c'est-à-dire de l'offre s'appuyant dans les deux cas sur un monopole étatique à l'importation et à la distribution de gros des produits pharmaceutiques.

En effet, dès 1961, la Tunisie a institué un monopole sur les importations et la distribution de gros confié à une pharmacie centrale tunisienne et il en fut de même de l'Algérie en 1969.

Ce monopole accordé à la P.C.A en Algérie, a fortement influé sur les modalités d'approvisionnement externes du marché intérieur quant à la diversification des sources d'approvisionnement, quant aux techniques et procédures d'achat, de plus en plus marquées par la généralisation des appels d'offres lancés en nom générique qui, estime-t-on, permet d'améliorer les relations contractuelles au plan global.

Toutefois, cette dernière procédure n'est pas sans présenter des inconvénients car la rédaction de l'appel d'offre plus ou moins restrictive, plus ou moins précise – facilite ou pas – les soumissionnaires compétitifs, à produits fiables ce qui suppose aussi une bonne connaissance du marché international, et une capacité de contrôle technique très stricte.

Cette démarche se double dans les deux cas d'une action de restriction normalisatrice plus ou moins forte – de la gamme des produits offerts par le biais de l'établissement de nomenclatures relativement restreintes se voulant explicitement basées (en Algérie) sur les médicaments qualifiés d'essentiels par l'O.N.S et prenant appui techniquement sur la Dénomination Commune internationale (D.C.I) dont les avantages sont au moins au nombre de trois théoriquement :

– Elimination des associations dont l'efficacité thérapeutique n'est pas prouvée et dont un des mécanismes de multiplication réside tant dans la volonté de tourner les législations de contrôle des prix que dans l'obsolescence rapide (certains l'ont qualifiée de planifiée) des produits instaurée par les multinationales du médicament.

– Simplification et allègement de la gestion macro-économique de l'importation et de la distribution d'une gamme restreinte et donc de stocks moins nombreux, afin de pouvoir par là, procéder à des achats groupés en procédant à des appels d'offre internationaux sur des produits plus restreints, de plus grandes quantités et donc par là, d'obtenir de plus faibles prix grâce à un "bargaining power" qui serait de ce fait accru. Dans une perspective à plus long terme, cela permettrait d'envisager la production sur des séries plus longues, donc plus fiables.

- Finalement, ce sont essentiellement des considérations de réduction et de minimisation des coûts d'acquisition en termes de devises – dans une situation où la volonté de prise en charge collective de la dépense de santé ne peut être supportée par l'économie nationale, abstraction faite de son poids financier – qui priment et animent la démarche d'ensemble. Cette démarche préconisée par un certain nombre d'organisations internationales telles que l'O.M.S ou l'UNICEF, comme condition à une moindre dépendance, devait aussi, constituer le préalable nécessaire à une production autonome.

Cette politique volontariste supposait un certain nombre de conditions nécessaires au plan interne des pays qui allaient la pratiquer et en particulier une vision à long terme continue, s'appuyant sur des équipes compétentes et stables – pour pouvoir s'ajuster au moindre coût aux conditions du marché international, outre la maîtrise du marché interne. Elle supposait aussi, de faire la différence entre les prix externes, à minimiser et les prix internes qui ne devaient pas être forcément au plus bas niveau, sauf à mettre des mécanismes de régulation de la demande – par élimination des possibilités de gaspillages en agissant pareillement sur le type de conditionnement ? sur les volumes de stocks accrus par l'irrégularité ou la non fluidité des approvisionnements, sur les volumes de préemption... Bref, des mécanismes de "rationnement" autres que les prix – sinon son extension allait se faire de façon artificielle et dispendieuse pour l'économie nationale et contrecarrer les effets escomptés. Même dans l'hypothèse où l'on devait se contenter de contrôler l'offre et ne pas se lancer dans la production, il fallait prévoir des mécanismes de contrôle et de régulation de la demande parallèlement au contrôle de l'offre.

En effet, une politique de bas prix à la consommation de produits pharmaceutiques importés a joué de façon perverse de la même façon que pour les marchés réglementés, en particulier des céréales et qui affectent quasi de la même manière, les trois pays du Maghreb^[12] :

– en encourageant la consommation de produits importés et livrés à bas prix à la consommation (en Algérie, la surévaluation du dinar va accentuer ce phénomène). Ce que nous avons analysé comme une subvention à la production extérieure au détriment de la production nationale dans le cas des productions céréalières.

– en décourageant la production nationale soumise à de trop faibles prix à la production – plus faibles que ceux de l'étranger – encore que ce ne soit par la seule cause de faiblesse de la production. D'où le jeu d'un **effet-volume** au niveau de l'importation^[13] malgré son blocage central par le biais de l'A.G.I, laquelle va s'enfler plus que proportionnellement à la contraction des prix et ce, sous l'effet conjugué d'autres facteurs dont la croissance démographique et les distributions de revenus. Au plan global, la facture en devises va être, non pas amoindrie mais augmentée, et il faudra la crise des paiements extérieurs pour instituer un mécanisme de rationnement plus dirimant mais qui reste trop global. Finalement, cette politique appliquée sans précautions va pérenniser l'importation comme source d'approvisionnement principale du marché intérieur, puisque les deux pays (Algérie-Tunisie) importent à concurrence de 75 à 80 % ou 90 % en valeur selon les sources et les années du total des médicaments consommés. L'Algérie devenant un des plus gros marchés d'Afrique de ce point de vue.

Par ailleurs, l'activité de réglementation du marché tant au niveau des autorisations de mise sur le marché des médicaments et de leur production que des activités et professions médicales bien que marquée par certains schémas et procédures mis en place en France, s'est faite beaucoup plus contraignante et plus interventionniste, provoquant souvent des affrontements plus ou moins ouverts avec des professions dont les formations, les pratiques et l'idéologie ne se sont pas dégagées totalement du modèle bio-médical libéral.

b) La deuxième démarche illustrée par le Maroc est plus empreinte de libéralisme voire de pragmatisme dans la mesure où elle ne recherche pas systématiquement de restrictions à la nomenclature, ne rejette pas les laboratoires et reconduit tels que les grossistes répartiteurs qui de 6 en 1979 et 5 en 1975 (alors qu'ils ont été nationalisés aussi bien en Algérie qu'en Tunisie lors des créations des pharmacies centrales), lesquels constituent en même temps des importateurs directement couplés aux laboratoires fabricants (étrangers) ou à leurs filiales. Elle n'a pas cherché non plus systématiquement d'obtenir et surtout d'appliquer de très faibles prix à la consommation. Etant donné par ailleurs que le financement des dépenses de santé n'a été socialisé que dans une infinie proportion, le "rationnement" de la consommation qui en est issu, résulte donc tant de niveaux de prix (élevés), de niveaux de revenus (faibles) que de niveaux de socialisation (très faibles).

En fait, l'essentiel de l'effort s'est traduit par une politique de production accompagnée d'une intervention plus orthodoxe d'encadrement du marché directement inspiré de la pratique française : procédure d'autorisation de mise sur le marché du médicament, de fabrication, des prix des produits et des professions de santé.

IV – Les politiques de production pharmaceutique

Là aussi et comme corollaire directe de la démarche d'importation, nous enregistrons deux types de démarches dont les résultats vont être divergents.

C'est le Maroc qui semble à première vue le plus dynamique et enregistre les meilleurs résultats en matière de politique de production interne. En fait, le Maroc va pratiquer une **politique d'import-substitution** qui n'est, en fait, qu'une politique de "montage" dans la mesure où elle ne s'attaque qu'au stade aval de la production (formulation et conditionnement) en encourageant la mise en place d'une production interne largement diversifiée (puisqu'elle se fonde sur la consommation telle qu'elle s'exprime à travers les prescriptions) s'appuyant sur des groupes privés étrangers et nationaux.

En effet, 18 sociétés sont implantées qui représentent 250 sociétés étrangères et commercialisent 3000 spécialités. Son implantation date de 1960, mais la production n'a commencé à être véritablement significative qu'à partir des années 70. Elle a été introduite par le lancement de la production, forme par forme, avec une restriction concomitante des importations.

On enregistre un grand dynamisme dans la production **[14]** : la consommation nationale est passée de 80 millions de DH en 1980 à 158 millions en 1986 soit un taux de croissance moyen annuel de 16,2 % (indice 197,5) la production couvre alors la consommation à concurrence de 80 % en 1974 puisque la meure proportion des formes y sont produites contre 15 % en 1965. Le président de l'Association marocaine de l'industrie pharmaceutique **[15]** estime que la maîtrise technologique s'améliore mais reconnaît que cette production dépend à 100 % des matières premières et d'une bonne part des articles de conditionnement importés.

De plus, à partir de 1986, cette industrie se heurte à une crise de débouchés : les ventes n'ont progressé que de 4 % en volume avec toutefois une augmentation en valeur de 15 % due au lancement de nouveaux produits plus chers. Ainsi donc, commence à se faire sentir une certaine forme de plafonnement de la production qui semble atteindre rapidement ses propres limites.

L'Algérie, dont la volonté industrialiste fut plus marquée, en particulier durant la période 1966-1978, ne développa que fort peu cette branche industrielle et dans une démarche totalement différente qui comporte deux volets. Elle s'employa tout d'abord à "contrôler" le capital étranger puis à le racheter : les usines de Biotic (1952-1953) et de Pharmal (1961-62) succursales de laboratoires français furent rachetées à 51 % en 1971 et à 100 % en 1976 – tandis que l'usine d'El-Harrach abandonnée en 1962 fut rénovée et remise en fonctionnement par moyens propres, et qu'une unité de recherche en médicaments et techniques pharmaceutiques (1975) a pour rôle la mite au point de médicaments génériques et l'assistance aux unités de production.

La gamme produite représente 200 présentations sur les 1800 que comporte la nomenclature nationale. Dans cette gamme, 6 produits sont fabriqués sous licence. La place occupée par cette production sur le marché est de 12 % en valeur et de 15 % en quantité en 1985, du fait que les prix de vente pratiqués sont encore plus bas que ceux des produits importés (minorés par ailleurs fortement par la surévaluation du dinar).

Ainsi donc, les entreprises furent soumises à des contraintes de production et de prix de cession directement connectées et étroitement subordonnées à la politique de socialisation de la dépense de soins. Le blocage des prix à la production ne fut propice ni à un grand dynamisme dans la production ni à une autonomisation plus forte.

Le deuxième volet traduit une visée plus ambitieuse et est représentée par la mise en place d'un complexe de fabrication d'antibiotiques à Médéa qui fut réceptionné en octobre 1987. Ce projet qui date du second plan quadriennal, a été mis en place selon la formule du clef en main et a enregistré un retard de planning de réalisation considérable, ainsi qu'une série de surcoûts de réalisation. Donc, difficultés considérables à ce niveau.

Le marché algérien compte tenu des facteurs qui ont joué concomitamment, est nettement plus étendu que le marché marocain (à population similaire) puisque la consommation par tête d'habitant y est de 140 DA en 1986 contre 65/70 DH au Maroc à la même date et qu'il a connu un taux de croissance moyen annuel de 16,5 % à partir de 1974 où la consommation per capita était de 47 DA. Le Maroc pour la même année enregistrait 17 DA per capita et donc un taux de croissance moyen annuel sur la même période de 24,8 % basé néanmoins sur une valeur absolue de départ extrêmement faible.

De plus, le montant en valeur absolue du marché algérien exprimé en DA est nettement sous-estimé du fait de la très forte surévaluation du DA. Le dinar algérien, contrairement au dirham marocain, n'ayant subi aucune dévaluation depuis sa création malgré la flambée des prix internes et donc la forte dépréciation de l'unité de compte nationale tant sur le plan interne qu'externe.

Entre 1974 et 1982[16], le nombre d'unités de vente[17] de médicaments en Algérie est passé de 87,7 millions à 379,9 millions, soit un taux d'accroissement moyen annuel de 15,2 % [18] en quantité – ceci en faisant l'hypothèse que l'unité de vente est restée stable dans son contenu, il y a donc incontestablement un fort effet-volume. Ce fort effet-volume que l'on peut expliquer par plusieurs causes conjointes, forte socialisation de la dépense dans un contexte de forte croissance démographique, d'augmentation des revenus, de faiblesse des prix s'explique aussi et n'est que faiblement compensé par un effet-prix quant à son articulation externe[19].

En effet, "le prix de l'ensemble des médicaments consommés ne s'est accru que de 1,56 % par an de 1969 à 1984 contre 8,42 % pour

l'ensemble des biens et services" et que ce rythme d'accroissement des prix a été de 4,7 % (pour la période 1974-1984) pour un pays qui comme la France a particulièrement bloqué le prix de ses produits pharmaceutiques.

L'Algérie est donc un gros consommateur de médicaments et par conséquent un très gros importateur dont le niveau de consommation est similaire à celui du Portugal en 1983 (108 DA contre 120 DA) se rapproche de ceux des pays de l'Est (140 DA). (Ceci en sachant que des conversions par des taux biaisés peuvent être en deçà ou au delà de ces niveaux absolus).

La Tunisie dont nous n'avons pu avoir d'éléments précis semble avoir suivi la même voie que l'Algérie et obtenir les mêmes résultats. Sa consommation reste couverte à concurrence de 80 à 90 % par l'importation.

Enfin, signalons que dans les trois pays, nous retrouvons des instituts Pasteur qui participent à des degrés divers à la production de sérums et vaccins à usage humain et vétérinaire ainsi qu'aux milieux de culture. Si des mesures sont prises pour "assainir la gestion, diversifier la recherche et développer la production de vaccins" pour celui de Casablanca, l'Algérie s'est lancée dans la construction d'un nouveau et important complexe de production de vaccins et sérums de façon à pouvoir couvrir de façon large les pathologies infectieuses.

Par contre, dans les trois pays, l'ensemble des équipements et accessoires médicaux, les réactifs, les instruments, sont entièrement importés.

En effet, les biens à usage médical ne se réduisent point au médicament mais englobent une grande variété de produits (plus de 100.000 références semble-t-il plus ou moins massivement demandées) – certains plus difficiles et complexes à produire et donc nécessitant un haut degré de compétence.

Ils sont en général, classés de la façon suivante **[20]** :

- 1) Médicaments et produits voisins : sérums, vaccins, liquides de perfusion, produits galéniques, plantes médicinales, produits vétérinaires et additifs pour le bétail, antiseptiques.
- 2) Equipement de laboratoire : spectographie, optique, chromatographie élevée, centrifugeuses, analyseurs automatiques, verrerie, réactif, milieu de culture.
- 3) Pansements, coton, articles d'hygiène en cellulose.
- 4) Laits infantiles, produits d'alimentation spéciale.
- 5) Lunetterie et optique médicale, prothèses.
- 6) Gaz médicaux.
- 7) Equipement de diagnostic : radiologie. échographie, scanner, fibroscopie et appareils d'exploration, résonance magnétique.
- 8) Equipements médico-chirurgicaux ; salles opératoires stériles, équipements de réanimation et monitoring, reins artificiels,

stimulateurs cardiaques, cœurs et poumon artificiels, fauteuils dentaires, appareils d'orthopédie et de rééducation.

9) Instrumentation et accessoires ; fils chirurgicaux, seringues, gants et articles en caoutchouc, tensiomètres, glucomètres, ECG, films radiologiques, résines dentaires, accessoires orthopédiques.

10) Mobilier sanitaire et aménagement des locaux.

Seule la prise en compte d'un marché élargi au Maghreb et la mise en commun et la conjugaison des compétences et des potentiels au sein de chacun des trois pays peut permettre d'envisager d'aborder certains créneaux – ceux dont les productions sont les plus facilement maîtrisables techniquement d'abord, qui sont ceux aussi les plus largement demandés.

En fait, ce type de politique permettrait aussi une utilisation plus efficace du point de vue macro-économique des formations scientifiques dispensées aux pharmaciens sur fonds publics – cantonnés dans un rôle de simple distributeur, bénéficiant il est vrai, d'une rente de situation suite à l'organisation d'un marché de monopole au profit d'une profession (numerus clausus, autorisation de s'installer...) dont le rôle est à la limite parasitaire dans le contexte actuel des pays du Maghreb, lesquels ont mis en place de ce fait des couches sociales objectivement liées à l'accroissement de la consommation pharmaceutique importé !

A la lumière de cet exposé succinct, on peut se poser un certain nombre de "questions"[\[21\]](#) quant aux voies suivies et à leurs résultats qui peuvent déboucher sur autant de convergences à construire :

– La première concerne le degré d'autonomie conféré par l'une et l'autre voie : un pays est-il moins dépendant quant à la politique de santé qu'il veut suivre et à la disposition du médicament (ce dernier sous-tendant le système de soins) en se portant acquéreur sur le marché international des matières premières, inputs et know-how ou de produits finis ? Etant bien attendu que ce type de choix doit s'insérer dans les choix plus larges d'industrialisation. Quelle voie est finalement la plus onéreuse en termes de devises ? d'autonomie ?

Cette question se pose de façon tout à fait particulière dans le cadre du médicament si l'on prend en considération la configuration tout à fait spécifique du marché international, qui, au-delà de l'internationalisation du capital (les 25 premières firmes représentent 48 % du marché mondial) est marquée par la polarisation de la recherche (essentielle à ce niveau) et de la production des principes actifs par quelques monopoles qui s'exercent non de façon indiscriminée, mais sur des marchés fortement segmentés par classes thérapeutiques (ce qui accroît le degré de monopole par classe thérapeutique) – par une certaine tendance à la baisse des prix relatifs de certains produits de base, par une courte durée de vie des produits comme résultat d'une recherche sous-tendue par une volonté d'obsolescence rapide des produits.

La deuxième question a trait à la meure et aux modalités de la mise en œuvre d'une production interne : si on privilégie cette dernière à l'importation, de quelle façon doit-on la faire ? – Est-ce uniquement sur la seule base de la structure passée et présente de la consommation, c'est-à-dire en procédant uniquement à une politique d'import-substitution laquelle par les gammes de produits qu'elle implique, les séries qu'elle autorise ne permet point ni une forte production de séries longues dont les prix de revient pourraient être abaissés de ce fait ni de pouvoir passer à un degré d'intégration supérieur en la couplant avec les industries chimiques et les articles de conditionnement en particulier (et pourquoi pas aussi de collecte et de traitement des plantes médicinales) ce qui obligerait à repenser la place de la médecine empirique traditionnelle et des plantes dans les systèmes de soins actuels. C'est ainsi qu'actuellement le Maroc importe plus de 10.000 substances actives – essentiellement chimiques pour la fabrication de 1000 spécialités et 3000 présentations. A. Chaouqui est bien conscient qu'il n'existe de ce fait aucune matière qui justifie un investissement dans sa production pour une question de marché trop faible, de volume insuffisant et que les pays en voie de développement qui ont suivi cette voie n'ont pas eu de succès pour un besoin comparable[22].

Cette question des marchés se poserait de façon totalement différente dans un contexte maghrébin (le Maroc a la plus faible consommation per capita de médicaments des 3 pays du Maghreb).

La troisième question a trait au degré de maîtrise dans la production et au degré d'insertion intersectorielle possible ; résultent-ils plus facilement en visant une intégration horizontale s'appuyant sur la formulation des principes actifs et essayant d'inclure les différentes formes de conditionnement et d'emballage – ou au contraire en visant une intégration verticale en essayant de mettre en place toutes les phases d'élaboration – ce qui suppose une industrie chimique pour une ou quelques classes thérapeutiques (qui pourrait à partir de la pétrochimie déboucher sur la chimie fine).

La quatrième question peut se formuler ainsi :

Si l'on décide une production, doit-on la faire essentiellement sous forme de nom de marque ou sous forme générique, laquelle n'est soumise ni à brevet ni à licence.

Le développement du marché des génériques est l'un des phénomènes les plus importants qui ont marqué le secteur dans des pays comme les USA où il est apparu et où ces produits sont fortement impulsés par des associations de consommateurs face au jeu des Multinationales. Le marché du générique y représente 22,7 % du total des prescriptions et on estime qu'il atteindra probablement 26 % en 1989 et certains même vont jusqu'à 50 % en 1990. En toute hypothèse, il est actuellement l'objet d'une lutte acharnée entre grandes compagnies qui veulent en contrôler le marché. Il faut noter que l'on estime que les produits sous dénomination générique coûtent dans les 25 % de moins par rapport aux mêmes produits

vendus sous un nom de marque. Cet aspect, intéressant si l'on veut se lancer dans la fabrication peut, cependant, poser quelques problèmes si cet approvisionnement provient de l'extérieur : il exige un contrôle de qualité rigoureux sous peine de se voir imposer des produits médiocres par des laboratoires "pirates". Il est évident que l'on ne peut se lancer dans cette voie que si l'on dispose d'un bon capital de compétences pharmaceutiques formées et motivées à cet égard et non pas "perdues" dans la banale distribution de détail ce qui est actuellement le cas des 3 pays du Maghreb) – ce qui permettrait d'optimiser une formation longue et coûteuse pour la collectivité et qui, actuellement, ne remplit aucun des rôles techniques pour lesquels elle a été formée. C'est-à-dire que l'on puisse se dégager de l'emprise des laboratoires. On constate donc que la volonté explicitement exprimée dans les trois pays maghrébins, de promouvoir une production nationale du médicament, s'est appuyée sur des types de relations aux partenaires étrangers, aux voies et moyens utilisés et donc aux expériences et aux résultats réalisés totalement divergents : peut-être est-ce là un premier point de convergence vers une pré-appréciation critique des politiques menées jusqu'à présent.

Le Maroc a privilégié la formule de la concession à des filières étrangères dont les limites, bien connues maintenant, ont été particulièrement mises en relief[23] : nécessité d'importer totalement, de façon précontrainte, c'est-à-dire dépendance en matière d'acquisitions de substances actives, de matériels et autres inputs nécessaires à la fabrication des emballages – y compris l'intégralité du know how. Ceci résulte de la faible intégration intersectorielle – horizontale et verticale – suite à l'inexistence des secteurs amont à la production pharmaceutique (chimie) et à la faiblesse des secteurs connexes (verrerie, cartonnage etc...). D'où, là aussi, un transfert net de devises qui reste à préciser : en tout état de cause supérieur à 50 % puisque ce pourcentage représente uniquement celui de la matière première[24].

Mais surtout le pays n'avance pas réellement dans la maîtrise de la gamme des produits fabriqués (imposée de l'extérieur) et reste totalement subordonné aux stratégies des firmes étrangères quant aux gammes à produire et **donc au type de réponse apporté aux besoins de santé.**

Enfin et surtout, et c'est peut-être la voie la plus sûre d'une harmonisation fondée sur des contraintes objectives – abstraction faite des politiques et des idéologies – ce type de démarche se heurte rapidement à l'étroitesse du marché local. (Ce problème se poserait de la même façon pour les autres pays ce qu'exprime très nettement A. Chaouqui[25]. La faiblesse actuelle de la couverture sociale pour la maladie limite de fait la croissance du marché. La consommation moyenne actuelle par tête d'habitant est de quatre boîtes de médicaments pour une valeur de 70 DH en prix publics[26] "cette consommation par tête d'habitant s'avère être la plus faible en valeur de tous les pays d'Afrique du Nord"[26] et ce, "bien que les

prix pratiqués sur le marché marocain se situent au-dessous des prix français eux-mêmes très bas"[26] et ce, malgré les droits de douane et taxes à l'importation et la prédominance des petites séries en rapport avec l'étroitesse du marché[26]. (C'est nous qui soulignons). D'où, faible rentabilité de cette industrie qui réclame des mesures spécifiques d'encouragement étant donné que les matières premières importées représentent 50 % du coût fini[26].

Seul un marché maghrébin élargi pourrait permettre d'envisager un certain nombre de produits avec des séries rentables. De la même façon que seul un marché maghrébin pourrait autoriser une industrie chimique (et des industries de conditionnement spécifiques au secteur) laquelle est la source véritable de l'autonomisation de la production pharmaceutique.

Notons en sens inverse les difficultés de réalisation et de démarrage d'un complexe intégré comme celui de Médéa en Algérie, conçu "clef en main". De la même façon que précédemment, on commence à mieux connaître et donc mieux analyser les faiblesses et les pièges de cette modalité de réalisation industrielle qui écarte aussi, mais d'une autre manière, les compétences nationales de la voie de l'apprentissage et de la maîtrise et qui ne constitue pas la panacée que d'aucun ont voulu présenter en matière de rapidité d'une acquisition d'un processus industriel[27].

Notons que dans les trois pays maghrébains, on enregistre une forte élévation du niveau de consommation des produits pharmaceutiques – même si elle reste différenciée – que cette élévation semble dans les trois cas beaucoup plus imputable à l'action d'un effet-volume découlant de la croissance démographique de la socialisation fortement accrue de la dépense en Algérie et en Tunisie nettement moins au Maroc, de la forte extension du nombre des prescripteurs et des structures de soins accompagnée d'une plus large diffusion du modèle bio-médical – qu'à l'action d'un effet-prix suite aux blocages de prix qui, même différenciés, ne s'en exercent pas moins de façon forte dans les trois pays. Que cette extension n'en est peut-être pas à sa fin, si l'on considère que les niveaux moyens par habitant cachent des disparités régionales et sociales dues à l'inégal accès aux soins qui se retrouvent, quoique à des niveaux fortement différenciés et donc à des degrés et sous des formes différentes dans les trois pays.

Si l'on prend donc en considération l'ensemble du marché maghrébin et pour peu qu'un **minimum de consensus** puisse être établi **sur les dénominations** – ou sur une partie d'entre elles – qui ne pose pas de problème ce qui suppose d'accepter un minimum d'homogénéisation quant à la consommation. On peut envisager de façon tout à fait réaliste :

- Une ou deux unités polyvalentes de synthèse chimique pouvant produire une vingtaine de matières premières de base pour un tonnage tournant autour de 500 à 600 tonnes de matières premières disponibles sur place.
- Un certain nombre d'unités modulaires répétitives, flexibles,

- polyvalentes, pouvant permettre la fabrication d'une gamme de spécialités pharmaceutiques à l'intérieur de 2 modules de production
- les unités devraient être conçues de façon complémentaire et non concurrentes de celles qui existent dont on libérerait le marché.
- Une ou deux unités-pilotes d'extraction des plantes médicinales.
- Une ou deux unités vétérinaires de taille réduite.
- La création de centres chimiques et pharmacotoxicologiques.
- La création d'un ou deux laboratoires de **biotechnologies** (lesquelles ne sont pas orientées uniquement sur la santé, mais aussi sur l'agriculture) qui semblent être les technologies de l'avenir et qui, plus que tout autre aspect, nécessite la mise en commun des potentialités scientifiques.
- Des projets spécifiques quant aux articles de conditionnement à développer : verre, papier, carton, plastique.

On peut aussi envisager la coopération en matière de recherche opérationnelle sur les technologies appropriées[28] et la diffusion des échanges d'expériences – surtout à partir du moment où une diffusion incontrôlée[29] des nouvelles technologies de soins peut-être d'un coût exorbitant au vu des améliorations sanitaires produites.

Ce ne sont là que quelques points de repères – qui pourraient être systématiquement creusés si la démarche était adoptée.

BIBLIOGRAPHIE

- "Afrique Médecine et Santé", *Le secteur de la santé au Maroc*, décembre, 1987.
- M. KADDAR, *Les politiques du médicament au Maghreb*, Note, 4 pages dactylographiées, 1987.
- *Pour une investigation du champ socio-économique de la santé*, Note.
- HELLALI, HAFFARERRAS, BESSEGHIR, *La consommation des médicaments en Algérie*, Séminaire sur le système national de la santé, M.S.P., Alger, 1982.
- M. ABIALA N'GOULOU, *La transférabilité des technologies pharmaceutiques aux PVD : cas du Congo et du Maroc*, Thèse, Lyon II, 1985.
- MARZOUKI, *Essai d'évaluation de la situation en Tunisie*, Faculté de Sousse, 1987.
- R. GHEBLI, *Situation actuelle et perspectives des produits pharmaceutiques en Algérie*, octobre, 1986.
- F. Z. OFRIHA, A. DJEFLAT, *Industrialisation et transfert de technologie en Algérie*, OPU.

Notes

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

[1] Les périodes de forte crise internationale ont permis à certains pays sous-développés de progresser plus vite dans la construction de leur système productif.

[2] Au Maroc : taux de croissance de + 66 % entre 1985 et 1986. Algérie : indice 650 en 1986 avec comme base 1970 = 100.

[3] T. Lethu, "Afrique Médecine et Santé", p. 20, pour le Maroc mais s'applique parfaitement pour les deux autres pays.

[4] F. Z. Oufriha : *Coût et surcoût du système de soins en Algérie*. Cahier spécial du CREAD, avril 1988, présenté au préalable aux Journées d'économie sociale, Lille, septembre, 1986.

[5] T. Lethu, *op. cit.* p. 21.

[6] Contrairement à des idées largement répandues, la gratuité des soins n'est pas financée de façon significative (20 %) par le budget de l'Etat mais par la Sécurité Sociale (80 %).

[7] F. Z. Oufriha : *Le problème de l'évolution des fortes dépenses de santé en Algérie. Financement et gestion des secteurs sanitaires*. Journées d'études du 25-26 mai 1988 organisés par le CREAD.

[8] Antérieurement à 1983 – Seuls 5 % des cotisations étaient "affectées" aux assurances sociales et 14 % aux allocations familiales. En fait, l'essentiel des ressources allait au premier d'où la modification des taux sous la pression des nécessités.

[9] Ce qui donne, en prenant en compte les ayants-droit, la protection d'un citoyen sur 14, in "Maghreb, Médecine et Santé", *op. citée*.

[10] "Afrique, Médecine et Santé", *op. cit.*, p. 29.

[11] M. Kaddar : *Les politiques du médicament au Maghreb*, Note, 4 pages dactylographiées

[12] Concernant l'Algérie : cf. notre étude "*Essai sur la structure du modèle de consommation*" C.N.R.S., C.R.E.A., 1980.

[13] Pour l'Algérie, les importations de médicaments passent de 972 millions de dinars en 1974 à 1083 en

1986 et sont stabilisés à 1400 en 1987 et 1988 en terme d'AGI allouées à ce secteur. En prix grossistes : 1300 millions de dinars en 1979 à 2900 millions en 87.

[14] Elle est destinée au marché interne et donc peut être assimilée à la consommation ou tout au moins à la fraction qu'elle couvre.

[15] Afrique, Médecine et Santé, *op. citée*.

[16] Années pour lesquelles on dispose d'un maximum de données – 1982 : c'est la date de la restructuration de la P.C.A qui éclate en 3 organismes régionaux pour l'aspect importation.

[17] Le dénominateur commun "unités de ventes" est en fait hétérogène quant à son contenu mais nous permet des évaluations en termes physiques et permet de rassembler des produits fortement différenciés.

[18] R. Ghebbi : *Situation actuelle et perspectives des produits pharmaceutiques en Algérie*, 1986, p. 8.

[19] Nous voulons dire par là qu'il n'y a pas eu d'effet prix suite à la stabilité des prix.

[20] R. Ghebbi, *op. cité*.

[21] M. Kaddar, *op. cité*.

[22] A. Chaouqui : *Le secteur de la santé au Maroc*, In Afrique Médecine et Santé, décembre, 1987.

[23] M. ABIALA N'GOULOU, *La transférabilité des technologies pharmaceutiques aux PVD : cas du Congo et du Maroc*, Thèse, Lyon II, 1985.

[24] A. Chaouqui, *op. cité*.

[25] Idem.

[26] A. Chaouqui, *op. cité*.

[27] A. B. Zahlan : *The arab industrialisation construction*, Pergamon Press.

F. Z. OFRIHA, A. DJEFLAT, *Industrialisation et transfert de technologie en Algérie*, sous presses, OPU.

[28] Le cas signalé dans l'Afrique Médecine et Santé, p. 36, doit être étudié de plus près.

[29] F. Z. Oufriha : *La diffusion des nouvelles technologies de la santé en Algérie*, Communication

présentée au colloque "La diffusion des nouvelles technologies", Lyon. 1987, à paraître Cahier du CREAD.

MILOUD KADDAR^[*]

Médicaments essentiels et régime des prix en Algérie

Problèmes actuels et voies de réforme

Introduction

La volonté de rationalisation de la consommation pharmaceutique jointe à la contraction des ressources financières extérieures du pays ont accéléré la mise en oeuvre d'une politique des "médicaments essentiels" en Algérie.

L'objectif proclamé est double : répondre à la demande de la population pour les affections les plus courantes, freiner, ou, tout au moins, maîtriser la tendance à la hausse de la "facture" payée en devises pour l'importation des médicaments. Cette stratégie qui s'inspire des recommandations d'organismes internationaux tels que l'O.M.S. et l'UNICEF a été engagée en 1984. après une expérience très controversée en 1979/80^[1]. Nous ne traiterons pas, ici, des multiples problèmes pratiques et des nombreuses controverses que soulève ce type de stratégie, en Algérie ou ailleurs, dans le Tiers-Monde^[2], nous ne nous intéresserons qu'à un aspect particulier de cette approche : la logique du régime des prix intérieurs.

Le plus souvent, la stratégie des médicaments essentiels est comprise par les décideurs centraux comme une technique de réduction des coûts des produits importés. Le débat sur les mécanismes de fixation des prix à la consommation est réduit à une discussion sur le niveau des marges commerciales accordées ou encore sur les modalités de recouvrement des coûts des produits pharmaceutiques. Ces questions sont importantes et, d'actualité^[3], elles ne restent pas moins partielles et liées à des préoccupations essentiellement financières (niveau de revenus des vendeurs pour la première mise à contribution financière du consommateur pour la seconde).

Nous voudrions ouvrir, ici, une autre piste et examiner la cohérence de la stratégie des médicaments essentiels, avec la logique du régime des prix publics en vigueur. Notre hypothèse est que les objectifs des différents acteurs en présence ne sont pas convergents, la mise en lumière de la nature du régime des prix publics le montrent aisément.

Nous ne traiterons, ici, ni des conditions de fixation des prix au stade de la production ou de l'exportation, ni de tous les enjeux de la

fixation des prix des médicaments dans un pays tel que l'Algérie (gros importateur de produits pharmaceutiques, nombre croissant de prescripteurs et de pharmaciens, organisation mixte de la distribution, monopole d'Etat à l'importation, embryons et projets de production locale, système d'assurances sociales...).

Nous présenterons, dans un premier temps, le contexte et le mode de détermination des prix publics du médicament, en Algérie (§1) avant de tenter d'identifier les principales incohérences du régime en place et de proposer quelques pistes pour une réforme (§2).

1. Contexte du régime des prix des médicaments

Le régime des prix des médicaments obéit aux mécanismes généraux en vigueur dans tout le secteur commercial en Algérie. L'identification de quelques caractéristiques du "marché" du médicament nous permettra de mieux situer la diversité des logiques d'intérêts en présence.

1.1. Une consommation en hausse rapide, une offre centralement contrôlée

Le premier fait notable est la tendance à la croissance rapide que connaît la consommation de produits pharmaceutiques. L'Algérie est un des premiers marchés en Afrique. La consommation globale est passée, en prix-grossistes, de 1300 millions de DA en 1979 à 2900 millions en 1987.

L'essentiel des médicaments, localement consommés, est importé (près de 80 %). Cela implique que les prix publics à la consommation, en l'absence d'un système de compensation ou de blocage des prix, dépendent du niveau des prix à l'importation et sont donc susceptibles de fluctuer. Les politiques des prix des principaux fournisseurs (généralement de la C.E.E) et l'évolution des conditions du marché international pèsent directement sur les capacités d'importation de l'Algérie.

L'exercice de la fonction d'importation est délégué par l'Etat qui en détient le monopole aux trois entreprises publiques régionales, chargées de l'approvisionnement en produits pharmaceutiques (ENAPHARM, ENOPHARM, ENCOPHAHM). Ces entreprises ont constitué un groupement commun d'achat pour négocier avec les fournisseurs extérieurs. La nomenclature nationale (liste des produits autorisés sur le marché algérien) et le montant annuel ou pluri-annuel alloué par le gouvernement aux importations constituent les instruments d'exercice de ce monopole. C'est dans ces limites que s'exerce le pouvoir de gestion des PHARMS tant au niveau du marché international que par rapport à la demande interne.

La mise en oeuvre de la politique de maîtrise de la consommation pharmaceutique s'est traduite ces dernières années :

– sur les **marchés extérieurs**, par un processus de concentration des achats sur les médicaments de base et de forte consommation, dans le cadre de la nomenclature nationale, et par la recherche de prix plus bas à l'importation, en activant plus intensément la prospection du marché international et la diversification des fournisseurs. La procédure de l'appel d'offre international et l'utilisation de la dénomination commune internationale ont été plus systématiquement utilisés.

– sur les **marchés intérieurs**, par la réduction de la gamme des produits distribués (passage de 1200 à près de 600), une volonté d'orientation de la prescription (diffusion d'un guide thérapeutique auprès des médecins généralistes) et un accroissement de la part des frais pharmaceutiques à la charge directe des consommateurs[4].

Les résultats semblent relativement probants si l'on se place du point de vue financier. La stabilisation des ressources consacrées à l'importation en 1985/87 et la baisse relative des prix à l'importation pour un nombre appréciable de produits ont autorisé un accroissement en volume de l'approvisionnement du marché intérieur. Cela n'a, toutefois, pas éliminé les tensions et les ruptures au niveau de la satisfaction de la demande interne et cela, pour plusieurs raisons que nous ne développerons pas ici :

– accroissement rapide du nombre des prescripteurs (2 à 3000 par an) et des structures de soins (plus de 50 nouveaux hôpitaux, des centaines de centres de santé et de cabinets de libre pratique...).

– la nouvelle politique d'approvisionnement n'a pas été accompagnée d'une politique d'information adéquate en direction des prescripteurs, des vendeurs et des usagers.

– les problèmes de maîtrise de la gestion des marchés extérieurs et locaux restent importants pour les PHARMS.

1.2. Logique nationale et intérêts commerciaux

Les résultats financiers de cette politique de maîtrise de la consommation doivent être plus finement appréciés en les rapprochant de leurs conséquences sur le plan socio-sanitaire. De fait, l'Algérie s'oriente vers une politique de "médicaments essentiels". Il faudra encore s'interroger sur la logique de ce **rationnement**, sur le mode de détermination de la liste des produits agréés et de ceux effectivement mis sur le marché et enfin sur les réalités du contrôle de qualité, de la prescription et de la consommation. Ces questions importantes ne rentrent pas directement dans l'objet de cette note.

On peut, par contre, tenter de savoir si l'ensemble des acteurs, en présence dans le circuit, ont des intérêts économiques convergents dans le champ des "médicaments essentiels". Un révélateur utile, en ce domaine, est constitué par la logique du régime de fixation des prix

à la consommation. De nombreux auteurs ont situé les spécificités de la consommation médicale et de celle des produits pharmaceutiques, en particulier [5]. On peut les résumer, très brièvement, en rappelant que la demande de médicament est, le plus souvent, une demande **induite**. Le prescripteur et, lorsque la substitution entre produits "équivalents" est autorisée, le vendeur en dicte le moment et la consistance à l'utilisateur. En outre, le marché local des médicaments est réglementé et les prix administrés. Ce mode d'administration a une logique commerciale qui, c'est le cas en matière de médicaments essentiels, peut s'opposer à une logique de santé et d'économie globale.

Notre hypothèse est que le régime des prix publics, en vigueur en Algérie, organise une contradiction entre l'objectif étatique de maîtrise de l'approvisionnement et de la consommation en produits pharmaceutiques et le mode de rémunération des vendeurs de médicaments.

L'autorité centrale a intérêt à acheter, sur les marchés extérieurs, les produits sûrs, les moins coûteux, à effet utile équivalent. Les acteurs de la distribution et de la vente ont, du fait que leur rémunération est liée à la quantité de produits vendus et au niveau des prix unitaires, tendance à vouloir vendre un maximum de produits aux prix les plus élevés [6].

2. Régime des prix des médicaments essentiels et rémunération des vendeurs

La détermination des prix à la consommation des produits pharmaceutiques est régie par des textes réglementaires qui ont instauré un régime basé sur des coefficients multiplicateurs applicables aux prix d'importation convertis en dinars algériens.

Ce mécanisme de marges commerciales est porteur d'effets pervers, par le fait qu'il détermine, à la fois, le niveau des prix publics et le mode de rémunération des vendeurs. L'adoption d'autres procédures de rémunération des services fournis pourrait permettre d'introduire une plus grande cohérence dans la politique nationale du médicament.

2.1. Marges relatives et effets pervers

Les effets pervers du régime actuel des prix sont relativement connus, on peut les sérier ainsi :

– La rémunération du vendeur est liée au prix du médicament vendu sans lien direct avec le service rendu. Vendre un produit à 100 DA procurera à l'officine 27,50 DA, vendre un produit à 10 DA procurera seulement 2,75 DA, avec une marge de 27,5 % sur le prix public. Toute substitution de produits plus coûteux aux produits à bas prix et, à effet équivalent, accroît automatiquement le revenu des agents chargés de la distribution et des ventes.

– Tout accroissement des prix à la production ou à l'importation entraîne un "enrichissement sans cause" au stade du gros et du détail. Cette évolution en hausse est directement répercutée sur le revenu du pharmacien d'officine et le chiffre d'affaires de l'agence pharmaceutique d'Etat. Elle a, évidemment, un tout autre effet sur les payeurs (usagers, sécurité sociale...). Il faut noter, qu'en règle générale, une baisse des prix à l'importation (situation fréquente ces dernières années) ne se traduit pas en conséquence sur les prix à la consommation. Le principe de rigidité à la baisse des prix publics des produits pharmaceutiques procure des "recettes indues" aux entreprises importatrices, qui sont tenues de les reverser au Trésor Public, contribuant, par là, au financement des dépenses budgétaires. Ainsi, le régime des prix en vigueur est très peu incitateur à l'économicité au niveau des entreprises publiques d'approvisionnement et de distribution et surtout des vendeurs privés de produits pharmaceutiques.

La divergence d'intérêts est évidente entre, d'une part, l'Etat en tant que gestionnaire central des ressources publiques de devises et initiateur de la politique de santé et du médicament, la sécurité sociale en tant qu'institution de couverture des frais médicaux et pharmaceutiques et la population et, d'autre part, les entreprises publiques d'approvisionnement et de distribution, les agences pharmaceutiques d'Etat et les officines privées. La mise en œuvre d'une nouvelle cohérence entre les acteurs du système de soins suppose la réponse à plusieurs problèmes de fond. Plus directement, la neutralisation des effets pervers du régime des prix actuels peut être envisagée sous plusieurs angles.

2.2. Marges absolues et voies de réforme

Les deux voies radicales de réforme du système consisteraient, la première, à conserver le régime actuel des marges commerciale mais à n'avoir comme produits disponibles sur le marché que ceux identifiés comme "essentiels". Cette solution n'est pas très réaliste au regard des habitudes de prescription et de consommation en place, de la difficulté à introduire des ruptures brutales, de la nécessaire disparition de certains produits locaux "secondaires" et de l'existence d'une diversité sociale et de revenus au niveau des consommateurs. La deuxième, supposerait la suppression des structures privées de distribution du fait de leur dérive commerciale et de la dévalorisation de la profession pharmaceutique qu'elles entretiennent. Le circuit public de distribution ne peut se voir adresser les mêmes critiques, du fait de l'absence de liens directs entre rémunération du personnel et prix des produits et de la quasi-inexistence jusqu'en 1987, de pharmaciens diplômés dans ses structures de vente. De plus, des contraintes de service public ont souvent pesé sur sa gestion et ses lieux d'implantation. La suppression des officines pharmaceutiques privées, proposée en 1976 par le Conseil National Economique et Social (C.N.E.S), va à l'encontre du mouvement actuel d'extension de l'exercice privé de la médecine et de la pharmacie.

Deux autres voies de solutions semblent plus pragmatiques et plus à même d'introduire une cohérence relative entre l'objectif national affiché de réduction/maîtrise de la facture des importations et de "rationalisation" de la consommation pharmaceutique et celui de meilleure valorisation de la profession de pharmacien d'officine.

2.2.1. La première consiste à promouvoir **d'autres modes de rémunérations du pharmacien d'officine** (et du service de l'agence pharmaceutique d'Etat). Une des solutions serait de déconnecter le résultat net obtenu du prix des produits vendus. Plusieurs modalités peuvent être envisagées et négociées[7] :

– **l'honoraire forfaitaire par ordonnance** : c'est le mode le plus simple et le plus cohérent avec la conception valorisée de la profession pharmaceutique. Sous ce régime, le médicament est facturé au client à son prix de revient, plus une somme forfaitaire par ordonnance. Il s'agit, en fait, d'une marge absolue et d'un paiement à l'ace global.

Quels sont les effets de ce régime ?

– à nombre identique d'ordonnances, le revenu du pharmacien serait indépendant des habitudes de prescription (ordonnances plus ou moins longues, plus ou moins coûteuses),

– l'incitation à la consommation ne présente plus d'intérêt direct pour le pharmacien,

– les ordonnances moins chères sont renchériées par les honoraires fixes. Les ordonnances de fort montant deviennent moins coûteuses.

Ce principe général admis, une modulation de l'honoraire peut être envisagée pour certaines situations (automédication, gardes et urgences, renouvellement...)[8].

– **l'honoraire forfaitaire par produit délivré** : un honoraire fixe par produit permet d'alléger le coût des ordonnances comportant peu de lignes de prescription, tout en rémunérant mieux ; les longues ordonnances nécessitant plus d'attention et de vigilance. Ce système est, à l'évidence, "moins pur" que le précédent.

2.2.2. La deuxième voie viserait à instaurer un système de **marges différenciées** selon le prix et la nature du produit (médicaments essentiels, médicaments secondaires par exemple), l'objectif étant de privilégier la vente des produits sûrs et utiles, en accordant des marges absolues, élevées, pour les produits stratégiques et des marges absolues faibles pour les autres produits. Un centre de décision national et une évaluation continue sont, ici, nécessaires pour arbitrer entre les différentes logiques en présence (celle de l'Etat, des vendeurs, des prescripteurs, des fabricants, des consommateurs...).

Une différenciation des tarifs douaniers (actuellement de 12 % quel que soit le type de produit fini) pourrait préparer ce type de régime.

Une modulation des taux de remboursement des frais pharmaceutiques sur l'angle de l'utilité du produit et de la situation économique de l'utilisateur devrait être introduite par la sécurité sociale pour compléter ce dispositif.

Conclusion

Le régime actuel de fixation des prix publics qui détermine, en même temps, le niveau du revenu des vendeurs et les coûts à supporter par les payeurs, nous semble en total divorce avec la stratégie des médicaments essentiels et les contraintes financières du pays. Une réforme du système des prix, en Algérie est en élaboration, celle préconisée ici peut s'y intégrer.

Il serait peu réaliste de croire qu'un écrasement des revenus des agents de distribution résoudra les difficultés du financement public des dépenses pharmaceutiques, comme il est illusoire de penser qu'une mise à contribution financière et indifférenciée des usagers, en serait la solution définitive.

Il est, néanmoins, irréaliste de laisser se perpétuer un système aussi pervers de formation des prix et des revenus tout en augmentant le niveau des importations et celui des coûts à la charge de l'utilisateur et de la sécurité sociale.

La stratégie des médicaments essentiels ne peut être réduite à une technique de réduction des coûts d'achat à l'importation ou à une politique des prix à la consommation. Elle suppose et appelle la mise en oeuvre d'une politique cohérente où les impératifs thérapeutiques et éthiques et les considérations économiques sont continuellement réévalués et mis au service d'objectifs de santé socialement négociés.

Notes

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

[1] Voir à ce sujet notre thèse de Magister : "*Système de santé et médicaments, cas de l'Algérie*", Institut des Sciences Economiques, Oran, 1982, 344 pages.

[2] Voir le dossier sur le médicament dans "*Santé, médicaments et développement*", publications de la Fondation Libertés Sans Frontières, Paris, 1987. En particulier les articles de G. Peters, R. Sebbag et M. Ogrizek.

[3] Cf. travaux de la Banque Mondiale.

[4] Cf. notre analyse dans "*Consommation et production de médicaments en Algérie*", Revue de

CENEAP, Alger, 1987.

[5] S. Karsenty et J.-P. Dupuy, T. Szuba, A. Jeunemaître...

[6] L'autre stratégie d'élévation du revenu consiste à étendre la gamme des produits (parapharmacie...) et des services (injections, petites analyses...) vendus. Dans les pharmacies de ville, cela peut représenter jusqu'à 50 % du chiffre d'affaires réalisé...

[7] Pour une analyse proche, voir F. Sérusclat : "La distribution du médicament en France", La Documentation Française, Paris, 1984.

[8] Si l'on sait qu'on estime à 50 % la part de l'automédication, plus ou moins encadrée par les "conseils" des pharmaciens, dans la consommation globale, on mesure l'urgence d'engager des études et des réflexions à ce sujet...