

F. Z. OUFRIHA

Avant-propos

Ce troisième numéro Spécial Santé du CREAD rassemble quelques communications et travaux de recherche de l'équipe qui a fonctionné de 1986 jusqu'à 1989.

C'est donc avec beaucoup de retard que ces travaux sont publiés. Cela semble être apparemment une loi générale en matière de publication en Algérie.

Nous avons renoncé à présenter des cahiers par thématique spéciale comme nous l'avons toujours désiré, suite à quelques interférences et aux différentes pratiques qui ont cours dans le secteur.

Tels quels nous espérons que ces quelques éclairages ou synthèses partielles pourront aider à la réflexion générale qui se développe en la matière en Algérie suite à la montée des coûts des soins que nous identifions comme le principal problème d'ordre macro-économique que pose le fonctionnement du secteur dont les dépenses atteignent déjà 6 % du P. I. B. en 1988.

Au delà des vœux pieux et des déclarations lénifiantes, de sérieux problèmes persistent toujours au sein du système alors que le système lui-même et son "insertion" (ou plutôt sa désinsertion) au sein de l'économie reste, tout aussi redoutablement posé, si l'on considère qu'un seul des inputs nécessaires à son fonctionnement : Le médicament a coûté, en devises, l'équivalent de 2.300 millions de DA à l'économie nationale. Si nous y appliquons le taux de change parallèle du dinar, nous aurions une facture de 16.100 millions de DA (pour 1990) pour ce seul produit !

La même logique et les mêmes résultats observés aux niveaux des marchés réglementés en matière de produits alimentaires se développent de façon implacable et les incantations en la matière ne peuvent changer la réalité. Les faits sont têtus et la crise de l'Etat socialo-providence dont nous parlons par ailleurs, trouve là une de ses racines les plus puissantes : on ne peut satisfaire "les besoins" qu'en se mettant en position de produire les biens correspondants.

Echanger une matière première (les hydrocarbures) pour acquérir des "biens de base" "indispensables" est la pire des spécialisations internationales du travail et la pire insertion dans la division internationale du travail.

Les réformes en cours pourront-elles bousculer trop d'habitudes, de réflexes et de modes de fonctionnement, qui sont à la base de la dépendance dont les aspects sont multiformes et qui, en l'occurrence, est sanitaire..... Mais malgré la crise et ses problèmes, il y a comme une réticence ou une incapacité de poser frontalement un certain nombre de problèmes et de les traduire en actes.

OUFRIHA FATIMA-ZOHRA [*]

Introduction méthodologique sur le coût de la santé []**

REMARQUES PRELIMINAIRES

Il ne peut s'agir que du coût de la maladie et du prix à payer pour maintenir, restaurer la santé ou prévenir la maladie.

Avec quelques décalages par rapport aux pays développés, l'Algérie se pose le problème du "coût de la santé" et de son évolution en particulier relative (par rapport à la PIB..... par exemple). Au delà de la divergence des causes et des dynamiques des systèmes qui les sous-tendent, il est incontestable que cette émergence du problème des coûts est importante à plus d'un titre, car elle traduit la prise de conscience des contraintes économiques, pesant sur le secteur sanitaire et longtemps occultées, la volonté d'y appliquer l'analyse économique en vue de meilleurs résultats sanitaires.

Pourquoi ce problème des coûts est-il actuellement soulevé ?

- croissance forte des dépenses de santé,
- croissance non maîtrisée de ces coûts par suite du jeu même des mécanismes de couverture en place,
- mais aussi croissance non finalisée car non conçue en fonction d'objectifs de santé précis : d'où des niveaux de santé encore très faibles (de quelque façon qu'on les saisisse et malgré la faible disponibilité de données chiffrées) malgré l'ampleur des moyens mobilisés.

Donc l'interrogation sur les coûts n'a de sens qu'en liaison avec l'efficacité de fonctionnement du système, efficacité que l'on peut repérer à différents niveaux (de soins).

La santé se présente sous un aspect "social" ou pour le dire autrement comme un bien que l'on recherche en soi (pour elle-même) on peut donc l'inclure comme finalité (s) : satisfaction croissante du besoin de santé en fonction du développement, on ne peut négliger pour autant les effets économiques des prestations sanitaires c'est-à-dire leur rôle en tant que l'un (aussi) des moyens du développement : rôle dans la conservation, l'amélioration de la force de travail. Cependant dans la mesure où on y utilise des ressources rares il entre en concurrence avec d'autres secteurs (et donc d'autres besoins à satisfaire). Il se pose déjà un premier niveau d'arbitrage. Mais ce n'est pas celui-ci qui nous retiendra ; problème que nous supposons résolu pour nous interroger sur les problèmes suscités au sein même du secteur de la santé par le problème de la rareté des ressources et donc en liaison avec les

performances sanitaires et de la démarche générale qui tente d'y répondre.

I. UN PROBLEME DE CHOIX

Aucun pays ne peut prétendre assurer l'intégralité des prestations sanitaires dont toute sa population a besoins : d'où des problèmes de choix, c'est-à-dire d'ordre de priorité à établir. Voudrait-il ou tenterait-il d'assurer le "maximum" pour la santé que cela ne résoudrait pas les problèmes de choix à effectuer (à d'autres niveaux) pour l'utilisation la plus efficiente tant du point de vue technique qu'économique, ainsi que celui de la santé. L'objectif n'étant pas d'assurer un maximum de consultations ou de journées d'hospitalisation, mais de réduire la mortalité et la morbidité c'est-à-dire d'élever l'état de santé de la population en supprimant d'abord les causes pathogènes qui peuvent l'être, grâce à une meilleure maîtrise de l'interférence entre les éléments du milieu et les individus. L'action médicale pouvant n'être alors qu'un des moyens d'une meilleure santé.

Ce problème de "choix", est d'autant plus important que les dépenses de santé étant socialisées, la nation délègue en fait ses pouvoirs aux médecins pour gérer les ressources disponibles, sans que toujours ils soient conscients de leur rôle économique d'ordonnateurs des dépenses sanitaires, sans savoir comment le faire (s'ils en sont conscients) de la façon la plus efficace, n'ayant aucune formation à cet égard et de façon plus radicale parce que leur action ne s'insère pas dans des objectifs précis, et qu'elle n'est soumise à aucune évaluation technique ou économique.

D'où alors la nécessité de faire clairement percevoir et faire ressortir des niveaux significatifs où les choix nécessaires peuvent être repérés. On peut en retenir trois :

- Sur le plan global : c'est-à-dire celui d'une politique ou d'un plan de santé ; à ce niveau se pose le choix des objectifs à atteindre, de façon concrète c'est-à-dire chiffrés et datés : quelles sont les maladies, les affections contre lesquelles il faut lutter ? Quels sont les individus à protéger en priorité ? D'où alors un problème de cohérence :
- des objectifs entre eux,
- des objectifs et des besoins,
- des moyens, des objectifs et des délais.

Se pose à ce niveau l'estimation des coûts des actions à entreprendre, leur traduction chiffrée en termes budgétaires, mais aussi la définition des structures les plus appropriées, cas par cas : prévention à préciser, action médicale à préciser aussi, en fait l'indication des moyens disponibles et susceptibles de permettre la réalisation des objectifs.

- A un niveau intermédiaire : c'est-à-dire celui des politiques sectorielles qu'il faut définir une fois un objectif retenu : exemple en Algérie, on veut faire baisser la mortalité par accident de la route, ou on veut faire baisser la mortalité infantile de x % à y % en 5 ans ; quels sont

les programmes d'actions que l'on retient compte tenu d'un certain nombre de choix entre les différentes actions possibles à court terme et à long terme et de la combinaison la plus efficiente ?

- Au niveau de la gestion des unités de soins et des moyens les plus efficaces à mettre en oeuvre dès lors qu'un objectif et qu'un programme d'action ont été retenus, exemple : étude de l'efficacité d'une organisation technique de soins.

II. MÉTHODE D'APPROCHE

On a assisté ces dernières années, tant à une multiplication des études qu'à un développement des méthodes d'analyse tendant à rendre scientifique les décisions en matière de santé. Méthodes qui relèvent d'une même démarche générale, même si leur appellation et les techniques utilisées sont variables. Ces techniques qu'on appelle "d'aide à la prise de décision", se donnent pour objectif de fournir aux autorités responsables, c'est-à-dire les "décideurs", une analyse explicite le plus souvent chiffrée des coûts et des avantages (ou du rendement).

Cependant, la prise de décision doit reposer sur une bonne connaissance du réel pour avoir une chance d'être efficace, elle doit s'appuyer sur l'analyse économique, mais elle lui ajoute une dimension propre d'ordre politique et non plus technique : un objectif et une norme qui ne sauraient aller sans jugement de valeur.

Qu'entend-on par coûts ? En général l'ensemble des coûts que l'administrateur de la santé doit inscrire dans son budget pour telle action....

Qu'entend-on par avantages ? C'est le coût épargné. Epargne du coût représentée par les pertes de production, par les dépenses médicales relatives à de futures maladies (évitées), par les pertes dues à l'absentéisme... ou encore pour éviter la douleur....

Pour cela donc on identifie tout d'abord les finalités poursuivies, on met en évidence les conséquences des décisions prises, on recense le coût des décisions prises, on fait de même pour les avantages, et on compare les deux termes.

Il faut préciser que les termes "coûts" et "avantages" sont compris dans leur sens large.

L'évaluation des coûts, se fait donc toujours en relation avec les "gains" - ou "avantages" escomptés.

L'analyse comparée des coûts et des avantages du point de vue de l'administrateur de la santé est utile pour deux raisons au moins :

- Quand il doit défendre un programme de santé "en concurrence" avec d'autres programmes ; le mieux étant que ce programme soit couplé avec les autres actions de développement (éducatives - de développement rural - d'industrialisation) pour éviter entre autres les

évolutions régressives. Sa position est meilleure s'il est en mesure d'établir la valeur des avantages escomptés par rapport aux coûts de l'action qu'il propose.

- Cette analyse doit aider l'administrateur à arrêter un ordre de priorité aussi bien en matière de temps, d'argent, de personnel et permettre ainsi de décider en toute objectivité.

On retrouve finalement une démarche planificatrice type qui tente de déterminer les besoins, d'estimer les ressources, de choisir les solutions les plus appropriées, compte tenu de toutes leurs composantes. Ce n'est pas autre chose que l'application du calcul économique au domaine de la santé, démarche relativement récente suscitée précisément par une montée des coûts que l'on tente de maîtriser (auparavant elle était appliquée à des domaines relevant de la sphère marchande).

Deux problèmes importants dominent les études de ce type :

. Celui de l'appréciation de l'efficacité technique d'un moyen à mettre en oeuvre, par exemple dans le domaine de la santé : effet d'une vaccination sur le taux de mortalité ou de morbidité - ou d'une signalisation routière sur le nombre d'accidents - ou de l'installation de ceinture de sécurité (pour les voitures) sur l'importance, ou la gravité des traumatismes suite aux accidents de la route.

. Celui de l'évaluation des "coûts" et des "avantages" comparés, de deux ou plusieurs programmes susceptibles de répondre à un même objectif : phase déterminante, plus ou moins complexe, pour le choix qui sera fait. Dans les cas les plus simples on a à comparer différents programmes susceptibles de satisfaire le même objectif au même degré.

Dans son acception la plus générale, ce type d'analyse en termes de coûts/avantages vise la classification des projets ou des programmes sur la base d'évaluations monétaires et donc de leur rentabilité financière moyennant des procédures d'actualisation des coûts, (du fait de la rareté des moyens financiers disponibles), laquelle permet de déterminer la valeur future d'une somme actuelle d'argent.

Cependant dans le domaine de la santé, peu d'études se cantonnent à cette optique strictement financière, car cette dernière soulève de nombreux problèmes théoriques et pratiques voire éthiques importants. Aussi, les critères de discrimination se sont multipliés. On peut dire cependant qu'un critère important émerge : c'est celui de l'efficacité (dont la délimitation peut varier selon les auteurs) appréciée du point de vue sanitaire. En effet, on a tendance de plus en plus à préférer des analyses en termes de "coût-efficacité" (du fait de l'impossibilité de mesurer en termes monétaires les résultats d'une activité de santé). Dans ce cas, on définit une mesure non monétaire pouvant servir à définir l'efficacité et qui se rattache à l'objectif de l'activité envisagée.

La technique du choix consiste à retenir soit la solution la moins coûteuse parmi celles qui ont la même efficacité, soit celle qui a la plus grande efficacité pour l'utilisation d'un montant déterminé de ressources.

Exemple : gains ou avantages en termes de vies humaines épargnées pour un programme de santé déterminé. Le critère de la mortalité pouvant être jugé insuffisant, on peut lui substituer celui du nombre de vies épargnées sans séquelles - ou pour certains auteurs : la maximisation du nombre de jours de vie effective comme somme des réductions de la morbidité et de réduction du nombre de décès prématurés (hypothèse : d'une pondération égale entre un décès et un handicap).

Cette question de l'efficacité pose néanmoins de multiples problèmes. Il faut souligner la différence entre l'efficacité médicale qui est une efficacité technique et l'efficacité économique. L'analyse économique d'un programme de santé présuppose que les médecins sont capables de la décrire comme un ensemble de "facteurs" ou de moyens matériels mis en oeuvre et de réalisations sous la forme d'améliorations de l'état sanitaire. En principales facteurs mis en oeuvre devraient être évalués à leur coût social d'opportunité (mais se pose alors un problème quant au taux d'actualisation à retenir). Les avantages pouvant être classés en trois types :

- avantages économiques indirects dus à l'accroissement de la production,
- économie dans les futurs coûts des soins médicaux,
- gains sanitaires directs. En fait, on peut les classer en avantages directs et avantages indirects.

1. Les avantages directs :

Lorsqu'on évite à la collectivité des dépenses au moment de la maladie, au moment du décès ou de l'entretien d'un handicapé. Ces dépenses peuvent être d'hospitalisation, de consultations médicales, de transport etc... et peuvent incomber à l'Etat, à la Sécurité Sociale, aux individus/aux ménages, aux entreprises.

La valorisation de ces avantages ne pose aucun problème de fond, ou théorique, mais présente néanmoins des difficultés d'ordre statistique.

2. Les avantages indirects :

On évite un manque à gagner du fait d'une maladie, d'un décès, d'une invalidité. Certains pouvant être exprimés en monnaie (avec plus ou moins de précision) et sont donc des avantages marchands, et d'autres n'ayant aucun prix possible, malgré les tentatives d'estimation selon diverses procédures.

. L'avantage marchand

C'est l'avantage "production" : Il découle du fait que ce programme évite à l'individu de perdre sa capacité productive ou lui permette de la

recupérer plus rapidement (baisse de la durée de la maladie) ou plus complètement (baisse des séquelles invalidantes).

Mais il y a problème quant à la valorisation du nombre d'heures, car ce que produit un individu est supérieur à son salaire, de plus le travail domestique de la femme, des aides familiaux, des chômeurs ne peut être évalué car ils constituent des avantages non marchands.

. Les avantages non marchands

- de type psychologique : éviter la souffrance de l'individu, de sa famille, les retentissements psychologiques liés aux séquelles, la désorganisation familiale.

- l'avantage "vie humaine" : qui pour l'individu et sa famille est la plus importante, indépendamment de toute capacité productive (c'est dans ce cadre là seulement que la santé n'a pas de prix).

- les autres avantages non marchands : gains de temps, de loisirs etc.... Pour un pays sous développé, il faut prendre aussi en considération l'effet d'ouverture au progrès, déclenché par une action réalisée en matière de santé (allongement de l'horizon temporel des individus).

Mais trois problèmes particuliers dans l'évaluation des coûts et des avantages dans le domaine de la santé demeurent :

- le degré d'incertitude en ce qui concerne les résultats : c'est-à-dire le nombre réel de cas décelés dans un programme de dépistage.

- la valeur des futurs gains sanitaires : les raisons pour lesquelles il y a lieu de ramener à leur valeur actuelle les futurs "gains" économiques, ne sont pas retenues en matière de futurs "gains" sanitaires directs par les auteurs mêmes qui retiennent la première procédure.

- le problème de la contagiosité : guérir aujourd'hui un cas de maladie contagieuse c'est réduire le nombre de personnes qui seront infectées pour toutes les années à venir.

Le classement par l'efficacité peut ne pas prendre en considération les coûts des solutions alternatives, mais en fait, ce paramètre est retenu dans la plupart des études. On ne peut par contre envisager un classement uniquement par le coût des programmes sans référence à l'efficacité, car il n'aurait aucun sens.

Le mieux est d'opérer une classification moyennant un critère combinant efficacité et coût et calculer alors différents types de ratios tels par exemple :

coût total d'un programme

nombre de vies sauvées

ou

coût total d'un programme

nombre de cas de maladies
évités

Cependant, il ne faut pas mésestimer les difficultés de comptabilisation des coûts et des avantages mais aussi de l'efficacité, difficultés non seulement pratiques mais aussi théoriques. En particulier se posent :

. Le problème des prix

Ces analyses effectuées en termes monétaires utilisent des prix, lesquels sont censés exprimer les tensions réelles de rareté ; il n'en est rien et les prix surtout dans un pays fortement dépendant de l'extérieur sont loin de traduire les coûts réels (problème du médicament, de l'appareillage médical ou des envois pour soins à l'étranger par exemple).

Les prix pratiqués constituent une contrainte pour tout décideur, sur lequel il est obligé de s'appuyer à court terme et dans une perspective statique. Mais dans le long terme et dans une perspective dynamique, ils deviennent un élément qui change - ou que l'on peut faire changer en changeant les structures économiques, ex: une vaccination préventive peut être estimée plus coûteuse que des soins à une maladie dans des conditions données de prix - par une action délibérée sur ceux-ci on peut obtenir un prix très inférieur à ce qu'il était initialement etc....

- Comme autre problème : l'établissement du coût du traitement en milieu hospitalier pose beaucoup de problèmes car la comptabilité hospitalière est faite globalement par chapitre de dépenses, mais non par catégorie de malades ayant la même affection.

- Le problème du taux d'actualisation : il n'y a aucun accord entre les auteurs. Cependant, un taux d'actualisation élevé fait que les investissements qui n'ont d'effet qu'à long terme apparaissent comme inférieurs au seuil de rentabilité et risquent d'être négligés. De la même façon les "avantages" à prendre en considération posent problème du fait de la diversité des effets à prendre en compte mais surtout de leur valorisation.

- Le problème du taux de change appliqué aux biens médicaux (médicaments, appareillages et soins à l'étranger) ne doit pas non plus être négligé dans une perspective de comptabilisation adéquate. En particulier un taux de change qui surévalue fortement la monnaie nationale, rend plus "attractive" l'importation des biens et des services de l'étranger.

C'est aux derniers niveaux d'analyse que ces études ont été les plus nombreuses.

Mais c'est au niveau trois, c'est-à-dire au niveau de la gestion que ces techniques d'analyse sont les plus intéressantes. Le terme "gestion" devant être compris dans un sens extensif, c'est-à-dire gestion rationnelle des dépenses de santé dans les choix d'investissements,

des structures d'organisation des moyens à mettre en oeuvre. Il s'agit une fois les objectifs fixés et les politiques sectorielles arrêtées, de choisir les moyens "les plus adaptés" et "les plus efficaces", et donc les moins coûteux pour y parvenir.

Une analyse de type "coût-efficacité", peut amener à s'interroger systématiquement sur toutes les actions possibles en particulier, sur leur efficacité technique et donc à remettre en question les activités "traditionnelles" des services de soins. En effet, il existe de nombreux domaines où les activités découlent plus de l'habitude, ou pour obéir à une réglementation qui a parfois perdu sa raison d'être, que pour atteindre un objectif déterminé. De façon plus large, elle implique l'évaluation systématique de l'efficacité des services de santé, qui ont par exemple le but des études de cours de soins médicaux dans le cadre de la politique en vigueur essayant de déterminer :

- si les services sont suffisants mais non excessifs (par rapport aux besoins - ou à la demande),
- s'il y a utilisation abusive ou sous-utilisation des services,
- en essayant d'apprécier la qualité des soins cliniques : de façon à ce qu'elle soit élevée,
- que les chiffres adéquats soient disponibles pour la prise de décision,
- que les coûts des soins médicaux soient maintenus au minimum compatible avec les exigences ci-dessus.

En incitant les décideurs publics, à analyser tous les coûts et tous les avantages des actions entreprises, ces procédures rendent plus clairs les choix à effectuer, ce qui ne signifie nullement que le seul critère à prendre en considération soit le bénéfice monétaire. La mise à jour, le recensement, la connaissance de tous les coûts réels, ne peut être qu'une aide dans tout processus de choix. De telles études peuvent être importantes pour décider de l'achat de médicaments, de choix de matériels, d'équipements. Elles sont importantes, quoique plus complexes pour le choix de deux techniques utiles alternatives : de prévention et de soins pour une maladie qu'on se propose de réduire, ce qui suppose des statistiques et un modèle épidémiologique de la maladie. Mais même en son absence, on peut dans certains cas simples, partir d'approximations, ce qui constitue un progrès par rapport à une ignorance complète.

Cependant, du fait de l'interdépendance entre les structures économiques et sociales et l'état de santé de la population on peut dire qu'une modification importante de cette dernière ne peut s'opérer indépendamment des premières. Si les maladies dépendent de phénomènes biologiques et physiologiques, une grande partie d'entre elles ne relèvent pas d'un déterminisme "sanitaire" strict, d'où alors des contraintes des structures économiques et sociales sur l'efficacité d'une action sanitaire.

L'efficacité d'une action sanitaire est mieux assurée si elle prend en compte les aspects économiques, sociologiques et sanitaires pour s'ordonner en un programme cohérent : d'où la nécessité d'examiner la faisabilité économique d'un programme sanitaire, c'est-à-dire de

prendre conscience des contraintes que les structures économiques et sociales font peser sur l'efficacité d'une action sanitaire.

Aussi toute étude de coût-efficacité, cherchera à déterminer comment obtenir le meilleur résultat à partir d'un ensemble de ressources rares. Pour ne pas tomber sous le coup des impossibilités d'études "coûts-bénéfices" strictes : car on ne peut viser à des comparaisons d'éléments incommensurables et il n'est nul besoin de passer par une évaluation en monnaie des résultats d'un programme.

Cependant ces études n'auront un sens que si elles tiennent compte de tous les déterminants des états de santé biologiques et physiologiques, mais aussi économiques et sociologiques.

La prise en compte des phénomènes économiques et sociaux devant alors se faire à deux niveaux d'analyse au moins :

- les moyens d'action sanitaire doivent être envisagés, comme une variable du système global. Ils doivent donc être aussi adaptés que possible aux réalités de l'existence sociale.

Les objectifs eux mêmes ne doivent pas être envisagés de façon abstraite, mais en fonction des problèmes essentiels qui se posent dans les différents groupes de la population.

- l'ensemble des éléments du milieu qu'influencent la pathologie doit être aussi considéré comme des variables du modèle d'ensemble.

Conclusion : Difficultés d'application de ce type d'analyse au système de soins.

- Manque de connaissances sur l'efficacité technique des moyens mis en oeuvre : d'abord, manque de statistiques détaillées pour comparer deux programmes différents. Il est important de connaître leurs effets, sur la mortalité, sur la durée de la maladie, sur l'importance des séquelles ou de l'invalidité.

- Si dans certains cas, on a des modèles épidémiologiques sur l'évolution de la maladie et les effets de l'utilisation de certains moyens (cas de la Variole, Rougeole, Tuberculose etc), dans de nombreux cas ces modèles n'existent pas, soit que c'est une maladie que l'on connaît mal (risque de Rubéole, Cancer) soit qu'il s'agisse de moyens à efficacité diffuse, non imputable à un seul programme (la recherche, l'enseignement, l'éducation sanitaire...), soit qu'il s'agisse de moyens dont on connaît mal l'efficacité technique (vaccination contre la Rubéole...).

- Ceci est plus important quand on tient compte des moyens non sanitaires : la réduction de la mortalité infantile par exemple est liée, autant à des facteurs extra sanitaires, (comme l'éducation sanitaire des femmes, l'élévation du niveau de vie, l'amélioration des conditions d'hygiène...) qu'à des mesures sanitaires.

De la même façon les problèmes d'organisation sont difficiles à analyser du point de vue de leur efficacité, mais leur méconnaissance peut considérablement diminuer l'efficacité technique des mesures envisagées. Finalement on peut dire que toute démarche qui tente de cerner les coûts, c'est-à-dire que toute démarche économique, doit pouvoir se fonder sur deux types de contributions tendant :

- à produire les informations utiles et nécessaires à l'établissement de priorités aux différents niveaux,
- à mettre au point les procédures permettant d'augmenter l'efficacité des services de santé aux différents niveaux, ce qui forcément doit se répercuter au niveau des coûts (dans le sens de leur baisse).

Notes

[*] Professeur agrégé I.S.E. – Alger – Directeur de recherche CREAD

[]** Cette communication a été préparée et présentée dans le cadre d'un Séminaire organisé par l'Union Médicale Algérienne.

OUFRIHA FATIMA-ZOHRA [✱]

Médecine gratuite - Forte augmentation des dépenses de soins et crise de l'Etat socialo-providence en Algérie

INTRODUCTION

La politique sociale de l'Etat en Algérie et en particulier le système de soins (depuis la gratuité) et de façon plus récente celui des retraites, mobilise des ressources de plus en plus importantes et financées de plus en plus par la Sécurité Sociale durant les deux décennies de forte croissance économique.

Or, le contexte actuel (depuis 1985-1986) de forte récession et donc de rétrécissement de la base de financement par chute du niveau de création de l'emploi et de distribution des salaires soulève des problèmes aigus de financement.

Nous examinerons la crise du financement socialisé essentiellement à partir des problèmes soulevés par le financement (et le fonctionnement) du système de santé par la Sécurité Sociale.

Très largement non marchand et donc hors marché mais sous des formes différentes, fortement réglementé dans la plupart de ses aspects, le système de soins accède grâce à l'instauration de la gratuité, à un financement quasi-intégralement socialisé de l'offre, associant budget de l'Etat mais surtout et de plus en plus Sécurité Sociale et mobilise des ressources "automatiques" dont le volume et le rythme ont été si fortement croissants que l'on aboutit à une remise en cause du secteur public et donc de la socialisation intégrale de l'offre. En effet, l'Etat socialo-providence qui prétendait en Algérie impulser et mener, seul à bien, le financement et la conduite d'une ambitieuse politique de protection sociale, largement entendue, semble être entré en crise. Ce constat valable pour l'ensemble des éléments de cette politique est particulièrement net depuis 1986 en matière de politique de santé. Pour montrer cela, nous serons amenés à brosser à grands traits l'évolution qui partant de la mise en place de la gratuité des soins va financer son extension moyennant désengagement précoce du Budget de l'Etat et subordination totale de la Sécurité Sociale à cette politique. D'où sa progressive prééminence comme source de financement, compte tenu d'une conjoncture économique favorable pour aboutir compte tenu de la trop forte augmentation des dépenses enregistrées plus spécialement à ce niveau à une tentative de dégagement global de l'Etat (Budget + Sécurité Sociale) par le biais de la modulation de l'offre publique de soins que l'on tente de limiter en faveur d'une offre privée qui s'appuierait plus largement sur l'extension de la demande socialisée partiellement

par la Sécurité Sociale via le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux engagés selon des barèmes qui laissent place à une participation accrue au financement des soins de la part des ménages, mais au préalable, on tentera de resituer le contexte dans lequel vont s'opérer ces augmentations de dépenses.

I. LE CONTEXTE GLOBAL DE LA POLITIQUE DE SANTE

Durant une décennie et demie l'Algérie a connu une période de forte croissance économique marquée par des bouleversements profonds induits principalement par la politique de développement mise en place. Politique se voulant initialement centrée sur l'industrialisation conçue comme moteur du développement et source de création de richesses qui seules peuvent financer des progrès sociaux importants, conçus sous forme d'une protection sociale généralisée et en particulier d'une médecine gratuite, c'est-à-dire ouverte à tous abstraction faite de tout niveau de ressources.

Cependant, les ressources mobilisées pour la satisfaction des besoins de santé ont fortement varié en fonction des démarches qui ont prévalu au niveau central pour la prise en charge et la protection de la santé de l'entière population. D'abord axée sur l'éradication des grandes endémies et donc la mise en place d'un système de soins que l'on voulut intégré d'abord, puis de plus en plus complexe et spécialisé, c'est-à-dire incorporant de plus en plus de nouvelles technologies de soins et de diagnostic.

Cette inflexion de la démarche résulte de la conjonction de deux séries d'éléments qui vont se conjuguer de façon particulière pour dessiner les contours du système de soins qui allait en résulter.

Il y a tout d'abord la conception de la planification sanitaire même conçue essentiellement en termes de carte sanitaire, c'est-à-dire en fait d'indice-lits et d'indice-médecins par nombre d'habitants, elle se traduira par des efforts intenses de formation médicale (et paramédicale) et de construction d'hôpitaux et de structures de soins (diversifiés) plus légères.

Il y a ensuite le mirage techniciste issu du modèle bio-médical qui va progressivement marquer tout le contenu de la politique de soins et dont un des enracinements les plus profonds, résulte des contenus des formations médicales hyper-spécialisées (45 spécialités) développées à cet égard et qui rejoint et conforte la vision uniquement techniciste de la médecine.

On en vint donc progressivement à "oublier" les démarches épidémiologiques et la prééminence de l'aspect "santé publique" qui avaient animé initialement la politique de santé pour se focaliser sur la construction, puis "l'administration" d'un appareil de soins fonctionnant par ailleurs sans objectif précis de résultats à atteindre, abstraction faite des "besoins" identifiés par une épidémiologie active et sans moyens d'évaluation du résultat de ses activités. Le problème de la trop forte augmentation des dépenses de soins va se poser alors très rapidement

en des termes aigus, parce qu'une décennie et demi aura suffi pour révéler que les frais récurrents nécessaires au fonctionnement d'un important système de soins fortement hiérarchisé et centré sur les hôpitaux vont s'avérer beaucoup plus importants que ce que la pression fiscale et parafiscale (forte par ailleurs) peut mobiliser comme ressources collectives pour son financement et ce, d'autant qu'avec la Crise, il y a un tassement de l'emploi et des salaires distribués et donc de la base imposable. En effet, la Sécurité Sociale en Algérie est assise, à l'instar de celle de la France (tout au moins avant les changements récents) sur les cotisations liées au niveau et au volume des salaires. Les ressources en sont donc fonction, de façon directement proportionnelle. La régression de l'activité économique avec une de ses conséquences majeures "la stagnation voire la régression de l'activité salariée et donc l'éclatement du "paradigme de l'Emploi"^[1] (G. CAIRE) l'affecte donc directement dans ses sources de financement et ce, plus spécialement depuis 1985-1986. On ne peut plus arguer de la généralité du phénomène dans les pays développés pour le considérer comme processus "normal" : les contextes démographiques, pathologiques et économiques ne sont pas les mêmes, - de même d'ailleurs que les résultats qu'ils soient saisis en termes de santé, d'efficience dans le fonctionnement ou de coûts générés à cet égard. Sans compter qu'à ce niveau des mesures énergiques soit de rationnement mais de plus en plus de rationalisation du fonctionnement des systèmes de soins se sont faits jour dans les pays développés et que le niveau, l'ampleur et le contenu du financement du "social" ont été profondément affectés et se sont plus ou moins adaptés aux nouveaux contextes économiques pour permettre de nouvelles recompositions sociales.

Cependant, la crise du financement socialisé des dépenses de santé en Algérie rejoint alors une crise beaucoup plus grave qui est celle de l'Etat socialo-providence, qui n'est plus à même d'assurer, l'ensemble de ses promesses "sociales". En effet, en posant que l'accès à la médecine était gratuit, que l'emploi était garanti, l'Etat tutélaire allait beaucoup plus loin dans l'intervention et la redistribution du Revenu National que l'Etat-providence issu du keynésianisme en se faisant le pourvoyeur et le dispensateur du bien-être social et en particulier du bien-être physique par le biais d'une médecine largement socialisée tant dans son aspect offre que dans son aspect demande. Tandis qu'en matière de retraite les "libéralités" accordées à certaines catégories sociales. (Anciens Moudjahidine, Cadres de la Nation...), constituent des règles spécifiques de retraite marquées par des départs plus précoces (les années de militantisme comptant double pour la retraite) avec maintien du salaire intégral : d'où un flux de retraités et de retraitables très jeunes et donc de retraites qui vont déséquilibrer le système.

Cette crise n'est alors que l'une des manifestations de la crise économique et des ajustements structurel qui s'ensuivent, laquelle en affectant la croissance économique atteint les bases mêmes sur lesquelles repose le type même de système de soins, en contractant tant les ressources budgétaires que plus encore celles de la Sécurité Sociale qui en constitue en fait le pivot, du point de vue financement tant

du fonctionnement que de l'investissement, tout en n'étant pas un véritable système de Sécurité Sociale. Mais elle a aussi des racines plus profondes, intrinsèques au système lui-même, les deux aspects se conjuguant pour produire une situation radicalement nouvelle en matière de financement et où la contrainte financière globale remet en question tant le système de soins public, que le financement et l'équilibre du système de retraite trop précocement déséquilibré suite à une politique de mise à la retraite anticipée de certaines catégories sociales compte tenu d'une durée de vie active fortement réduite. Le système reposant sur une population active salariée, qui tend à être stagnante en valeur absolue et régressive en valeur relative. En tout état de cause, on peut dire que le deuxième aspect n'était pas "inéluçtable" et résulte beaucoup plus tant des réponses apportées (médecine curative, techniciste, hyper-spécialisée) et de la manière même de les apporter (hospitalocentrisme, dysfonctionnements des unités de soins), que de celles qui n'ont pas été faites (modalités de tarification ou de rémunération des différents types d'activité de soins tant au niveau d'un secteur public fortement prépondérant jusqu'aux années 1986, que d'un secteur privé qui tend à s'étendre depuis lors.

Cette démarche médicalisatrice a agrandi considérablement le marché des soins et donc le marché de tous les inputs nécessaires aux soins et en particulier du médicament et des matériels médico-chirurgicaux. Ce dernier et en particulier le médicament sur lequel pèsent uniquement des contraintes de prix et non des contraintes de volume, a vu sa demande s'amplifier de façon exagérée. Mais, ce ne sera pas le seul input du système de soins qui connaîtra une forte croissance et qui donc contribuera à l'augmentation des dépenses de soins.

Une distinction essentielle est néanmoins à faire à ce sujet entre les inputs et même les offres partielles qui sont d'origine interne et celles qui sont d'origine externe : le marché algérien par l'extension de sa demande en "inputs" et "offres" partielles non disponibles sur place, va devenir un marché juteux tant pour les Multinationales du médicament et des appareillages médicaux, que pour les constructeurs "clés en mains" d'hôpitaux durant les deux plans quinquennaux, c'est-à-dire au tournant des années 80 - qui vit l'émergence du "Social" hors de l'Entreprise publique.

Après avoir progressé à des rythmes extrêmement forts, et sans contrainte majeure de financement - ou plus exactement en faisant sauter les quelques garde-fous qui existaient - par ailleurs peu pertinents à canaliser et à orienter l'activité médicale dans un sens conforme à l'intérêt général, les dépenses publiques et para-publiques affectées au fonctionnement du système public de soins, sont arrivées à un volume tel que le financeur principal : La Sécurité Sociale ne peut en aucune façon y faire face. En effet, la Sécurité Sociale est devenue au fil des ans - par une évolution liée tant au processus d'industrialisation-salarisation de l'économie, que par le mouvement de désengagement du Budget de l'Etat à partir du tournant des années 80 qui vit l'externalisation du "Social" au sein de l'Entreprise publique algérienne, et dans la foulée de la restructuration organique et financière des Entreprises publiques, puis

de l'autonomisation de ces dernières - le principal agent de financement de l'ensemble des dépenses sociales de l'Etat. Un certain nombre de mesures que l'on pourrait qualifier de "techniques" peuvent de façon transitoire améliorer la situation : augmentation des taux de recouvrement en particulier auprès des Administrations publiques taxées de mauvais payeurs et qui bénéficient du fait même de la loi, de régimes dérogatoires (5 % de cotisation de moins que le reste des cotisants normaux - à l'exception de certains "secteurs" comme l'agriculture). Les solutions "transitoires" prises à cet égard, non pas pour freiner l'augmentation de l'ensemble des dépenses de santé, mais uniquement celles affectées au fonctionnement du secteur public, sans modification significative tant de ses règles et lois de fonctionnement véritables, des modalités de tarification de ses activités, des moyens même de saisie de ces dernières se traduisent finalement par une simple redistribution de l'allocation financière globale provenant de la Sécurité Sociale, ceci sans mise en place de procédures d'allocations raisonnées (à défaut d'être optimales ou qui ne le seraient que dans un second stade) d'attributions - affectations des ressources collectives, en fonction de résultats tangibles de niveaux de santé et de niveaux de satisfaction (accueil, prise en charge) des financeurs ultimes (salariés et entreprises) à exiger d'un système de soins de moins en moins soucieux des patients ou peut être plus spécialement de certains d'entre eux et de leur prise en charge effective, qui fait que de larges couches - où se rejoignent salariés à hauts revenus, mais aussi professions libérales et commerçantes et aussi toutes les couches qui ont prospéré dans les circuits parallèles, qu'ils soient occultes ou apparents et donc disposant d'un revenu suffisant leur permettant de faire l'avance nécessaire des frais médicaux et de supporter de façon définitive une partie des dépenses, se font les alliés objectifs d'un secteur privé dont l'avantage principal, réside dans une prise en charge du point de vue d'un accueil rapide, qui fait face aux files d'attente du secteur public. Cependant, travaillant à l'acte - système éminemment inflationniste en terme d'effet volume en moins et donc d'enveloppe financière globale et qui va l'être aussi du point de vue effet-prix des "Actes" redeviennent plus ou moins mobiles, sans compter que le système de codification et de tarification des Actes lui-même introduit des biais considérables et qui vont être amplifiés par l'introduction et la diffusion, y compris au sein du secteur privé, d'appareillages plus ou moins lourds (échographie...) et dont les répercussions financières risquent d'être amplifiées compte tenu de l'orientation d'une grande partie des ressources disponibles au profit des pathologies dites de "civilisation" (cancer, cardio-vasculaires....) sans que les substrats pathologiques anciens soient tous parfaitement maîtrisés - sans que le résultat réel, c'est-à-dire en termes de santé, puisse être patent.

Le problème tant de la trop forte augmentation des dépenses de santé et de retraite, que de la contrainte financière globale se pose alors avec acuité et en des termes radicalement nouveaux (par rapport aux années antérieures à la gratuité). Il s'agit d'en élucider les termes et donc d'abord de préciser de quelles "dépenses" de santé il s'agit : Ce ne sont point celles de l'ensemble des dépenses publiques, para-publiques et privées de santé, mais et à un premier niveau des seules dépenses

"gérées" par le Ministère de la Santé Publique, c'est-à-dire celles affectées aux secteurs sanitaires, à un niveau plus élargi de l'ensemble des dépenses de la Sécurité Sociale : dépenses de fonctionnement, mais aussi d'investissement et de tous les "indus" mis à la charge de la Sécurité Sociale par l'Etat.

Cependant, se pose un problème que l'on ne pourra pas élucider dans le cadre de ce papier : s'agit-il d'une croissance "normale" ou d'une "surcroissance" ou en d'autres termes, cette croissance est-elle similaire aux "croissances" d'autres consommations ? D'autres dépenses publiques ? etc... Ou au contraire, s'accaparent-elles des ressources de plus en plus larges (à défaut de modifier la structure du modèle de consommation ? (en termes de coefficient budgétaire peu affecté à cet égard) au niveau du PIB compte tenu de la forte socialisation de son financement ? Qu'est-ce qui l'explique alors ou plus exactement qu'elles sont les explications que l'on peut avancer ?

Pour quels résultats ? S'est-on jusqu'à présent préoccupé de mesurer l'impact des dépenses de santé ? A t-on cherché à évaluer l'efficacité du fonctionnement du système de soins : efficacité technique et efficience économique ! S'est-on donné les moyens de le faire S'est-on même posé ce problème Ou au contraire sous de vagues formules, on s'est empêché de savoir non seulement ce que les unités de soins produisent réellement et au profit de qui elles le produisent et comment elles le produisent [1] par quels moyens et donc à quels coûts elles le produisent : le problème de l'allocation raisonnée des ressources, discutée par des partenaires sociaux clairement délimités en vue de résultats significatifs et identifiés de santé devant être posé à tous les niveaux, même s'il ne peut être d'emblée atteint, même s'il est difficile à faire admettre comme principe et comme procédure d'action, en particulier par la plus grande partie des professionnels de la santé trop peu habitués à réfléchir en général sur les conséquences économiques et financières de leurs pratiques professionnelles et ce, dans un contexte institutionnel où l'extension de la socialisation de la demande lois de 1983, renforce celle de l'offre.

On ne tentera pas de répondre ici à toutes les questions soulevées, mais on cherchera de façon plus restreinte de situer l'ampleur des augmentations de dépense de santé et de situer la participation de chaque source de financement pour faire apparaître les blocages et les impasses auxquels on semble être parvenu. Si les arbitrages doivent être faits, il faut qu'ils le soient en connaissance de cause et en toute clarté. La démocratie et les ouvertures récentes vers une transparence accrue, ne peuvent être cantonnées au seul "jeu politique", mais doivent aussi et surtout concerner le sens et l'orientation, la signification des ajustements économiques et sociaux en cours. Le traitement du Social pouvant être considéré comme un test à cet égard. Serait-ce la logique smithienne ou la logique keynésienne jusque là prépondérante qui va l'emporter ?

II. GRATUITE DES SOINS ET FORTE CROISSANCE DES DEPENSES

Le problème de la trop forte augmentation des dépenses de santé, de leur maîtrise et des arbitrages nécessaires face à la contrainte de financement émerge brusquement dans un contexte de crise de l'accumulation productive, de crise de l'endettement et des équilibres extérieurs. Il se manifeste par celui du déficit global de la Sécurité sociale à partir de 1988, laquelle a fonctionné moyennant excédents financiers au cours des deux dernières décennies et apparaît essentiellement à son niveau comme un problème "d'équilibre financier". Cependant la forte publicisation du système de soins associée à un financement intégralement socialisé a induit des réactions tant au niveau de l'organisme financeur qu'à celui gestionnaire des moyens et des personnels de santé, introduisant par là certains types d'arbitrages et en particulier une nouvelle articulation des deux sous-systèmes, privé et public, de soins se traduisant par de nouvelles règles de fonctionnement de ce dernier en particulier au niveau de ses acteurs principaux. Ces nouvelles données ont suscité toute une série de critiques et de remises en cause, de débats concernant l'efficacité du fonctionnement du secteur public et la productivité des dépenses de santé, mais aussi toute une série de controverses et de débats quant au statut et au rôle de la Sécurité Sociale, de plus en plus sollicitée dans des transferts sociaux (plus ou moins bien identifiés) et au moment même où sa base se contracte avec la baisse de la création d'emploi salarié et de la salarisation. Le principal mécanisme de redistribution sociale, suite à l'autonomisation des Entreprises publiques effectuée à travers une série de tâtonnements et d'ajustements (toujours en cours) que les différents chocs extérieurs ont rendu plus difficiles, à réaliser et à réussir. Le recul de l'emploi salarié stable et à part entière des salariés passant par des circuits contrôlés, qui constituent l'assise de la Sécurité Sociale, vient plus ou moins contrarier le mouvement d'assainissement financier des Entreprises Publiques.

L'examen de l'évolution à moyen terme et long terme de l'évolution tendancielle de la situation (et des équilibres) de la Sécurité Sociale et ce, plus spécialement depuis les années 83, laisse apparaître des signes de déséquilibres structurels compte tenu des nouvelles règles et des nouvelles charges qui lui sont imposées par l'Etat, dans un contexte démographique - où la masse et la pression des ayants-droit dont le contenu a été élargi - par rapport aux actifs deviennent de plus en plus lourdes.

1. Le constat de la trop forte croissance des dépenses de santé en Algérie

1.1. Le constat global :

a) Une croissance plus que proportionnelle par rapport au PIB des dépenses de santé.

Le problème de l'ampleur et du rythme de la croissance des dépenses de santé en Algérie, peu abordé jusqu'à ces dernières années, se pose avec acuité, compte tenu de ses évolutions propres, mais aussi des nouvelles données de fonctionnement de l'économie nationale. Le taux de croissance des dépenses de santé ayant été très soutenu, suite à la

conjonction de plusieurs facteurs : socialisation accrue du financement, extension de l'appareil et meilleure prise en compte de nombreux problèmes de santé, diffusion des Nouvelles technologies de diagnostic et de soins...

Ceci grâce à des conditions permissives pouvant se ramener à l'extension rapide de l'activité économique : forte croissance qui permettait de prélever "sans douleur" des ressources croissantes, fiscales et parafiscales, nécessaires à l'extension du système de soins et de ses activités.

Bien que partielle c'est-à-dire n'englobant ni les dépenses de la Mutualité Agricole ni de l'ensemble des Mutuelles Complémentaires, ni de celle de la Sécurité Sociale des militaires et biaisée dans le sens d'une minoration au niveau des dépenses à la charge des ménages de façon définitive, l'évaluation de l'ensemble des dépenses de santé n'en traduit pas moins de façon nette le phénomène majeur de la plus forte croissance des dépenses de santé par rapport à celle d'un PIB qui a été lui-même très fortement croissant surtout sur les périodes initiales, mais tend à la stagnation actuellement, puisqu'elle fait passer leur proportion dans ce dernier de 3,5 en 1979 à 6 en 1988, soit une très forte croissance tant en valeur absolue que relative. Or, 1985-86 marque une rupture dans la croissance économique où se conjuguent difficultés internes et forte contrainte extérieure du fait de la rigidité "structurelle" de certaines importations (facture alimentaire, sanitaire....) et de la volatilité des recettes d'exportations, malgré une relative diversification au sein des produits pétroliers exportés.

TABEAU N° 1 - EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE ET DE LEUR PROPORTION DANS LE P. I. B. en 10⁶DA

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Dépenses de santé (I)	4.617	6.112	7.384	8.579	9.939	11.475	12.751	15.173	16.973
P.I.B. (II)	128.222	162.507	194.468	207.451	233.752	289.850	289.155	290.000	--
I / II	3.5	3.6	3.8	4.0	4.20	4.4	4.4	5.2	--

Source : Ministère de la Protect. Sociale

b) Une croissance explosive des ressources mises à la disposition des secteurs sanitaires.

L'évolution des ressources des secteurs sanitaires qui représentent la mesure exacte des dépenses de santé occasionnées par le fonctionnement du secteur public de soins, ont été explosives durant la dernière décennie. En valeur absolue, elles sont passées de 847,3 millions de DA en 1974 à 4 278 millions de DA en 1983, soit un taux de croissance moyen annuel de 40,3 sur une période de 10 ans qui voit s'accroître le déficit des Assurances Sociales lequel n'apparaît pas encore comme "problème" puisque la Sécurité Sociale fonctionne encore moyennant excédents financiers. Il n'en appelle pas moins le déplaçonnement de l'assiette des cotisations, effectué à la faveur de l'unification des différents régimes de Sécurité Sociale, opérée en 1983. D'où une hausse brutale des ressources-dépenses des secteurs

sanitaires qui va très rapidement conjuguer ses effets avec des besoins à financer (le flux des retraités risquant de déséquilibrer fondamentalement l'ensemble du système) 10.126 millions de DA en 1987 et 11.441 millions de DA en 1988, soit un taux moyen de croissance de 89,3 % sur la période avec une nette accélération en fin de période. En fait trois sous-périodes peuvent être délimitées :

- la première 1974 à 1980, qui enregistre un taux de croissance fortement en hausse d'une année sur l'autre : il va de 5 % en 1975 par rapport à 1974 à 88 en 1980 par rapport à 1979. Correspondant à la période du 2ème plan quadriennal, il semble indiquer une médicalisation des problèmes résultant d'une industrialisation-urbanisation très rapide.

- la seconde période (1980-1984) : de stabilisation et même de déclin relatif du taux de croissance entre 1980 et 1983 (71 % puis 70 % et 57 %) elle semble liée à l'effort général de stabilisation de l'économie suite au "bilan" établi pour la période précédente.

- la troisième période (à partir des années 1985-86) : le retournement de conjoncture, la crise et ses effets nécessitent une intensification de l'utilisation des moyens disponibles pour poursuivre l'objectif d'amélioration des niveaux de santé avec des ressources amoindries. D'où la nécessité d'une analyse approfondie du fonctionnement des différents composants du système par rapport aux dépenses qu'il occasionne lesquelles doivent être ramenées à un niveau plus compatible avec la croissance économique, mais aussi par rapport aux missions qu'il remplit et à la manière même dont il les assure (qui ne font point l'objet de ce papier). Deux sources de financement sont fondamentales sur le plan macro-économique aussi c'est par rapport à l'évolution de leurs dépenses que nous nous situerons.

1.2. Le constat au niveau des deux sources principales de financement socialisé :

c) La trop forte augmentation des dépenses au niveau de la Sécurité Sociale.

Les dépenses de santé (fonctionnement et investissement, plus toute une série de dépenses sociales) étant largement et de plus en plus financées par la Sécurité Sociale, c'est du point de vue de cette dernière et de son équilibre financier d'ensemble que la question Sociale semble se poser et être la plus aiguë actuellement.

Levons tout d'abord une ambiguïté concernant les fameux excédents de la Sécurité Sociale, en précisant qu'il s'agissait là, d'excédents au niveau de l'ensemble du système et non à celui des seules Assurances Sociales - assimilées le plus souvent en matière de couverture des dépenses de santé à la Sécurité Sociale.

Ce sont en fait les excédents des branches Allocations Familiales, Accidents du Travail et Retraite qui ont permis aux trésoreries des Caisses par le jeu des fonds communs, de faire face aux besoins de

financement des Assurances Sociales, déficitaires depuis 1973 et donc de ne pas laisser apparaître leur déficit en tant que tel.

Ce sont les dépenses des Assurances Sociales qui ont tout d'abord connu l'accroissement le plus net, suivie de façon rapide par celle des retraites autonomisées par ailleurs par les lois de 1983. Grossièrement équilibrées jusqu'en 1972, leur déficit s'est constamment manifesté tout au long de la période 1973-1983, date à laquelle il atteint une telle proportion qu'il fait pression sur l'ensemble du système : d'où la réforme de 1983 qui n'a pas été seulement unificatrice et uniformisante, mais qui a surtout considérablement augmenté l'assiette des cotisations par déplaçonnement intégral des salaires soumis à cotisations, légère augmentation du taux global de pression (qui atteint 29 %, sauf pour les Administrations publiques et certains segments du secteur agricole), mais aussi renversement complet de "l'architecture" des taux de cotisations au profit des Assurances Sociales au détriment des Allocations Familiales, sans que l'on voit apparaître à ce niveau un ensemble de mesures cohérentes, accompagnant toute la campagne de maîtrise de la croissance démographique laquelle se contente, là aussi, d'un aspect "techniciste" (espacement des naissances, pilule, stérilet...) et ne remet en cause ni les mesures d'ordre fiscal (coefficient budgétaire) ou sociales (allocations familiales uniformes mais insignifiantes pour des salaires moyens) héritées dans leurs principes de mesures et de législations populationnistes mais surtout n'osant pas s'attaquer de front au problème de fond, qui est celui du statut de la femme en Droit et en Société qui sous-tend tout le problème de la fécondité.

C'est donc le poids des dépenses de couverture de soins (et de retraite, mais non de solidarité pour la famille) qui est le plus lourd sur le plan collectif, celui qui va faire le plus pression sur les ressources.

C'est ainsi que les recettes s'établissent à 158.862×10^3 DA en 1967, qu'elles atteignent $9.683.465 \times 10^3$ DA en 1983 et sont donc à l'indice 1 689 soit un taux de croissance moyen annuel de 105 % sur une période de 16 ans.

Au contraire les dépenses passent de 152,8 millions de DA en 1967 à 4.177 millions de DA en 1983 et sont donc à l'indice 2.734, soit un taux moyen de croissance annuel sur la même période de 175 % !

Malgré les nouvelles dispositions concernant l'extension de l'assiette des cotisations, le rythme de progression a été tel qu'en 1987, la Sécurité Sociale n'arrive globalement qu'à assurer son équilibre (son déficit se réalisant à partir de 1988). Ce résultat, de plus n'a été atteint que moyennant un rationnement central et ce, depuis la première fois depuis 1973, de sa participation au financement du secteur public, gratuit et principal segment de soins^[2], via le biais de sa contribution au forfait hospitalier (7,5 milliards de DA, contre 9 milliards réclamés par les Secteurs Sanitaires). Voyons de plus près comment ont été impulsées les dépenses de la Sécurité Sociale en matière de Santé seulement.

Les grandes catégories de dépenses au niveau de la Sécurité Sociale

Si on laisse de côté les prestations en espèces qui correspondent à des revenus de substitution pour les salariés en cas de maladie et ne renvoient donc pas directement au fonctionnement du système de santé. On se rend compte que les prestations "en nature" de la Sécurité Sociale se composent en fait de trois masses financières distinctes dont les taux de croissance ont été différents parce qu'ils renvoient à des segments de soins différents et donc à des logiques de fonctionnement divergentes voire opposées et dont l'évolution a été très contrastée.

a) Il y a tout d'abord ce que l'on continue d'appeler le forfait hospitalier qui constitue la contribution de la Sécurité Sociale au financement des secteurs sanitaires ou segment public de soins : Après avoir constitué 28,8 % en 1972 de ses prestations, il en représente 39,2 % en 1973 et 1986. Le forfait hospitalier qui théoriquement, sert à financer les prestations fournies aux assurés sociaux par le secteur public - en fait essentiellement l'hospitalisation - finance de plus en plus largement et de façon contrainte le système public de soins suite à un désengagement des dépenses progressif du Budget de l'Etat. L'ensemble des dépenses de Sécurité Sociale et budgétaires allant au secteur public représentant la socialisation de l'offre.

Il y a là un vaste mécanisme de redistribution à rebours-puisque la gratuité "bénéficie" à toute la population (y compris aux catégories riches et aisées), mais qu'elle est financée essentiellement par les salariés. 75 % du seul fait de la Sécurité Sociale auquel il faut ajouter leur participation au budget de l'Etat pour lesquels ils sont soumis à prélèvement à la source alors que les possibilités de fraude et d'évasion fiscale des autres catégories sociales sont importantes et pratiquées largement.

b) Il y a ensuite les remboursements pour soins qui constituent la contribution au financement des dépenses pour soins des ménages assurés sociaux à l'occasion de leur fréquentation du secteur privé des soins (soins ambulatoires). Ils représentent les dépenses socialisées à travers la demande et dont la tendance à l'extension va se faire à partir des années 1983 (Lois sur la Sécurité Sociale) mais surtout des années 1986 (nouveaux arbitrages, revalorisation des tarifs...).

Après avoir représenté 92,5 % en 1970 des prestations en nature, ce taux chute à 59,9 % déjà en 1972 puis 48,8 % en 1973 (forfait) puis décroît régulièrement jusqu'en 1986 où il atteint 12,7 % : comme traduction indirecte de l'extension de la publicisation du système de soins. C'est la catégorie de dépenses qui compte tenu de ses mécanismes de remboursement a crû le plus lentement [3] : son indice de croissance est à 571 en 1986 en prenant comme base 100 = 1972, soit un taux de croissance moyen annuel de 33 %. Cependant, 1986 marque un tournant à cet égard : Levée du zoning, libéralisation de l'installation, du flux des médecins, revalorisation brutale (60 %) du taux de remboursement officiel des soins, et ce après un long blocage...

c) Il y a enfin les prises en charge pour soins à l'étranger qui représentent essentiellement des dépenses d'hospitalisation lourdes pour soins complexes. Leur évolution a été contrastée : 7,5 % des prestations en 1970, 28 % en 1978, puis 10 % dans les années 1984 à 1986. La première phase pouvant s'analyser comme une perte de contrôle et d'autonomie de notre système hospitalier, la seconde traduisant les résultats de compression et la politique de substitution de soins internes aux envois à l'étranger, assise par ailleurs sur un effort massif d'équipement du secteur en technologies lourdes de soins et de diagnostic et un recentrage des hôpitaux sur l'aspect "plateau technique". Avec comme base 1972 = 100, leur indice de croissance est à 2 556 en 1983 et à 2 579 en 1986. Leur volume absolu étant quasi-égal à celui des remboursements en 1978, similaire en 1979-82 et en 1983 largement supérieurs à ces derniers. Le retournement effectué en 1984 semblant être encore peu assuré. Le problème majeur dans la nouvelle logique du système étant la réussite de la transformation véritable de l'hôpital en lieu de diagnostics et de traitements complexes pour les nouveaux types de maladies qui affectent les couches dominantes issues de l'urbanisation-salarisation-industrialisation et de la reconversion (prises en charge moins onéreuses sur le plan collectif) de sa fonction d'hébergement social, laquelle doit être repensée en tout état de cause. Signalons que là aussi la Sécurité Sociale finance dans ce cadre, des malades non assurés sociaux, d'où un second mécanisme occulte de redistribution à rebours.

Finalement l'examen du tableau d'ensemble de l'évolution de 1970 à 1986 révèle un bouleversement complet de l'architecture des prestations en nature, accompagné d'une croissance extrêmement vive de l'ensemble des prestations qui atteignent 2 690 en indice en 1986 sur la base 100 en 1972.

Une ligne budgétaire spéciale apparaît en 1988 représentant des remboursements au "réel" de prestations hospitalières spécifique régis par conventions spéciales avec la Sécurité Sociale (hémodialyse et maladies cardio-vasculaires).

TABLEAU N°2
EVOLUTION DE LA STRUCTURE DES PRESTATIONS EN MATIERE DE
LA SECURITE SOCIALE DURANT LA PERIODE 1963/1986

Années	DEPENSES ASSURANCES SOCIALES : PRESENTATIONS EN NATURE							
	Soins de santé y compris produits pharmaceutiques et autres.....		Frais de soins à l'étranger...		Forfait Hôpitaux		TOTAL	
	Indice	Valeur	Indice	Valeur	Indice	Valeur	Indice	Valeur
1963								81 008
1964								59 288
1965								66 029
1966								64 207
1967								80 737
1968								128 455
1969								145 842
1970		176 617		14 267		/		190 904
1971		192 273		20 234		/		212 507
1972	100	145 487	100	27 400	100	70 000	100	242 887
1973	104	149 299	134	36 764	171	120 000		306 063
1974	134	192 166	240	65 729	214	150 000		407 895
1975	161	234 205	328	89 807	286	200 000		524 012
1976	181	263 049	438	120 000	314	220 000		603 049
1977	199	289 132	677	185 541	429	300 000		774 673
1978	222	322 800	1133	310 529	679	475 000		1 108 329
1979	292	425 041	1332	364 850	1020	714 450		1 504 341
1980	290	422 089	1715	469 861	1608	1 126 000		2 017 950
1981	427	620 837	2000	548 217	2014	1 410 000		2 579 054
1982	438	628 207	2163	592 650	2571	1 800 000	1244	3 020 857
1983	314	456 000	2556	608 000	3003	2 102 000		3 186 000
1984	524	762 199	1068	292 686	4429	3 100 000		4 154 885
1985	558	811 986	1528	418 759	5714	4 000 000		5 230 745
1986	571	830 276	2579	706 661	7113	5 000 000		6 536 937

Unité: 1000 DA

Construit par nous mêmes à partir des chiffres du Ministère de la Protection Sociale.

TABLEAU N°3
EQUILIBRE FINANCIER DU SYSTEME DE SECURITE SOCIAL EVOLUTION 1980 - 1989

Années	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Total dépenses	7.34	8.53	9.99	11.23	14.50	17.87	20.47	23.11	26	28.04
Prestations globales	6.43	7.52	8.83	9.87	11.57	13.74	16.40	19.7	22.63	24.75
- Accidents de travail	0.28	0.33	0.38	0.44	0.48	0.54	0.62	0.75	0.79	0.82
- Prestations familiales	2.08	2.06	2.37	2.55	2.77	2.22	2.51	2.60	2.66	2.71
- Retraites	1.25	1.57	2.08	2.30	2.80	3.91	4.38	5.66	6.90	7.6
- Congés payés	--	--	--	--	--	0.71	0.87	1.19	1.31	1.44
- Total (AS + FH + ASSF)	<u>2.82</u>	<u>3.56</u>	<u>4.00</u>	<u>4.58</u>	<u>5.52</u>	<u>6.36</u>	<u>8.02</u>	<u>9.5</u>	<u>10.97</u>	<u>12.18</u>
• Assurances Sociales	1.41	1.81	1.82	2.02	2.04	1.93	2.59	2.55	2.54	2.58
• Forfait Hôpitaux	1.13	1.41	1.00	2.10	3.10	4.0	5.0	6.50	7.97	9.13
• A.S.S.F.	0.28	0.34	0.38	0.46	0.38	0.43	0.43	0.45	0.46	0.47
Autre dépenses	0.91	1.01	1.16	1.36	2.93	4.13	4.07	3.41	3.37	3.29
- Frais de gestion	0.52	0.58	0.65	0.71	0.70	0.86	0.88	0.9	0.92	0.94
- Investissement et participation aux investissements	0.39	0.43	0.51	0.65	2.23	3.27	3.19	2.51	2.45	2.35
Total recettes	9.22	10.58	12.57	13.87	15.15	17.80	22.71	23.37	24.79	25.95
- Cotisation	8.40	9.59	11.34	13.0	14.39	17.17	22.07	22.49	24.20	25.34
- Autres	0.82	0.99	1.23	0.87	0.76	0.63	0.64	0.8	0.59	0.61
Solde	+1.88	+2.05	+2.58	+2.62	+0.65	-0.07	+2.24	+0.26	-1.21	-2.09

Unité: 10⁹ DA

Source : Ministère de la Protection Sociale

1. 3. La croissance des dépenses de santé au titre du Budget de l'Etat

Bien que l'ensemble des dépenses du secteur public de santé soient budgétisées (avec la procédure du "forfait") il y a lieu cependant de distinguer nettement les dépenses financées par le canal budgétaire strict, de ceux provenant de la Sécurité Sociale, car les deux canaux sont distincts et n'ont ni la même signification en termes de solidarité nationale ni le même impact sur l'activité économique puisqu'ils n'ont ni les mêmes types d'assiette, ni les mêmes taux, ni les mêmes logiques de redistribution. Le budget de l'Etat "touchant" relativement mieux l'ensemble des activités et des revenus et non pas les seuls revenus salariaux et donc pénalisant moins le "travail" et l'emploi.

Deux traits ont caractérisé les dépenses budgétaires de santé :

1. 4. Une relative autonomisation des secteurs sanitaires vis-à-vis du Ministère de la Santé

Ceci dans la mesure où progressivement ces derniers bénéficient d'un budget distinct, au sein du Ministère de la Santé, géré de façon relativement décentralisée, même si c'est selon des procédures administratives strictes.

Mais c'est toujours le Ministère de la Santé conjointement avec celui des Finances et des Affaires Sociales qui décident en dernier ressort du montant global des sommes à allouer au fonctionnement du secteur public, d'un secteur public, qu'au tournant des années 80 et plus spécialement à partir des années 85-86 on tente de réduire et de circonscrire à des proportions plus restreintes avec des aspects positifs (plus de souplesse) et négatifs (quels mécanismes de régulation) et dont on voit à peine se dessiner les contours.

Les secteurs sanitaires qui ont regroupé l'ensemble des activités de santé relevant différemment jusque-là de l'action publique et en particulier tout l'aspect prévention ont aussi intégré tout le secteur para-public relevant jusque-là, soit la Sécurité Sociale, soit des Entreprises, ainsi que l'organisme des Accidents du Travail.

Au sein du Ministère de la Santé Publique, ils recueillent 62,9 % des crédits en 1965, 75,5 % en 1974 et 91,1 % en 1981. Le reste couvrant soit des dépenses de formation para-médicale, soit de fonctionnement des services (centraux et extérieurs) du Ministère.

1. 5. Le désengagement du Budget de l'Etat vis-à-vis du Secteur Public de soins

La croissance nominale des dépenses de santé au titre du Budget de l'Etat (indice 960 en 1987 avec comme base 1974 = 100) s'est accompagnée d'un double mouvement de régression en valeur relative.

- Régression de ces dépenses dans le budget global de l'Etat à partir de 1974, date à laquelle ils ont représenté la plus forte fraction (12,85 %) pour atteindre 9,18 % en 1985 : d'où croissance moins rapide des ressources à ce niveau.

TABLEAU N° 5
EVOLUTION DE RESSOURCES DES SECTEURS
SANITAIRES PAR SOURCE DE FINANCEMENT en 10⁶

Total secteur Sanitaires	1974		1975		1976		1977		1978		1979		1980		1981		1982		1983		1984		1985		1986		1987		1988	
	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%	V. Abs.	%
	847.3	100	889	100	1 000	100	1 146	100	1 348	100	1 852	100	2 597	100	3 206.5	100	3 795	100	4 278.8	100	5 272.5	100	6 368.5	100	8 140	100	10 125	100	11 441	100
Budget Etat	601	70.93	576.7	64.87	692	69.2	741	64.66	780	57.9	1052.5	56.83	1190	45.8	1625.5	50.7	1 874	49.4	2 055.8	48	2 055.75	38.99	2 207.5	34.7	2 979	36.5	3 465	34.2	3 529	30.8
Sécurité Sociale	199	23.48	225	25.31	245	24.5	325	28.36	475	35.3	704.5	38.6	1126	43.3	1410	43.97	1 800	47.4	2 102	49.1	3 095	58.7	4 000	62.8	5 000.000	61.4	6 500	64.2	7 721	67.5
Autre sources (Collectivités locales PCA ress. Propres	47.3	5.58	87.3	9.82	63	6.3	80	6.90	85	6.3	85	4.6	281	10.8	171	5.33	121	3.2	121	2.8	121	2.29	161	2.5	161	2.1	161	1.6	191	1.6

Source : Construit par nous-mêmes à partir des chiffres du Ministère de la Santé et des Lois des Finances. (1) Y compris remboursement par convention.

- Comme corollaire on note une forte régression de la contribution du Budget de l'Etat au financement des secteurs sanitaires laquelle passe de 71 % en 1974 à 34,2 % en 1987.

TABLEAU N° 4
EVOLUTION DES RESSOURCES DES SECTEURS SANITAIRES EN INDICES

	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1987
TOTAL	100	105	118	135	159	219	307	378	448	505	622	752	1 195
Total croissance annuel	5	13	17	24	60	88	71	70	57	112	130		
Budget Etat	100	95.9	115.14	123.29	129.78	175.12	198	282	312	342	342	367	960
Sécurité Sociale	100	113	123	163	239	359	566	709	905	1 056	1 555	2 010	3 266
Ressources propres	100	185	144	169	180	180	180	361	256	256	256	340	340

Cependant si l'on raisonne en termes réels^[4] c'est-à-dire en tenant compte de la croissance démographique, on s'aperçoit que le tournant des années quatre vingt est net. En effet, si entre 1975 et 1980, l'effort budgétaire en faveur de la santé, malgré sa décroissance relative telle qu'analysée précédemment reste appréciable puisqu'il représente un taux de croissance moyen annuel de 4,1 % par habitant alors qu'à partir de 1980 jusqu'en 1985 la tendance va s'inverser. Le taux de croissance moyen par habitant devient négatif (- 1,4 % par an). Les dépenses budgétaires de santé par habitant reculent sous l'effet des difficultés économiques et financières qui commencent à se faire jour. En effet, le PIB qui avait enregistré un taux de croissance moyen annuel réel de 7,5 % entre 1970 et 1980 n'enregistre alors qu'un taux de croissance moyen annuel de 4,6 % sur la période 1981-85. Mais les vraies difficultés de croissance et de recomposition sociale vont prendre forme à partir de 1986 et impliquer en la matière de plus en plus la Sécurité Sociale.

1. 6. Le financement de l'extension de la médecine gratuite au titre de la Sécurité Sociale

- L'évolution des ressources des secteurs sanitaires par source de financement montre que les dépenses de santé du secteur public sont financées de plus en plus par la Sécurité Sociale, à l'exception de la Mutualité Agricole et de la Caisse de Sécurité Sociale des militaires qui n'y participent pas : cette dernière ayant ses propres structures de soins il n'en est plus de même de tout ce qui à un titre ou à un autre, relève de la Mutualité Agricole (l'ensemble du secteur agricole, mais aussi tous les Offices publics d'encadrement de l'agriculture...) qui au contraire a suivi un processus inverse de délestage de ses propres structures.

L'examen des structures de début et de fin de période en matière de source de financement sont complètement inversés compte tenu de rythmes de croissance différents. Le Budget de l'Etat qui finançait les secteurs sanitaires à concurrence de 71 % en 1974 n'y participe plus qu'à concurrence de 34,2 % en 1987 et de 30,8 % en 1988. C'est l'inverse qui se produit pour la Sécurité Sociale qui de 24 % en 1974 y participe à concurrence de 64,5 % en 1988. L'inversion du poids relatif de ces deux sources de financement s'étant opérée à partir de 1982 (et consacré définitivement en 1984) date à laquelle il est sensiblement égal. Cette inversion bien que traduisant la salarisation croissante de l'économie algérienne n'en semble pas moins trop accentuée.

- En fait, au-delà de sa participation croissante au financement du fonctionnement du Secteur public gratuit, sa contribution à l'ensemble des dépenses de santé va elle aussi s'élargir : représentant 38,5 % en 1979, elle finira par atteindre 58,5 % en 1987 suite au financement de l'investissement du secteur.

2. Maîtrise des dépenses ou modification des règles de fonctionnement du système accompagnée d'un dégagement global de l'Etat ?

Finalement le financement de l'extension de la gratuité des soins instaurée en 1974 en Algérie a reposé sur un double processus de désengagement précoce du Budget de l'Etat accompagné d'une extension considérable mais contrainte, du rôle de la Sécurité Sociale dans ce financement.

D'une Sécurité Sociale qui malgré le maintien formel des règles et principes qui la fondent, va être complètement subordonnée à la logique d'extension de la politique sociale de l'Etat et en particulier d'un segment de la politique sociale étatique, c'est-à-dire de sa politique d'extension et de socialisation accrue du financement tant de l'offre (secteur public) que de la demande (extension des bénéficiaires de la Sécurité Sociale) de soins, mais aussi de sa politique de retraites précoces et accélérées de certaines catégories sociales à des conditions telles qu'on rétrécit drastiquement la base du financement au même moment où on accélère les besoins financiers suite à des extensions régaliennes "de droits" que l'Etat fait financer par la Sécurité Sociale.

En effet, cette dernière va progressivement - suite à son développement spectaculaire induit par le développement de l'activité salariée, sur laquelle elle repose - être amenée à financer, selon des procédures différentes, outre le remboursement des soins ambulatoires suite au fonctionnement de ce qui subsistait comme médecine privée, en extension depuis 1986, la plus grosse partie des frais de fonctionnement de l'appareil public de soins, puis de plus en plus son extension même à travers la prise en charge totale ou partielle des investissements du secteur. Cette subordination va se faire par le biais de l'instauration du "forfait hospitalier" lequel va devenir progressivement prépondérant dans le financement des dépenses de fonctionnement des Secteurs Sanitaires organisés sous le mode de centralisation, intégration, hiérarchisation des unités des soins.

TABLEAU N° 7
EVOLUTION DE LA STRUCTURE DES DEPENSES DE SANTE PAR
SOURCE DE FINANCEMENT

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Budget Etat	32.8	29.3	32	31	33.6	20.8	17.9	19.9	20.4
Sécurité Sociale	38.5	39.3	70.7	39.5	40.4	53.3	57.2	57.3	58.5
Ménages	25.9	26.0	21.5	27	23.6	22.7	22.6	20.8	19.4
Autres	2.7	5.4	3.0	2.5	2.5	2.2	2.3	2.0	17

Source: Ministère de la Protection Sociale

2.1. De la négation des problèmes de financement au "coût" de la gratuité

L'instauration de la gratuité des soins au sein du secteur public ne fait qu'entériner une situation de fait et institutionnaliser des pratiques en cours. Mais elle s'accompagne d'une négation-occultation du problème des coûts et de la suppression de toute procédure de gestion ou de contrôle des dépenses/coûts et omet de poser les critères de hiérarchisation-sélection des besoins à prendre en compte. Elle va donc s'inscrire dans une logique de médicalisation accrue des problèmes de santé générés par un triple mouvement d'industrialisation-salarisation-urbanisation rapide à partir d'une conception simpliste et non explicitée de la satisfaction des "besoins" sociaux. (de qui ?, lesquels....).

2.2. La logique de la médicalisation à partir du postulat de la satisfaction des besoins sociaux : On se persuade ou on se laisse persuader, aidée en cela par tout le "discours" qui prévaut alors y compris au niveau des Institutions Internationales, que le problème de la santé se réduit à une extension de l'indice-lits d'hôpitaux ou nombre de médecins ; et de ne laisser subsister aucune disparité à cet égard : peu importe que les structures en place soit peu ou mal utilisées : il faut arriver à des ratios rassurants quant au degré de couverture et d'égalité de toute la population. Cette vision est tellement forte, qu'elle recouvre et supprime tout le discours en sens inverse sur la primauté de la prévention, constamment réitéré, ou le réduit, au mieux, uniquement à des techniques médicales (vaccination).

De plus, la non prise en considération de la nécessité d'une gestion efficace et non dispendieuse des deniers collectifs, outre la non mise en place de mécanismes de financement compatibles avec les objectifs et le degré de pression parafiscale souhaitée, s'accompagne d'une pression à la consommation inconsidérée des crédits (c'est gratuit - personne ne paye !) tant au niveau des consommateurs que des gestionnaires, à qui on attribue pratiquement des chèques à blanc - qu'ils sont "obligés" de consommer pour faire preuve de leur "bonne gestion". Ces procédures inflationnistes, inscrites au coeur même du système public de soins combinés à l'extension de l'offre automatiquement rémunérée et de la demande qu'elle va induire est à l'origine de la croissance explosive des dépenses par un double aspect : effet-volume et effet-prix (en particulier de la rémunération des facteurs de production).

C'est alors que le "coût de la gratuité" devient un problème soulevé constamment et amène à un revirement en faveur d'un secteur privé crédité de vertus d'économicité qu'il est loin de posséder puisqu'il travaille à l'acte et poussera donc à la multiplication de ces derniers qui conditionnent sa rémunération.

2.3. Maîtrise des dépenses ou réaménagement uniquement de certaines règles de fonctionnement du système :

Le problème de la trop forte augmentation des dépenses de santé, principalement au sein du secteur public, va amener à des stratégies de rationnement de ces dépenses qui s'analysent en fait essentiellement comme modification des règles de fonctionnement du secteur public que l'on tend à comprimer - doublée d'une extension du secteur privé dont le fonctionnement est conservé à l'identique mais dont les tarifs de remboursement viennent d'être revalorisés de 60 % : il s'agit donc là, plus de nouveaux arbitrages en faveur de ce dernier, doublés, d'une réarticulation différente par, en particulier, le biais des flux de médecins, que de véritables procédures de maîtrise-rationnalisation. L'ensemble de ces mesures relevant plus de démarches institutionnelles différenciées et segmentées que d'une vision d'ensemble des véritables mécanismes inflationnistes dont on risque de cumuler les deux effets. L'Etat se dégageant par le biais du Budget et faisant reporter sur la Sécurité Sociale toute une série des dépenses, une partie des dépenses l'étant sur un financement définitif de la part des ménages dont on ignore cependant la part exacte[5].

2.3.1. La logique du Ministère de la Santé gestionnaire des conditions de production de la santé :

La démarche de ce dernier semble s'appuyer sur un double constat induisant une certaine analyse qui fonde sa nouvelle politique de modification des règles de fonctionnement et des modalités d'articulation des deux sous-systèmes de soins, en particulier par le biais des affectations des personnels médicaux et de la gestion même de leur temps de travail. Un ensemble de mesures cohérentes entre elles (mais non avec l'ensemble du système) vont tout d'abord supprimer la mi-temps pour les médecins installés, ensuite tenter d'orienter les flux anciens et nouveaux de médecins vers l'exercice privé ; ce sont pour les premiers la levée du zoning en particulier pour les spécialistes et les hospitalo-universitaires, avec les possibilités de création de cliniques, ce sont pour les seconds, l'écourtement sinon la suppression du Service Civil et l'encouragement à s'installer à titre privée par facilité de délivrance de l'autorisation préalable. Ceci, alors que : les hôpitaux de l'intérieur fonctionnent encore moyennant un large appel à la coopération étrangère. Le Service Civil fonctionnant de plus en plus comme "amende" ou mal nécessaire dont il faut se débarrasser au plus vite : d'où un turn-over exacerbé à ce niveau ; et qu'un nombre important d'hôpitaux n'ont pu être réceptionnés faute de personnels médicaux que l'on laisse s'installer à titre privé faute de crédits budgétaires suffisants. Les charges récurrentes des investissements massifs du 1er et 2ème Plan Quinquennal commencent seulement à produire leurs effets

financiers lesquels ne semblent pas avoir été intégrés dans le calcul lors de la planification de l'extension du système hospitalier.

Le secteur public que l'on ne peut supprimer, mais à qui on soustrait beaucoup de ses meilleurs éléments et que l'on rationne financièrement de façon globale, sans mise en place de mécanismes de rationalisation-filtration des dépenses au moment même où on veut en faire un lieu de diagnostic et de soins complexes - risque de perdre toute cohérence et toute crédibilité.

2.3.2. La logique du Ministère des Affaires Sociales en tant que tutelle de la Sécurité Social principal financeur des dépenses de santé :

Du côté de l'Organisme financeur (CNASAT) et de son Ministère de tutelle, on ne dénote pas de volonté explicite de pousser à l'aménagement du système public dans ses mécanismes internes de fonctionnement de façon à produire des résultats financiers différents ; ceci tout en veillant au maintien du niveau actuel de "qualité" des prestations (au minimum) ou mieux d'en améliorer le fonctionnement - Or elle pourrait jouer ce rôle à un double titre :

- Longtemps gestionnaire directe d'un patrimoine propre d'unités de soins qui de l'avis général, fonctionnaient nettement mieux que depuis leur rattachement à la Santé (à coûts croissants ? moindres ? identiques ?) : elle a donc une expérience précieuse en matière de gestion et de contrôle des unités de soins.
- Parce qu'elle "gère" et affecte l'argent des assurés sociaux, elle ne saurait être cantonnée à ce rôle de caisse passive de financement dans lequel elle semble avoir été enfermée, n'ayant aucun mot à dire ni sur les moyens, ni sur les résultats de santé. Or, elle doit être un partenaire plein et entier des services de santé et défendre les travailleurs contre les appétits "budgétivores" tant du secteur public que privé.

Sa réaction devant la trop forte croissance des dépenses de santé sans être parallèle à celle du Ministère de la Santé, la "complète" et procède de la même démarche si l'on fait observer que la revalorisation de 60 % des tarifs des praticiens selon une Nomenclature inchangée (d'avant 1962) accompagne le plafonnement de sa contribution au financement des Secteurs Sanitaires qui en tout été de cause lui était imposé par l'état de ses ressources et le rythme de leur progression face à celui des dépenses.

Rien n'a été mis en place pour contenir de l'intérieur, le rythme d'augmentation des dépenses du secteur public, profondément affecté par l'instabilité de ses personnels médicaux : initialement pour une partie d'entre eux (Service Civil), actuellement pour l'ensemble des corps y compris celui des hospitalo-universitaires.

On peut dire que le problème de la maîtrise réelle des dépenses de santé, c'est-à-dire de la mise en place de mécanismes internes de régulation et de réarticulation plus efficiente des deux sous-secteurs de soins reste entièrement posé en Algérie, de même que reste posées

l'identification et la reconnaissance des acteurs qui sont partie prenante au fonctionnement de l'Institution, à la définition, la délimitation et la modification de ses règles. Concernant en particulier les actions de maîtrise de dépenses, on ne peut donc éluder le problème fondamental du niveau et des modalités du financement de la Protection Sociale, souhaitable et supportable, et que la Collectivité, ou l'Etat Socialo-providence, consent à financer et donc aussi l'arbitrage entre ressources à affecter à l'accumulation productive et ressources à réserver à la protection sociale, en visant le maximum de cohérence et de synergie de la part de ces derniers, vis-à-vis de l'activité productive.

III. MEDECINE GRATUITE - PROTECTION ET CRISE DE L'ETAT SOCIOLO-PROVIDENCE

Finalement la politique de Protection Sociale assise sur la Sécurité Sociale, largement inspirée du modèle français quant à ses principes de financement[6], malgré une organisation formelle des secteurs sanitaires totalement différente et inspirée du modèle des pays de l'Est, peut se ramener en fait à deux volets distincts : le financement des dépenses de santé et celles de retraite lesquelles ont connu des extensions considérables, et posent donc actuellement une série de problèmes d'ordre économiques très importants, alors qu'à contrario celles inhérentes à la famille (Allocations Familiales) sans être remises en cause dans leur principe - tant dans la période de refus de poser le problème démographique, que dans la phase actuelle de volonté explicite et manifeste de contrôle des naissances - ont été rationnées de façon telle qu'elles ne semblent pas poser de problème majeur à l'heure actuelle. Le seul problème que l'on pourrait soulever à leur égard étant celui de leur "efficacité" économique, et sociale dans la mesure où leur effet semble strictement neutre. La trop forte augmentation des dépenses de santé, depuis la mise en place de la gratuité (1974) a longtemps coïncidé avec une forte croissance économique, ce qui permettait de prélever sans douleur, les ressources nécessaires à l'extension d'un appareil public de soins. Conjuguée avec l'emballement plus récent des dépenses de retraites, mais dans un contexte de crise et donc de ralentissement de la croissance économique et de difficultés de paiements extérieurs depuis 1985-86, ces augmentations ont provoqué pour la première fois le déficit global de la Sécurité Sociale, principal organisme de financement de la politique étatique de Protection Sociale. Cette dernière se veut au niveau des pays développés, sans que les productions et les productivités sur lesquelles elle est assise puissent permettre ou justifier de tels niveaux. Isolée par des barrières douanières et autres du reste du monde, l'Algérie a pu avoir des niveaux de prix, de salaires - largement déconnectés de l'Extérieur, auxquels les Entreprises n'avaient pas à faire face, mais aussi sans rapport avec les productivités réelles et les coûts de production. Ceci sans compter que les Entreprises ont, jusqu'aux récentes réformes d'autonomisation et donc d'affirmation de la nécessité de la rentabilité financière, fonctionné en tant qu'appendices de l'Etat dont elles constituaient, un instrument plus ou moins subordonné, de réalisation de sa propre politique économique et sociale, et que les leviers essentiels de gestion n'étaient point de leur ressort.

La régulation étant alors centrale et du ressort exclusif de la planification laquelle s'appliqua alors beaucoup plus à la fonction d'investissement, par agrandissement de l'appareil de production, lequel a fonctionné et fonctionne toujours, de façon extensive : initialement suite à des "contraintes" internes de maîtrise, mais auxquelles se conjuguent depuis peu, des contraintes extérieures sévères et plus spécialement les rationnements et plafonnements à l'importation des inputs et biens intermédiaires, indispensables au simple fonctionnement d'un appareil de production trop extraverti dans ses approvisionnements par suite des multiples "trous" du tissu industriel qui nous semble constituer un des noeuds gordiens du blocage actuel de croissance. Les arbitrages faits, semblant privilégier les biens de consommation finale "contraints" (dépendance alimentaire biens salaires entre autres, mais aussi dette extérieure...).

A ceci s'ajoute le projet d'Union Maghrébine, postulé en 1989 et donc d'ouverture des frontières et de possibilités de circulation (lesquelles ont commencé de façon plus ou moins informelle, suite au desserrement des frontières avec le Maroc...), au sein d'un espace économique serait plus fragmenté - tant des hommes que des marchandises. Ces deux importants éléments nouveaux vont non seulement bouleverser la manière dont se poseront les questions économiques et le contexte dans lequel il faudra raisonner et agir - mais par ricochet, risque d'affecter toute l'Economie et la politique sociale en particulier de l'Algérie, laquelle supporte des charges salariales (en particulier, mais non exclusivement du fait du salaire indirect financé par la Sécurité Sociale), beaucoup plus importantes que ces partenaires maghrébins. De plus, "l'ouverture" se fait dans un contexte où, par suite du retournement du marché pétrolier dont elle est fortement dépendante pour ses recettes d'exportation, par suite aussi des contraintes induites par le paiement de la dette extérieure et d'une sécheresse exceptionnelle, l'Algérie connaît actuellement les difficultés de balance commerciale et de balance des paiements aigus, alors qu'au contraire un pays comme le Maroc, a dans ce contexte, qui lui est plus favorable, auquel s'ajoute une pluviométrie et donc une récolte céréalière et de biens salaires exceptionnels, vu se redresser ses équilibres extérieurs.... A cela, il faut ajouter que la très forte salarisation et l'ensemble de la politique économique et sociale menées jusque là en Algérie, ont introduit des "habitudes stables" de consommation (où entrent beaucoup de gaspillages, se superposant aux phénomènes de "pénuries" et alimentant des surstockages à tous les niveaux, en particulier, de certains biens provenant de l'étranger...) dans certains secteurs "moteurs" de la dépendance à l'importation : fonctionnement des marchés réglementés source de la dépendance alimentaire - modalités de socialisation de la santé induisant la dépendance sanitaire....

L'économie sociale est donc fortement interpellée en ce moment en Algérie : un pays en voie d'industrialisation, affronté à une crise de fonctionnement et de l'accumulation et donc de l'emploi, mais aussi à des déséquilibres externes importants, dont elle semble privilégier l'équilibre, au détriment de la croissance économique à court terme,

vivant jusque là dans le contexte d'une économie quasi fermée, mais où l'Etat par suite de disponibilités financières importantes basées sur la rente minière et dans la lancée d'un ambitieux projet développementiste à caractère de protection sanitaire importante : peut-il dans le triple contexte de crise économique, de tentative de valorisation du Capital socialo-étatique sur des bases plus saines sur le plan financier et d'ouverture des frontières, la maintenir telle que ? En particulier, du point de vue des dépenses de santé, toute une série d'interrogations nouvelles se font jour : à quel niveau doivent-elles se situer ? C'est-à-dire quel pourcentage de la PIB leur attribuer ? Quel doit être le rythme de croissance souhaitable de la dépense nationale de santé ? Quel degré de socialisation de son financement faut-il maintenir et dans ce cas, quelles seraient les procédures et les mécanismes permettant de répartir de façon équitable et plus saine les charges sur les principaux financeurs [7] et ou/ de reporter une fraction de plus en plus sur les ménages à partir du moment où le Budget de l'Etat se désengage et où la Sécurité Sociale devient déficitaire : c'est donc la crise de l'Etat socialo-providence, fortement tutélaire, qui brusquement émerge dans le champ de l'Economie Sociale en Algérie.

La nécessité tant de rationnements financiers plus drastiques, que de rationalisation du fonctionnement du système de soins (dont les dysfonctions des principales unités de production de soins n'ont cessé de poser le problème) par combinaison plus efficace des différents inputs, meilleure finalisation de l'activité.... étant de plus en plus nécessaires et nécessitant discussion et décision par les différents acteurs sociaux en présence - malgré l'opposition latente d'une fraction importante du corps médical -. Cela ne résout pas pour autant la question de savoir : quel rationnement ? au détriment de quelle catégorie de maladies et donc de population ? ni non plus quelles sont les procédures de rationalisation de l'affectation des crédits qui seraient les plus opératoires ! En vue de quels objectifs précis ? Cela semblent être les points sur lesquels se focalisent beaucoup de controverses plus ou moins larvées.

Cependant, le marché des soins ayant fortement augmenté, par suite de la conjonction d'une socialisation accrue du financement tant de l'offre, que de la demande de soins, et ayant augmenté sous le mode d'une médicalisation accrue, largement inspirée dans sa démarche par celle prévalant dans les pays développés, parce qu'impulsée par un corps médical formé à l'image de celui de ces derniers et ce, en dépit d'une organisation intégratrice des différentes activités sanitaires (préventive-curative) ; ceci a donc nécessité le recours à toute une série d'inputs et bien médicaux (médicaments et appareillages bio-médicaux) que l'économie nationale n'a pas été susceptible de satisfaire (90 à 100 %), et qui donc ont été importés sans compter une partie des soins eux-mêmes - (les plus complexes). Le recours à l'étranger déterminant alors des types d'articulations spécifiques bien sûr, mais dont on peut dire globalement qu'elles constituent une dépendance sanitaire du même type que la dépendance alimentaire et pesant de la même façon sur des ressources extérieures en décroissance et ce, pour le plus grand profit,

tant des Multinationales du médicament et des appareils médicaux, que du système de soins français !

Concernant les produits pharmaceutiques, il nous semble que le système des prix relatifs, pratiqué vis-à-vis des médicaments importés et des médicaments produits (et pour ces derniers les prix absolus aussi) au-delà des problèmes d'approvisionnement ou de maîtrise technologique (dans le cas du gros complexe récent de Médéa, auquel s'ajoute une forte surévaluation du Dinar[8], nous semblent parmi les facteurs qui se sont opposés à l'extension de l'offre interne de ces produits et ce, malgré un fort contrôle étatique à l'importation doublé d'une tentative de normalisation sous forme d'application de la D.C.I. aux médicaments achetés sur appel d'offre, une fraction l'étant toujours de gré à gré. Les contradictions entre la volonté de bloquer le prix de cession du médicament à un niveau très bas parce qu'il répond à des besoins essentiels et la nécessité de couvrir les coûts de production, de dégager un surplus investissable ou affectable à la recherche dans un contexte de forte concurrence internationale et de monopoles thérapeutiques, n'ont pas permis la substitution à l'importation des produits jugés essentiels malgré un marché fortement porteur jusque là. La seconde série de question découle du fait qu'une très large fraction des dépenses de santé et en particulier des dépenses publiques de santé est financée par la Sécurité Sociale. Or, cette dernière assise sur le salaire, constitue globalement un salaire indirect et donc des charges salariales pour les Entreprises s'ajoutant aux autres coûts de production qu'elles alourdissent et donnent lieu donc à une forte pression parafiscale qui pénalise l'emploi. La Réforme de la Sécurité Sociale en 1983 en Algérie a certes homogénéisé et uniformisé les cotisations et prestations des salariés, par incorporation des Régimes spéciaux au Régime Général, mais elle a aussi et surtout déplafonné l'assiette des rémunérations soumises à cotisations, ceci dans le but de procurer des ressources accrues au financement de la politique étatique de gratuité des soins et face à l'extension du déficit des Assurances Sociales. Déficit qui n'est cependant jamais apparu en tant que tel - tant que la Sécurité Sociale était globalement excédentaire. Ceci, parce qu'en particulier le taux des prestations familiales (40 DA/enfant) a été maintenu ridiculement bas malgré l'extension considérable de l'Emploi, des salaires et des cotisations y afférentes.

C'est que l'unicité de trésorerie permettait aux excédents d'une branche d'apurer les déficits d'une autre branche. Le problème de leur suppression ou de leur utilisation dans le cadre d'une politique anti-nataliste n'ayant jamais été abordé de front, leur maintien symbolique ayant été vidé de tout contenu mais ayant permis de prélever des ressources, qui en fait, vont servir à financer l'extension tant de la demande que de l'offre de soins.

Or, un salaire indirect (et donc des charges salariales) important s'ajoutant à un salaire direct déjà élevé (en nominal -), compte tenu de la productivité du travail, ne peut être supporté (sans déficit pour les Entreprises publiques) que si ces dernières enregistrent les progrès escomptés de productivité, d'une part, et que d'autre part, soient levées

toute une série de contraintes pour permettre aux Entreprises publiques de fonctionner comme lieu de valorisation du Capital Social (public) et donc de création d'un Surplus - bref, si financièrement elles peuvent s'équilibrer (au minimum) et dégager un "profit" sur leurs chiffres d'affaires pour fonctionner et se redéployer différemment : le test de la reprise économique et l'enjeu majeur de l'autonomie nous semble résider à ce niveau. Ce qui non seulement n'a pas été le cas jusqu'à présent, mais risque de poser le problème avec l'autonomisation des Entreprises Publiques soumises depuis peu à l'obligation de rentabilité financière, alors que des leviers décisifs d'action restent encore aux mains des Autorités Centrales. Au plan externe, l'Union du Maghreb, si elle se concrétise va signifier au minimum ouverture des frontières et peut être "libre" circulation des produits, des capitaux et des hommes au sein de l'espace intra-maghrébin. Or, Le Maroc a des prix nettement plus faibles que ceux de l'Algérie, qui risque d'être concurrencée sur ses propres marchés des produits et du travail. L'exigence de compétitivité étant de toute façon incontournable, pour toute exportation. Dans ce contexte, les entrepreneurs privés algériens peuvent trouver avantage à embaucher de préférence de la main-d'oeuvre marocaine (ou tunisienne) dont les exigences en termes de rémunération et de conditions de travail sont nettement plus faibles pour des productivités en physique plus élevées que celles des travailleurs algériens pour de larges pans d'activité et donc soit faire une concurrence positive accrue au secteur public sur le marché interne et donc l'inciter à se dynamiser de façon différente, soit se lancer dans l'exportation par ce biais. Ce serait une articulation positive qui l'emporterait, soit au contraire, suite à des degrés de liberté plus grands et des capacités de souplesse et de réponse plus rapides jouer le jeu de la "spéculation" et le pomper entièrement, au détriment de toute l'Economie Nationale... Ceci dans un contexte de crise de l'accumulation et donc de remontée rapide du chômage ces dernières années et dont l'explosion d'Octobre n'en constitue qu'une des manifestations, sur le mode violent, de toute la Crise de l'Etat socialo-providence en Algérie.

Notes

[*] Professeur Agrégé I. S. E. - Alger - Directeur de Recherches CREAD.

[1] A de rares exceptions près - mais qui ne modifient pas la logique d'ensemble.

[2] Mais qui risque de ne plus le devenir.

[3] Tout au moins risque jusqu'au années 85-86.

[4] Croissances démographiques et défis économiques au Maghreb - La Documentation Française (Nous reprenons les chiffres).

[5] Nous espérons éclaircir un peu ce point lors de la publication des premiers résultats de l'Enquête Consommation. Il n'existe pas d'enquête spécialisée à ce sujet.

[6] Même si elle sert à financer un secteur public qui est organisé et qui fonctionne de façon totalement différente du système français. Mais la Sécurité Sociale reste marquée de l'empreinte du modèle initial quant à son financement propre et quant à ses liaisons avec le secteur privé de soins.

[7] Et en particulier, ceux qui ne participent pas à ce financement, mais en profitent plus largement...

[8] Tout au moins lorsque nous écrivions ces lignes, depuis lors la "technique" est de le laisser "glisser" d'où l'extension du marché parallèle de la devise sur lequel se greffe toute une série de spéculation et d'activités... L'Algérie n'ayant pas voulu procéder à une dévaluation et "l'ajustement" à chaud dans un cadre économique essayant de ménager le moyen terme - le "court terme devant de plus en plus décrire.

KADDAR MILOUD [*]

Sécurité sociale et contrainte de financement en Algérie : données et problèmes actuels

INTRODUCTION

Dans un contexte de contraction économique et de tensions fortes sur le marché de l'emploi, la sécurité sociale est de plus en plus impliquée dans le financement des transferts sociaux alors que les parts de l'Etat, des entreprises et des collectivités locales ne cessent de décroître. En 1989 : la sécurité sociale financera plus de 62 % des dépenses sociales des agents économiques (hors des ménages). La tendance des années quatre-vingt a été de désengager l'Etat et l'entreprise du "social" et de faire de la sécurité sociale le lieu de prise en charge financière des dépenses sociales publiques. La mise en oeuvre de la restructuration puis de l'autonomie des entreprises publiques a conforté ce processus. Ce dernier pourrait présenter une logique cohérente s'il s'accompagnait d'un élargissement de l'emploi permanent et de la masse des salaires, bases essentielles des ressources de la sécurité sociale. Tel n'est plus le cas depuis 1985-86 : le chômage s'accroît rapidement, l'emploi salarié ferme recule, l'économie informelle et le travail au noir s'étendent dans tous les secteurs d'activité. Le cadre d'épanouissement de la sécurité sociale - l'industrialisation de l'économie et la salarisation de la population active - fléchit et induit de fortes pressions sur les équilibres financiers des organismes sociaux : en 1987-88 le risque de déficit a été grand. L'ère des excédents semble révolue. Il est facile de sous-estimer ce problème en considérant que ce n'est là qu'un reflet d'une dégradation plus générale de la situation financière du pays ou de le tenir pour négligeable du fait de l'existence supposée de confortables réserves, accumulées du temps des années prospères. L'examen, même rapide, des tendances de la situation financière de la sécurité sociale au cours des années quatre-vingt montre l'existence d'un risque de déséquilibres structurels à moyen et à long termes si les règles en place ne sont pas profondément modifiées. Aux déséquilibres démographiques et financiers marquant le système de sécurité sociale algérien viennent s'ajouter les incohérences et les contradictions de la politique sociale et les difficultés produites par le blocage de la croissance et le recul de la salarisation ferme. Au-delà des mesures conjoncturelles d'amélioration du niveau des recettes (taux de recouvrement des cotisations, déclaration de versement de salaires,...) et de maîtrise des dépenses, une réflexion approfondie sur le niveau de protection sociale souhaitée et les modalités de son financement à moyen et à long termes est à mener en considérant tous les angles de ces questions.

Nous souhaitons situer brièvement ici quelques éléments sur la situation financière de la sécurité sociale (I) avant d'identifier quelques-unes des causes du risque de déficit à court terme (II) et d'émettre quelques brèves réflexions sur l'impact de l'évolution de l'emploi et de la mise en oeuvre de "l'autonomie de l'entreprise" sur les équilibres et les fonctions de la sécurité sociale (III).

I. DE L'EXCEDENT CONVOITE AU DEFICIT STRUCTUREL ?

I.1. La situation financière de la sécurité sociale a très longtemps été largement excédentaire suscitant maintes polémiques et débats sur la nature et l'ampleur des avoirs en question, sur leurs modes de gestion et leur critère d'affectation. L'évolution de la sécurité sociale a été très largement déterminée par celle du processus d'investissements publics, d'industrialisation de l'économie et de salarisation de la population active. Jusqu'à la fin du premier plan quinquennal (1980-84), la croissance simultanée des recettes et des dépenses de la sécurité sociale a été la règle avec un relatif gonflement des excédents financiers. La croissance soutenue, notamment à partir de 1970-71, des volumes d'emploi, des salaires et autres revenus s'est traduite par une augmentation annuelle de près de 20 des ressources de la sécurité sociale. De 25 millions de DA, l'excédent financier est passé à 1 493 millions de DA à la veille du premier plan quinquennal. L'avoir financier de cette institution devient l'objet d'enjeux importants notamment à partir de 1978^[1] avec la question de la domiciliation des fonds et de leur affectation. La refonte de 1983 en unifiant l'essentiel des régimes, en uniformisant les avantages et en élargissant le nombre de bénéficiaires apporte de nouvelles ressources (notamment par le déplafonnement des assiettes de cotisation) mais induit des dépenses élargies. Moins de quatre ans après le début de la mise en oeuvre de la refonte, le système de sécurité sociale est déstabilisé par l'apparition d'un risque de déficit qui semble structurel.

Voyons les données depuis 1980.

I.2. La décennie quatre-vingt : un équilibre fragile

Jusqu'en 1986-87, l'excédent des recettes sur les dépenses constituait la règle dans la situation financière de la sécurité sociale, tout au moins si on prenait les comptes "toutes branches confondues"^[2].

. Entre 1980 et 1984, l'accroissement annuel moyen des recettes a été de l'ordre de 16 % sous l'effet conjugué de l'augmentation du nombre d'assurés (2,18 millions en 1980, 2,92 millions en 1984) et du salaire moyen soumis à cotisation. Les dépenses ont progressé au rythme de + 21 par an (7,34 milliards de DA en 1980, 15,15 milliards en 1984). Elles ont ainsi crû plus vite que les recettes mais sans menacer les équilibres financiers de la sécurité sociale. Toutefois, le niveau des excédents a beaucoup baissé : 1,9 milliard de DA en 1980 ; 0,60 milliard en 1984. Le déséquilibre de la branche "assurances sociales", apparu dès 1973, s'aggrave : le déficit passe de 0,5 milliard de DA en 1980 à 2,97 milliards en 1984. Ce déficit est, pour l'essentiel, imputable à l'accroissement des dépenses de santé à la charge de la sécurité

sociale (fonctionnement des secteurs sanitaires, investissements,...). La part du forfait hôpitaux dans les dépenses d'assurances sociales passe de 35,34 en 1980 à 42,06 % en 1984. Si on y ajoute la part du financement consacré aux investissements socio-sanitaires, le taux est de 44,10 % en 1980 et de 62,42 en 1984 !

. Entre 1985 et 1990

Pour les années 1985 et 1986, l'équilibre est maintenu avec même un léger excédent de 2,2 milliards de DA en 1986 résultant surtout d'une régularisation opérée au titre des années antérieures. La tendance aux déséquilibres de la branche "assurances maladie" se confirme (déficit de 1,89 milliard de DA en 1986). Pour les autres branches, l'excédent se maintient mais dans des marges plus réduites (4,8 en 1986).

Pour l'année 1987, le déficit global a pu être évité grâce à une modération de la hausse des dépenses d'assurances sociales et des prestations familiales. De plus, le règlement d'une partie du contentieux avec les administrations et les entreprises publiques a accru les recettes. Le régime des retraites connaît lui par contre un déficit important du fait notamment du flux croissant des mises en retraite (40 000 nouveaux retraités par an). Le "forfait hôpitaux" et les investissements socio-sanitaires représentent près de 40 % des dépenses globales et 71 % des dépenses de la branche "assurances sociales". Les pensions de retraite atteignent quant à elles 21,40 % du total des dépenses de la sécurité sociale.

Pour les années 1988-90, les experts du Ministère du Travail et des Affaires Sociales prévoient un déficit croissant (2,6 milliards de DA en 1988, 2,9 milliards en 1989 et 3,8 milliards en 1990). Ces données résultent d'une reconduction des tendances observées ces dernières années (élargissement du nombre de bénéficiaires, régression de l'emploi salarié dans l'agriculture, faible croissance de l'emploi industriel, poursuite de la croissance des dépenses de santé et de retraite,...). Le déficit apparaît comme structurel dans la mesure où les excédents des branches "accidents du travail" et "prestations familiales" sont en régression et ne pourront absolument pas compenser les déficits des branches "assurances sociales" et "retraite". Si l'estimation de l'ampleur du déficit pose problème du fait des méthodes d'évaluation adoptées, la réalité de son caractère structurel est, dans le cadre du fonctionnement actuel du système de sécurité sociale en Algérie, certaine pour les prochaines années.

TABLEAU N°1
SITUATION FINANCIERE DE LA SECURITE SOCIALE
ALGERIENNE en 10⁹DA

Branches	1980			1984			1987		
	Recette	dépenses	Ecart	Recette	dépenses	Ecart	Recette	dépenses	Ecart
Assurances sociales	2.70	3.20 (1)	- 0.5	4.40	7.37 (1)	- 2.97	10.50	12.22	- 1.72
Accidents du travail	1.10	0.30	+ 0.8	1.20	0.48	+ 0.72	1.40	0.85	+ 0.55
Allocations familiales	3.50	2.10	+ 1.4	5.70	2.77	+ 2.93	3.40	2.75	+ 0.65
Retraites	1.30	1.30	--	3.00	2.80	+ 0.20	4.80	5.20	- 0.40
Congés payés	0.60	0.40	+ 0.2	0.80	1.08	- 0.28	1.00	1.00	--
TOTAL	9.20	7.30	+ 1.90	15.10	14.50	+ 0.60	21.10	22.02	- 0.92

Sources : tableau construit par nous d'après les données du M. P. S. (Octobre 1987).

(1) Y compris forfait hôpitaux et contribution aux investissements socio-sanitaires.

(*) Estimation à Octobre 1987.

II. CAUSES DU DEFICIT

Les experts du Ministère des Affaires Sociales retiennent trois causes principales pour expliquer le déséquilibre financier de la sécurité sociale :

- . le ralentissement de la croissance de l'emploi, des salaires et des cotisations imputable au phénomène de récession économique que connaît le pays,
- . la poursuite d'une dynamique soutenue des dépenses notamment en matière de soins de santé et, de plus en plus, de retraite. Cette dynamique est, selon ces experts, favorisée par la mise en application des lois de 1983 portant refonte de la sécurité sociale,
- . l'accroissement des charges indues supportées par les budgets de la sécurité sociale : financement des secteurs sanitaires, des investissements socio-sanitaires publics, des soins à l'étranger pour des non-assurés, de soins médicaux pour les accidentés de la route cotisant aux assurances économiques, de mesures sociales pour la catégorie des moudjahidines (régime particulier des retraites).

Les voies de solution aux problèmes financiers sont, toujours selon les experts du Ministère des Affaires Sociales, de deux ordres : les premières ont trait aux mesures de réorganisation de l'appareil de la sécurité sociale dans le but d'améliorer son rendement et de réduire ses coûts ; les secondes visent à renégocier avec l'Etat le mode de gestion des avoirs et ressources de la sécurité sociale d'une part et les domaines et règles d'affectation de ces ressources d'autre part.

II. 1. Réorganisation de l'appareil de la sécurité sociale

Deux problèmes de nature différente sont ici posés :

- . le premier concerne le statut même de la sécurité sociale et en fait ses rapports à l'Etat. Un décret de 1985 tranche cette question en définissant les organismes de sécurité sociale comme des établissements publics à caractère administratif (E. P. A.) et donc soumis aux règles de la comptabilité publique. Or, la gestion des ressources et des dépenses de la sécurité sociale continue à obéir aux règles de la comptabilité privée du fait même de la nature de l'activité et de l'absence d'une dotation financière définie dans le cadre du budget de l'Etat.
- . le deuxième problème est relatif à la présence géographique des structures de la sécurité sociale. La décentralisation entamée en 1986 a des effets directs sur le prélèvement des cotisations et donc des recettes et sur l'ampleur des prestations servies et donc des dépenses auxquelles il faut ajouter les coûts de gestion des agences locales. Cette densification de la présence de l'appareil de la sécurité sociale pose la nécessité d'adapter les procédures, les moyens et les personnels pour améliorer les rendements et maîtriser les coûts de fonctionnement (estimés à 7,5 % des recettes totales en 1985-86).

II. 2. Renégocier avec l'Etat les domaines et les règles d'affectation des ressources

Les critiques des experts du Ministère des Affaires Sociales sont de trois ordres : l'Etat ne paie pas toujours ses cotisations, il prélève unilatéralement des fonds de la sécurité sociale pour les affecter à des dépenses qui sont de son ressort, il impose à la sécurité sociale de prendre financièrement en charge des mesures d'ordre social ou catégorielles qui ne relèvent pas de la logique de la sécurité sociale. Ainsi est reposée l'incontournable question de l'autonomie, notamment financière, de la sécurité sociale vis-à-vis de l'Etat. Précisons ici les données du problème et le contenu des critiques :

. L'Etat est "un mauvais payeur" : le taux de recouvrement global des cotisations de sécurité sociale est estimé à près de 80 % le déficit constaté actuellement pourrait être largement atténué, voire supprimé par l'élévation du taux de recouvrement. Or, les difficultés proviennent essentiellement des entreprises et des administrations publiques. Elles représentent 90 % du volume des cotisations non recouvrées, soit environ 12,5 milliards de DA à fin 1986. Les organismes de sécurité sociale sont favorables à des modes de prélèvement plus centralisés notamment pour les administrations (secteurs de l'éducation nationale, de la santé,...).

. L'Etat prélève unilatéralement des fonds de la sécurité sociale et les affecte à des dépenses qui sont en principe de sa compétence : il s'agit-là de tout le contentieux sur le financement des dépenses de santé et de la prise en charge de la "gratuité des soins". Nous avons longuement traité de ce sujet par ailleurs^[3]. On peut simplement rappeler ici que la sécurité sociale supporte l'essentiel des dépenses publiques de santé et que la contribution financière au budget des secteurs sanitaires amoindrit le déficit du budget global de l'Etat. L'ambiguïté est entretenue sur la nature du système de soins : on n'est ni en présence d'un système d'assurance maladie où les partenaires se reconnaissent et négocient explicitement, ni en présence d'un "service national de santé" que prévoyait pourtant la Constitution Algérienne de 1916.

A ce prélèvement unilatéral s'ajoute l'obligation faite depuis 1978 notamment aux organismes de sécurité sociale de mobiliser leurs avoirs et réserves auprès du Trésor où la rémunération des dépôts est moindre que dans les banques. La sécurité sociale n'est pas libre de l'investissement de ses réserves estimées à près de 25 milliards de DA à fin 1985 (hors cotisations à recouvrer).

. L'Etat impose la prise en charge de dépenses qui ne relèvent pas de la logique de la sécurité sociale. Sont ici concernés en premier lieu les frais médicaux des non assurés notamment lors de soins à l'étranger et les dépenses au profit des bénéficiaires de régimes spécifiques de retraite, en particulier les moudjahidines (départ plus précoce, niveau de retraite plus élevé...). Il s'agit là du problème classique de la délimitation des sources de financement des dépenses sociales entre organismes de sécurité sociale et Etat.

Le rappel de ces aspects et problèmes montre que la sécurité sociale en Algérie n'a jamais fonctionné comme institution autonome et qu'elle a d'abord été un instrument aux mains de l'Etat pour prélever des ressources et financer une partie de sa politique sociale. Elle est maintenant menacée par le risque de déficit global, elle le sera probablement plus au cours des prochaines années. Obtiendra-t-elle de ce fait son "autonomie" car sans cela l'Etat aura à ajuster les recettes et les dépenses aggravant ainsi son propre déficit budgétaire ? Comment rééquilibrer durablement les comptes de la sécurité sociale quand les marges de manoeuvre sont assez étroites :

- Est-ce en augmentant les taux de cotisations considérés comme déjà assez élevés, notamment par les entreprises sur qui pèse désormais la contrainte de rentabilité ?
- Est-ce en réduisant les prestations et les dépenses ? Lesquelles ? Au détriment de qui ?
- Est-ce en modifiant fondamentalement les modalités de financement et de fonctionnement de la sécurité sociale ? Comment ?
- Est-ce en remettant en cause certains choix de politique économique et sociale nationale et le mode d'insertion de la sécurité sociale dans cette dernière ?

Nous n'examinerons pas dans le cadre de cet article ces hypothèses et questions. Nous souhaiterions seulement proposer quelques réflexions sur l'évolution du financement de la sécurité sociale en liaison avec deux éléments clés de la politique économique introduite avec les années 1980 et la conjoncture de crise : le premier est la situation de l'emploi, le deuxième est ce que l'on a appelé "l'autonomie de l'entreprise".

III. SECURITE SOCIALE, EMPLOI ET AUTONOMIE DE L'ENTREPRISE

La sécurité sociale est actuellement au centre de préoccupations et de mesures tout-à-fait contradictoires : l'Etat souhaiterait la faire contribuer financièrement de plus en plus à la prise en charge des dépenses sociales et de santé mais cela sans alourdir les prélèvements obligatoires et les cotisations des entreprises ; l'instauration d'une indemnité de chômage est envisagée tout en incitant les entreprises à la création d'emplois par l'exonération partielle ou totale de charges sociales, la généralisation du bénéfice de la sécurité sociale est proclamée en même temps qu'est réduit le champ d'extension du salariat "ferme".... La sécurité sociale est récusée en tant qu'institution de prélèvement de ressources mais bénie en tant qu'amortisseur des effets de la récession économique, stimulateur de la demande de soins et gestionnaire des distorsions sociales.

Le problème du financement de la sécurité sociale ne peut être considéré isolément en négligeant le rôle essentiel que peut jouer la

protection sociale dans le fonctionnement du système socio-économique dont elle est partie intégrante.

Si les facteurs démographiques et financiers généraux du pays ont une influence directe sur les équilibres de la sécurité sociale, la nature de la politique économique conduite peut également marquer profondément le cadre d'exercice et d'évolution de celle-ci. Ainsi en est-il de la situation de l'emploi et des revenus et de la politique "d'autonomie de l'entreprise publique".

III. 1. Chômage et emploi atypique

La mise en place et l'extension de la sécurité sociale ont suivi un mouvement parallèle à celui du salariat dans tous les secteurs d'activités économiques et sociales. Croissance des investissements publics, de l'emploi salarié et des effectifs d'assurés sociaux sont corrélés étroitement et participent au même processus volontariste de "modernisation" des structures productives et sociales du pays. Le salarié -et après lui presque l'ensemble de la population- s'est vu garantir en droit la sécurité face aux risques sociaux. Ce processus a été, pour l'essentiel, initié et conduit par l'Etat notamment durant la période 1967-1982. Ses particularités sont connues : forte croissance annuelle, salarisation poussée notamment dans les secteurs de l'industrie, des transports et des bâtiments et travaux publics (en 1977 : 76 % de la population active occupée est salariée contre 67 % en 1966), prépondérance du salariat ferme, protégé en particulier dans le secteur d'Etat (principal employeur).....[4].

Avec la décennie quatre-vingt, une nouvelle logique économique se met en place, marquée par un recul du niveau des investissements publics et un relâchement du lien de l'Etat avec l'économie nationale. Cette logique sera accentuée par le rétrécissement considérable des ressources financières extérieures à la suite de la baisse du prix du pétrole et du cours du dollar. La nouvelle politique économique et l'accentuation de la contrainte extérieure se traduiront sur un double plan en matière d'emploi : d'abord une chute considérable du taux de création d'emploi avec donc une aggravation du chômage (le nombre de chômeurs est estimé à près de 2 000 000 en 1988), ensuite une extension des formes précaires et fragiles d'emploi. La salarisation stagne et entame un recul généralisé. Ce recul de la salarisation est le produit de multiples facteurs que nous n'explicitons pas ici :

- baisse des ressources publiques et des investissements planifiés,
- restructuration organique et financière des entreprises conduisant dans certains cas à des liquidations d'entreprises et à des compressions de personnels[5],
- recherche de la rentabilité financière par la réduction des charges sociales et salariales,
- remise en cause des statuts des travailleurs ruraux notamment dans les domaines "autogérés" et les "coopératives agricoles". Le salariat

agricole dans le secteur d'Etat a pratiquement disparu avec la mise en oeuvre des réformes du secteur agricole.

La croissance de l'emploi atypique et des formes précaires d'emploi, conséquence partielle du recul de la salarisation ferme, est le résultat complexe des nouvelles conjoncture et politique économique et d'une modification profonde des mentalités sociales :

- la réhabilitation et l'encouragement du secteur privé national ont élargi le champ d'activité de la petite production marchande, des commerces et de l'auto-emploi[6]. Ils ont également favorisé l'emploi salarié précaire sous diverses formes : travail d'adolescents et de femmes, travail à temps partiel, contrat à durée déterminée, travail à la pièce, travail au noir,...
- les programmes d'emploi des jeunes, initiés par l'Etat et les collectivités locales, s'inscrivent explicitement dans le cadre de formes précaires de salariat : contrats de courte durée, faiblement rémunérés, sans perspectives certaines... Des centaines de milliers de jeunes sont ici concernés,
- le secteur public s'est engagé dans un processus de promotion de la sous-traitance pour élargir le tissu industriel national mais également pour réduire ses charges sociales et salariales en ayant recours à des entreprises privées pratiquant des salaires moins élevés et maîtrisant mieux les coûts. Il y a là une incitation à rompre avec la pratique du salariat "classique", ferme et protégé.

Au total, cette situation de l'emploi - recul du salariat ferme, croissance du chômage, foisonnement des nouvelles formes d'emploi - pèse directement sur la situation financière de la sécurité sociale habituée à traiter avec des administrations et des entreprises employant des salariés majoritairement permanents et déclarés. L'extension du chômage et du nombre des salariés à statut précaire diminue très nettement les recettes assises sur les revenus, pour l'essentiel sur la masse salariale et donc très sensibles à la conjoncture de l'emploi. Les dépenses et les prestations sociales sont elles, au contraire, très peu sensibles à la conjoncture et connaissent une hausse continue notamment en matière de soins de santé et de retraite.

Au déséquilibre structurel de la sécurité sociale sur le plan démographique (le nombre d'adultes cotisants est très faible au regard du nombre d'habitants de moins de 20 ans) vient donc s'ajouter une érosion du nombre d'actifs occupés et assurés. La nouvelle politique de l'emploi qui se dessine s'oppose par certains traits à la rigidité des mécanismes de la sécurité sociale. C'est de plus au moment où cette dernière connaît des difficultés financières de taille que l'hypothèse est envisagée d'instaurer un régime d'indemnisation des chômeurs posant avec encore plus de gravité la question des sources de financement. Peut-on se retourner vers les entreprises et leur demander de contribuer dans ce cadre ? Est-ce compatible avec l'esprit de "l'autonomie de l'entreprise" et la contrainte de rentabilité qui l'accompagne ?

III. 2. Sécurité sociale et "autonomie de l'entreprise"

Le débat sur les rapports entre sécurité sociale et entreprise, publique notamment, a très peu émergé en Algérie si ce n'est sous la forme classique du poids des cotisations sociales dans les charges des entreprises. Encore qu'il n'ait jamais pris de portée significative du fait de la faiblesse de la contrainte d'équilibre comptable et financier pesant sur les entreprises publiques jusqu'à la fin de la décennie soixante-dix. Deux faits vont donner une toute autre ampleur à cette question : le premier, c'est le déplaçonnement de l'assiette de cotisation à la suite de la refonte de la sécurité sociale en 1983 (le taux de cotisation est depuis, fixé à 29 % du montant brut de l'assiette de cotisation assise sur le salaire de poste), le second est la "restructuration organique et financière" qui va se prolonger par "l'autonomie des entreprises".

Ces deux faits vont agir de manière contradictoire sur l'entreprise publique et ses rapports à la sécurité sociale : le premier va accroître les charges sociales des entreprises, le deuxième commande une maîtrise si ce n'est une réduction des charges salariales et sociales au nom de l'équilibre comptable et financier et la recherche de la rentabilité. Cette tendance à la contraction des dépenses sociales est fondatrice de l'approche développée par les promoteurs de "l'autonomie de l'entreprise". L'entreprise aura d'ailleurs de plus en plus tendance à rétrocéder à la sécurité sociale la prise en charge de certaines dépenses liées à la gestion de la force de travail : congés de maladie, de maternité, préretraites, retraites, soins, allocations familiales,....

Ce mouvement marque toute la décennie quatre-vingt où l'on tente de rompre avec la logique redistributive et de séparer explicitement le lieu d'exercice du "social" et de "l'économique" en privilégiant ce dernier.

Or, la sécurité sociale est loin d'être un organisme assurant toutes les prestations sociales légales. Elle est d'abord un instrument d'épargne institutionnelle et un canal de financement d'une partie de la politique sociale de l'Etat. C'est ce dernier qui dicte l'organisation et le fonctionnement des services de santé (sans en maîtriser les conséquences), gèle le niveau des allocations familiales, réglemente les retraites et accorde des privilèges et des dérogations ("cadres de la nation", moudjahidines). La volonté de désengager financièrement l'Etat et partiellement l'entreprise du financement de la sécurité sociale amène à promouvoir des formes de financement communautaire et individuel par le biais notamment du développement du mouvement associatif et des oeuvres de charité. Ceci explique les nouvelles règles édictées en matière de création d'associations et de prise en charge de certains problèmes sociaux notamment ceux liés aux handicapés physiques ou mentaux (leur nombre est estimé à près de 500 000). Le développement de ce processus est trop récent pour pouvoir se prononcer et dire s'il s'agit d'une mise à contribution du mouvement associatif dans le cadre d'une politique sociale cohérente et efficace ou s'il s'agit d'un retrait de l'Etat et de la sécurité sociale face à des problèmes sociaux graves et coûteux dans tous les sens du terme.

De fait, "l'autonomie de l'entreprise" remet en question le problème de la délimitation des différents domaines de la politique sociale et de leurs modalités de financement (fiscalité, cotisations sociales, assistance privée,...). Elle autorise la mise en place des conditions de l'autonomie des organismes de sécurité sociale en les dotant d'un "statut spécifique" et la possibilité du libre placement de leurs avoirs auprès de banques en compétition. Avec le risque de déficit financier, l'autonomie de la sécurité sociale est donc bien envisagée....

CONCLUSION

La sécurité sociale entre dans une phase de difficultés financières au moment où ses interventions sont les plus sollicitées pour garantir l'accès aux soins, à la retraite, et aux autres droits sociaux élémentaires. Elle subit directement les effets du blocage de la croissance économique, du recul de l'emploi salarié et de l'aggravation des inégalités sociales. La question du financement de la sécurité sociale ne peut être réduite aux problèmes du taux de cotisation ou à l'ampleur des transferts sociaux à organiser. Elle est induite par l'état de crise économique et par les nombreuses incohérences et contradictions qui marquent la politique économique et sociale du pays. La réflexion sur les voies de solution de cette question suppose des réponses nouvelles en matière de politique de l'emploi, des revenus, de la fiscalité, de la santé et sur le fond de l'organisation de la solidarité nationale pour éviter la cristallisation des inégalités sociales et l'instauration d'une société duale dont les prémices sont déjà en place.

Notes

[*] Maître Assistant I.S.E. - Oran - Chercheur Associé
CREAD

[1] Ce mode d'évaluation des équilibres n'est pas très pertinent, car il traite de la même façon, prestations à court terme et prestations à long terme (ex : retraite,...) pour lesquelles on adopte respectivement le système de la répartition et le système de capitalisation, ce qui suppose que chaque branche jouisse d'une autonomie financière par le maintien de comptes et de réserves séparés. Ce qui est loin d'être le cas en Algérie....

[2] Idem

[3] M. KADDAR : Sécurité sociale et système de soins en Algérie : 1962-1987, CREAD, Alger, Février 1988, 25 p.

[4] B. HAMEL et M. KADDAR : Industrialisation, salarisation et mise au travail en Algérie, Cahiers de l'IREP/D, n° 9, Grenoble, 1985.

[5] Cf. A. FARDEHEB et B. HAMEL : Algérie : système productif et choix économiques alternatifs, Cahier de l'ISMEA n° 2, 1986, P. U. G., Grenoble, p. 171-205.

[6] Cf. C. BERNARD : En Algérie, une "nouvelle" valeur, l'auto-emploi, Revue du Tiers-Monde, t. XXIX, n° 114, 1988, p. 295-318

LAMRI LARBI [✱]

Essai d'analyse sur l'affectation des crédits budgétaires entre les unités hospitalières et extra-hospitalières

Les caractéristiques géo-sanitaires de l'Algérie des années 70 ont démontré l'inadaptabilité de l'organisation sanitaire centrée sur les structures hospitalières qui sont dans leur quasi-totalité implantées en milieu urbain. Cette architecture a été profondément restructurée. Deux principaux facteurs sont à l'origine de cette refonte.

- La médecine gratuite instituée en 1974 a pour corollaire une demande démultipliée en services de santé à laquelle les structures hospitalières, insuffisantes en nombre, ne pouvaient convenablement faire face. Ces dernières se sont progressivement écartées de leur vocation de base, l'hospitalisation, pour être en quelque sorte "dispensarisées".

- Implantés majoritairement dans les centres urbains, les établissements hospitaliers sont peu accessibles à la population rurale qui représentait à l'époque plus des trois-quarts de la population totale.

L'idée centrale de la refonte du système de soins centré sur l'hôpital consistait à renverser la tendance en créant tout autour de ces établissements, des unités légères chargées des soins ambulatoires. Les soins seront nivelés et hiérarchisés par structure. C'est ainsi que l'organisation sanitaire projetée est en fait une architecture pyramidale où les unités extra-hospitalières constituent la base.

D'une manière générale, les soins spécialisés sont pris en charge dans les établissements hospitaliers et les soins légers et ambulatoires relèvent des unités extra-hospitalières. A travers cette organisation, il semble que l'objectif visé est triple :

- Alléger les structures hospitalières des soins ambulatoires pour qu'elles se consacrent exclusivement aux soins spécialisés.
- Faciliter l'accès aux soins à l'ensemble de la population notamment rurale.
- Assurer la prise en charge des soins primaires et des activités de prévention par les unités extra-hospitalières.

Ce schéma théorique s'adapte à priori aux profondes mutations socio-économiques souvent rapides qui créent des niveaux de développement différents notamment entre la ville et la campagne algérienne.

A partir d'une analyse menée sous l'angle financier c'est-à-dire de l'affectation des crédits budgétaires, nous essayerons de démontrer

dans ce travail que le schéma de départ s'est en fait écarté de ses objectifs pour retomber dans un hospitalocentrisme plus accentué où domine la spécialisation. Notre hypothèse de départ est que les crédits budgétaires sont accaparés en grande partie par les activités hospitalières et qu'il y a marginalisation des unités extra-hospitalières.

I. DEFINITION DES STRUCTURES EXTRA-HOSPITALIERES

Les structures extra-hospitalières regroupent l'ensemble des unités légères que sont les polycliniques, les centres de santé, les salles de soins et de consultations, les maternités et les cliniques dentaires. Dans le schéma organisationnel général, ces unités sont intégrées selon leur aire géo-administrative à un secteur sanitaire dont le siège est un hôpital. Cette organisation se base sur l'unicité administrative, financière, de gestion et d'exécution des programmes sanitaires. Le budget du secteur sanitaire est donc unique. Son exécution est du ressort du directeur du secteur sanitaire secondé dans sa tâche par le conseil d'administration. A priori, les dépenses de santé des structures hospitalières ou celles des structures extra-hospitalières ne sont pas expressément détachées et ne peuvent être déterminées du cadre comptable en vigueur. Elles sont intégrées dans le budget unique du secteur sanitaire. Pour circonscrire un budget-type de chaque unité légère voyons d'abord le type d'activités qu'elles assurent.

1.1. La polyclinique

Pour les unités extra-hospitalières, la polyclinique est le pivot principal implanté à l'échelon communal ou de quartier. C'est le niveau de recours supérieur par rapport aux autres unités et prend en charge tous les soins de santé primaires non assurés par les niveaux inférieurs. On retrouve généralement les spécialités de base suivantes :

- Médecine générale
- Pneumo-allergologie
- O. R. L.
- Ophtalmologie
- P. M. I. (y compris la gynécologie)
- Maternité
- Chirurgie-dentaire

Elle assure aussi les examens radiologiques et de laboratoire et les activités d'hygiène scolaire et universitaire et d'assainissement du milieu.

1.2. Le centre de santé

Unité de niveau inférieur à la polyclinique, le centre de santé est une structure médico-sanitaire destinée à une population de 3.000 à 5.000 habitants. Il prend en charge les soins médicaux les plus courants tels que les soins infirmiers, les consultations en médecine générale et les vaccinations. Il assure de même des activités d'hygiène et d'assainissement et de protection maternelle et infantile. Il est implanté

le plus souvent dans les communes rurales et certains quartiers urbains à forte densité de population.

1.3. Les salles de soins et de consultations

Ce niveau assure les soins infirmiers élémentaires et des consultations générales programmées par le secteur sanitaire une à deux fois par semaine. Elles sont implantées en milieu rural.

1.4. Les maternités

On distingue deux types : les maternités rurales et les maternités urbaines. Elles prennent en charge les accouchements assistés.

Les moyens humains et matériels des unités extra-hospitalières sont décidés par la direction du secteur sanitaire. Pour évaluer financièrement ces moyens, on a été amené à établir un budget-type pour chaque structure. Le budget type n'est en fait qu'une moyenne étant donné l'existence de structures hétérogènes avant leur typification intervenue à partir du deuxième plan quadriennal (73-77).

II. EVALUATION DES DEPENSES DES UNITES EXTRA-HOSPITALIERES

La nature des dépenses des structures extra-hospitalières concerne cinq titres de dépenses sur les 9 titres que comporte la nomenclature budgétaire des secteurs sanitaires. Il s'agit du personnel, des médicaments, de l'entretien des infrastructures, des actions spécifiques de prévention et des autres dépenses de fonctionnement.

D'une manière générale, les titres de dépenses de formation, d'alimentation, de matériel et outillage médicaux et de recherche médicale sont négligeables pour les unités légères et ne méritent pas d'être évalués. Ce sont beaucoup plus des attributs de l'hôpital.

1. Les dépenses de personnel

Compte tenu de l'effectif normalisé et de la moyenne des affectations réelles, les dépenses de personnel pour chaque type de structure s'établissent comme suit :

TABEAU N°1
EVALUATION DES DEPENSES DE PERSONNEL DES UNITES EXTRA-
HOSPITALIERES

Catégories	Polyclinique		Centre de santé	Salle de soins et de consult.	Maternité
Médecins généralistes	Effectif	4	2	1	--
	Salaire moyen annuel en 10 ³ DA	84	84	84	--
	Sous / Total 1	336	168	84	--
Médecins spécialistes	Effectif	2	--	--	--
	Salaire moyen annuel en 10 ³ DA	108	--	--	--
	Sous / Total 2	216	--	--	--
Chirurgiens dentistes	Effectif	2	1	--	--
	Salaire moyen annuel en 10 ³ DA	60	60	--	--
	Sous / Total 3	120	60	--	--
T.S.S.	Effectif	8	4	2	4
	Salaire moyen annuel en 10 ³ DA	42	42	42	42
	Sous / Total 4	336	168	84	168
T.S	Effectif	10	6	4	4
	Salaire moyen annuel en 10 ³ DA	24	24	24	24
	Sous / Total 5	240	144	96	96
A.T.S.	Effectif	12	8	6	4
	Salaire moyen annuel en 10 ³ DA	18	18	18	18
	Sous / Total 6	216	144	108	72
ENSEMBLE	TOTAL GENERAL	1 464	684	372	336

2. Les dépenses de médicaments

Dans le cadre du plan d'action visant à maîtriser les galopantes dépenses de santé, les médicaments ne sont plus servis aux malades ambulatoires depuis 1985.

Cependant pour leurs activités de soins courants, les unités légères utilisent certains produits pharmaceutiques. Leur estimation par structure se présente de la manière suivante :

- Polyclinique50.000 DA
- Centre de Santé30.000 DA
- Salle de Soins et de Consultations20.000 DA
- Maternité5.000 DA

III. LES DEPENSES RELATIVES A L'ENTRETIEN DES INFRASTRUCTURES

On estime ce type de dépenses pour chaque structure de la manière suivante :

- Polyclinique5.000 DA
- Centre de Santé3.000 DA
- Salle de Soins et de Consultations2.000 DA
- Maternité1.000 DA

Ces dépenses concernent les réparations murales et de plomberie et l'achat de matériaux de construction. Les travaux sont effectués par les ouvriers du secteur sanitaire.

IV. LES REPENSES RELATIVES AUX ACTIONS SPECIFIQUES DE PREVENTION

Etant donné que ce titre de dépenses regroupe essentiellement les achats de vaccins et les actions d'hygiène et d'assainissement, l'estimation des dépenses se présente de la manière suivante :

- Polyclinique.....	30.000 DA
- Centre de Santé.....	70.000 DA
- Salle de Soins et de Consultations.....	30.000 DA
- Maternité.....	50.000 DA

Notons que la quasi-intégralité des crédits de cette ligne budgétaire est dépensée au niveau des structures extra-hospitalières et concerne essentiellement les centres de santé.

V. LES AUTRES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT

Elles regroupent les différentes charges d'énergie, d'eau, de fournitures de bureau et imprimés, de produits d'entretien ménagers, de lingerie, de matériel et mobilier et de dépenses du parc automobile.

Les dépenses de chaque structure sont estimées comme suit :

- Polyclinique.....	30.000 DA
- Centre de Santé.....	20.000 DA
- Salle de Soins et de Consultations.....	10.000 DA
- Maternité.....	5.000 DA

En 1987, le budget apparent de l'ensemble des unités extra-hospitalières est présenté dans le tableau suivant :

L'examen du tableau n° 2 nous montre que près de 90 % des crédits affectés aux unités extra-hospitalières vont au poste "dépenses de personnel". De par leur nombre, les salles de soins et de consultations viennent en tête, suivies de près par les centres de santé et les polycliniques. La position des maternités, lesquelles se trouvent en petit nombre et avec des effectifs réduits, est minoritaire. Le second poste de dépenses concerne les activités de prévention avec 7 %. Les programmes de prévention s'effectuent en majorité dans les unités extrahospitalières et plus précisément dans les centres de santé et les salles de soins et de consultations. Les autres titres de dépenses occupent une position marginale.

La grosse part du budget, soit près de 50 %, va aux salles de soins et de consultations et s'explique par leur nombre. Les centres de santé et les polycliniques occupent les 2ème et 3ème places avec

TABLEAU N° 2
REPARTITION DES DEPENSES DES UNITES EXTRA-HOSPITALIERES

Unité: 10³ DA

Budget Unités	Nbre de struct.	Personnel	Médicaments	Entretien des Infrastructure	Activ. Spéc. de prév.	Autres dépenses de fonction.	TOTAL	%
- Polycliniques	345	505.080	17.250	1.725	10.350	10.350	544.755	21%
- Centres de santé	1.003	686.052	30.090	3.009	70.210	20.060	809.421	32%
- Salle de soins et de consultations	2.602	967.944	52.040	5.204	78.060	26.020	1.29.268	44%
- Maternités	179	60.144	895	179	8.950	895	71.063	3%
TOTAL	4.129	2.219.220	100.275	10.117	167.570	57.325	2.554.507	100%
%		90%	4%	0.5%	7%	2.5%	100%	

respectivement 32 % et 21 %. Les maternités, en nombre réduit, viennent en dernière position avec 3 %. Cependant, ces données ne prennent une importance que lorsqu'elles sont rapprochées des données budgétaires générales des secteurs sanitaires. C'est ce que nous allons faire dans le tableau n° 3.

TABLEAU N° 3
REPARTITION DES CREDITS BUDGETAIRES ENTRE LES
STRUCTURES HOSPITALIERES ET LES UNITES EXTRA-
HOSPITALIERES Unité: 10³ DA

Titres de dépenses	Total de crédits en 1987	Crédits affectés aux unités extra-hospitalières (estimation)	En %
Personnel	7.524.196	2.219.220	29%
Formation	588.300	--	--
Alimentation	432.704	--	--
Médicaments	691.500	100.275	14%
Prévention	180.500	167.570	93%
Matériel et outillage médicaux	214.300	--	--
Entretien des infrastructures	202.300	10.117	5%
Autres dépenses de fonctionnement	356.200	57.325	16%
TOTAL	10.190.000	2.554.507	25%

L'analyse des données du tableau n° 3 confirme notre hypothèse de départ. En effet, les unités extra-hospitalières ne se voient affecter que le quart (près de 25 %) des crédits budgétaires. Majoritaires pour les crédits de prévention (93 %), elles ne détiennent que 29 % des crédits du personnel, 16 % des autres dépenses de fonctionnement, 14 % des dépenses des médicaments et 5 % seulement du poste "entretien des infrastructures". Ces résultats théoriques peuvent être validés à partir de la distinction des budgets des C. H. U. et des unités légères, mesure organisationnelle mise en oeuvre en 1988. La répartition est donnée dans le tableau n° 4.

TABLEAU N° 4
REPARTITION DES CREDITS BUDGETAIRES ENTRE LES UNITES LEGERES ET LES C.H.U. EN 1988

Titres de dépenses		Personnel	Formation	Alimentation	Médicaments	Prévention	Matériel et outillage médicaux	Entretien des Infrastr.	Autres dépenses de fonction	Recherche médicale	TOTAL
- Wilaya d'Alger centre (02 CHU)	I	70	0.01	2	4	1.6	2.2	3.3	3.7	--	86.81
	II	310	148.2	21	39	1	32	6	21.5	1.9	580.6
	%	18%	0%	8%	9%	61%	6%	33%	16%	--	13%
- Wilaya d'Oran (08 CHU)	I	40	0.01	1	4.2	2.3	1.1	1.2	1.8	--	51.61
	II	258	112.8	15	30.4	0.4	21.3	15	22.4	7.4	482.7
	%	13%	0%	6%	12%	85%	5%	7%	8%	--	09.7%
- Wilaya Constantine (02 CHU)	I	73	2	1.8	7.2	5.7	2.8	1.8	4.2	--	98.5
	II	232	81.5	18	44	0.25	24.3	6.5	17.6	--	424.15
	%	24%	2%	10%	14%	2%	10%	22%	19%	--	19%
- Wilaya de Annaba (03 CHU)	I	67	0.01	1.8	2.3	3.5	1.1	1.1	2.3	--	79.11
	II	202	46.3	15	22.2	0.7	10	8.5	15.5	0.9	321.1
	%	25%	0%	11%	9%	83%	10%	11%	13%	--	20%
- Wilaya de Tizi-Ouzou (02 CHU)	I	17	0.01	0.1	2	1.2	0.5	0.4	1.2	--	22.41
	II	96	16.2	7	11	0.3	4.5	4	8	2.1	149.1
	%	15%	0%	1%	15%	80%	10%	9%	13%	--	13%
- Wilaya de Batna (01 CHU)	I	26	0.01	0.3	2	1.7	0.7	0.6	1.3	--	32.61
	II	98	14.2	6.5	9.2	0.8	7.1	2.5	7.2	0.4	146.9
	%	21%	0%	4%	18%	68%	9%	19%	15%	--	18%
- Wilaya de Sétif (01 CHU)	I	42	0.02	2.1	4.5	1.3	1.1	1.4	2.4	--	54.82
	II	74	17.1	7	11	0.7	4.5	2.9	8.2	--	125.4
	%	36%	0%	23%	29%	65%	20%	33%	23%	--	30%
- Wilaya de Blida (03 CHU)	I	87	3.32	1.45	6.6	2.9	2.2	2.7	4.5	--	110.67
	II	153	25	10	25.1	0.6	9	6	12	2.9	243.6
	%	36%	12%	13%	21%	83%	20%	31%	27%	--	31%
- Wilaya de Tlemcen (01 CHU)	I	23	0.01	0.1	2	2	0.6	0.6	1.3	--	29.8
	II	100	20.1	6	13	0.4	5.5	3.5	5	0.6	154.1
	%	19%	0%	2%	13%	83%	10%	15%	21%	--	16%
- Wilaya de Sidi Bel-Abbès (01 CHU)	I	27	0.01	--	2	1.6	0.6	1	1.5	--	33.71
	II	90	14.2	6	8.5	0.3	4.8	3	5.8	1.3	133.9
	%	23%	0%	--	19%	84%	11%	25%	21%	--	20%
- Wilaya d'Alger Est (06 CHU)	I	87	0.04	0.8	8.2	5.4	2.6	2.4	4.9	--	111.34
	II	248	61.9	18	34	0.6	21	11	26.5	1.8	422.8
	%	26%	0%	4%	19%	90%	11%	18%	16%	--	21%
- Wilaya d'Alger Ouest (06 CHU)	I	41	0.02	0.4	4	2.7	1.1	1.1	2.4	--	52.72
	II	280	90.8	19.5	34.1	2.1	18.5	16.8	24	1.6	487.4
	%	13%	0%	2%	10%	56%	6%	6%	9%	--	11%
- Wilaya d'Alger Bab-El-Oued (02 CHU)	I	104	15.1	3.3	9	2.3	4.1	5.4	6.1	--	149.3
	II	92	14.1	7	10	0.5	11	6	10	1.1	151.7
	%	53%	52%	32%	47%	82%	27%	47%	38%	--	50%
TOTAL	I	704	20.57	15.15	58	34.2	20.7	23	37.6	--	913.21
	II	2 233	662.4	156	291.5	8.65	173.5	91.7	183.7	22	3 822.45
	%	24%	3%	9%	16%	80%	11%	20%	17%	--	20%

II. I. Unités légères C.H.U

Des données du tableau n° 4 on remarque sur un total de 4.735,66 millions de DA, les unités légères ne s'accaparent que 913,21 millions de DA soit une part de 20 % qui s'approche de la part théorique (25 %) calculée précédemment. Les titres de dépenses de formation, d'alimentation et de matériel et outillage médicaux sont négligeables.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, il est clairement établi qu'il y a un profond décalage entre les objectifs assignés aux unités légères dans la

politique sanitaire globale et les moyens financiers attribués à ces structures. La situation sanitaire du pays, encore marquée par la présence prédominante des maladies du sous-développement et qui a déterminé toute la politique sanitaire de 1984 donnant la priorité à la prévention et aux soins de santé primaires qui reposent essentiellement sur les unités extra-hospitalières est en contradiction avec leur situation déprimée au niveau des moyens financiers alloués.

Une refonte de la sectorisation est indispensable afin de revaloriser les unités extra-hospitalières. Il conviendrait de déconnecter les unités légères des structures hospitalières en procédant à leur décentralisation auprès des collectivités locales, à charge à elles de déterminer les moyens financiers à leur affecter et de les doubler d'activités et de programmes sanitaires.

Notes

 Maître Assistant I.S.E. - Alger - Chercheur Associé
CREAD

OUFRIHA FATIMA ZOHRA [*]

Etude des déterminants de la consommation de produits pharmaceutiques à travers la deuxième enquête de consommation des ménages en Algérie

L'étude du comportement de consommation et de ses déterminants en matière de produits pharmaceutiques et de façon plus large en biens et services sanitaires, a enregistré ces dernières années, une avancée remarquable sous la poussée tant d'études empiriques que de réflexions théoriques et n'a pas manqué de toucher des pays en voie de développement même si c'est de façon embryonnaire et balbutiante.

1. Le point de départ est l'étude de la demande en biens quasi publics, qui vont attirer de façon croissante l'attention des économistes et à leur suite des économètres pour mieux mesurer et quantifier théories et hypothèses émises à ce sujet et mieux préciser les interrelations quantitatives entre les différents phénomènes.

C'est ce qui explique la forte tendance à appliquer les instruments de l'analyse économique et économétrique à l'étude de biens et services appartenant, en tout ou en partie, au secteur public et/ou dont le prix ne se forme pas ou que très partiellement sur le marché. En particulier les biens de consommation collectives et tous ceux dont une large partie relèvent du "hors marchand", bref tous les biens tutélaires.

Tel est le cas pour les biens de consommation comme la santé et au sein de cette dernière des multiples objets d'étude qui en font partie. Le médicament qui constitue un des postes les plus importants des consommations médicales est privilégié parce qu'il se prête plus aisément que d'autres rubriques de cette consommation à l'analyse économique et plus récemment économétrique. Etant donné par ailleurs qu'il relève d'une branche industrielle précise, en dépit de ses spécificités et des caractéristiques intrinsèques de sa production et de sa distribution, il n'en obéit pas moins de façon plus large aux lois d'un marché qui le plus souvent prend des caractéristiques d'oligopole et une extension géographique très large. Il semble avoir donné lieu jusqu'à présent aux plus grands nombres d'investigations voire des prises de position tranchées. Le fait qu'il donne lieu à de forts flux d'exportations et d'importations au plan mondial, en fait le point de focalisation d'enjeux considérables.

Bien que l'Algérie soit, parmi les pays à revenu intermédiaire, un gros consommateur de produits pharmaceutiques, largement importés (à concurrence de 80 à 90 %) dont l'expansion a été très forte durant les fortes années de croissance économique - et qui semble se maintenir à

un niveau très élevé en dépit des difficultés de paiements extérieurs - on dispose finalement de très peu d'études à cet égard (quelques mémoires de Magister, quelques rapports de groupes d'études). Aucune qui soit d'ordre économétrique - et ce, quel que soit le domaine ayant trait à la Santé - parce que la discipline elle-même est relativement peu assise.

Aussi dans ce premier travail de quantification des déterminants économiques de la consommation de produits pharmaceutiques nous partons de la deuxième enquête de consommation des ménages. Cependant, avant de procéder à ce travail, nous essaierons de mieux préciser les sous-basements théoriques de telles analyses quantitatives.

En effet, nul n'ignore que ces questions ont été abordées selon une double optique d'ensemble. La première qui consiste à considérer l'investissement humain destiné à ces activités par rapport au rendement escompté, tandis que la seconde s'inspire directement de la démarche adoptée jusque là pour l'étude du secteur privé et s'attache à déterminer une fonction de demande, en général, à partir de la théorie de l'utilité. La désignation et la mesure des variables significatives peuvent changer d'un auteur à un autre. L'analyse de la fonction de demande de santé à partir de l'approche du Capital Humain a très rapidement donné lieu à des modèles de demande de santé à partir de l'hypothèse que l'on peut considérer la santé comme un stock de capital durable qui assure une production de "bonne forme physique" pendant un certain temps. On suppose donc que les individus sont dotés d'un stock initial de santé qui se déprécie avec l'âge et qui peut être accru grâce à un "investissement" c'est-à-dire à une consommation de biens de santé et donc en particulier de produits pharmaceutiques.

Par ailleurs, les modèles économiques et économétriques à plusieurs équations parfois, incorporant une ou plusieurs fonctions de consommation semblent être relativement nouveaux dans le domaine de la consommation pharmaceutique, même s'ils ne le sont plus dans le domaine plus large des fonctions de consommation globale ou même de celles de produits sanitaires.

En effet, dans la mouvance générale, les méthodes d'évaluation statistique et économétrique qui semblent devenir de plus en plus sophistiquées et s'appuyer sur un certain nombre de procédures d'estimation (bayésienne, méthodes de regroupement de mesures opérées à partir d'ensembles différents de données ; la mesure des effets retardés, l'utilisation de systèmes d'équations au niveau des fonctions de consommation tant globales que spécifiques) se sont fortement développées. C'est dans ce cadre là que rentrent celles ayant trait au médicament.

Il est cependant le plus souvent, difficile de préciser si une méthode a été élaborée afin de résoudre un problème économique réel ou au contraire si un problème n'a pas été inventé afin de répondre à une méthode existante ! La multiplication voire la sophistication de certains travaux permet le plus souvent de prendre conscience de notre degré d'ignorance en ce qui concerne le comportement du consommateur en la

matière et de la nécessité de se livrer à des recherches accrues en s'appuyant sur l'apport d'autres disciplines en sciences sociales afin de combler nos lacunes.

Aussi de façon plus modeste nous tenterons dans ce travail de préciser les déterminants de la consommation pharmaceutique et de façon plus large médicale - en Algérie - en exploitant les données de l'Enquête de consommation des ménages de 1979-80.

I. LES DETERMINANTS SOCIO-ECONOMIQUES DE LA CONSOMMATION MEDICALE DES MENAGES

L'Enquête de consommation des ménages (qui n'a pas vocation à explorer la consommation médicale) ne saisit en fait que la consommation des biens et services "marchands" lesquels ne représentent qu'une faible partie de la consommation totale sanitaire, par suite de la forte publicisation et socialisation de l'offre. Les biens et services offerts dans ce cadre étant gratuits pour les ménages ne sont pas pris en considération à ce niveau. Aussi n'est-il pas étonnant qu'en termes de coefficient budgétaire les dépenses de santé ne représentent que 3,1 % du total des dépenses.

Un certain nombre de facteurs socio-économiques influent sur le niveau des dépenses de soins c'est-à-dire sur la consommation médicale. Ceux dont on peut mettre en relief l'influence sont les suivants :

1. L'influence du niveau de revenu

En fait l'information disponible ne permet point de l'appréhender. Cependant en faisant l'hypothèse que la dépense totale d'un ménage est proportionnelle à son revenu, on peut assimiler ce dernier aux précédentes. On se rend compte que la consommation moyenne par habitant suit une distribution fortement ascendante en fonction de la dépense totale (avec cependant une certaine variabilité traduite par l'allure de la courbe en dents de scie). Doit-on incriminer la qualité de l'information ou les caractéristiques de l'offre ? Les dépenses de santé sont fonction croissante des dépenses totales. Une hausse de revenu détermine bien une augmentation des quantités achetées et donc un déplacement de la courbe de demande à droite. Cependant l'augmentation des revenus détermine une augmentation plus que proportionnelle des dépenses médicales jusqu'à un certain niveau qui constitue un seuil à partir duquel elles semblent se stabiliser. Le manque d'informations statistiques ne permet pas de calculer des élasticités-revenus.

2. Le secteur d'habitat

La différenciation est nette entre le secteur urbain où la dépense moyenne atteint 72,2 DA et le secteur rural où elle n'est que de 55,2 DA. On ne peut imputer cet important écart à une cause unique mais un complexe de causes où jouent morbidité, niveaux de revenus, conditions de l'offre et comportement de la demande. Au delà de ce clivage majeur, on se rend compte que contrairement aux idées reçues ce n'est ni Alger,

ni les plus grosses villes qui semblent être les plus grosses consommatrices : ni en valeur absolue, ni bien entendu en valeur relative - mais les villes moyennes suivies des petites villes. L'interprétation est difficile, elle va de la remise en cause des résultats (biais introduits par les modalités de l'enquête) aux prééminences de l'offre publique en milieu urbain (consultations externes des hôpitaux et CMS publics et para-publics).

3. La taille des ménages

Les dépenses médicales moyennes sont fonctions décroissantes de la taille du ménage. Il y a donc un rapport inverse entre niveau de la consommation moyenne et taille du ménage, que l'on retrouve fréquemment par ailleurs. La taille du ménage n'étant pas véritablement explicative en elle même, elle semble très fortement corrélée au revenu et à la CSP.

4. La catégorie socio-professionnelle du chef de ménage

Etant donné que les ménages algériens regroupent souvent plusieurs actifs, la caractérisation et le classement à partir de l'activité du seul chef de famille introduit des biais.

Néanmoins, les niveaux obtenus et le classement qui s'ensuit n'en semblent pas trop affectés, si l'on considère que comme partout ailleurs ce sont les cadres qui, en valeur absolue, mais non en termes de coefficients budgétaires, se classent en 1ère position, suivis des employés et ouvriers qualifiés, puis des patrons et professions libérales... La faiblesse du niveau de consommation des "indépendants" s'explique par la proportion d'agriculteurs et d'éleveurs, la rubrique "autres" comprend beaucoup de femmes, et d'inactifs, forts consommateurs.

L'automédication est surtout le fait des cadres, qui fréquentent le plus les spécialistes, les hôpitaux et les cures thermales ! tandis que les patrons et professions libérales se distinguent par leur plus forte fréquentation des généralistes - et que les ouvriers agricoles et les indépendants (pour les agriculteurs) enregistrent les plus faibles consommations médicales.

Notons qu'en termes de coefficient budgétaire : la catégorie supérieure ne consacre que 2,9 % de ses dépenses, contre 3,1 % pour la catégorie moyenne et 3,2 % pour la catégorie inférieure. La dispersion est faible alors. La catégorie socio-professionnelle étant celle qui combine et synthétise le mieux les caractéristiques qui influent le plus sur le comportement de consommation, c'est par rapport à cette dernière que devrait s'ordonner la réflexion et s'affiner les mesures.

II. LES DETERMINANTS DE LA CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE

L'Algérie n'est un gros consommateur de médicaments :

Son modèle de consommation semble alors "calqué" plus ou moins sur

celui du français lequel lui même est déjà un gros consommateur. C'est

celui qui consomme, en valeur, le plus au Maghreb malgré les prix les plus bas.

1. Les dépenses de médicaments selon la tranche de revenu

Les dépenses en médicaments sont nettement plus liées à la tranche de revenu (en faisant toujours l'hypothèse que les dépenses correspondent strictement aux revenus) que celles de santé. De la même façon elles sont fonction croissante du revenu, et ce de façon plus proportionnelle jusqu'à un certain niveau (5 000 DA) où elles se stabilisent. (Elles tournent alors autour de 70 à 100 DA). On observe donc un phénomène de saturation. De la même façon que précédemment, les données ont manqué pour calculer des élasticités-revenus.

2. Le secteur d'habitat

Alors qu'un net clivage sépare l'urbain du rural en matière de dépenses de santé (77,2 DA contre 55,3 DA), il n'en est pas de même en matière de médicaments (49,72 DA contre 36,82 DA) et contrairement aux attentes, c'est dans l'urbain qu'on achète le plus de médicaments sans ordonnance (4,14 DA contre 2,67 DA). L'écart entre les deux types d'habitat (12,90 DA) semble faible. Doit-on l'imputer à des biais liés aux conditions techniques de l'enquête ou au contraire se retourner sur les conditions d'offre qui prévalent alors : une offre publique gratuite beaucoup plus forte dans l'urbain que le rural. Les différences selon le type d'habitat plaident pour cette seconde "explication" puisque au niveau du grand Alger, cette consommation n'est que 37,73 DA alors qu'elle est de 40,43 DA pour les grandes villes, 58,22 DA pour les villes moyennes et 50,91 DA pour les petites villes. Or, les plus grandes villes et la capitale en particulier abritent les CSP à haut niveau économique et culturel, qui consomment le plus.

2. La consommation de médicaments selon la CSP

On retrouve grosso modo la même "hiérarchie" en matière de consommation pharmaceutique qu'en matière de Santé puisqu'elle est décroissante en passant des cadres aux ouvriers agricoles. La consommation des agriculteurs et des ouvriers agricoles, inférieure à l'ensemble du rural pose problème. Ce sont les cadres qui pratiquent le plus l'automédication.

3. La consommation des médicaments selon la taille du ménage

Elle est inversement proportionnelle à la taille du ménage. En effet, il y a décroissance régulière et très forte : pour moins de 5 personnes elle est de 78,13 DA, elle passe à 50,32 DA pour 5 à 7 personnes et à 34,11 DA quand on dépasse 7.

4. L'influence des prix

Il a été impossible, là aussi, par manque de données de calculer des coefficients d'élasticité-prix. Cependant l'influence de ce dernier nous semble importante. Une façon indirecte d'en prendre une mesure a consisté à déflater l'ensemble des coefficients budgétaires en prix

constants de 1969. Le coefficient budgétaire des dépenses de santé passe alors à 15. Nous avons là une mesure indirecte de l'effet - volume de la croissance des dépenses de médicament. En effet ces dernières ont enregistré la hausse des prix la plus faible et ce, à partir d'un niveau de prix déjà très bas : 1,5 % par an de 1969 à 1984 contre 8,42 % pour l'ensemble des prix à la consommation. En 15 ans, les prix des médicaments n'ont augmenté que de 26 % contre 336,1 % pour l'ensemble des prix à la consommation.

Les prix maintenus à un niveau extraordinairement bas, vont provoquer un phénomène d'amplification de la demande globale en volume et donc de la "note" pharmaceutique au niveau de la balance commerciale.

Finalement il ressort clairement que :

- (1) - Le niveau du revenu du ménage détermine son niveau de consommation en médicaments.
- (2) - Il existe un seuil à partir duquel la consommation pharmaceutique croît modérément.
- (3) - La consommation moyenne de médicament est en forte relation avec la taille du ménage. Cette dernière est fortement corrélée avec les caractéristiques socio-économiques du ménage.

**CONSOMMATION : STRUCTURE DES DEPENSES DE SANTE
MARCHANDES**

		%	Par personne
I. <u>Bien</u>			
- Médicament sur ordonnance	710.107.480	60.44	42.2 65.54
- Médicament sans ordonnance	59.908.390	5.10	1.5
- Autres	27.200.650	2.31	
II. <u>Services</u>	377.708.090	32.15	20.7
TOTAL	1.174.924.610.100	100	64.4

Les dépenses des ménages en médicaments (marchands = 42,2 DA/an) par habitant. Les dépenses des ménages en médicaments représentaient 60 de la consommation médicamenteuse totale - la consommation totale de médicaments a été de 70,3 DA/habitant en 1979/80. On peut dire que la consommation marchande de médicaments représentait :

$$\frac{2.06 \times 65.54}{100} = 1.35\% \text{ du budget des ménages}$$

en fait: $3.1\% \times \frac{65.54}{100} = \%$ en valeur

$15\% \times \frac{65.54}{100} \%$ Si l'on élimine l'effet prix et donc en volume

VENTILATION DE LA RUBRIQUE SANTE HYGIENE

Désignation	Part dans le budget santé	Part dans la dépense totale	%
- Médicaments	13.44	437.9	65.53
- Appareils et matériels thérapeutique	0.48	15.5	2.32
- Soins et services médicaux	6.50	214.8	32.15
- Total bien et services santé	204.2	668.2	100
- Bien et art. de toilettes	10.19	331.8	--
Ensemble	30.7% 3.1%	1000	--

DEPENSE DE MÉDICAMENTS SELON SECTEUR D'HABITAT

	Urbain	Rural	Total (en dépense moyenne par personne)
- Médicaments sur Ordonnance	45.58	34.15	38.94
- Médicaments sans Ordonnance	4.14	2.67	3.28
TOTAL	49.72	36.82	42.22

LES DEPENSES DE MEDICAMENTS SELON LE NIVEAU D'URBANISATION

	Grand Alger	Oran - Annaba Constantine	Villes moyennes	Petites villes	Villages	Compagnes	TOTAL
- Médicament sur Ordonnance	34.11	35.75	54.22	46.29	33.37	34.27	38.94
- Médicament sans Ordonnance	3.62	4.68	4.02	4.62	5.23	2.30	3.28
TOTAL	37.73	40.43	58.22	50.91	38.60	36.57	42.22

LES DEPENSES MOYENNES DE MEDICAMENTS SELON LA C. S. P.

Valeur moyenne par personne selon CSP	Cadres	Patrons et professions libérales	Employés ouvriers qualifiés	Indép.	Ouvriers spécialisés manoeuvres	Ouvriers agricoles	Autres	N.D.	TOTAL
- Médicament sur Ordonnance	48.98	48.72	44.07	36.25	36.05	24.25	43.78	39.76	38.94
- Médicament sans Ordonnance	5.04	1.87	3.57	2.95	3.90	2.26	3.22	0.55	3.28
TOTAL	54.02	50.59	47.64	39.20	39.95	26.51	47.00	40.31	42.22

LES DEPENSES DE MÉDICAMENTS SELON LA TAILLE DU MÉNAGE

	- de 5 pers.	5 à 7 pers.	+ de 7 pers.	TOTAL
- Médicaments sur Ordonnance	73.63	44.41	31.41	38.94
- Médicaments sans Ordonnance	5.30	5.91	2.70	3.28
TOTAL	78.93	50.32	34.11	42.22

LES DEPENSES PRIVEES DE SANTE SELON LA TAILLE DU MENAGE

	- de 5 pers.	de 5 à 7 pers.	+ de 7 pers.	Ensemble
- En valeur absolue	178	108	79	96
- % De la dépense totale coefficient budgétaire	3.6%	3.1%	2.9%	3.1%
- Part de la catégorie	16.1	33.2	50.7	100

LES DEPENSES PRIVEES DE SANTE SELON LE SECTEUR D'HABITAT

	Grand Alger	Oran - Annaba Constant -ine	Villes moyenn-es	Petites Villes	Villag-es	Comp-gnes	Ensemble	Urbain	Rural
- Valeur absolue	113	115	137	114	85	75	96	--	--
	(5)	(3)	(1)	(2)	(6)	(4)			
- Rang en % de la dépense totale	2.7%	3.0%	3.5%	3.3%	2.8%	3.0%	3.1%	3.2%	3.0%
- Part de la C.S.P. dans le total	10.8	7.8	27.2	8.4	6.5	39.3	100		

LES DEPENSES PRIVEES DE SANTE EN FONCTION DE LA C.S.P.

	Cadres	Employés - ouvriers qualifiés	Patrons prof. libérales	Ouvriers manœu- vres	Indép.	Ouvriers agricoles	Autres	Non déclarés	Ensem- ble
- Valeur absolue	145	115	114	92	82	59	104	122	96
- Rang	1	2	3	6	7	8	5	4	
- %0 de la dépense totale de la C.S.P.	3.2%	3.2%	2.6%	3.3%	2.8%	2.9%	3.3%	3.7%	3.1%
- Part de chaque C.S.P.	8.2	23.1	2.9	17.1	21.5	6.1	19.8	1.3	100

DÉPENSES PRIVÉES DE SANTÉ EN TERME DE COEFFICIENT BUDGÉTAIRE

Catégorie supérieure	Catégorie moyenne	Catégorie inférieure	TOTAL
2.9	3.1	3.2	3.1

Catégorie supérieure : cadres (supérieurs et moyens) patrons employeurs et professions libérales.

Catégorie moyenne : indépendant non agricole - agriculteurs éleveurs indépendants - ouvriers qualifiés non agricole - employés coopérative.

Catégorie inférieure : Ouvriers spécialisés non agricoles -ouvriers agricoles.

DEPENSES MOYENNES DE MÉDICAMENTS SELON LA TRANCHE DE REVENUS

Tranche de dépenses annuelles	Médicament sur ordonnance	Médicament sans ordonnance	Total médicam- ents	Total santé	Coeffici- ents budgétaires
800 DA	6.07	0.44	6.51	1.8	2.1
801 à 1 000 DA	16.05	1.04	17.09	36.8	4.0
1 001 à 1 200 DA	13.26	0.73	13.99	21.75	2.7
1 201 à 1 500 DA	19.33	2.08	21.41	37.2	3.2
1 501 à 2 000 DA	23.50	2.72	46.22	18	3.2
2 001 à 2 500 DA	31.78	3.01	34.79	56	3.3
2 501 à 3 000 DA	33.15	2.86	36.01	52.5	2.9
3 001 à 3 500 DA	37.74	4.35	42.09	65.2	3.1
3 501 à 4 000 DA	57.43	2.46	59.89	82.7	3.4
4 001 à 4 500 DA	57.71	4.59	62.30	23.9	3.3
4 501 à 5 000 DA	51.26	3.38	45.64	122.3	3.8
5 001 à 5 500 DA	65.97	9.87	75.84	119.4	3.2
5 501 à 6 000 DA	94.04	5.40	99.44	175.9	3.7
6 001 à 6 500 DA	67.83	4.53	72.36	115.3	3.1
6 501 à 7 000 DA	86.91	6.67	93.58	128.5	2.8
7 001 à 7 500 DA	66.45	5.88	72.33	198.9	2.6
7 501 et plus	85.97	6.11	92.08	199.3	2.3
TOTAL	38.94	3.28	42.22	64.5	3.1

Notes

[*] Professeur Agrégé I. S. E. - Alger - Directeur de

ILES ABDERRAHMANE [*]

La mortalité en Algérie : niveaux et tendances

INTRODUCTION

L'objectif de ce travail est de faire le point sur l'état de la mortalité en Algérie et ses tendances passées afin de dégager les caractéristiques essentielles d'évolution au cours des deux dernières décennies.

Phénomène peu étudié alors qu'il constitue une variable importante du régime démographique, la mortalité nous intéresse à un double titre :

1. L'étude des décès survenant dans une population, entreprise sous l'angle de certaines caractéristiques proprement démographiques (sexe, âge, état matrimonial, etc...) ou socio-économiques (CSP, revenus, secteur d'habitat, etc.) permet de disposer d'éléments d'appréciation d'un état de santé même si a contrario il ne s'agit que de personnes décédées.

2. Le niveau de mortalité dans une population est un indicateur pertinent du degré de développement économique et social atteint par cette population ; en particulier la mortalité aux jeunes âges est un excellent indice parce que facile à établir et se prêtant sans difficultés aux comparaisons tant spatiales que temporelles.

On admettra qu'en dehors des périodes exceptionnelles telles que les guerres, les famines ou catastrophes naturelles, la loi de mortalité dans une population bénéficiant de progrès techniques est caractérisée par un mouvement général de baisse. Si la mort est un phénomène inexorable, l'âge au décès en revanche, et surtout la cause du décès, varie d'une société à une autre, d'un groupe social à un autre, et d'un stade de développement à un autre.

Ainsi une rétrospective sur l'histoire démographique des pays aujourd'hui développés confirme l'hypothèse que la mortalité passe par différentes phases pour atteindre finalement un stade correspondant à un niveau incompressible conforme aux performances biologiques de l'homme.

L'EVOLUTION DE LA MORTALITE EN ALGERIE : QUELQUES REPERES METHODOLOGIQUES

La mortalité accuse en Algérie, sexes réunis et tous âges confondus, une tendance à la baisse depuis l'Indépendance. En effet, l'évolution des indicateurs classiques de mortalité montre bien cette tendance.

Mais ce recul de la mortalité, s'il peut paraître important, reste cependant insuffisant, et le niveau de la mortalité, tout particulièrement aux jeunes âges, demeure, à l'orée de la décennie quatre-vingt-dix, encore très élevé, surtout en comparaison avec celui d'autres pays ayant engagé une dynamique de développement économique et social similaire.

Par ailleurs, le mouvement de baisse que l'on relève n'a pas été uniforme ni dans le temps ni dans l'espace social, à telle enseigne que des sous-populations se particularisent, confirmant en cela des tendances universelles : par exemple l'écart croissant des espérances de vie à la naissance entre les deux sexes, au profit du sexe féminin.

Mais la question centrale que l'on pourrait se poser n'est pas tant de se demander si la mortalité a baissé et dans quelles proportions elle l'aurait fait, ni de repérer les catégories de populations qui ont connu les meilleurs résultats en la matière, que de chercher à connaître les facteurs ayant concouru à cette baisse de mortalité, ce qui permettrait une mesure, même approximative des effets d'une politique de santé.

Certes, l'analyse dans ce cas, est plus difficile à mener à cause de l'insuffisance du réseau de collecte d'informations statistiques. Dans le système statistique algérien, force est de reconnaître que la mortalité occupe une place bien congrue par rapport à la fécondité par exemple où de grandes enquêtes ont été menées à intervalles plus ou moins réguliers. En outre, si la couverture par l'état civil peut être considérée de nos jours comme correcte, les aspects qualitatifs en revanche, sont mal connus. Les causes de décès notamment ne sont guère appréhendées ce qui rend peu sûre toute tentative de stratégie en la matière.

En conséquence, la pauvreté du réseau informationnel ne nous permettant pas de mesurer la pertinence d'une mesure, d'un choix de stratégie, on se limitera dans ce travail, à une présentation de la mortalité dans ses grandes composantes.

Avant d'aller plus loin, signalons quelques points de méthodologie qu'il convient d'exposer brièvement ici.

En premier lieu - et ce point est fondamental - le système de collecte de l'information a connu lui même des améliorations quant à son fonctionnement.

Une première amélioration de type qualitatif relative à une fiabilité accrue de l'information statistique due à un plus grand encadrement des services concernés. Mais il est difficile d'évaluer les gains obtenus dans la qualité des informations relatives à la mortalité.

La seconde amélioration de type quantitatif concerne le taux de couverture de l'enregistrement des décès par les services d'état civil qui a varié tout au long de ces deux dernières décennies. A titre d'exemple, ce taux est passé de 60,6 % en 1970 à 64,3 % en 1978. Il a dû dépasser la barre des 70 % en 1977. Par ailleurs, le sous-

enregistrement touche davantage le sexe féminin que le sexe masculin, les progrès sont plus sensibles pour le sexe féminin.

De même, le sous-enregistrement varie avec l'âge ; il est plus intense aux jeunes âges et aux âges avancés que dans les âges intermédiaires. Enfin de grandes disparités spatiales sont à relever, le secteur rural et tout particulièrement la zone éparse accusant le taux de couverture le plus faible.

Au total la baisse de mortalité que peut exprimer la courbe descendante des taux bruts de mortalité est d'autant plus sensible qu'il y a eu une nette amélioration de la couverture des décès par l'état civil. Il y a un biais important mais difficile à estimer.

Enfin, autre remarque d'ordre méthodologique : les changements de la structure démographique dans le sens d'un léger rajeunissement de la population comportent également un biais qu'il importe de signaler.

Ces quelques remarques faites, examinons l'évolution de la mortalité selon les principales caractéristiques décrites dans notre introduction.

- L'évolution de la mortalité

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, le niveau de la mortalité n'a cessé de baisser en Algérie, hormis les perturbations dues à la guerre de libération. En effet, le taux brut de mortalité^[1] est passé de 32,2 % pour la période 1946-50 à 7,3 % en 1986. Il devrait, avant la fin du siècle atteindre la valeur de 4 % compte tenu de la structure par âge de la population d'une part et des progrès sanitaires qui restent à accomplir d'autre part.

Preuve de cette évolution, l'espérance de vie à la naissance^[2] a augmenté, au cours des dernières décennies de 15,9 ans, passant ainsi de 46,5 ans en 1948-51 à 62,4 ans 1983. Cette augmentation de la durée de vie moyenne a connu une accélération à partir des années 70, probablement en liaison avec l'institution de la médecine gratuite qui a suscité une libération extraordinaire de la demande sociale en prestations de tous ordres.

Par ailleurs, l'allongement de la durée de vie moyenne a résulté davantage d'une lutte contre la mortalité aux jeunes âges que du recul de la mortalité générale. L'analyse de l'évolution de la mortalité peut être menée selon des catégories pertinentes, c'est-à-dire pouvant rendre compte de différences significatives socialement. Ainsi l'étude sera menée par sexe d'abord, puis par âge et enfin par secteur d'habitat et par niveau d'instruction et profession en réservant une place particulière à la mortalité aux jeunes âges pour deux raisons :

1. La mortalité aux jeunes âges (0-4 ans révolus) est un excellent indicateur du niveau de développement économique et social atteint par un pays.

2. La proportion des enfants âgés de moins de 5 ans représentait en

1985, 17,7 % de la population totale.

- La mortalité selon le sexe

Les courbes des quotients de mortalité par sexe sont loin d'être confondues. Les tables de mortalité mettent en évidence une assez forte surmortalité féminine, de 1 à 40 ans. Au delà de 40 ans on retrouve la classique surmortalité masculine, avec un maximum vers l'âge de 55 ans.

Malgré l'existence de cette surmortalité féminine - très nette entre 15 et 25 ans et liée aux premières maternités non assistées[3] - la durée moyenne de vie du sexe féminin est supérieure à celle du sexe masculin et l'écart va en s'accroissant.

En 1970, la surmortalité masculine faisait perdre 0,8 année à la durée moyenne de vie d'un homme. En 1983 cette surmortalité est plus importante : 1,7 année d'écart entre les espérances de vie à la naissance des deux sexes (61,6 et 63,3 ans). Il n'est pas exclu que cet écart puisse s'accroître à l'avenir, à l'instar de ce qu'on a pu observer dans les pays développés[4]. Meilleurs résultats dans la lutte contre la mortalité ou, au contraire, différence fondamentale des rôles sociaux et des modes de vie de chacun des deux sexes ? En l'absence de données plus fines, il est difficile de répondre à cette question.

- La mortalité selon l'âge

La principale caractéristique de la mortalité en Algérie est d'être très élevée pendant l'enfance, et plus particulièrement durant la première année de vie. Ainsi le quotient de mortalité de 0 à 1 an ne retrouve sa valeur que vers l'âge de 65 ans. En revanche, le risque de décéder atteint son minimum entre 10 et 15 ans.

L'enquête démographique de 1969 avait donné une estimation de la mortalité aux jeunes âges, au niveau national. Selon ses résultats, un enfant sur 7 meurt avant d'atteindre son premier anniversaire, et près du quart des enfants meurent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire.

Cette très forte mortalité faisait perdre sept années de vie, en moyenne, à une femme et près de 6 à un homme. Ce n'est qu'à l'âge d'un an que l'espérance de vie est maximale.

En revanche, dans les pays développés l'espérance de vie décroît depuis la naissance, la mortalité aux jeunes âges ayant été réduite à son seuil quasi-incompressible.

- La mortalité aux jeunes âges

Traditionnellement, on distingue dans la mortalité aux jeunes âges, deux types de mortalité correspondant à deux périodes :

- La mortalité infantile.
- La mortalité juvénile.

La mortalité infantile concerne les décès d'enfants de moins d'un an.

La mortalité juvénile, celle d'enfants âgés de plus d'un an et de moins de cinq ans. De façon générale, on remarque que de 1962 aux années 70, le niveau de la mortalité aux jeunes âges est quasiment stagnant. Les probabilités de décéder avant le premier anniversaire dépassaient depuis 1962 et jusqu'à la fin des années 70 la barre des 100 %.

Il n'est cependant pas impossible que l'amélioration des déclarations de décès infantiles à l'état civil ait minimisé quelque peu les progrès enregistrés depuis l'Indépendance. Les biais introduits ainsi par l'inégale qualité des statistiques d'état civil ne peuvent être connus de façon satisfaisante.

- La structure de la mortalité aux jeunes âges

L'étude de la répartition des décès des enfants de moins de cinq ans selon l'âge au décès, indique que la part de la mortalité infantile est très importante et domine, de très loin, la part des décès juvéniles.

Pour les générations 1966-68, la structure de la mortalité infantile était la suivante : 18 % des décès avaient lieu au cours de la première semaine de vie et 34 % au cours du premier mois. En 1983, cette dernière passe à 28 %. Contrairement aux pays développés, le schéma de la mortalité aux jeunes âges se caractérise par une mortalité néonatale relativement faible et les risques de décéder ne diminuent sensiblement qu'après le 15ème mois de vie.

- Les grandes causes de la mortalité aux jeunes âges

Jusqu'à l'âge de cinq ans, ce sont les maladies infectieuses et parasitaires qui tuent plus que les autres maladies réunies : 53,4 % des décès de moins de cinq ans. Les seules entérites et autres maladies diarrhéiques représentent, en 1980, 70 % des maladies infectieuses et parasitaires ; le reste, soit 30 % est constitué essentiellement par la rougeole (24 %).

Les maladies de l'appareil respiratoire représentent la deuxième grande cause des décès aux jeunes âges : 27,3 %. Au total, ce sont donc plus de quatre enfants sur cinq qui décèdent de maladies infectieuses et parasitaires et/ ou de l'appareil respiratoire.

La troisième grande cause de décès est regroupée dans la rubrique "anomalies congénitales et causes de mortalité périnatale" sous le numéro 42-44 de la liste B de la classification internationale des maladies et concerne près d'un décès sur dix.

Enfin, les "autres maladies" (2,7 %), les "accidents" (2,35 %) et les "symptômes mal définis" (5,30 %) constituant la grande partie des autres causes.

- La mortalité par cause

L'étude de la mortalité par cause reste très partielle en Algérie du fait que le certificat médical du décès n'est que rarement établi.

Les données statistiques qui existent ne concernent que les décès hospitaliers. Or, la proportion des décès qui surviennent à l'hôpital ne représente qu'une faible partie du total des décès : 27 % en 1983, contre 69 % à domicile.

Par ailleurs, les statistiques hospitalières, outre qu'elles ne concernent qu'un type particulier de décès (les décès hospitaliers) ont l'inconvénient de ne pas se conformer à la méthodologie définie par l'organisation mondiale de la santé.

En revanche, une étude fondée sur le dépouillement de près de 1 600 certificats remplis dans presque tous les cas par le même praticien a permis de donner une idée générale sur la question.

Pour les deux sexes, ce sont les maladies infectieuses et parasitaires qui constituent, tous âges confondus, la cause première de décès : 40,8 % des décès masculins et 36,6 % des décès féminins. La seconde grande cause est constituée par les maladies de l'appareil respiratoire 24,7 % chez les hommes et 24,8 % chez les femmes. La troisième grande cause, ce sont les maladies de l'appareil circulatoire : 10,6 % et 11,1 % respectivement. Enfin les "accidents" sont près de deux fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes : 3,1 % contre 1,6 %. Concernant le sexe féminin, les décès par "complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches" concernaient 4 % des décès féminins totaux à la fin des années 70 mais rapportée aux seules femmes en âge de procréer. Cette rubrique représentait plus d'un décès sur trois et constituait alors la première cause des décès féminins. C'est dire que les risques maternels restent relativement élevés. Le recul de cette cause de décès passe par l'extension de l'assistance à l'accouchement à toute la population concernée en particulier celle des régions les moins favorisées du pays. Notons simplement qu'un grand effort reste à accomplir : en 1983, seulement 55 % des accouchements se sont produits en milieu hospitalier contre 100 % dans les pays développés.

CONCLUSION

Quelles que soient les réserves d'ordre méthodologique que l'on pourrait émettre concernant l'étude de la mortalité en Algérie et son évolution récente, trois résultats sont à mettre en évidence.

1. La baisse du niveau de la mortalité entamée dans les années cinquante s'est poursuivie, certes à des rythmes différents selon les époques. On pourra cependant relever une accélération de cette baisse à partir des années quatre-vingt, date à laquelle la mortalité aux jeunes âges amorce une rapide chute, passant de plus de 110 % en 1979 à environ 70 % en 1988. Cette baisse résulterait davantage des retombées du développement économique que d'une politique active en matière de santé publique.

2. Le niveau de la mortalité infantile reste anormalement élevé en dysharmonie avec les indicateurs classiques de l'économie, suggérant

la prise en compte d'autres indices en particulier culturels voire même

culturels. Les différences observées entre les sexes le prouvent aisément.

3. Les mutations de la loi de mortalité se sont accompagnées ces toutes dernières années de changements fondamentaux de la fécondité révélant ainsi l'étape que franchit le pays dans sa transition démographique.

Les grandes réformes économiques et sociales récemment mises en oeuvre auront-elles une incidence sur l'évolution de la mortalité ? En particulier la remise en cause de la gratuité de la médecine pourra-t-elle maintenir le niveau d'accessibilité des soins à l'ensemble de la population et faire reculer encore la mortalité ?

Notes

[*] Chercheur au CREAD

[1] Le taux brut de mortalité est le rapport, une année donnée, des décès enregistrés par l'état-civil, sur la population totale calculée en milieu d'année.

[2] L'espérance de vie à la naissance peut-être assimilée ici à la vie moyenne, à l'âge moyen au décès.

[3] En 1989 encore, une proportion importante d'accouchements reste non assistée médicalement.

[4] C'est en France que l'écart est maximal et avoisine 9 années en 1988.