

FATIMA-ZOHRA OUFRIHA

La difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats ?

INTRODUCTION

L'Algérie a expérimenté pendant longtemps un socialisme fortement centralisateur. Le primat de la prépondérance du secteur public censé être plus efficace et plus juste que le secteur privé y a été alors constamment affirmé : d'où le privilège accordé à tout ce qui est collectif par rapport à ce qui est individuel. Cette conception d'ensemble de la politique économique et des procédures de financement est alors affirmée de façon plus nette et plus tranchée dans le secteur éminemment social de la santé. D'où l'édification progressive d'un système public de distribution des soins et la mise en place de procédures de prise en charge collective de la charge financière relevant de la maladie.

La politique de développement est initialement centrée sur l'industrialisation conçue comme moteur de la croissance, source de création de richesses pouvant financer des progrès sociaux importants et en particulier la diffusion du bien-être social à travers la généralisation de l'accès aux soins.

Le système de santé bénéficie de la sollicitude du pouvoir politique qui en fait un des lieux du renforcement du consensus national bâti autour d'une forte croissance économique inductrice d'une importante création d'emplois. Cette vigoureuse impulsion sera facilitée par la mobilisation de ressources financières externes accrues grâce à une modification importante des termes de l'échange à travers celle du prix des hydrocarbures.

Toutefois l'approche planifiée aura du mal à s'imposer au sein de la santé, où elle se traduira essentiellement par une planification des moyens, subsidiairement des activités. Cependant, la rupture principale dans le secteur est introduite par la mesure de gratuité instaurée en 1974 qui clôt une période de tâtonnements et d'oppositions ouverts ou larvés du corps médical. L'affrontement entre deux conceptions de la médecine et de la protection de la santé qui se déroule en Algérie depuis 1962 n'est pas pour autant résolu.

Il prendra différentes tournures et se concrétisera en des articulations différenciées selon les périodes entre secteur public et secteur privé et se focalisera essentiellement sur le statut des médecins auquel on semble parfois réduire la politique de santé.

La mesure de gratuité ayant été appliquée de façon indiscriminée quand aux types de dépenses à socialiser va provoquer un accroissement spectaculaire des dépenses à la charge de la collectivité. Dépenses qui paraîtront d'autant plus injustifiées à certains que les charges pesant ainsi sur les financeurs s'accompagnent de dysfonctions diverses des unités de soins où les phénomènes de "pénuries" ne sont le plus souvent que le pendant de gaspillages et de coulages divers.

Le système de santé ainsi édifié après avoir bénéficié néanmoins de beaucoup d'adhésion semble actuellement faire l'unanimité contre lui tant des usagers que de larges fractions des professionnels de soins. Critiques plus fondées toutefois sur des appréciations liées à l'accueil, à la prise en charge du malade, aux dysfonctions des unités de soins qu'à leurs résultats objectifs.

Résultats au demeurant beaucoup plus difficiles à appréhender en termes de niveau de santé en l'absence d'indicateurs irréfutables. En effet si des progrès importants ont été enregistrés en la matière on ne peut les imputer entièrement à l'institution sanitaire.

Il découle aussi de l'ensemble des progrès enregistrés au niveau des déterminants économiques et sociaux de la santé. Si donc la contestation de la "productivité" des dépenses de soins doit être mise en cause, elle ne saurait l'être à partir de ce critère.

La crise qui se déclenche en 1986, va affecter profondément les conditions internes et externes de fonctionnement de l'économie algérienne. Elle se répercute sur les conditions de financement et de reproduction du système et accentue ses difficultés intrinsèques.

Mais c'est surtout le tournant amorcé depuis 1988 vers une économie décentralisée où le marché procéderait à l'allocation des ressources qui va affecter le secteur compte tenu des spécificités de son fonctionnement et de son financement d'une part, de sa faible connexion à l'économie et à l'industrie nationale d'autre part. Le mouvement "d'autonomisation" initié alors pour les entreprises publiques n'épargne pas alors le secteur.

Analyser le système de santé à la lumière de la crise revient donc à repérer les bouleversements et les mutations en cours. Ces derniers ne peuvent toutefois se comprendre que si l'on précise au préalable son mouvement de structuration. Ce dernier se fait par étapes successives où les questions dominantes ne sont pas les mêmes. Non pas d'une façon linéaire mais à travers ruptures et continuité, interactions des structures économiques et sociales qui le portent.

Nous essaierons donc de présenter tout d'abord l'évolution de l'organisation de la protection collective de la santé dans le cadre d'un système de soins qui malgré les apparences sera le résultat d'une hybridation théorique et pratique avec dominance de l'une ou de l'autre des conceptions sous-jacentes selon les périodes.

Nous tenterons par la suite de dégager l'évolution des procédures de gestion et de régulation centrale tant des moyens humains, matériels que financiers. La crise de l'Etat Socialo-providence que nous y identifions, si elle s'analyse en une crise du financement socialisé omet de poser clairement les termes au débat dans la mesure où la logique "keynésienne" de redistribution du revenu national, en fait de la rente pétrolière, et donc d'accentuation de la demande qui le porte s'oppose à une logique "smithienne" de prise en compte des charges et des coûts qu'il fait supporter aux entreprises. Cette interprétation que nous proposons nous semble d'autant plus pertinente que l'économie algérienne est une économie contrainte par l'offre et non point par la demande. L'extension de cette dernière s'était traduite à ce niveau aussi par un fort degré d'extraversion. Nous examinerons enfin quelques uns des "résultats" produits par le fonctionnement du système et qui constituent quelques uns des éléments du bilan de la politique de santé menée au cours de ces trois décennies de développement. Bilan qui fera ressortir les améliorations de l'état de santé de la population bien entendu mais qui précisera les "coûts" induits de ce fait : en termes de dépenses de santé d'une part, en termes de dépendance sanitaire d'autre part.

1. EVOLUTION DE L'ORGANISATION DE LA PROTECTION COLLECTIVE DE LA SANTE

Le système de santé en Algérie s'est construit au lendemain de l'Indépendance sur la base d'un "existant" qui au delà d'une infrastructure renvoie à une conception de la distribution des soins, du statut des médecins et du financement des dépenses. C'est la conception libérale de l'exercice de la médecine et du financement et des ses activités. Cependant, de la Guerre de Libération Nationale à l'Indépendance et au cours de la période de construction du socialisme, d'autres principes sont affirmés. Ils renvoient à une conception de la distribution des soins, du statut des médecins et du financement des dépenses radicalement différente. A l'opposé de la première et où l'Etat serait l'organisateur direct de ces activités.

1.1. Principes doctrinaux et legs colonial : 1962-1974

La mise en place d'un système de santé ouvert à tous, de façon gratuite, même si elle a été présentée en son temps comme une des concrétisations du socialisme en construction, est en fait le résultat d'une hybridation théorique et pratique.

A l'Indépendance, l'Algérie se trouve confrontée en la matière comme en beaucoup d'autres à des choix et des arbitrages douloureux. Certains ne sont pas clairement explicités, d'autres sont entachés d'ambiguïtés même si les choix doctrinaux en la matière paraissent clairs et sont fortement affirmés par le pouvoir politique. Ceux-ci, qui sont autant de choix de société et d'organisation économique, sont exprimés dans la Charte de Tripoli (1962) puis celle d'Alger (1964). C'est la "médecine gratuite pour tous dans les plus brefs délais" qui est prônée ce qui signifie : nationalisation de la médecine libérale. Tentée sans succès en

1963, elle est poursuivie sous des formes atténuées et différentes par la suite.

En particulier le programme de Tripoli semble consacrer au sein du mouvement national la tendance étatiste pour qui "la médecine et les installations sanitaires doivent être rapidement nationalisées de façon à assurer la médecine gratuite pour tous, aspiration sociale des masses, dans les plus brefs délais". "Cette nationalisation sera mise en oeuvre d'après les principes suivants : développement d'un service national de santé qui prend en charge tous les hôpitaux et les installations sanitaires et qui fonctionnera avec des médecins à plein temps... L'installation de ce service national de santé doit prévoir l'absorption du secteur libéral classique".

Les contours de ce service national de santé à construire ne sont pas cependant précisés.

Il est symptomatique toutefois de noter que tous les textes doctrinaux font une impasse totale sur la question des Assurances Sociales qui ont été étendues à l'Algérie en 1949. Cette ambiguïté fondamentale va perdurer avec la gratuité.

Ne devaient-elles pas disparaître avec la médecine privée pour qui elles organisaient un marché des soins ? Devaient-elles être remaniées et constituer le pivot du Service National de Santé ? La primauté de l'Etat appelait plutôt un financement par l'impôt. Quels rapports de ces dernières à l'Etat précisément et donc quel statut ?

Face à ce silence ambigu, il est important de noter que l'UGTA et les syndicalistes semblent au contraire attachées à l'Institution. Ils défendent son statut parapublic face à la politique d'étatisation de cette dernière. Les modifications récentes introduites dans le statut juridique de cette dernière traduisent leur remontée dans le cadre de l'autonomisation des entreprises publiques introduites avec les Réformes de 1988.

Les choix et principes doctrinaux proclamés, malgré des ambiguïtés et des limites, s'opposaient donc à une reconduction ou une réactivation de l'Institution sanitaire à l'identique alors que beaucoup d'éléments en place poussent en sens contraire.

La promotion de la prévention dans le cadre d'un développement intégré et d'une conception globale de la santé et de la politique sociale y est aussi affirmée comme principe directeur de l'action. Cette conception semble découler autant des pratiques novatrices forgées au cours de la lutte armée pour l'indépendance que des théorisations impulsées par des groupes radicaux au sein du pouvoir - revendication fondamentale aussi de la population autant que nécessité politique.

C'est donc apparemment une remise en cause radicale de la conception et des règles de fonctionnement de l'Institution sanitaire en place...ou de ce qu'il en subsiste. Mais il y a un "legs" colonial dont on ne peut faire abstraction et qu'il s'agit donc de transformer en profondeur.

Ce dernier c'est d'abord une infrastructure hospitalière et sanitaire relativement importante bien que déséquilibrée dans son implantation géographique parce que conçue pour et en fonction de la minorité européenne et des franges urbaines qui gravitent autour. Bien que vidée de ses personnels elle n'en imposera pas moins l'image de l'hôpital comme centre du système d'autant que la réforme française de l'hôpital de 1958 lui a été étendue.

Cette conception de la santé et de la médecine est celle aussi diffusée par la faculté de médecine d'Alger. Elle est en particulier, celle des élites médicales restreintes qui y ont été formées. Elles investiront rapidement le Ministère de la Santé et seront la base de beaucoup d'orientations de la politique sanitaire. Leur poids politique, doublé de leur prestige "technique", sera considérable et plus ou moins contrebalancé par le courant en sens inverse. Leur position sera confortée avec la multiplication de leurs effectifs induite par la réforme des études médicales initiée en 1970.

Par ailleurs au sein de la société il y a eu transformation du système de normes et des valeurs de la population, de ses attitudes et pratiques concernant la maladie, la santé, la douleur et la mort. Si au début de la colonisation, l'école et l'hôpital étaient refusés pour préserver l'identité collective et culturelle il n'en sera plus de même après 1962. La population est prête à accepter la médecine moderne et de façon plus large la "modernité" d'autant que les séquelles de la guerre sont bien lourdes et la déstructuration sociale, la destruction de la société traditionnelle et de ses savoir-faire bien avancées.

Les couches sociales au pouvoir vont d'ailleurs initier dans tous les domaines un processus accéléré et violent de "modernisation" qui ne sera en fait qu'une tentative d'occidentalisation superficielle. Tout est alors rejeté en bloc comme signe d'obscurantisme, d'arriération. Ici, comme dans tous les autres domaines, n'est valable, n'est valide que ce qui vient de l'Occident ou ce qui en est imitation servile.

On peut alors déceler deux courants principaux qui vont s'affronter avec des fortunes inégales selon les périodes sur un certain nombre de questions - clés pour l'avenir de la médecine et de la santé en Algérie.

* L'un tentant de reconstituer le système en le dotant de moyens humains et financiers pour en permettre l'extension.

* L'autre essayant de re-construire le système à partir de principes et de mécanismes de fonctionnement différents

Aucun d'entre eux n'essayant de préserver les médecines douces traditionnelles.

Dans la réalité, les choses sont plus complexes et plus enchevêtrées et ce, d'autant que des logiques institutionnelles segmentées prévalent sur des visions d'ensemble en termes de système.

Cela se traduira alors au niveau des règles de fonctionnement ainsi que

celles de financement. Elles combinent de façon particulière la volonté

d'étatisation des uns comme reflet ou symbole de la socialisation et la volonté de "libéralisation" des autres comme conjonction de plusieurs courants. Les uns et les autres arguant de vertus supposées ou réelles, de l'une ou de l'autre conception.

1.2. Les étapes de la construction du système de santé : système national de santé ou système de l'assurance maladie obligatoire ?

Les oppositions doctrinales telles que schématisées plus haut semblent en fait se réduire à l'alternative : système national de santé - ou système de l'assurance - maladie obligatoire ? Dans le champ discursif du populisme algérien l'alternative est posée en termes de "secteur public" - "secteur privé" des soins qui semble constituer un des couples structurants de toute la pensée économique algérienne.

La socialisation est posée comme étatisation. Etatisation qui doit éliminer toute forme de privatisation pour tenir les promesses du projet national de développement. Elle va s'exprimer différemment en fonction des périodes que l'on peut repérer à cet égard.

1.2.1. La période de 1962 à 1974 : les hésitations :

C'est en fait une période de reconduction de beaucoup de pratiques antérieures en matière de politique de santé, malgré des amorces d'extension et de généralisation des noyaux de socialisation et/ou d'étatisation existants. Les affrontements les plus décisifs en la matière semblent concerner essentiellement le statut des médecins.

La médecine privée de type libéral existe. Son développement est toutefois conditionné largement par les Assurances Sociales. Ces dernières existent aussi et sont reconduites. Leur extension reposa sur le volume de l'emploi salarié et donc sur les effets de la politique économique en termes d'emplois. La politique de développement initiée en 1966 dans la mesure où elle va induire une forte salarisation va provoquer leur extension considérable. Or ces dernières sont basées sur l'aspect contributif pour en bénéficier et financent de façon indirecte la médecine privée ambulatoire de ville. Elles contribuent aussi au financement de l'hôpital. Ce sera ce dernier, auquel on rattachera toutes les structures de lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires et les structures de prévention existantes, qui constituera le noyau dur du secteur public. Toutefois ce dernier se pose et se veut prépondérant et amorce toute une série d'actions de santé publique de grande envergure, pour lutter contre les maladies considérées alors comme "fléaux sociaux". C'est aussi le début de la généralisation des vaccinations et de la mise en place des programmes nationaux de santé.

Alors que la médecine de ville est alors l'apanage de ceux qui ont un emploi et/ou de ceux qui bénéficient de revenus importants.

Ce n'est pas le cas alors de la grande majorité de la population. Pour cette dernière, l'Assistance Médicale Gratuite (A.M.G.) existe et s'adresse expressément à ceux dont la qualité d'indigents doit être

dûment établie par les communes de résidence, moyennant inscription sur une liste établie à cet effet. Dans la réalité cette dernière a été ouverte à tous, du fait de l'utilisation sociale très laxiste qui en sera faite alors.

Elle ne sera supprimée qu'en 1974. Cette question de "l'indigence" sera par la suite soulevée à plusieurs reprises - dans un contexte totalement différent - pour délimiter le concours de l'Etat au financement du secteur public et donc tenter de faire payer une fraction de la population. Sans résultat.

L'infrastructure sanitaire existante est jugée suffisante et ne donnera pas lieu à investissements publics... On assiste alors à une extension rapide au niveau des entreprises publique, industrielles et commerciales, de toute une série d'activités dites sociales mais où les activités de santé sont importantes. D'où le développement des Centres Médicaux Sociaux des entreprises et de la Sécurité Sociale. C'est-à-dire d'un segment parapublic des soins qui va fonctionner très bien grâce aux ressources abondantes dont disposent les organismes initiateurs. Au seul profit des catégories nées de l'industrialisation-salarisation étatique.

Cela traduit une démarche générale des Entreprises publiques qui a prévalu durant toute la période de lancement de l'industrialisation. Démarche qui consiste à "internaliser" toute une série de dépenses à travers des activités annexes à leur propre fonction et que le fonctionnement des autres secteurs ne leur assurait pas de façon satisfaisante au vu de leurs "besoins" propres : ceux des couches qui les animent.

Cet éclatement du système de santé a été analysé soit comme simple résultat de la pénurie de l'offre publique de soins (A. BENACHENOU-1982) soit comme "classement social dans l'accès aux soins" (A. THEBAUD-1977), comme "volonté d'accaparement et de consommation d'une partie de la Rente par les catégories favorisées par la politique d'industrialisation" (OUFRIHA-1981), comme "reflet des contradictions et conflits sociaux inhérents aux transformations socio-économiques vécues par la formation sociale algérienne et aux différentes stratégies sociales qui s'affrontent" (M. KADDAR-1986). Ce mouvement déborde largement cette période et s'étend jusqu'au tournant des années 80, où cette "ex-croissance" sera absorbée par le secteur public. En tout hypothèse, on peut dire qu'il traduit le mode d'expression des besoins de santé des groupes directement connectés à l'industrialisation, des groupes salariés à pathologies beaucoup plus différenciées et complexes que les groupes pauvres, urbains ou ruraux.

1.2.2. La période 1974 à 1987 : Gratuité et Service National de Santé :

L'instauration de la gratuité des soins au sein du secteur public en 1974, marque une rupture par rapport à la logique qui prévaut. En même temps, elle clôt une période de tâtonnements et d'affrontements.

Elle coïncide avec la mise en place du second Plan Quadriennal, le plus ambitieux en matière de projets d'investissements industriels et de construction d'une économie nationale autonome et s'insère dans la politique de socialisation intensive. C'est le sommet de la période industrialiste et développementiste. C'est aussi la période d'un pouvoir fort et ambitieux ayant de grands desseins. C'est enfin un tournant radical pour l'économie algérienne qui connaît à l'instar des économies exportatrices de pétrole une amélioration spectaculaire de ses termes de l'échange qui lui procure de substantielles ressources financières intérieures mais surtout extérieures. Ce sont très certainement ces conditions financières permissives qui ont précipité cette décision. Bien sûr, elle participe de la redistribution de la "rente" pétrolière ; mais elle débloque un système que l'accumulation de créances impayées des hôpitaux et de contentieux avec le Trésor et la Sécurité Sociale semblait avoir grippé.

En effet, de facto "la gratuité" était beaucoup plus large que celle postulée en droit par l'A.M.G. puisqu'elle touchait de plus larges couches. Mais sa proclamation solennelle va constituer le premier jalon de la mise en place du Service National de Santé par l'Etat. Dont on ne précise toujours pas le contenu exact et qui semble se réduire à la salarisation accrue du corps médical à travers une gestion étatique des professionnels de soins.

Cependant cette mesure s'accompagne du déverrouillage, financier du secteur public à partir des modalités de son financement. Beaucoup plus que le Trésor Public ce seront les Assurances Sociales qui seront astreintes à son financement. Leur articulation avec le secteur public de soins est radicalement modifiée suite à leur étatisation.

La Charte et la Constitution de 1976 reviennent de façon plus forte sur l'objectif de construction d'un système de santé général et gratuit. Or, on constate la persistance et l'extension du secteur parapublic. L'étatisation des structures sanitaires existantes et même la mesure de gratuité ne semblent pas "suffisantes" comme mesures de socialisation de la santé. En tout état de cause le projet d'un système nouveau reste à construire tant dans son mode d'organisation et de distribution des soins que dans sa base matérielle et donc de financement de cette dernière. La volonté de construction d'un régime Universel devant couvrir la gamme complète des actions de prévention et de soins y est néanmoins toujours postulée.

Si la gratuité marque le premier palier, certes décisif, le second palier structurant, celui qui pose tant les principes d'organisation tels qu'ils existent actuellement que la base matérielle du système s'amorce en 1980.

C'est la quatrième session du Comité Central du FLN qui en 1980 étudie exclusivement le dossier "Santé" et adopte une résolution en 159 points où le "Service National de Santé" semble définitivement consacré - Les caractéristiques et les principes d'organisation sont spécifiés.

En même temps l'ensemble de l'important secteur parapublic initié durant la période précédente est rattaché au secteur public -qui devient

alors absolument prépondérant du point de vue de sa base matérielle et des effectifs de médecins qu'il recueille. Cette base matérielle va être considérablement élargie avec le lancement d'ambitieux programmes d'investissement en la matière au cours du premier et du second Plan Quinquennal (1980-88). C'est le tournant des années 80. Il amorce un virage complet dans les choix sectoriels d'investissement de l'Algérie. Une dimension accrue est accordée aux investissements dits sociaux et à la santé en particulier en rupture complète avec la période précédente en matière d'allocation sectorielle des investissements.

Quels sont les principes d'organisation de base du Système National de Santé ?

- 1) L'application d'un triple principe : de sectorisation, de régionalisation et de hiérarchisation des soins.
- 2) Une approche intersectorielle impliquant la redéfinition du rôle et des fonctions du Ministère de la Santé et des Ministères intervenant plus ou moins directement dans le secteur de la santé.
- 3) Le principe d'intégration de toutes les structures de santé quelles que soit leur nature juridique et leur insertion dans l'application de programmes nationaux et régionaux de santé.
- 4) Toute extension du réseau de santé doit obéir à un schéma directeur planifié : la carte sanitaire nationale en sera l'instrument. Elle constituera l'outil de régulation centrale des implantations sanitaires.
- 5) L'intégration à tous les niveaux de la distribution des soins des activités préventives et curatives.

Les trois principes deviennent alors structurants du point de vue de la logique de fonctionnement et de la distribution des soins au sein du secteur public. Ils sont renforcés par la double intégration des structures et des activités qui non couplées avec un système d'information financière et comptable, organise en fait l'opacité en matière d'affectation des ressources. Ce sont :

- La sectorisation : Il s'agit d'un découpage géographique de l'appareil de soins en "secteurs sanitaires", de la consistance d'une Daira et devant répondre aux demandes de soins d'une population de 100.000 habitants environ. Un Décret de 1981 va en préciser l'organisation administrative et budgétaire. Les dépenses des secteurs sanitaires vont être "budgétisées" et votées en même temps que la Loi des Finances du Budget de l'Etat. Présentées en termes de chapitres étanches et cloisonnés.

Le secteur sanitaire intègre dès lors l'ensemble des structures de prévention, de soins, de diagnostic et d'hospitalisation. Il sera centré en fait sur l'hôpital qui en constitue le siège et le pôle. Les polycliniques et centres de santé rattachés constituent alors des unités satellites qui seront hiérarchisées et typifiées à l'aide de normes de construction et d'implantation. Il constitue donc le pivot et le coeur du secteur public dans la mesure où il est le centre de toutes les décisions. Il bénéficie

d'une déconcentration par rapport à l'Administration Centrale quant à l'exécution de son budget qui doit néanmoins se faire selon des procédures administratives précises.

Ce type de découpage vertical permet l'unicité de gestion administrative et financière de même que celle d'exécution des programmes - qui constitue un volant important de la politique de santé - par l'ensemble des structures de soins. Cependant la non délimitation de ce qui doit revenir aux activités préventives par rapport aux activités curatives, aux activités ambulatoires par rapport aux activités hospitalières se traduira dans le fonctionnement par une affectation prépondérante des crédits aux activités de soins et particulièrement aux activités hospitalières qui recueillent en moyenne 75 % des crédits (L. LAMRI - 1989). De 1980 à 1988, les secteurs sanitaires détiendront le monopole de l'offre publique de soins.

- La hiérarchisation des soins : Le point de départ, c'est l'idée que l'amélioration du fonctionnement des hôpitaux dont on a dit qu'ils avaient été "dispensarisés" suite à leur large ouverture au public, au lendemain de la gratuité des soins, ne pouvait être réalisée que si les structures légères pouvaient assurer toutes les fonctions sanitaires de base. La hiérarchisation consistera alors à différencier les actions et les unités de soins selon des niveaux déterminés en fonction de leur degré de complexité et de technicité et donc des besoins auxquels elles répondent. Quatre niveaux de spécialisation des soins sont retenus : soins de premier recours, soins généraux, soins spécialisés et soins hautement spécialisés. Avec la hiérarchisation des soins, l'accès aux soins spécialisés, concentrés au sein du secteur public devient sélectif parce qu'il doit se faire de façon impérative par le biais du généraliste qui en devient ainsi le point d'entrée obligatoire. Ceci afin d'alléger la pression sur les spécialistes. L'appréciation de l'efficacité réelle de la mesure n'est pas simple. Du point de vue de l'économie du système si le malade ne peut plus choisir son médecin, il conserve la faculté d'en consulter plusieurs au sein du secteur public..... et bien sûr le médecin privé de son choix !

- La régionalisation sanitaire : La carte sanitaire nationale tout en procédant à la hiérarchisation physique des niveaux de soins, projette corollairement cette structure pyramidale sur le plan spatial et découpe le territoire national en treize régions sanitaires englobant chacune un certain nombre de wilayate.

Le primat du secteur public sévèrement critiqué "par le Bilan de la décennie" pour l'industrialisation, se déplace sur les investissements sanitaires. C'est l'extension et la généralisation des secteurs sanitaires.

1.2.3. L'extension des Assurances Sociales : Quelle connexion avec les deux sous-systèmes de soins ?

Une analyse fréquemment répandue en Algérie, ne voit dans les Assurances Sociales qu'un des instruments de l'exercice à titre privé (N. Taleb-Benmansour 1986- Kaddar 1992), Il est vrai qu'elle en conforte l'exercice en organisant la solvabilité du marché des soins mais elle ne

la fonde pas. De plus le rôle et le statut des Assurances Sociales et de toute la Sécurité Sociale a été fortement "travaillé" par l'Etat National qui en a fortement infléchi la démarche et le fonctionnement à travers son étatisation et sa subordination à sa propre politique. Son articulation en particulier avec le secteur public en a été fortement modifiée.

A contrario de ce qu'affirment beaucoup d'auteurs les lois de 1983, portant unification des différents régimes de Sécurité Sociale, ne nous semblent pas traduire une remontée significative de l'exercice à titre privé. Cela est patent si l'on examine la place qu'occupent alors les "remboursements" qui financent la médecine privée par rapport à celle qu'occupe le "forfait hôpitaux" qui finance la médecine publique. Ce sont les taux de croissance de ce dernier depuis sa mise en place en 1974 et donc le volume de ressources "réclamé" et obtenu pour lui qui font pression sur le système de financement (OUFRIHA 1992).

Au contraire ces lois organisent une péréquation plus large des charges, une redistribution du Revenu National plus étendue et donc une solidarité plus large - dans la mesure où elles sont homogénéisantes et unificatrices des conditions de cotisations et de prestations. Tout au moins au niveau des salariés. Car au niveau des catégories hautes non salariées, nous mettons au contraire en lumière un processus de redistribution à rebours (OUFRIHA - 1984) en leur faveur dans la mesure où leur contribution n'est pas proportionnelle à leur revenu, contrairement aux salariés. Elle est au contraire assise sur un revenu fiscal fictif fortement minoré. De plus les Assurances Sociales n'arrivent pas encore à toucher l'ensemble de la catégorie des non salariés. Cependant cette accentuation de leur effet redistributif résulte surtout du dé plafonnement de l'assiette des cotisations des salariés et, de l'extension des ayants droits, conçus alors de façon beaucoup plus large et libérale qu'auparavant.

Il n'en demeure pas moins que leur extension va jouer aussi dans le sens de la permissivité de l'accroissement de l'exercice à titre privé lorsque d'autres conditions - et en particulier l'abandon des procédures de contrôle central des flux d'installation des médecins- seront remplies.

2. LE MODE DE FONCTIONNEMENT ET DE REGULATION DU SYSTEME : DE L'APPROCHE PLANIFIEE ET CENTRALE A L'AUTONOMISATION

2.1. Les procédures de régulation centrale des moyens et des activités :

Si l'approche sociale et centrale imprègne et impulse toute la démarche des décideurs publics dès le lendemain de l'Indépendance, celle planificatrice mettra du temps à être formalisée et à s'imposer comme mode de gestion du secteur de la santé.

Cette approche centralisée de la gestion du système s'identifie tout d'abord à la mise en place de toute une série d'instruments d'affectation et de régulation des flux de médecins. Elle est en général étudiée comme problème du statut de l'exercice de la médecine, comme statut

des médecins : c'est elle qui s'imposera le plus rapidement. Mais c'est aussi elle qui polarisera, débats, critiques, oppositions violentes ou larvées des professionnels de soins voire même de larges franges de la population et de l'opinion publique.

Cette conception d'ensemble s'identifiera aussi très tôt au souci de faire prévaloir la prise en charge collective des maladies considérées comme fléaux sociaux et dont le contenu va évoluer en fonction des périodes, compte tenu des pathologies, identifiées comme telles par les résultats des recherches épidémiologiques. Ce sont ces dernières qui vont être à la base des programmes d'actions, que les services publics constamment renforcés, vont être amenés à prendre en charge entièrement et gratuitement : La démarche qui accompagne, sous-tend et englobe le tout est une démarche planificatrice dans la mesure où des objectifs précis sont posés en termes d'incidence et de prévalence pour les grandes endémies et à qui des moyens sont affectés. On va progressivement tendre à articuler l'ensemble des interventions publiques et à qui des moyens sont affectés. On va progressivement tendre à articuler l'ensemble des interventions publiques et à les structurer en :

- une gestion centrale des flux de médecins ;
- une planification des activités ou programmation sanitaire ;
- une planification des moyens ou de l'investissement à travers la carte sanitaire.

2.1.1. Régulation centrale des flux de médecins et statut des professions médicales :

Le problème de l'exercice de la profession médicale a été dès 1963 au coeur des débats sur la question de la santé en Algérie. Il a constitué le lieu de révélation par excellence de tous les clivages en la matière. Il n'a cessé d'y apparaître comme la question de la santé à telle enseigne que l'on peut dire que la politique menée à l'égard des médecins est révélatrice de toute la politique de santé. La dichotomie secteur public - secteur privé qui renvoie à deux conceptions diamétralement opposées de l'exercice de la médecine et de la distribution des soins, affleure constamment et sous des formes renouvelées.

On peut déceler une première phase où le secteur privé est conçu comme antagonique au secteur public (1962-1980) et une seconde phase où il est conçu comme complémentaire. Une ligne de clivage plus significative dans la démarche, nous fera retenir une première phase où prédomine une gestion centrale des flux de médecins : bien sûr des flux publics mais aussi des flux privés, et qui court de 1963 à 1987. Une seconde phase débute alors avec l'abandon de toutes les procédures de régulation centrale. L'imbrication et le chevauchement des statuts public-privé à travers le Service civil, nous autorisera à examiner l'ensemble de la question.

2.1.1.1. Le secteur public : Corps constitués et Service Civil

L'instauration de la gratuité en 1974 ne concerne explicitement que le secteur public. Elle ne touche pas le secteur privé. A partir de 1976 les médecins doivent théoriquement choisir entre le "régime du plein temps" et le "régime de la mi-temps". En 1977 d'importants mouvements de grève des praticiens exerçant dans les structures publiques reposent cette question à partir des conditions de travail et de rémunération jugées peu attractives. En fait elles traduisent le poids grandissant de ce corps rapidement et fortement gonflé suite au desserrement de la forte sélection qui régnait dans les Etudes médicales (la Réforme des études de 1970). Un choix "définitif" est offert aux hospitalo-universitaires entre une carrière rendue plus attractive dans le secteur public et l'exercice à titre privé. C'est peut-être l'une des mesures qui aura le plus d'influence dans la constitution d'un corps hospitalo-universitaire sur lequel vont alors faire pression tous les spécialistes affectés d'office aux hôpitaux. Cela explique celle exercée pendant longtemps sur les consultations externes organisées au niveau de ces derniers.

Si l'ensemble des agents qui impulsent le système national de santé sont salariés, ils n'en obéissent pas moins à des règles différentes quant aux modalités de leur recrutement, de gestion (ou pas) de leur carrière et surtout aux statuts dont ils bénéficient. Concernant les médecins on peut repérer deux catégories distinctes. La première est celle des hospitalo-universitaires : corps constitué par excellence, qui dans un mouvement d'attractivité très fort fait gonfler rapidement ses effectifs.

Cette catégorie est la mieux et la plus rapidement constituée parce que non seulement prestigieuse avec tous ses échelons hiérarchiques issus de la logique universitaire d'accès aux différents grades, mais aussi parce que ses représentants sauront lui faire octroyer un rôle, une place et des rémunérations attractives. Donc un statut privilégié.

La seconde catégorie est celle des médecins de santé publique. Contrairement à la précédente et pendant longtemps elle ne constituera ni un corps stable ni un corps homogène, encore moins un corps totalement acquis à l'exercice public - parce que constituée dans des proportions variables d'étrangers, de médecins du service civil avant installation et de véritables médecins de santé publique. Dans la mesure où les centres médicaux sociaux publics lieu principal d'exercice de la médecine publique (en sus de l'hôpital) ont semblé dans beaucoup de cas, être une reconduction - extension des dispensaires de l'A.M.G., ils n'ont pas suscité un grand engouement de la part des médecins. Ceux du secteur parapublic au contraire ont mieux réussi à capter les médecins nécessaires à leur fonctionnement..... Mais c'est la question du Service civil, qui sera au coeur des problèmes du secteur public. Il le fait fonctionner mais il est transitoire... d'où un turn over important. Il en constituera pendant longtemps l'armature sans que les assujettis soient persuadés de sa pertinence.

2.1.1.2. Le secteur privé : De la contrainte à la liberté totale

Le mode d'exercice des professions médicales a constitué dès le départ une pierre d'achoppement à la mise en place du Service National de Santé tel que postulé. Aussi l'histoire de l'exercice de la médecine

privée va être celle d'un affrontement ouvert ou larvé aux pouvoirs publics qui ont manifesté très tôt leur volonté interventionniste. Cette dernière qui se heurtera à une forte opposition prendra alors des formes différenciées en fonction du rapport de force des deux courants identifiés.

Ce sont les premières années de l'Indépendance qui voient les affrontements les plus durs à ce sujet. L'instauration d'un Service Civil de deux ans, pour tout le corps médical, provoque une crise ouverte que l'ordonnance de 1966, compromis entre les différentes tendances, va transformer en un Service Civil préalable uniquement aux nouvelles installations. Les anciens moudjahidine en sont dispensés aussi de façon paradoxale. Mais là ne s'arrêtera pas tous les privilèges dont ils vont bénéficier. L'étatisation ainsi amorcée apparaît alors plus comme une sanction ou une brimade que le référent, offert comme modèle de socialisation. C'est l'amorce d'un vaste mouvement de brain-drain dont va bénéficier principalement la France. Jamais entièrement recensé, il va se réactiver en toutes les périodes de tension ou de crise soit du système de santé soit de façon plus large du système économique et social. Pour arrêter l'hémorragie d'un personnel encore trop rare, les possibilités d'installation sont assouplies en 1969. Elles restent toutefois conditionnées par l'exercice préalable d'un Service Civil à plein temps, porté alors à cinq ans.

Mais ce régime du plein-temps obligatoire et donc imposé ne peut se superposer au plein temps permanent délibérément choisi. Par ailleurs les médecins privés sont astreints à un mi-temps obligatoire dans un service public. L'articulation et l'interpénétration secteur public - secteur privé est donc réalisée par le double système du Service Civil et de la mi-temps.

L'affrontement tourne donc essentiellement autour de la possibilité ou de l'impossibilité de s'installer à titre privé qui conditionne le mode d'exercice libéral pour les médecins et à contrario de l'étatisation pour les décideurs publics. Dans l'incapacité de la supprimer, les pouvoirs publics vont donc la gérer par une double procédure :

* De l'autorisation de s'installer : délivrée par une Commission Centrale d'affectation des médecins siégeant au niveau du Ministère. Un des objectifs affichés à cet égard est de parvenir à un meilleur équilibre régional et de faire fonctionner toutes les structures publiques de l'intérieur du pays.

* De modification de l'affectation du temps de travail du médecin privé (mi-temps) s'inscrivant elle aussi dans la même démarche.

Dans la réalité on peut dire que de 1962 à 1980 c'est une période d'intégration plus ou moins forcée au secteur public qui a prévalu. A partir de cette date c'est une nette consécration de l'exercice à titre privé, et le début d'une phase d'intégration consensuelle.

L'exercice privé maintenu implicitement puis explicitement cesse d'être un privilège octroyé pour devenir un choix offert y compris aux hospitalo-

universitaires... Cette possibilité reste toutefois tout à fait théorique pour ces derniers dans la mesure où leur sont interdites les installations dans les villes universitaires par suite de la mise en place d'un zoning. Ce dernier comporte en effet une modulation de la durée du Service Civil (de deux à cinq ans). Compte tenu de quatre zones géographiques, à priorité croissante en fonction de leur situation plus ou moins favorable. La zone une, jugée prioritaire parce que la plus défavorisée, donnant lieu au Service Civil le plus écourté. Ce qui attire les candidats à l'installation rapide mais provoque une plus grande instabilité des professionnels de soins.

La dérégulation -par abandon de toutes les procédures de régulation centrale qui avaient permis un certain équilibre régional- est entamé, à ce niveau, à partir de 1985 avec la fin de la mi-temps, du Service Civil puis du zoning. Toutes les entraves à l'installation à titre privé sont alors levées y compris pour les hospitalo-universitaires, qui peuvent exercer leur art, justement dans des cliniques privées qui longtemps interdites, sont alors autorisées.

L'Etat non seulement ne cherche plus à "contraindre" les médecins à rejoindre le secteur public mais au contraire les pousse à s'installer à titre privé. Le revirement doctrinal en la matière qui concerne l'entière économie, se conforte dans le domaine par des contraintes financières aiguës tant au niveau du Budget de l'Etat qu'à celui de la Sécurité Sociale.

Finalement la levée de l'ensemble des mesures coercitives ou volontaristes ces dernières années, semble avoir donné une configuration nouvelle au secteur privé : quantitative et qualitative. L'articulation public-privé prend donc un contenu totalement différent. Elle s'oriente vers un nouveau découpage des activités et des fonctions.

2.1.2. La planification des activités ou programmation sanitaire :

Elle découle d'une politique de santé spécifique se basant sur les fortes externalités en la matière, pour se fixer des objectifs à qui des moyens sont attribués. Plusieurs étapes peuvent être mises à jour.

- Avant 1974 : Les lignes maîtresses de la programmation sanitaire se dessinent avec la mise en place d'une série de programmes de lutte contre les maladies dites sociales : tuberculose, paludisme, rachitisme, trachome..., de protection maternelle et infantile, de vaccinations obligatoires et gratuites, de protection scolaire etc...

- Après 1974 : "La programmation sanitaire du pays", tel est le titre du document qui en trace les grandes lignes en 1975, se raffermi et s'élargit. Elle associe différents partenaires sociaux. L'approche est alors intégrée et l'identification des problèmes de santé est large puisqu'elle prend en compte les problèmes socio-économiques pour l'élaboration de stratégies d'action en particulier contre les maladies transmissibles, les problèmes d'hygiène du milieu.

- Après 1980 : C'est le "plan d'action en Santé Publique" de 1984. Il se veut, lui aussi, basé essentiellement sur la prévention. En fait, pour la première fois on s'attaque frontalement à la mortalité infantile dont le niveau reste trop élevé. L'extension et le renforcement du programme national de vaccination y sont organisés.

- C'est aussi vers la mi-décennie la politique de substitution de soins internes aux envois pour soins à l'étranger comme volonté d'internalisation et de prise en charge par moyens propres des soins complexes jusque là "importés" par "exportation" des malades.

2.1.3. La planification des moyens ou de l'investissement :

Deux périodes distinctes en la matière qui recouvrent en fait deux conceptions opposées en matière de santé sont à distinguer. Elles correspondent aussi à deux types d'organisation et de fonctionnement de l'économie nationale et à deux types de politique économique.

- Avant 1980 : Nous venons de voir que la conception de la santé est intégrée. Les programmes tracés n'ont pas besoin d'hôpitaux pour être exécutés. De façon plus large, la primauté est accordée à l'investissement directement productif, la réorganisation des structures existantes et leur remise en fonctionnement semblent être suffisantes.

Il n'empêche qu'il y a alors deux programmes successifs d'investissement qui inscrivent la réalisation d'un certain nombre d'hôpitaux et de structures légères, mais la planification est menée alors essentiellement en termes financiers et non en termes réels. De toute façon, elle est trop grande pour les capacités de réalisation et d'absorption du pays. Cependant, si des déficiences et des glissements importants de planning sont enregistrés au niveau des structures publiques, ils sont largement compensés par le dynamisme du secteur parapublic. Sécurité Sociale et entreprises publiques mettent en place un important réseau de Centres Médico-sociaux décentralisés, en fonction de besoins plus catégoriels, mais étroitement connecté à la localisation spatiale de la population salariale.

- Le tournant des années 80 : Il s'accompagne d'un "Bilan de la décennie" très sévère pour l'ensemble de la politique économique menée jusque là qui n'épargne point le secteur de la santé jugé "délaissé". Une forte impulsion en matière d'investissements planifiés est alors donnée au secteur, suite à la réorientation de la politique économique d'ensemble. Le premier et le deuxième plan quinquennal se caractérisent par un nouveau type d'arbitrage en matière d'allocation intersectorielle des investissements. C'est alors la période de l'investissement dans l'agriculture, les transports, la santé.... suite à ce que l'on a appelé la "montée des besoins sociaux". Ceux induits par l'industrialisation, la salarisation et l'urbanisation accélérées que connaît l'Algérie. Le monopole du Ministère de la Santé sur l'offre publique de soins est nettement affirmé à travers le rattachement administratif des unités de soins du secteur parapublic.

Une carte sanitaire est mise en place en 1982 comme principal instrument de l'extension et de la modulation de l'offre publique des moyens matériels. Théoriquement elle vise l'égalisation de l'accès aux soins par correction des disparités existantes au niveau de l'affectation des moyens et leur polarisation autour des grandes villes, en particulier des trois plus grande centres urbains et universitaires (Alger-Oran-Constantine). Mais ne peut-on dire aussi que c'est sous la "pression" des flux de médecins fortement croissants depuis la réforme de l'université en 1970 que s'opère ce glissement ?

Ses objectifs explicites sont alors :

- La réaffirmation de l'unification des structures et de l'intégration des activités au sein des secteurs sanitaires pleinement constitués.
- La hiérarchisation de l'offre des différents types de soins et des structures leur correspondant qui doivent être affectées de façon équilibrée sur l'ensemble du territoire.
- L'harmonisation du fonctionnement du système de soins et de celui de la formation des personnels de santé.

La démarche s'articule au niveau des moyens à mettre en oeuvre sur :

- Une définition de normes en personnels et en infrastructures "typifiées".
- Une conception hiérarchisée et pyramidale de différents niveaux de soins.
- Une volonté de réorganisation qui vise à la concrétisation des principes précédents au niveau des treize régions délimitées.

Cette vision très cohérente est cependant fortement réductionniste dans la mesure où elle postule un lien univoque entre état de santé de la population et dimension de l'offre dans ses composantes matérielles, ce qui est faux. Le nouveau type d'organisation et de structuration du système de soins, qu'elle propose est plaqué sur une réalité économique et sociale, non appréhendée, et sur une utilisation sociale de l'appareil de soins non conforme à ce qu'elle énonce. Les hôpitaux existants ne sont pas utilisés pleinement et ce ne sont pas les hôpitaux des zones défavorisées qui sont le plus fréquentés, bien au contraire. L'enquête de 1981 en la matière l'établit de façon nette. On peut dire alors qu'elle résulte d'une conception arbitraire et purement technique de la santé qui va aboutir à un surdimensionnement de l'offre. Offre qui au demeurant, va rester dans beaucoup de cas potentielle (OUFRIHA 1989). Nous entendons par là essentiellement un phénomène de "disjonction" entre moyens humains et moyens matériels. Leur combinaison productive est tellement déficiente qu'elle s'oppose à un fonctionnement "normal", celui postulé par les équipements, voire à tout fonctionnement de tout ou partie des nouveaux hôpitaux et infrastructures sanitaires mis en place.

Les frais récurrents en matière de fonctionnement vont être amplifiés d'autant, compte tenu du fait que les médecins publics sont

automatiquement rémunérés et que des accroissements successifs de salaire leur ont été consentis sous la pression de grèves multiples.

Mais les investissements accélérés ainsi réalisés ne l'ont été que moyennant appel à l'extérieur : les hôpitaux clefs en mains, outre qu'ils ont procuré des marchés et des profits confortables à des firmes telles que Bouygues vont participer aussi de l'extraversion du système.

Finalement la carte sanitaire représente la tentative la plus achevée de gestion centrale des moyens matériels du système. Elle a été révisée depuis lors dans le sens de la baisse puis abandonnée faute de moyens financiers, puis de retournement de démarche.

2.1.4. Ajustement structurel et politique d'autonomisation :

Le retournement brutal de la conjoncture extérieure en 1985 par retournement du marché des hydrocarbures amorce une crise économique profonde, où la contrainte extérieure réactivée, va affecter de façon radicalement différente les conditions endogènes et exogènes de fonctionnement du système de santé. L'Etat va se dessaisir progressivement des instruments de régulation centrale qu'il s'était octroyés, ce qui inaugure entre autre un nouveau type d'articulation entre les deux segments de soins constitutifs du système.

La dérégulation qui s'amorce est le signe de la crise de l'Etat socialo-providence dans un contexte de rigidités structurelles : - à l'importation des biens -salaires organisés dans le cadre de marchés réglementés et des produits pharmaceutiques classés aussi comme bien prioritaire. Ceci va poser de difficiles problèmes d'arbitrage pour les biens intermédiaires et de capital nécessaire à l'important appareil industriel mis en place durant la période précédente. Cela va poser au sein même du secteur un problème de choix : les rares devises doivent-elles être affectées à l'importation des biens finals ou intermédiaires en matière de médicaments ?

- à l'exportation : L'économie algérienne est devenue mono-exportatrice d'hydrocarbures. Ceci se traduit par une forte volatilité de ses recettes extérieures qui accroît son degré de vulnérabilité.

Les Réformes de 1988 qui constituent un programme d'auto-ajustement structurel avec tentative de passage à l'économie de marché, vont profondément affecter les conditions internes et externes de fonctionnement du système de soins. Parmi les mesures qui auront le plus d'impact on peut noter en tout premier lieu la dévaluation du dinar qui multiplie les prix des inputs importés par plus de six, la libération des prix, la hausse des taux d'intérêt, la fin du monopole du commerce extérieur et donc du monopole des pharms pour l'importation de médicaments.

Le système de santé que l'on tente "d'autonomiser" pour réduire ses dépenses et ses dysfonctionnements est sommé de fournir des prestations de soins quantitativement plus grandes du fait de la pression démographique et qualitativement meilleures et plus complexes avec la

nécessité de maîtriser les nouvelles technologies de soins, compte tenu des ressources financières stagnantes du pays.

Une transformation profonde des modalités de gestion et de régulation du système est en fait entreprise dans le cadre de son autonomisation. L'objectif étant de passer d'une gestion budgétaire classique à une gestion par objectifs, s'accompagnant de négociation et contractualisation avec la Sécurité Sociale.

Finalement on peut dire que le système est à la recherche de techniques appropriées et de procédures sociales efficaces lui permettant de faire face aux impératifs d'économicité et de rationalité auxquels on semble vouloir le soumettre depuis peu.

2.2. Les procédures centrales du financement :

Cette centralisation de la gestion va concerner de façon plus forte les procédures de financement collectif. Elle va culminer avec l'instauration du forfait hospitalier ou budget global mis en place en même temps que la gratuité.

Cependant si les dépenses d'investissement vont être fortes en matières de santé de 1980 à 1988, le système de santé a mobilisé des ressources plus importantes et très fortement croissantes d'année en année pour son fonctionnement et ce, depuis l'instauration du forfait au sein du secteur public.

Le financement de la gratuité des soins et de son extension à travers une extension de l'offre publique automatiquement rémunérée, à coûts croissants, aboutit à une situation où la santé semble représenter un coût insupportable pour l'économie en phase de forte récession. Par quels processus a-t-on abouti à une telle situation ?

2.2.1. Service national de santé : principe du financement direct et dérationnement financier

La santé gratuite peut s'analyser comme un dérationnement financier réalisé en période de très haute conjoncture avec afflux de ressources externes. En effet, contrairement au modèle français, le modèle algérien de financement des dépenses de santé est passé d'un rationnement objectif et implicite malgré des modalités de remboursement à posteriori des producteurs de soins à travers la tarification à la journée d'hospitalisation et à l'acte en général, à un dérationnement pervers par le biais de l'installation d'un forfait ou budget global aux secteurs sanitaires c'est-à-dire grâce à l'installation de procédures centrales de financement -à priori- des dépenses de santé.

Le retournement brutal de conjoncture et donc de ressources financières va induire des stratégies de limitations et de rationnements divers, qui ne vont pas toujours aboutir ni donner les résultats escomptés. En particulier les dépenses continuent d'augmenter très fortement.

2.2.2.1. Les modalités initiales de financement : 1962-1974

a) Catégories d'agents et d'opération en place :

Le secteur public composé de l'ensemble des hôpitaux et des structures légères rattachées est financé théoriquement par trois sources distinctes correspondant aux trois catégories de malades alors recensées.

- Les "ressources propres" des hôpitaux ou les malades payants :

Les personnes non couvertes par l'un des multiples régimes d'Assurances Sociales existants alors et possédant des ressources personnelles doivent payer leur hospitalisation. Leur contribution constitue les "Ressources propres" des hôpitaux dont la faiblesse va amener en 1966 la mise en place d'un système de participation progressif avec taux différenciés.

Les difficultés initiales de recouvrement sont doublées de difficultés d'établissement des bénéficiaires.

- Les "remboursements" ou les malades assurés sociaux

Les Assurances Sociales remboursent - à posteriori - les producteurs publics de soins sur la base d'une tarification à la journée d'hospitalisation. Le montant très bas de cette dernière est fixé par les autorités de tutelle. Elles vont progressivement accumuler des excédents financiers à leur niveau tout en étant mauvais payeurs vis-à-vis du système de soins.

- Les "avances" du Trésor ou les indigents :

Les malades dépourvus de ressources, bénéficient de l'Assistance Médicale Gratuite (A.M.G.). La qualité d'indigent doit être cependant établie par les Communes chargées d'établir des listes à cet effet. Dans la réalité, elles seront ouvertes à tout le monde.

Le Trésor consent alors des "Avances" aux hôpitaux pour le compte de l'Etat (85 %) et des Collectivités Locales (15 %). Question épineuse alors que celle de l'indigence qui se pose en termes de bénéfice, de la gratuité des services publics.... Destinée à une catégorie restreinte, elle va dans les faits prendre une grande extension et appeler de facto un large financement budgétaire, pour faire face aux déséquilibres financiers des hôpitaux. Elle ressortira comme question posée de façon totalement inversée après l'instauration de la gratuité... pour déterminer la participation de l'Etat.

b) Le jeu des mécanismes en place :

Les modalités de financement s'appuient donc sur des remboursements qui induisent une adaptation normalement des recettes aux dépenses constatées. Elles n'ont pas conduit à une expansion incontrôlée des dépenses du fait d'un rationnement objectif qui résultait de deux séries de causes distinctes :

- La première découlait de la faiblesse initiale de l'offre (infrastructures et personnels médicaux) et de la faible médicalisation d'une population, jeune de surcroît, et qui exprime alors peu de besoins. De plus, pour une grande partie de la population, un grand nombre d'affections étaient alors, soit non révélées et donc non exprimées, soit traitées de façon traditionnelle, c'est-à-dire hors circuit de la médecine moderne et officielle.

- La deuxième résultait d'un mécanisme institutionnel en place : la prescription biennale des créances. Le contexte de sous-administration et de désorganisation des structures de gestion post-indépendance rendait les hôpitaux incapables d'émettre à temps leurs créances et donc de les recouvrer en particulier sur les Assurances Sociales. C'est le budget l'Etat qui assure alors l'équilibre financier du système en adaptant les recettes aux dépenses qui restent limitées parce que contenues par les possibilités d'accès. De façon plus large les possibilités financières et réelles de l'économie sont encore restreintes.

2.2.1.2. La rupture : le dérationnement des dépenses : 1974-1988

a) Une nouvelle catégorie d'opérations et des agents classés différemment :

Les agents de financement sont réduits à deux : Budget de l'Etat et Assurances Sociales puisque du fait de la gratuité la classification en malades payants, indigents et assurés sociaux n'a plus cours. L'accès n'est plus subordonné à un débours immédiat et préalable : l'obstacle financier pour l'accès aux soins est levé au plan individuel et reporté au plan collectif. Si les sources de financement ne sont pas unifiées, il n'en est pas de même des procédures. Au contraire, on n'aura plus affaire qu'à une modalité unique : un budget global, forfaitaire est établi -à priori- pour le financement de l'ensemble des dépenses de santé sans lien ni avec le volume des malades, ni celui des soins ou des Actes dispensés. Ce budget unique est alimenté par des ressources provenant du Budget de l'Etat et de la Sécurité Sociale. Le recouvrement de la participation de cette dernière incombe au Trésor.

Son montant est pré-établi compte tenu des prévisions de dépenses du secteur public de soins. La participation de dépenses va fonctionner comme une "donnée", les besoins des secteurs sanitaires comme une "contrainte", la contribution de la Sécurité Sociale s'établissant par différence ou plutôt par complément. Cependant, ceci n'a été possible que durant la phase de très forte croissance économique avec forte croissance de l'emploi qui alimentait les ressources prélevées par cette dernière. Depuis 1989, on enregistre un mouvement en sens inverse où c'est la participation des Assurances Sociales qui compte tenu des difficultés financières de l'Institution devient une "donnée".

- Finalement, la gratuité n'est pas financée entièrement par le Budget de l'Etat. Elle n'est pas fiscalisée. Au contraire l'évolution concrète va d'abord renverser son poids dans ce financement lequel de prépondérant (75%) en 1974, devient minoritaire en 1988 (25 %).

Depuis lors on assiste à un mouvement en sens inverse qui instaure l'équilibre (50 %, 50 %) entre les deux sources de financement puis tend à rendre le financement budgétaire plus important compte tenu du déficit de la Sécurité Sociale.

- Le jeu des mécanismes en place :

La santé gratuite c'est en fait la médecine et les soins qui vont devenir gratuits et qui vont progressivement prendre le pas sur l'approche intégrée initiale dans un contexte où l'offre va être progressivement multipliée grâce aux flux fortement croissants des médecins puis des structures de soins. Les mécanismes de remboursement à l'Acte et à posteriori ayant joué dans le contexte algérien un rôle de frein à l'accès et de rationnement des dépenses collectives en matière de santé vont être levées par le forfait ou budget global.

En effet le budget annuel préalable va lever les verrous que la Sécurité Sociale semblait imposer au système de soins. Cette dernière qui va devenir progressivement le financeur principal d'un Régime Universel de soins n'avait plus rien à dire ni à contrôler. Elle devait s'exécuter aux injonctions de l'Etat socialo-providence. Cette socialisation intégrale par l'offre va fortement libérer la demande. Le système va fonctionner de façon expansive parce que les ressources de la Sécurité Sociale basées sur l'emploi salarié, alors fortement multiplié, vont être croissantes. Avec la crise et le tassement de l'activité et de la création d'emplois. Un second mécanisme institutionnel de dérationalnement au profit du seul secteur des soins sera constitué par le jeu d'une trésorerie commune des différentes Assurances. La majeure partie des ressources prélevées par l'ensemble de la Sécurité Sociale y compris donc des Allocations familiales et retraites va être affecté au fonctionnement du système de soins et non plus les seules ressources des Assurances Sociales. Ces dernières seront déficitaires dès l'installation du forfait et ce, de façon continue. Mais ce problème n'apparaîtra jamais comme tel jusqu'au moment où l'ensemble du système est déséquilibré et où se pose un problème global d'équilibre financier de la Sécurité Sociale. Toute la stratégie des groupes sociaux et en particulier des professionnels de soins, impulsant le Ministère de la Santé consistera alors à drainer l'essentiel des ressources de la Sécurité Sociale. Un nouveau "choix" de société est fait alors implicitement. Il privilégie les soins et donc les producteurs de ces derniers qui arrivent à se faire octroyer des salaires supérieurs à ceux des autres catégories salariales hautes. C'est un des aspects qui explique la pression et le rush des étudiants vers la médecine.

En termes de formation des coûts, on peut dire alors que l'intégralité des dépenses deviennent des coûts fixes non reliés d'une façon ou d'une autre au volume d'activité, au volume des personnes prises en charge, au volume des cas traités et donc aux résultats, appréhendés d'une façon ou d'une autre.

Finalement la mise en place d'une logique "des besoins" fortement exacerbés voire provoqués et de coûts non maîtrisés, va provoquer de vastes mouvements de gaspillages et de pénuries qui nous semblent

constituer les deux versants d'un mécanisme inefficace d'allocation des ressources.

Ces deux types de déséquilibre résultent du fonctionnement d'un système où les décisions de dépenses émanent d'agents décentralisés, sans responsabilité financière qu'ils soient demandeurs ou offreurs.

En effet malgré le pilotage central, il y a liberté d'exercice, de prescription et d'installation des médecins, le libre choix de l'établissement de soins et celui du médecin dans le secteur privé.

Si les facteurs objectifs de croissance peuvent être ramenés à une forte croissance de l'offre doublée d'une libération quasi intégrale de la demande, des facteurs plus subjectifs et moins bien connus vont résulter des stratégies d'acteurs individuels ou collectifs qui ne vont pas dans le sens des intérêts de toute la collectivité nationale.

Donc même une gestion centrale et sans prix ne peut faire abstraction de la décentralisation des décisions. En particulier les agents qui détiennent l'information et/ou le pouvoir d'affectation des moyens vont se livrer à des stratégies où ils tentent de maximiser leurs avantages pour accroître leurs revenus et/ou leur position. Leurs objectifs n'étant superposables ni à celui de l'Etat qui recherche un niveau global de santé, compte tenu de ses contraintes financières ni à celui des malades qui recherchent une amélioration de leur état de santé individuel compte tenu de nouveaux problèmes de santé et la diffusion du modèle de consommation médicale moderne.

2.2.1.3. Vers le rationnement du secteur public ?

Les procédures en place permettent théoriquement - à travers le blocage ou la limitation du forfait à un certain niveau - de contenir l'expansion du secteur public que l'on ne cherche plus à étendre à tous prix faute de crédits. En fait un rationnement plus drastique va résulter de l'onde de choc provoquée par l'ampleur de la dévaluation à travers ses répercussions sur les produits importés nécessaires au fonctionnement du système.

2.2.2. Assurance Maladie obligatoire : principe du financement indirect et rationnement financier

a) Blocage de l'effet-volume et limitation de la dépense 1962-1986 :

Ici la Sécurité Sociale continuera de financer à l'identique, c'est à dire selon les mêmes principes et les mêmes procédures, le fonctionnement du secteur privé de soins en organisant pour lui un marché des soins à travers l'organisation de la solvabilité collective des assurés sociaux. Les procédures de prise en charge collective des dépenses de santé sont indirectes. Elles prennent forme alors de remboursement des frais engagés à l'occasion de la maladie par les assurés et leurs ayants droits. Ceci lors de la fréquentation des cabinets médicaux privés de ville qui concomitamment aux structures extra hospitalières publiques dispensent des soins à titre ambulatoire. Il y a alors nécessité d'un débours

préalable et justification minutieuse des dépenses pour pouvoir prétendre à remboursements à concurrence de 80 % des dépenses. Les dépenses dont il s'agit ne sont pas celles supportés réellement par le malade (sauf pour le médicament où il y coïncidence) mais celles résultant des tarifs officiels. Tarifs non respectés par le corps médical. Cette socialisation par la demande est donc partielle. Elle est dès le départ assortie de mécanismes de limitation : ticket modérateur, débours préalable, tarifs officiels déconnectés des honoraires réels. Elle sera accompagnée tout au long de la période de mécanismes institutionnels tendant à en limiter l'expansion. Le premier est constitué par un blocage des tarifs officiels à un niveau très bas ce qui fait qu'une partie de la charge est supportée de façon individuelle. Le second résulte de la gestion des flux des médecins à travers l'autorisation d'installation. Dans la mesure où il y a eu limitation volontaire, certes plus ou moins forte selon les époques, par les pouvoirs publics des prescripteurs et donc de l'offre à titre privé. Ce sont ces deux mécanismes qui expliquent que les taux d'accroissement des "Remboursements" pour soins au niveau des Assurances Sociales seront largement en deçà de ceux du "forfait hôpital". Ce n'est pas donc le secteur privé en soi qui est moins dispensieux. Mais ce sont des contraintes institutionnelles, qui font que les dépenses qu'il induit ne sont pas entièrement socialisées et donc répercutées sur la Sécurité Sociale.

b) Le desserrement des contraintes institutionnelles :

A partir de 1986 l'économicité du secteur privé est mise en avant : il y a desserrement des contraintes institutionnelles à ce niveau. Outre la libération des flux des prescripteurs à l'acte on enregistre une revalorisation brutale et brusque des tarifs officiels (60 %). Ce qui va se traduire par un doublement du volume des Remboursements de la Sécurité Sociale en deux ans seulement et donc par un fort taux de leur croissance. Sans que le taux de croissance du "forfait" diminue. On semble entrer alors dans une phase où en Algérie on cumule les désavantages financiers des deux secteurs de soins sans que les avantages en termes, réels de l'un et de l'autre secteur en soient accrus. Bien au contraire.

3. LES RESULTATS

3.1. Des progrès sanitaires indéniables :

Il est difficile d'établir un bilan circonstancié de la politique de santé menée en particulier à travers la gratuité.

En effet selon l'angle d'approche que l'on adopte, on aura une vision totalement différente. Nous essaierons toutefois d'apporter quelques éclairages à partir de trois angles d'analyse.

* Les résultats appréciés en termes d'amélioration du niveau de santé à travers des indicateurs classiques et d'amélioration de la protection à travers l'extension de l'offre ou des moyens.

* Les résultats en termes de dépenses collectives supportées du fait de la santé, et donc d'articulation avec l'économie nationale qui finance sa restauration.

* Les résultats en termes d'articulation du système avec l'extérieur.

3.1.1. Une amélioration sensible du niveau de santé :

Des progrès sanitaires importants ont été enregistrés durant ces trois décennies grâce à la gratuité d'abord partielle (vaccinations, programme nationaux) puis totale. Elle a permis l'accès à tous et en particulier aux couches les plus défavorisées, aux soins et à la protection sanitaire.

Les indicateurs classiques de santé en attestent : la mortalité générale mais aussi la mortalité infantile ont largement chuté. Cette dernière après avoir été "négligée" a été posée en objectif d'où des résultats plus significatifs. L'espérance de vie à la naissance, et surtout à un an, a considérablement augmenté. Les grands "fléaux sociaux" post-indépendance ont disparu ou ont été maîtrisés. De façon plus large les maladies infectieuses ont fortement régressé en prévalence et en incidence. Elles ne constituent plus que le cinquième motif de consultation et le quatrième d'hospitalisation comme vient de le montrer l'Enquête Nationale sur l'état de santé menée par l'Institut National de la Santé Publique.

Il est vrai qu'elles font place aux autres types de maladies dites de civilisation. Cependant, il faut bien voir qu'il n'y a pas de lien univoque ni de corrélation stricte entre moyens affectés aux soins et à l'institution sanitaire et résultats en termes de niveau de santé. Ceci est un problème général à tous les pays et spécialement ceux en voie de développement.

Ces derniers sont dépendants beaucoup plus des déterminants économiques et sociaux (alimentation, eau, habitat) et culturels (degré d'éducation en particulier des femmes, attitudes collectives vis-à-vis de la santé) bref du développement lui-même et de son contenu que de la disponibilité en lits, en médecins et en médicaments. Mais si ces résultats ne peuvent être totalement imputés au système de santé, il n'en demeure pas moins qu'il y participe grâce en particulier à l'extension de la Santé Publique et à la généralisation de mesures préventives (vaccination, PMI, facilité d'accès aux soins de base).

Même si ces résultats ne disent rien sur les inégalités régionales et sociales devant la maladie et la mort, il est indéniable que la gratuité, les programmes nationaux de lutte contre la maladie ont produit des atténuations certaines en la matière.

Si donc la "productivité" des dépenses de santé peut être remise en cause actuellement en Algérie, elle ne saurait l'être à partir de ces seuls résultats sanitaires. Au contraire, elle devrait s'appuyer sur l'analyse d'autres types de "Résultats" ou d'effets inducteurs de surcoûts, de

gaspillage, de non prise en charge (accueil) du malade ou de dépendance de l'extérieur.

Bref, on peut dire que les algériens vivent plus longtemps, meurent moins en général. Bien entendu les informations au niveau global que nous avons seraient plus expressives si elles étaient doublées d'informations sur la mortalité et la morbidité par groupes sociaux, sur l'utilisation sociale de l'appareil de soins, sur les causes de décès. Cependant les résultats de l'Enquête INSP s'ils se confirment dénotent un bouleversement du profil pathologique au cours de ces 30 ans qui serait - peut-être - l'amorce d'une "transition épidémiologique" qui accompagne la transition démographique en cours. Les problèmes anciens ne semblent pas pour autant résolus. Les conditions nouvelles de vie de larges franges de la population risquent de les faire remonter rapidement.

Tableau n° 1
EVOLUTION DES INDICATEURS D'ETAT DE SANTE

	1962	1972	1982	1984	1988	1989
Taux de mortalité générale %	14,6	16,8	10	8,6	6,6	6
Taux de mortalité infantile	185	122,2	83	79	58	55,4
Espérance de vie à la naissance	50	53,5	60	--	65	--

Source : ONS

Cependant mis en regard aux moyens matériels, humains et financiers mobilisés, ces résultats semblent modestes.

Les combinaisons productives ont manqué tant d'efficacité que d'efficience dans la mobilisation et l'affectation des ressources octroyées par la collectivité nationale.

Et ce, d'autant que des pays de niveaux similaires de développement et souvent bien moins pourvu financièrement que l'Algérie ont obtenu des résultats plus satisfaisants (Tunisie, Kerala, Cuba) en termes de niveaux de santé.

Les nouveaux problèmes de santé, centrés sur des pathologies "lourdes" interpellent directement le système abondamment doté de technologies complexes et de spécialistes formés à l'étranger ou sur place. L'hôpital public et en particulier le C.H.U. conçu depuis lors en termes de plateaux techniques est confronté à la reconversion réelle de sa fonction. Il ne peut plus continuer à assurer son rôle classique, trop longtemps maintenu, d'hébergement social.

La période (1980-1990) pose de difficiles problèmes de maîtrise technologique et de maintenance industrielle, similaires à ceux posés par toute l'industrie nationale et induits par une importation indiscriminée

de tous les types de technologies nouvelles dans un environnement non préparé pour les accueillir. Les taux de panne élevés des différents équipements en donne un bon indicateur.

3.2.1. Une extension considérable de l'offre :

La politique de santé s'est traduite rapidement par une politique d'extension de l'offre qui va participer à l'élévation du niveau de médicalisation de la population.

Cette extension va d'abord concerner les personnels médicaux et paramédicaux pour concrétiser la gratuité. La réforme de l'Enseignement Supérieur de 1970, démocratise l'accès aux études supérieures et en particulier à celles de Médecine. Une politique délibérée de desserrement de la sélection à l'entrée et à la sortie des études est organisée dont les effets se font rapidement sentir en termes de volume. La crise, la forte augmentation des dépenses de santé et les difficultés de recrutement de ces personnels vont amener en sens inverse dès les années 80 à des procédures de sélection et de contrôle à l'entrée très sévères avec mise en place d'un *numerus clausus*.

Cette augmentation du nombre des médecins, se double bien entendu, de tous les autres types de personnels médicaux, paramédicaux, administratifs. Son contenu en termes de spécialistes a tendu à s'accélérer ces dernières années avec la politique de substitution des soins à l'étranger. En effet, les spécialistes représentent 31 % en 1991 et ce, sans prendre en considération les résidents, qui sont des spécialistes encore en formation.

Il faut dire aussi que l'attractivité des spécialistes découle de tout le discours biomédical, de la survalorisation de leur travail que ce soit en termes de rémunérations salariales au sein du secteur public ou de surcotation de leurs "Actes" au sein du secteur privé.

Tableau n° 2
EVOLUTION DU NOMBRE DE MEDECINS

	1962	1970	1974	1978	1984	1990	1991	1992
Algériens	342	--	1.245	3.756	9.106	19.487	24.323	25.304
Etrangers	937	1.149	1.247	1.607	3.026	845	468	367
Hab. Méd.	7.812	7.812	5.813	3.112	1.745	1.080	1.038	1.068

Source : Ministère de la Santé.

Une correction doit être introduite, compte tenu de la localisation spatiale des médecins. Nous avons exposé précédemment les instruments de régulation et d'affectation géographique des médecins et les difficultés rencontrées dans leur mise en oeuvre.

Leur abandon depuis 1987 risque de produire le même type de polarisation observé aux premières années de l'Indépendance et contre lequel des résultats certains avaient été observés.

Cette extension va ensuite concerner les infrastructures sanitaires. Si elles ont été jugées pendant longtemps comme suffisantes par l'Etat, elles vont recevoir une forte impulsion durant le premier et deuxième plan quinquennal (1980-1988).

D'où l'évolution suivante :

Tableau n° 3
EVOLUTION DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES

	1962	1966	1974	1984	1990	1992
Hôpitaux	156	163	163	173	181	--
Nombre de lits	42.937	1.149	1.247	1.607		
Etrangers						
Hab. Méd.	7.812	7.812	5.813	3.112	1.745	1.068

Source : Ministère de la Santé.

Notons qu'en bien des aspects cette offre constitue une offre potentielle et non réelle dans la mesure où les combinaisons productives, où l'utilisation des capacités et des moyens sont fortement déficients comme dans la plupart des pays sous-développés. Les hôpitaux fonctionnant largement en deçà de leurs capacités, et certains construits clés en mains n'ont pu être ouverts qu'avec beaucoup de retards.

Les matériels et équipements sophistiqués issus de la diffusion des nouvelles technologies de diagnostic et de soins, sont soit sous-utilisés soit mal utilisés et faute de maintenance appropriée ou de pièces de rechange, souvent en panne. La plupart des médecins et des infirmiers dans le secteur public travaillent de façon très peu intensive.

En toute hypothèse on peut dire que cette phase de croissance extensive est terminée en Algérie. Seul un fonctionnement plus intensif mais aussi plus efficace et plus économe de moyens est à même de lui conférer un rôle accru. L'efficacité et l'efficacités en la matière ne peut s'assimiler à une quelconque rentabilité financière. Les réserves de productivité sont importantes mais les problèmes d'organisation du travail et de structuration interne des personnes et des moyens restent grands.

3.2. Mais une augmentation spectaculaire des dépenses collectives affectées à la santé:

Il y a plusieurs façons et plusieurs lieux de saisie de cette forte augmentation des dépenses de santé depuis la gratuité. Que ce soit en valeur absolue ou en valeur relative un constat majeur peut être dégagé de l'examen de tous les chiffres : celui de la trop forte croissance, de leur accélération bref de leur croissance plus que proportionnelle au PIB.

3.2.1. Une croissance plus que proportionnelle des dépenses de santé par rapport au PIB :

Ce problème de l'ampleur et du rythme de la croissance des dépenses de santé 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. En effet, le taux de croissance des dépenses de santé a été très soutenu grâce à la conjonction de plusieurs facteurs : socialisation accrue du financement tant par l'offre que par la demande, extension de l'appareil de soins et du nombre des prescripteurs, meilleure prise en compte de nombreux problèmes de santé, diffusion de 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" les ressources 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 l'ensemble des prestations complémentaires, ni celle de la Sécurité Sociale des militaires, ni celles des CMS d'Entreprises et biaisées dans le sens d'une minoration au niveau des dépenses à la charge des ménages, l'évaluation de la dépense nationale de santé n'en traduit pas moins de façon nette, le phénomène majeur de la plus forte croissance des dépenses de santé par rapport au PIB. D'un PIB qui a été lui-même très fortement croissant surtout sur la période 1965-1985, mais dont le taux de croissance s'est infléchi brutalement depuis lors - alors qu'il reste encore très élevé au niveau des dépenses de santé... et continue à croître malgré la crise et l'évolution régressive de la PIB.

Tableau n°4
EVOLUTION DE LA DNS
PAR RAPPORT AU PIB

Années	DNS/PIB en %
1973	1.6
1979	3.5
1980	3.6
1981	3.8
1982	4.0
1983	4.2
1984	4.4
1985	4.4
1986	5.2
1987	5.4
1988	6
1989	5.5

Tableau n° 5
EVOLUTION DE LA DNS (en valeur absolue, indice
et taux de croissance)

Années	Valeur absolue	Indice	Taux de croissance
1973	4.617	100	--
1979	6.112	132	32
1980	7.384	160	28
1981	8.579	185	25
1982	8.579	185	25
1983	9.939	216	30
1984	11.474	249	34
1985	12.754	277	28
1986	15.173	329	52
1987	16.379	367	38
1988	19.187	416	49
1989	19.959	432	16

Calculs personnels.

Cette croissance a fait passer le rapport de la DNS au PIB de 1,6 % en 1973 à 4,4 % en 1984... à 6 % en 1988. Cela veut dire que les dépenses de santé tendent à s'accaparer une part de plus en plus importante des richesses créées par l'économie nationale.

Cela résulte des mécanismes de financement collectif, qui constituent un grand processus de redistribution du Revenu National. Il n'y a aucun lien entre ceux qui sont à l'origine de la dépense et ceux qui la supportent. Admissible jusqu'à un certain point, ce type de logique peut provoquer et provoque réellement des résultats financiers très pervers. Sans que les résultats en termes réels soient forcément les meilleurs.

Tableau n° 6
EVOLUTION DU TAUX D'ACCROISSEMENT ANNUEL DU
PIB ET DE LA DNS DEPUIS 1985

Année	Taux de croissance PIB	Taux de croissance DNS
1985 - 86	0,3	20
1986 - 87	0,6	10,2
1987 - 88	3,3	14,8

Les dépenses de santé malgré les mesures de dérégularisation analysées plus haut continuent à croître sur la lancée précédente. Ceci résulte du fait que la plupart des charges sont fixes dans le secteur public et que le secteur privé dont l'extension a été organisée n'est pas "moins cher" pour la collectivité. Au contraire et de plus en plus on semble cumuler certains des désavantages des deux types de système de ce point de vue là.

3.2.2. Des dépenses financées de plus en plus par les Assurances Sociales :

Les Assurances Sociales financent de façon prépondérante l'ensemble des dépenses de fonctionnement et d'investissement du secteur public de soins mais aussi, l'ensemble des dépenses qui d'une façon ou d'une autre, sont affectées à la santé. Notons toutefois, que si les ressources publiques sont comptabilisées intégralement, il n'en est pas de même de celles des ménages qui ne constituent qu'une évaluation approximative.

Tableau n° 7
EVOLUTION DES SOURCES DE FINANCEMENT DE LA DNS

	1979	1980	1982	1984	1985	1989
Budget Etat	32,8	29,3	30,0	20,8	17,9	19,94
Assurance Sociales	38,5	39,9	40,5	54,3	57,2	60,24
Ménages	26,0	--	27,0	22,7	--	18,7
Autres	2,7	5,4	2,5	2,2	2,3	1,1
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Source : Ministère de la Protection Sociale.

Tableau n° 8
EVOLUTION DES SOURCES DE FINANCEMENT DU SECTEUR PUBLIC A TRAVERS LES SECTEURS SANITAIRES EN POURCENTAGE

	1974	1979	1980	1984	1985	1988
Budget Etat	79,93	56,83	45,80	38,99	36,50	30,800
Assurance Sociales	23,48	38,60	43,30	58,70	61,40	67,50
Autres	5,58	4,60	10,80	2,30	2,10	1,60
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Calculs personnels.

Le Secteur Public tend à être financé très largement par les Assurances Sociales, moyennant une inversion des taux de participation de cette dernière par rapport à celle du Budget de l'Etat. Ce dernier qui finançait les Secteurs Sanitaires à 71 % en 1974 n'y participe plus qu'à concurrence de 30,8 % en 1988, alors que la part de la Sécurité Sociale passe de 23,5 % à 67,5 %.

La part prépondérante que prennent les Assurances Sociales, totalement subordonnées, non seulement à la politique étatique de production de soins, mais à l'ensemble de cette production, telle que la font apparaître ces chiffres, démontrent l'inanité des analyses qui se fondent sur l'évolution du seul Budget du Ministère de la Santé et de son évolution par rapport à celui global de l'Etat, concluent au recul de ce dernier. L'interprétation de ce double mouvement d'extension de l'étatisation de l'appareil de production des soins financés par les Assurances Sociales d'un côté et de l'extension du champ d'action de ces mêmes Assurances Sociales n'est pas simple. Elle nous semble participer d'un mouvement plus large d'un nouveau type de partage entre les deux sphères et les deux modalités d'intervention de l'Etat.

3.2.3. 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 Service National de Santé a été explosive. Leur taux de croissance moyen annuel a été de 40,3 %, sur une période de dix ans (1974-84). Les sommes passent alors de 847,3 Millions de DA à

4.278 Millions de DA puis à 10.126 Millions de DA en 1987 et à 11.441 Millions de DA en 1988, soit un taux moyen de croissance de 89,3 % sur l'ensemble de la période avec nette accélération en fin de période. Trois sous-périodes peuvent être délimitées :

- La première court de 1974 à 1980 : Le taux de croissance bien que croissant d'année en année (il va de 5 % en 1974 par rapport à 1973 à 88 % en 1980 par rapport à 1979) reste néanmoins à des niveaux tolérables.
- La seconde où ce taux de croissance se stabilise à des niveaux vertigineux (188 % à 234,8 %). Elle va de 1980 à 1987 et correspond à l'incorporation du secteur parapublic, l'extension du Secteur Public, l'extension des charges comptabilisées à ce niveau (dépenses d'enseignement médical).
- La troisième démarre en 1988 avec un coup d'arrêt brutal de ce taux de croissance comme première manifestation d'un "rationnement" global qui va essayer par la suite, dans le cadre de la politique d'autonomisation appliquée au secteur, de trouver des procédures de maîtrise et/ou de rationalisation à l'intérieur du système public lui-même. Le changement des règles de fonctionnement de l'économie nationale et ses nouvelles contraintes vont accentuer d'année en année les difficultés, principalement au niveau des approvisionnements externes du système.

La forte réduction des importations et donc des biens nécessaires au fonctionnement d'un système fortement extraverti, pose le problème des "pénuries" de façon différente, en paralysant cette fois-ci le fonctionnement des hôpitaux et des programmes nationaux de santé (P. CHAULET 1992). Ce sont les dépenses de fonctionnement du Secteur Public qui tendent à mobiliser la partie la plus importante de la DNS : elles en représentent 62 % en 1989. C'est lui qui pour la période écoulée et compte tenu de toutes les politiques menées à ce niveau a vu croître les dépenses le plus vite en particulier par le biais du forfait. Ce sont les dépenses d'hospitalisation qui recueillent de 75 à 80 % des recettes des Secteurs Sanitaires. Ces dernières représentent uniquement l'hospitalisation à titre interne, à laquelle il faut ajouter l'hospitalisation à titre extérieur que constituent les envois pour soins à l'étranger.

Tableau n° 9
ÉVOLUTION DES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT DU
SECTEUR PUBLIC PAR RAPPORT A LA DNS

	1980	1985	1989
(1) DNS	6 112	12 625	19 959
(2) DFSPS	2 597	6 368	12 500
RAPPORT (1)/(2)	42,5	49,9	62,6

3.3. Une accentuation de l'extraversion du système :

La médicalisation croissante des problèmes de santé s'opère dans un contexte où leur expression ne rencontre plus de frein financier au plan individuel. Sur le plan collectif les caractéristiques institutionnelles de fonctionnement de l'économie font que pendant longtemps les prélèvements opérés par la Sécurité Sociale ne rencontrent aucune résistance. Les entreprises publiques en particulier qui les supportent ne sont pas astreintes à des résultats en valeur : ni à dégager un bénéfice, ni même à l'équilibre. L'économie algérienne fortement à l'abri de l'extérieur (monopole du Commerce Extérieur, tarif douanier etc...) non astreinte à exporter de surcroît (autre chose que des hydrocarbures), s'organise sur des niveaux de salaire et des niveaux de prix qui n'ont rien à voir ni avec les prix internationaux ni avec les productivités sur lesquelles ils sont assis. C'est l'économie de la redistribution de la rente qui prévaut alors. Sa fin pose actuellement de cruels problèmes d'ajustement de l'ensemble des structures productives.

Cette pression sur les ressources internes s'accompagne alors d'une pression plus forte sur les ressources extérieures qui va s'exprimer à travers deux articulations perverses avec l'étranger et que nous analysons en termes de dépendance sanitaire qui se superpose à la dépendance alimentaire. Toutes deux produites par la même démarche générale.

3.3.1. Monopole public de l'importation, complexe intégré et facture pharmaceutique :

Très rapidement l'Algérie a instauré un monopole de l'offre pharmaceutique à travers une pharmacie centrale (P.C.A) à qui sont conférés le monopole de l'importation et de la production de médicaments. Le but explicite à travers l'instauration d'une Nomenclature basée sur la Dénomination Commune Internationale (D.C.I) pour les médicaments est de minimiser la facture pharmaceutique d'une part, de produire les médicaments dont elle a besoin d'autre part. D'où dans la phase d'industrialisation accélérée : nationalisation des deux unités existantes et surtout installation d'un complexe intégré à Médéa avec l'aide de firmes italiennes pour briser l'embargo que les firmes françaises organisent contre l'Algérie.

Les résultats sont loin d'être à la mesure des moyens mobilisés à cet égard. Le gros complexe, par suite de difficultés internes similaires bien qu'accentuées à celles qu'enregistrent les grosses entreprises industrielles et de son type d'articulation avec l'extérieur n'arrive pas à atteindre un rythme de croisière suffisant et pose des problèmes de maîtrise (fermentateurs) et de redimensionnement.

L'ensemble de la production de la branche ne couvre en valeur qu'environ 10 % de la consommation nationale. Il semble qu'en volume ce taux soit de 20 %. Ceci suite à des prix qui lui sont imposés et qui sont plus faibles que ceux de l'importation. Or ces derniers suite au blocage des prix, doublé de la forte surévaluation du dinar qui a prévalu de 1980 à 1988, ont été très bas à l'importation. D'où un fort effet-volume qui gonfle les importations d'année en année malgré les procédures centrales du contrôle financier externe que représentent les

Autorisations Globales d'Importation (A.G.I). Surconsommations et gaspillages à tous les niveaux sont la face cachée des "pénuries" chroniques qui agitent le secteur et se manifestent par des ruptures de stocks épisodiques. L'Algérie cependant devient progressivement le second importateur mondial net - (après l'Arabie Saoudite), - parmi les pays sous développés. C'est donc un gros marché pour les Multinationales du Médicament et les firmes françaises en particulier et dont le contrôle constitue un enjeu considérable. Il en est de même pour tous les biens et appareillages médicaux nécessaires au fonctionnement des hôpitaux. De même que l'importation des hôpitaux clefs en mains et de tout l'équipement du secteur en technologies nouvelles de diagnostic et de soins.

La seule facture pharmaceutique a évolué de la façon suivante :

Tableau n° 10
EVOLUTION DES IMPORTATIONS PHARMACEUTIQUES 10⁶ DA

	1973	1974	1976	1979	1981	1983	1988	1990
Valeur absolue	285	347	381	715	948	1200	1600	2300
Indice	100	122	184	251	333	421	561	807

Reconstitution et calculs personnels.

Les restrictions actuelles de l'enveloppe devises affectée à leur importation plus la répercussion de la dévaluation sur des budgets médicaments en dinars qui étaient faibles compte tenu des systèmes de prix antérieurs posent de grands problèmes. Ceci dans la mesure où elles ne sont pas accompagnées de mécanismes de rationalisation de la prescription et/ou de la dépense. Cela introduit un type de blocage nouveau au niveau des structures lourdes et des médications complexes en particulier. Finalement l'importation croissante de biens industriels et de technologies démontre que le rapport entre système de santé et système productif est capital : Du degré de liaison entre les deux dépend l'autonomie dans la décision et les progrès décisifs. L'importation inconsidérée de technologies avancées a bloqué les mécanismes de développement de politiques de la Santé Publique. De la même façon qu'en matière industrielle les choix technologiques, leur maîtrise, leur impact sont importants et ne doivent pas être effectués en fonction d'un pseudo-modernisme fortement mimétique et finalement destructeur de beaucoup d'équilibres antérieurs.

3.3.2. Gratuité, envois pour soins à l'étranger et logiques sociales :

La gratuité va s'accompagner de phénomènes complexes de perte de contrôle de l'hospitalisation, en particulier en matière de soins complexes et lourds. Or ces derniers concernent des maladies qui affectent beaucoup plus les couches sociales dominantes en émergence, celles issues de la politique de développement menée et de façon plus large de l'étatisation monopoliste fortement rentière.

Les mécanismes institutionnels en place du fait de la convention Algéro-Française de Sécurité Sociale ainsi que les systèmes de tarification appliquée alors vont se révéler un puissant facteur de permissivité que

des mécanismes sociaux et des logiques d'acteurs vont utiliser et amplifier pour constituer une filière de soins spécifique. Ce sont les envois pour soins à l'étranger.

Cette "exportation" originale de malades, principalement en France, va s'amplifier brutalement jusqu'en 1979 - Date à partir de laquelle un coup d'arrêt en termes de volume d'envois est enregistré.

Tableau n° 11
EVOLUTION DU NOMBRE D'ENVOIS A L'ETRANGER POUR LE SEUL
REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE

Année	1970	1974	1977	1979	1980	1985	1986
Volume	2.563	7.786	24.507	25.460	17.508	19.909	16.664
Indice	100	304	906	994	683	660	650

Calculs personnels.

Ce dernier correspond à la politique de substitution des soins à l'étranger qui est mise en place au sein des hôpitaux, plus recentrés sur leur aspect plateau technique et lieu de diagnostic et de thérapies complexes et donc moins d'hébergement social. Un programme d'équipement lourd est effectué par diffusion des nouvelles technologies de soins et de diagnostic.

Les dépenses d'hospitalisation à titre "externe" constituent un poids croissant pour les Assurances Sociales. Elles représentent 28 % de l'ensemble de leur prestation en nature en 1978. Si en valeur absolue elles continuent à croître, leur part relative tend à être bloquée, suite à la politique de substitution... menée avec plus ou moins de vigueur et de cohérence, en fonction des différentes équipes qui se sont succédées.

Cependant ces dépenses se sont faites à coûts fortement croissants suite à des modifications de tarification que leur sont appliquées au niveau des hôpitaux français (tableau n°12). Initialement un forfait fixé bas, puis des prix reflétant des coûts réels fortement en hausse, suite en particulier à la technisation croissante des soins.

Tableau n° 12
EVOLUTION DES DIFFERENTS COÛTS DES ENVOIS POUR SOINS A
L'ETRANGER DU FAIT DE REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE

Année	1970	1974	1979	1980	1985	1986
Coût total en 10 ³ DA	14.267	65.729	364.850	469.861	418.759	706.661
Coût moyen en DA	5.567	8.442	14.330	26.837	24.777	42.406
Indice Coût moyen	100	152	257	482	445	762
Indice Dépenses Totales	100	461	2.557	3.293	2.935	4.953

Calculs personnels.

CONCLUSION

L'ajustement au niveau du secteur de la santé et de façon plus générale pour toute l'économie algérienne sera-t-il processif ou récessif ? Le renchérissement des biens importés amènera t-il à une meilleure utilisation des ressources ? à une suppression des gaspillages ? à une stimulation de la production interne par meilleure protection résultant de la nouvelle valeur extérieure de l'unité monétaire nationale ? Cela dépend de bien d'autres arbitrages... La politique d'ajustement structurel de l'économie algérienne se conjugue aux effets de la crise pour affecter profondément les conditions dans lesquelles a fonctionné le système de santé. On peut en particulier se poser le problème de l'impact sur l'état de santé de la population de l'augmentation générale des prix et des accentuations de difficultés d'approvisionnements et de pénuries.

L'effet le plus massif et le plus couramment mis en lumière consiste dans la rupture du processus de soins (tuberculose, neuropsychiatrie, oncologie.. lutte contre la mortalité infantile...) Il y a désorganisation des services de soins par suite de la non disponibilité des biens et services nécessaires. Ceci ne peut qu'accentuer le peu d'efficacité enregistré. Et ce, d'autant que les conditions physiques de reproduction du système semblent devenir de plus en plus difficiles à concrétiser. Cela l'incitera-t-il à se remettre en cause et à se transformer ou continuera-t-il d'absorber les mêmes ressources avec un degré accru d'inefficacité ? Finalement c'est à une mutation profonde des modalités de gestion et de régulation qu'est confronté le système de santé à la lumière de la Crise. Il est donc à la recherche de techniques appropriées et de procédures sociales efficaces lui permettant de faire face aux impératifs d'économicité et de rationalité auxquels il doit faire face sous peine de perdre encore une plus grande part de sa crédibilité.

BIBLIOGRAPHIE

- F. Z. OUFRIHA : Organisation de la couverture des dépenses de santé et modalités de leur financement en Algérie Cahiers du CREAD n° 13 - 1988.
- M. KADDAR : Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie - Cahiers du CREAD n° 13 - 1988.
- F. Z. OUFRIHA : De quelques éléments d'appréciation sur l'efficacité du fonctionnement des services de soins en Algérie - Cahiers du CREAD n° 19 - 1989.
- M. KADDAR : Les rapports entre la Sécurité Sociale et le système de soins en Algérie - Cahiers du CREAD n°19 - 1989.
- F. Z. OUFRIHA : Médecine gratuite, forte augmentation des dépenses et crise de l'Etat socialo-providence en Algérie - Cahiers du CREAD n° 22 - 1983.
- F. Z. OUFRIHA : Crise, autonomie du système de santé et nouveau mode de régulation en Algérie - Acte de la Xème Conférence Mondiale sur les systèmes de santé dans le monde - Prague 1992.

- F. Z. OUFRIHA : De la santé gratuite à la santé - Coût insupportable pour l'économie
- Communication préparée pour le XXXVème Colloque International de l'A.E.A. San-José 1992.

- F. Z. OUFRIHA : Cette chère santé : une analyse économique du système de santé en Algérie - livre OPU.

- H. KADDAR : La crise sanitaire en Algérie : une technique de planification 1985.

- REVUE DU CENEAP N° SPÉCIAL : Aspects économiques de la santé en Algérie - 1985.

- D. BOURAS : Tentative d'évaluation du programme d'investissement du secteur de la santé - 4ème Cahier Spécial "Economie de la Santé". CREAD

- L. LAMRI : Essai d'analyse sur l'affectation des crédits budgétaires entre unités hospitalières et non hospitalières - Revue CREAD n° 22 - 1989.

- P. CHAULET : A. HELALI : L'approvisionnement en médicaments antituberculeux en 1991. Un problème mondial, un problème national : Société algérienne de pneumophtisiologie - Oran - Décembre 1991.

- N. TALEB BEN HANSOUR : L'alternative public privé et le champ de la santé CREAD n° 13 - 1988.

- F. Z. OUFRIHA : Approvisionnement en médicaments et coût des maladies mentales en Algérie - Colloque ARCAP - Venise 1992.

DRS. A. OUCHFOUN ET D. HAMMOUDA [*]

Bilan de vingt-huit années de politique sanitaire en Algérie

INTRODUCTION

Les moyens énormes qui ont été investis dans le domaine de la santé publique depuis plus de deux décennies sont loin d'aboutir aux résultats espérés. Bien avant la survenue de la crise économique et des changements politiques qui s'en suivirent, un malaise de plus en plus profond se faisait ressentir, tant au niveau des consommateurs, que des professionnels de la santé. Cette contradiction était analysée de manière objective par un document de la Banque Mondiale (tableau suivant et annexe 11) qui montrait que par des dépenses nettement supérieures en matière de santé, l'Algérie atteignait des performances a peu près similaires à celles de ses voisins du Maghreb. La comparaison avec d'autres pays méditerranéens attribuant des allocations similaires aux dépenses de santé, montrait l'existence d'une inégalité flagrante au niveau des résultats.

L'étude suivante est destinée à analyser l'évolution du système de santé depuis 1963 et ses répercussions sur l'état de santé de la population. Elle n'a pas pour ambition de proposer des solutions à la crise actuelle que traverse le pays, mais simplement d'aider tous ceux qui sont concernés par la santé de la population à mieux cerner les aspects positifs et les éventuels dérapages de la politique sanitaire qui a été suivie depuis 1963.

DEPENSES E MATIERE DE SANTE AU MAGHREB

	Maroc	Algérie	Tunisie
- Total de dépenses de santé : % du PIB \$/ habitant (a)	3,3 % US\$ 26	5,4 % US\$ 125	5,0 % US\$ 55
-Dépenses publiques en de santé : % du PIB % du budget de l'Etat \$ habitant (a)	1,0 % 4,9 % US\$ 8	4,3 % 18,0 % US\$ 100	5,0 % 8,5 % IS\$ 28

a) Au taux de change officiel.
Source : Banque Mondiale.

1. LA SANTE EN ALGERIE AU LENDEMAIN DE L'INDEPENDANCE (1962-1973)

1.1. La population et son environnement socio-économique (annexe 1) :

L'Algérie indépendante compte une population de 10 millions d'habitants composée, en majeure partie de jeunes (50 % sont âgés de moins de 15 ans) ; elle est, de plus, caractérisée par une forte croissance démographique (3,4 %). Le taux de natalité est l'un des plus élevés du monde (48,5 ‰).

L'espérance de vie à la naissance ne dépasse pas 50 ans et le taux de mortalité infantile avoisine les 200 décès pour 1.000 naissances.

D'après les statistiques de l'UNESCO de l'époque, 80 % de cette population est analphabète. A partir de 1963, le quart du budget de la nation est consacré à l'éducation.

Les bouleversements subis pendant la guerre de libération (regroupement de populations, destruction de nombreux villages) favorisent un exode rural massif et une urbanisation rapide. Un prolétariat se développe dans les habitats précaires dans des banlieues insalubres. Cette population dont la composante urbaine est estimée à 22,5 % ne bénéficient pas de conditions de logements adéquates : 36 % seulement des habitations disposent d'eau courante et 23 % sont reliées à un réseau d'égout.

Sur le plan économique, l'agriculture, principale ressource du pays, fait vivre 70 % de la population et emploie les trois quarts de la main d'œuvre (1.295.000 travailleurs). La production de céréales, 16 à 17 millions de quintaux est insuffisante pour satisfaire les besoins de la population qui sont estimés à 25 millions de quintaux. Mais l'exportation des agrumes (1/5 des recettes pétrolières) et du vin (1/3 des recettes pétrolières) est suffisante pour équilibrer les importations du pays.

Les recettes pétrolières, avec 2,168 millions de DA ne représentent que 57,8 % des exportations, alors qu'elles en constitueront plus de 98 % dans les années 80.

Total en millions de DA

Exportations	3.747
Importations	3.216
Solde	+ 531

A cela, il faut ajouter les transferts de devises effectués par les travailleurs émigrés (1,7 milliards de francs français).

Cette situation explique le solde positif de notre commerce extérieur au lendemain de l'indépendance. Le budget de la nation s'élève alors à 2.914 millions de DA, dont 1.450 provenant de l'aide extérieure. Les deux tiers de ce budget sont consacrés au fonctionnement. La santé bénéficie de 194 millions de DA, soit 6,6 % du budget global.

1.2. Situation sanitaire :

Les indicateurs sanitaires de la population algérienne au lendemain de l'Indépendance sont pratiquement inexistantes. Cependant, la pathologie prédominante est constituée par les maladies transmissibles, infectieuses et parasitaires, générées par l'état de l'hygiène du milieu et aggravées par la malnutrition chronique qui affecte une partie de la population.

Parmi ces maladies prévalentes, on peut citer la tuberculose dont l'incidence annuelle est évaluée dans les années 1960 à 20.000 cas et à laquelle est réservé un lit d'hospitalisation sur six.

Le paludisme constitue le second fléau du pays, avec 70.000 à 90.000 cas annuels, officiellement recensés au début des années 60. A ces maladies qui touchent indistinctement adultes et nourrissons, il faut ajouter toutes les maladies infectieuses de l'enfance : rougeole, tétanos, coqueluche, diphtérie, poliomyélite, pneumonie et diarrhées, pour lesquelles les vaccins sont peu disponibles ou inexistantes et qui sont les premières causes de mortalité infantile et d'handicaps.

Parmi les autres maladies transmissibles posant problème, il convient de citer les zoonoses (hydatidose, rage), le typhus, la fièvre typhoïde, la méningite cérébro-spinale et le trachome, maladies présentes à l'état endémo-épidémique et pour lesquelles, il n'existe pas de données exhaustives.

Les maladies mentales, séquelles de la guerre de libération, sont d'autant plus préoccupantes qu'il existe peu de spécialistes algériens pour leur prise en charge.

Les seules données statistiques de morbidité et de mortalité pour la période, portent sur l'année 1970. Elles proviennent des structures hospitalières d'une dizaine de wilayas (50 % des lits hospitaliers) et, malgré leur insuffisance, elles permettent d'esquisser un profil épidémiologique qui confirme la prédominance des maladies infectieuses et parasitaires. Ces dernières sont au premier rang des causes de décès (36 %) hospitalier et des motifs d'hospitalisation (13,4 %) si l'on exclut les hospitalisations pour accouchements et complications obstétricales. (annexe 2).

MOTIFS D'HOSPITALISATION EN 1970

Accouchement et complications		
Obstétricales	14,5%	
1- Maladies transmissibles	7,2%] 13,4%
Tuberculose	6,2%	
2- Maladies de l'appareil respiratoire	12,7%	
3- Maladies de l'appareil digestif	12,0%	
4- Maladies de l'appareil génito-urinaire	9,1%	
5- Accidents, traumatismes, intoxications.....	9,1%	
6- Maladies cardio-vasculaires.....	7,9%	
7- Avortements	3,9%	
8- Maladies dermatologiques.....	3,0%	
9- Maladies endocriniennes et métaboliques.....	2,8%	
10- Morbidité prénatale et mal définie.....	2,8%	
11- Autres.....	8,8 %	

CAUSES DE DECES HOSPITALIER 1970

1-	Tuberculose (toutes localisations).....	5,8%	36%
	Entérites et autres maladies diarrhéiques	6,3%	
	Autres maladies infectieuses et parasitaires.....	12,1%	
	Pneumonie	11,8%	
2-	Maladies cardio-vasculaires	12,1%	
3-	Accidents (toutes causes confondues).....	11,1%	
4-	Maladies appareil respiratoire.....	7,8%	
5-	ABRT et autres complications obstétricales.....	6,7%	
6-	Autre causes de mortalité prénatale	6,3%	
7-	Symptômes états morbides mal définis.....	2,7%	
8-	Nom précisées.....	17,3%	

Cette étude montre que les causes de décès observées dans les années 1970 en Algérie étaient pratiquement les mêmes que celles des pays comme la Grande-Bretagne ou les Etats-Unis d'Amérique à la fin du XIXème siècle (annexe4).

1.3. Organisation, fonctionnement et financement du système de santé :

Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie a hérité d'un dispositif de soins non systématisé et totalement inadapté aux besoins de la population. Celui-ci se caractérise par une infrastructure relativement importante, mais hospitalo-centriste, répartie dans les grandes agglomérations du Nord du pays, et les zones agricoles riches couvrant les besoins d'une minorité alors que la quasi-totalité de la population n'a pratiquement pas accès aux soins. Le reste est constitué d'unités de l'Assistance Médicale Gratuite ou de dispensaires et d'équipes sanitaires mobiles.

A côté de ce secteur d'Etat, il existe, plus particulièrement dans les villes, un secteur privé qui possède des cliniques, des cabinets médicaux et des officines pharmaceutiques à but lucratif et curatif qui ont la même implantation que les structures du secteur public.

Le départ des Français laisse un grand vide au niveau de ces structures. En 1963, l'Algérie compte 600 médecins dont la moitié de nationaux.

Pour résorber le déficit en médecins, on fait appel à la coopération médicale étrangère, destinée à répondre aux besoins en soins curatifs de la population et aux urgences médico-chirurgicales.

L'organisation sanitaire reste centrée sur l'hôpital qui est, en majeure partie, subventionné par l'Etat. Les centres de l'Assistance Médicale Gratuite sont gérés par les communes. Enfin, les centres médicaux-sociaux sont gérés par les caisses de Sécurité Sociale et les Sociétés Nationales récemment créées. Certains ministères prennent en charge directement leurs travailleurs (dispensaire agricole, CASOMINES pour les mineurs et enfin, ONIMET pour les autres travailleurs.

Les premières mesures en vue d'améliorer l'organisation sanitaire sont prises dès le lendemain de l'Indépendance : création de l'IPA (Institut Pasteur d'Algérie), de la PCA (Pharmacie Centrale Algérienne), et de l'INSP (Institut national de Santé Publique) en 1964. Ce dernier a pour mission d'élaborer des programmes de prévention et de lutte contre les principales maladies prévalentes et d'initier des actions en faveur de certaines populations à risque (PMI/hygiène scolaire/médecine du travail).

Les équipes mobiles d'Action Sanitaire de masse sont créées, afin de diffuser la vaccination, les mesures contre le trachome, et d'assurer l'éducation sanitaire au sein des populations éparses.

Le financement des services de santé se fait de trois manières :

1. L'Etat et les collectivités locales interviennent pour 60 % dans les dépenses de santé au niveau des structures hospitalières et des A.M.G (Assistance Médicale Gratuite).

Les malades indigents ou démunis de ressources constituent la quasi-totalité des patients. Ils sont donc pris en charge gratuitement. Le remboursement de leur prise en charge est assuré par :

- le trésor public, à raison de 85 % ;
- les caisses de solidarité des départements et des communes, à raison de 15 %.

2. La caisse de Sécurité Sociale. Elle prend en charge le remboursement des soins d'une partie des salariés et de leurs ayants droit. Elle participe au financement du secteur hospitalier sur la base d'un remboursement forfaitaire de 30 % du prix de journée.

3. Les personnes autonomes en matière de prise en charge sont les petits industriels, agriculteurs, commerçants, professions libérales qui règlent directement leurs dépenses de santé : leur participation ne représente que 10 % des dépenses de santé.

EN CONCLUSION :

On assiste, à l'issue de ces douze (12) premières années de l'indépendance, à l'émergence d'une législation qui tend à unifier les structures de santé existantes.

En effet, en 1966 (ordonnance du 04 Avril 1966), une réglementation est mise en place pour obliger les médecins, pharmaciens et autres praticiens à exercer à mi-temps dans les structures de santé publique. Parallèlement, les unités de soins de l'A.M.G. sont rattachées au secteur public.

En matière de prévention et de lutte contre les maladies, de vastes programmes sont entrepris :

* Décret du 17 Juin 1969, rendant obligatoire et gratuite la vaccination

contre la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche, la poliomyélite et la

variole.

* Un autre décret (Juillet 1969) rend obligatoires et gratuits le dépistage, la prévention et la prise en charge des malades atteints de tuberculose.

* Un programme d'éradication du paludisme est entrepris, en collaboration avec l'OMS dans toute la partie Nord du pays.

* Un programme de lutte contre le trachome, principale cause de cécité, après avoir été testé dans le Nord du pays, est généralisé à l'ensemble du territoire national.

* Pour lutter contre la malnutrition, un aliment de sevrage, la SUPERAMINE, est mis au point et distribué gratuitement dans toutes les unités sanitaires du pays.

Ce sont les principales actions développées pour lutter contre les affections les plus prévalentes. Cette activité de prévention ne représente, en réalité, que 3 % des dépenses globales de santé, alors qu'à titre comparatif, elle était de 10 % dans les pays industrialisés.

Etant donné la pathologie algérienne, dès 1965, un consultant, expert de l'OMS, recommandait de privilégier les activités des AMS et de médecine préventive. Il proposait de fermer, sinon de ne plus construire d'hôpitaux et de porter les crédits de la prévention à 12,5 % du budget consacré à la Santé.

2. LA SANTE EN ALGERIE AU COURS DE LA PREMIERE PHASE D'APPLICATION DE LA GRATUITE DES SOINS (1974-1984)

2.1. La situation démographique et socio-économique (annexe 1)

:

Cette deuxième décennie se caractérise par un doublement de la population qui passe de 10,813 millions en 1962 à 20,840 millions en 1982, et par une amélioration du mode de vie de cette population. Ces phénomènes démographiques sont dus, en grande partie, à l'essor économique que va connaître le pays sous l'effet conjugué de l'accroissement des revenus pétroliers et de l'augmentation de la parité du dollar.

En effet, le premier plan quadriennal (1970-1973) avait pour ambition la relance de l'économie algérienne en privilégiant les investissements dans le secteur industriel. Mais il devait se heurter à une double contrainte : l'insuffisance des moyens d'investissements d'une part, l'absence d'ingeneering national d'autre part (achat d'usines clés en main).

Aussi, le gouvernement va prendre une série de mesures pour accélérer le processus de développement économique parmi lesquelles :

- La nationalisation des hydrocarbures qui aura pour conséquence le doublement du budget de l'Etat entre 1973 et 1974.

1973	1974	1975	1982
11,067	23,438	25,052	50,421

Parallèlement, on assiste à une diminution progressive de la part versée par l'Etat, aboutissant à un co-financement, Etat-Sécurité Sociale (cf. annexe 12).

SOURCE DE FINANCEMENT DES SECTEURS SANITAIRES
(en millions de dinars)

Année	1974		1982	
		%		%
- Etat	601	70,93	1 874	49,38
- Sécurité Sociale	199	23,44	1 800	47,38
- Collectivités locales	47,3	5,58	--	--
- Ressources propres	--	--	121	3,19

Source : Ministère de la Santé.

L'augmentation de la production interne et du Produit Interne Brut (le Produit National Brut par habitant et par an passe de 200 \$ en 1962 à 1.600 \$ en 1972) vont entraîner une amélioration générale du niveau de vie et, par voie de conséquence, une augmentation de la demande de soins.

De 1980 à 1984, la croissance des dépenses de santé est de l'ordre de 20 % par an, la part des dépenses de santé passe de 3,5 à 5 % du PIB.

2.1. Organisation, fonctionnement et financement du système de santé (1974-1984) :

En Février 1978, un Décret instaure la structuration du système de santé algérien. Désormais, le pays est découpé en secteurs sanitaires correspondant approximativement au territoire d'une Daïra, comprenant à la fois, une structure d'hospitalisation et des unités de soins périphérique (polyclinique, dispensaire, centre de santé) qui lui sont rattachées administrativement.

Cette organisation se caractérise donc par une unification des services de soins et une hiérarchisation du système de soins. Elle annonce la politique de soins de santé primaire qui sera préconisée, 5 ans plus tard, à ALMA ATA.

Mais la principale mesure prise au cours de cette période concerne le Décret sur l'instauration de la gratuité des soins à compter du 1er Janvier 1974 dans tous les services de santé publique. Progressivement, la majeure partie des personnels (hospitalo-universitaires) et des structures parapubliques (cliniques, centres médico-sociaux d'entreprises ou de la sécurité sociale) sont rattachés au secteur public.

Ordonnance 73-65 du 28 Décembre 73 portant gratuité des soins dans l'ensemble des services publics.

Décret d'Octobre 1974 portant temps plein obligatoire pour tous les praticiens hospitalo-universitaires.

Circulaire Juillet 1980 portant intégration du personnel médical et tutelle des centres médico-sociaux au sein de la santé publique.

Décembre 1983.... dissolution de l'ONIMET et intégration des activités de médecine du travail.

Si l'ensemble de ces mesures a eu un impact positif sur la santé globale de la population, notamment grâce à une meilleure accessibilité du public aux prestations de soins, il eut des effets pervers d'un autre côté. En premier lieu, la fermeture de la plupart des cabinets privés des hospitalo-universitaires et leur départ des centres médico-sociaux - alors que les unités de soins de base (polycliniques et centres de santé) étaient quasiment inexistantes dans les grands villes - provoqua un rush de la population vers les CHU.

En effet : Le taux de réalisation des infrastructures hospitalières est le plus élevé (57 %), alors que celui des structures décentralisées et de l'ordre de 20 %.

D'autre part : La part du budget du secteur sanitaire consacrée aux polycliniques et centres de santé est dérisoire.

RÉALISATIONS D'INFRASTRUCTURES SANITAIRES (1980-1984)

	Hôpitaux	Polyclinique	C/ Santé	Maternité
Programmés	18 800 lits	656	717	144
Réalisés	10 740 lits	130	276	30
%	57%	20%	38,5%	26%

Source : M.S.P

Les livraisons d'infrastructures prévues pour 1985 sont importantes, mais elles déséquilibrent le système de soins en élargissant d'abord les structures hospitalières (26 hôpitaux) au détriment des structures légères et des objectifs sanitaires affichés par le M.S.P.

C'est à cette époque que se développa la "dispensarisation" de ces hôpitaux, ainsi que les premiers symptômes de ségrégation entre malades. Il y avait d'une part, le tout venant qui devait accomplir un véritable parcours du combattant pour aboutir à une consultation spécialisée ou à une hospitalisation, d'autre part, une minorité de privilégiés ayant accès directement au service de leur ex-médecin traitant (ex mi-temps ou plein temps aménagé).

Ce surcroît d'activité des spécialistes hospitalo-universitaires s'effectue au détriment des autres prestations : formation - recherche. En matière de formation, par exemple, il devient courant de voir un étudiant ou un

résident enseigné par un résident ou un assistant pratiquement de la même promotion.

La fonctionnarisation des personnels de santé eut pour effet de supprimer tout esprit d'initiative et d'aboutir à une organisation et une gestion routinière et bureaucratique. La gratuité des soins a entraîné la suppression de la fiche navette et, par conséquent, l'impossibilité d'évaluer les coûts de santé.

L'attribution d'un budget global au Directeur du Secteur Sanitaire transforma ce dernier en un simple dépensier, d'autant plus que certaines opérations le concernant se décidaient au niveau central.

Ainsi en fut-il pour les dépenses d'équipement et la gestion de projets d'extension ou tout simplement de la réalisation de nouvelles structures de soins. Le système de financement provoque une détérioration du système financier et comptable, et en conséquence, une absence totale de contrôle des coûts.

- Etat sanitaire de la population au cours de cette phase (annexe 2-3 et 4) :

La gratuité de la médecine ayant levé la principale contrainte de l'accessibilité aux soins, la situation sanitaire de la population subit des améliorations notables. Les malades ou leur famille n'ont plus besoin d'attendre d'avoir suffisamment d'argent et/ou le stade final de la maladie pour consulter. Les malades sont vus à un stade plus précoce et donc les formes évolutives, compliquées ou mortelles diminuent ostensiblement grâce, en partie, à la manne de la Sécurité Sociale. Près de 40.000 malades en 1983, bénéficient de soins à l'étranger occasionnant une dépense de 623,2 millions de dinars, soit 7,35 % du budget global de la santé.

D'une manière générale, la plupart des indicateurs sanitaires se trouvent améliorés. C'est ainsi que l'espérance de vie fait un bond de 10 ans et passe de 50 ans en 1962 à 60 ans en 1982. Mais la persistance d'un taux élevé de mortalité infantile est un indice de l'inadéquation du système de santé.

Il faut dire que les programmes nationaux de santé (lutte anti-tuberculeuse, programme d'éradication du paludisme, programme élargi de vaccinations) instaurés à la fin des années 1960, commencent à faire ressentir leurs effets bénéfiques. La plupart des maladies contagieuses de l'enfant (diphthérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite) sont en nette régression, sinon en voie de disparition. Seules demeurent la diarrhée, les infections respiratoires et la rougeole (dont la vaccination ne sera rendue obligatoire qu'en 1985) comme principales causes de mortalité infantile. Cette dernière a régressé de 50 % en 20 ans passant de 180 ‰ en 1962 à 83 ‰ en 1982.

Elle demeure tout de même relativement élevée par rapport à des pays ayant un niveau de vie similaire ou même inférieur (voir introduction : analyse Banque Mondiale).

En effet, si de gros investissements ont été consentis pour le secteur santé, d'autres secteurs sociaux, d'importance aussi vitale, n'ont pas bénéficié des mêmes faveurs. Il s'agit en particulier de l'habitat qui en raison de la croissance démographique, accuse un déficit de 100.000 logements/an à partir de 1980, et du secteur de l'hydraulique dont le développement a été pratiquement négligé jusqu'au début des années 80. Les conséquences de cette situation, c'est qu'on assiste parallèlement à une amélioration sensible du niveau de vie et à une dégradation tout aussi sensible du cadre de cette vie et des conditions d'hygiène en particulier.

Cette situation se traduit par une progression, alarmante des maladies à transmission hydrique (dysenterie, hépatite virale, typhoïde et choléra) qui sévissent à l'état endémo-épidémique n'épargnant aucune région du pays. On assiste à une persistance des maladies infectieuses parasitaires, maladies de la misère et du sous-développement, et à une émergence des maladies chroniques dégénératives (cancer, maladies cardio-vasculaires, etc..) traduction de l'augmentation de l'espérance de vie de la population générale.

Une enquête nationale effectuée sur l'ensemble des structures sanitaires du pays confirme ces tendances de la morbidité et de la mortalité (annexe 5).

3. LA CRISE ECONOMIQUE ET SES REPERCUSSIONS SUR LA SANTE PUBLIQUE (1985-1990)

3.1. La situation socio-économique :

Les mesures de libéralisation anarchique de l'économie entamées au début des années 80, associées à la baisse brutale des revenus pétroliers (1985) vont se traduire par une grave crise financière, économique et sociale à partir de 1988.

Le début des années 80 est marqué par le démarrage de grands projets, souvent d'intérêt public, mais parfois de prestige : autoroutes, ponts, métro, barrages (mais aussi, le nouvel Institut Pasteur d'Algérie, Riad El-Feth et quartier Hamma). On assiste parallèlement à un ralentissement, sinon un arrêt, de certaines unités industrielles jugées peu performantes. Les importations de biens d'équipement et/ou de consommation se font de manière massive.

L'Etat est soumis à de fortes pressions contradictoires provenant de la société. Il y a, d'une part, "l'élite de la nation", les cadres technico-administratifs, les politiques et les militaires qui, à l'image de leurs collègues de l'Occident, réclament un cadre de vie de plus en plus coûteux et sophistiqué.

Il y a, d'autre part, une jeunesse de plus en plus nombreuse (la croissance démographique ne s'est pas ralentie) pour laquelle il faut créer des écoles de formation, des espaces de loisirs et trouver des emplois, de plus en plus rares.

Grâce à la dynamique de l'indépendance, l'Algérie a pu absorber, en 20 ans, sans trop de dommages, 10 millions d'algériens supplémentaires. Elle ne semble plus être en mesure d'intégrer les 3 ou 4 millions de nouveaux citoyens apparus au cours des années 1980 (annexe 6).

En 1990, la population est estimée à 22,800 millions d'habitants et le taux de croissance démographique (2,73 %) semble en nette régression. Mais, 75 % de cette population ont moins de 30 ans : 6 millions de jeunes (un algérien sur quatre) fréquentent théoriquement l'école ou l'université. Jusqu'à ces dernières années, à l'exception d'une frange marginale, la voie de la jeunesse était toute balisée : école fondamentale et accès direct à l'emploi ou passage à l'université. Désormais de nombreux barrages ont été installés, l'emploi n'est plus une garantie, mais presque un privilège. Même les études supérieures et les titres universitaires ne sont plus synonymes d'embauche automatique.

Par rapport à l'accroissement de la population, le parc de logements n'a pas suivi la même évolution. Il n'a même pas doublé en 30 ans. De plus, la résorption d'une partie des habitats précaires s'est faite au profit de cités dortoirs sans rapport avec le mode de vie traditionnel de la population et ne présentant aucun des "avantages" (?) de leurs homologues d'Europe.

De plus, au dernier recensement de 1987, seuls 58 % des logements disposaient d'eau courante et 52,4 % d'évacuation à l'égout. Par contre, 72,7 % étaient électrifiés.

Le taux d'occupation de ces logements est passé de 6,1 en 1966 à 7,7 personnes en 1987 et le taux d'occupation par pièce de 2,65 en 1966 à 3,2 en 1987.

Recensements	1966	1977	1987
Nombre de logements (en milliers)	1 982,1	2 290,6	2 999
Type de logements : immeubles %	7,8	8,3	13,9
Maison individuelle ou traditionnelle %	81,9	82,4	79,7
Habitat précaire %	10,3	9,3	6,4
Nombre de personnes par lgt %	6,1	7,4	7,7
Taux d'occupation par pièce	2,65	2,48	3,20

Source : ONS

Cette dégradation des conditions de vie et de l'environnement général, rajoutée à l'absence de perspectives, va entraîner une insatisfaction de la population et un rejet de tout le système.

A ce niveau, il est utile de souligner aussi, outre le ralentissement de l'industrialisation :

- l'encouragement à la surconsommation ;
- le développement progressivement croissant du secteur privé ;
- la restructuration puis l'autonomie des entreprises publiques ;
- l'accentuation de la diversification sociale.

3.2. Organisation, fonctionnement et financement du système de santé :

Le système de santé a bénéficié des mêmes investissements que les autres secteurs sociaux au début des années 80. Sur le plan des infrastructures, une trentaine de nouveaux hôpitaux préfabriqués ont été réalisés portant le nombre de lits hospitaliers de 40000 à près de 60000. L'importation d'équipements médico-chirurgicaux sophistiqués et coûteux s'est effectuée de la même manière massive. Le nombre de structures périphériques (polycliniques, centres de santé) double au cours de la même période, dépassant les 4 000 unités. Le territoire national est désormais couvert de structures sanitaires en nombre suffisant et aisément accessibles à l'ensemble de la population (annexe 7).

Le système de formation a permis la mise sur le marché d'un nombre considérable de praticiens et de techniciens de la santé. La norme de un médecin pour 1 000 habitants est déjà dépassée en 1990 (annexe 8).

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DES SECTEURS SANITAIRES

Catégorie Personnel	1980	1984	Taux d'accroissement
Médical	3 775	9 106	215 %
Paramédical	32 381	54 071	67 %
Administratif			
Technique	21 000	29 960	42 %
Services			
TOTAL	57 156	95 925	68 %

Source : MSP

L'intégration en 1984, des équipements et du personnel de la médecine du travail (ONIMET) au service de santé publique montre qu'on s'achemine vers un véritable système national de santé (généralisé et gratuit) à côté d'un secteur privé qui prend de l'ampleur.

Le financement est assuré par la Sécurité Sociale à plus de 70 %, l'Etat prenant en charge les 30 % restants. (annexes 8 et 9).

Survient la crise économique qui va ébranler cet édifice échafaudé sans planification.

Dès 1986, l'érection de certains hôpitaux régionaux en centres hospitalo-universitaires (ce qui porte leur nombre à 13) et leur

autonomisation par rapport aux autres structures sanitaires, va porter un rude coup à la politique de sectorisation et d'unification du système de santé.

Dans le cadre du financement, (annexe 9) il est à signaler que ces CHU utilisent 70 % du budget de la santé, alors que les secteurs sanitaires qui assurent 70 % des activités de prestations n'en perçoivent que 30 %.

Ce budget est consacré, dans sa quasi-totalité (3/4), à rétribuer les personnels. Depuis l'instauration de la médecine gratuite, la part attribuée aux autres chapitres, par exemple alimentation, médicament, et pour ne pas la citer prévention, n'a fait que rétrécir.

La part alimentation est passée de 5,42 % en 1974 à 3,74 % en 1990, alors que les produits alimentaires ont subi une hausse de plus de 300 % au cours de cette même période. Il en est de même pour le médicament dont la part a subi une réduction des 2/3 : de 17,7 % en 1974 à 6,3 % en 1990.

De plus, ce dernier est importé à plus de 80 % et la dévaluation du dinar a entraîné une baisse de notre pouvoir d'achat.

EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE
(en millier de dinars)

Année	1974	1982	1990
Chapitre			
Personnel	549 300 (64,82 %)	2 376 000 (62,61 %)	9 729 517 (74,40 %)
Alimentation	46 000 (5,42 %)	225 000 (5,93 %)	487 870 (4,74 %)
Médicament	150 000 (17,70 %)	480 000 (12,65 %)	824 245 (6,30 %)
Prévention	36 582 (4,11 %)	---	189 609 (1,45 %)

Source : MSP

A partir de 1988, les réformes entamées en vue d'une libéralisation des différents secteurs économiques vont toucher, à leur tour, le système national de santé. En effet, ce dernier, de par son statut à caractère administratif, a de plus en plus de difficultés à survivre dans un environnement livré aux lois de l'économie de marché, du fait de l'absence d'instruments juridiques qui lui permettraient de s'adapter aux nouvelles règles du jeu et faciliter ses interventions en matières d'achats et d'approvisionnements.

Les premières mesures adoptées "en faveur" du secteur comportent l'autorisation d'ouverture de cliniques privées, la suppression du service civil et du zoning. On assiste alors à une hémorragie importante des spécialistes hospitalo-universitaires, due autant à la dégradation des conditions de travail dans le secteur public, qu'aux perspectives de leur enrichissement rapide dans le secteur privé.

La suppression du zoning et du service civil va avoir les mêmes conséquences sur le fonctionnement des autres structures sanitaires du pays. Des régions entières, parmi les plus déshéritées, se retrouvent dépourvues de spécialistes algériens de santé publique qui sont allés s'installer à titre privé dans les grandes métropoles ou même ont émigré vers d'autres pays. Certains hôpitaux, inaugurés récemment, sont à l'abandon ou quasi-déserts.

La crise économique va contribuer à ébranler gravement l'édifice qui avait coûté plusieurs années d'efforts et de sacrifices au pays. L'autonomie accordée aux entreprises d'achat de médicaments et l'insuffisance de disponibilité de devises va complètement bouleverser le marché des consommables et du médicament. Des programmes nationaux (Programme Elargi de Vaccination - Lutte contre la croissance démographique - Lutte contre la tuberculose) sont en péril. Si cette situation se perpétue, elle risque de ramener l'état sanitaire du pays à 30 années en arrière.

L'effort impressionnant en matière de formation médicale s'est fait sans tenir compte des besoins réels et au détriment de la qualité des produits formés.

La formation en maintenance hospitalière a été négligée. En conséquence, une grande partie des équipements médicaux importés à grand renfort de devises, il y a moins de 10 ans, sont totalement paralysés.

La politique de soins de santé primaire, dont la pierre angulaire était la polyclinique, a été abandonnée au profit de l'hospitalo-centrisme. Au lieu de 1 000 polycliniques prévues pour l'horizon 90, 451, soit moins de la moitié, ont été réceptionnées. En revanche, les hôpitaux construits sont loin d'être rentabilisés : le taux d'occupation moyen varie de 49,4 % dans les secteurs sanitaires à 66,5 % dans les CHU.

La crise économique et les pénuries qu'elle engendre finiront par discréditer le secteur public et, plus particulièrement, la politique de soins de santé primaires. Les polycliniques et centres de santé, aux personnels pléthoriques et aux moyens réduits ou inexistantes (équipements, consommables, médicaments sont affectés en priorité aux hôpitaux quand ils sont disponibles) perdent progressivement leur clientèle au profit des hôpitaux et des structures privées.

3.3. Bilan de la situation sanitaire au cours de cette période de crise (cf. annexe 10) :

Les programmes de santé élaborés au cours de la première décennie, et développés dans les années 70-80, Commencent à donner leurs premiers signes d'essoufflement : baisse de la motivation du personnel de la prévention chargé de les appliquer. Ce personnel se heurte à des problèmes d'ordre statutaire (absence d'avantages par rapport aux employés du secteur curatif ; absence de perfectionnement ou de possibilité de progression) et à des contraintes objectives : difficulté d'appliquer des programmes qui font intervenir plusieurs partenaires

étrangers au système de santé : lutte contre la croissance démographique, lutte contre les maladies à transmission hydrique, Programme Elargi de Vaccination, Médecine du travail...

Sur le plan des indicateurs sanitaires, la mortalité infantile, malgré les efforts entrepris, stagne à 59 ‰. Elle est liée, d'après les résultats des différentes enquêtes nationales, aux infections respiratoires et, dans une moindre mesure, aux diarrhées et autres maladies infectieuses. L'espérance de vie à la naissance qui est passée à 65 ans explique l'apparition et la recrudescence des maladies chroniques et dégénératives (cf. annexe 11).

L'enquête Nationale de Santé effectuée en 1990, confirme cette tendance nouvelle de la pathologie. Les maladies transmissibles n'arrivent plus qu'au 5ème rang des motifs de consultation (7,4 ‰) bien après les maladies de l'appareil respiratoire (27,2 ‰). Au niveau des hospitalisations, elles sont au 4ème rang, après les maladies de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire, et les accidents et autres traumatismes.

Les maladies transmissibles, sont toujours caractérisées par la persistance des foyers épidémiques de fièvre typhoïde, d'hépatite virale ou de choléra, qui sont favorisés par les mauvaises conditions d'habitat et d'hygiène générale. A cause de la défaillance des services de prévention, on assiste encore à des flambées de rougeole ou de poliomyélite qui risquent de prendre une allure catastrophique si des mesures de renforcement ne sont pas prises dans les meilleurs délais.

CONCLUSION

La politique de santé jusqu'à la fin des années 70, tendait à l'instauration d'un système national de santé hiérarchisé et gratuit en s'appuyant sur un réseau de soins de santé primaire, et, du moins dans les textes officiels, sur une primauté à l'action préventive. Elle semble s'orienter vers une nouvelle démarche à partir des années 1980.

Au cours de cette dernière décennie, la priorité est accordée à la construction d'hôpitaux, et donc au système curatif aux dépens des infrastructures légères (poly-cliniques, centres de santé) et de la médecine ambulatoire et préventive.

Parallèlement, on assiste à une série de mesures en faveur de l'émergence d'un secteur privé : suppression du zoning et du service civil, autorisation d'ouverture de cliniques privées. L'éclatement du monopole de la Pharmacie Centrale Algérienne (PCA) aboutit à l'autonomisation de trois entreprises nationales pour l'achat et la commercialisation du médicament. La méconnaissance des besoins réels de la population, l'absence d'orientations de la part de leur tutelle, conduit ces entreprises à privilégier la commercialisation des produits de large consommation et de confort au détriment des médicaments et consommables essentiels. La pénurie de ces derniers va entraîner, à la fois, une paralysie de certains services hospitaliers et périphériques et

la mise en péril de certains malades chroniques (tuberculeux, insuffisants rénaux, diabétiques, cardiaques, ulcéreux, etc...).

L'absence d'une planification réelle fondée sur une étude quantitative et qualitative des besoins de santé de la population a abouti à une formation anarchique avec comme conséquence la mise sur le marché de praticiens en sur-effectif auxquels on a ouvert des postes budgétaires de complaisance, sans activité réelle.

L'Algérie d'aujourd'hui est l'un des pays en voie de développement ayant un vaste réseau sanitaire en structures hiérarchisées et une grande richesse en ressources humaines ; malheureusement, beaucoup de ces infrastructures sont à l'arrêt ou tournent au ralenti, faute de consommables, de médicaments essentiels, de maintenance du plateau technique.

Les réformes qui visent à donner un statut d'EPIC (Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial), risquent d'accélérer la tendance au démantèlement du secteur public. En effet, pour nombre de gestionnaires, ce statut devrait permettre de "rentabiliser" les structures de santé. Cette conception (qui n'est appliquée dans aucun pays du monde), si elle voit le jour au moment où le pouvoir d'achat de la majorité de la population est en décroissance, nous amène à nous interroger sur l'avenir du système de santé publique en Algérie.

Dans le cas, le plus probable, d'un arrêt de l'expansion du système de santé dans la décennie à venir, on peut estimer que l'augmentation des besoins financiers du système de santé publique sera de l'ordre de 10 % par an en dinars constants.

Or, à notre avis, la priorité dans le domaine de la santé ne résidera pas dans la recherche de nouvelles sources de financement. L'infrastructure sanitaire algérienne actuelle donne un accès potentiel aux soins à près de 90 % de la population. Cependant, la rentabilité du système de santé reste très en deçà des investissements consentis.

Cette situation est due, entre autres raisons, à l'inadéquation du système aux besoins de santé, aux énormes faiblesses de gestion, d'administration et d'organisation des services de santé, enfin à une absence totale de planification de leur développement.

Aujourd'hui, le problème clé est celui de l'amélioration de la performance du système de santé qui doit répondre aux critères d'efficacité et d'efficience. Il est impératif de mettre au point, rapidement, des outils rigoureux de recueil et d'analyse de l'information sanitaire, pour une gestion et une planification rationnelles, c'est à dire, conformes à des besoins identifiés.

Une attention particulière devra être apportée à la mise en place d'un système d'information sur la répartition et l'utilisation des ressources financières, sur le produit et la qualité des services de santé et sur les coûts de ces services.

C'est dire la priorité de la formation à tous les niveaux de personnels gestionnaires formés aux techniques de gestion et capables de mettre en place un système d'information sur les besoins de santé et de contrôle des coûts à la recherche constante du meilleur rapport coûts-avantage dans la répartition des dépenses de santé.

Il est urgent de réfléchir au mode de financement du système de santé.

La différenciation de l'accès aux soins ne doit pas se faire au détriment des couches les plus défavorisées, de même, que la recherche de nouvelles sources de financement ne doit pas peser sur elles. Ce qui est le cas, par exemple, avec la politique actuelle du médicament.

Cette préoccupation n'est pas seulement d'ordre social, elle est surtout d'ordre stratégique. Une baisse du niveau général de prise en charge des besoins de santé dans les conditions socio-économiques actuelles (de promiscuité, de manque d'hygiène, de malnutrition...) aurait des conséquences catastrophiques, au plan de la santé publique et obligerait à décupler les dépenses de santé dans la décennie à venir.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bulletin de l'Institut National de Santé Publique n° 1 à 10.
- Séminaire sur le développement d'un système national de santé - Alger du 07 au 08 Avril 1983.
- Annuaire statistiques de l'Algérie (PUBLICATIONS ONS) N° 1 à 14.
- Enquête Nationale de Santé – INSP (document non publié)
- Statistiques année 1990 (DIRECTION PLANIFICATION) MINISTÈRE DE LA SANTÉ.

ANNEXES

ANNEXE 1

EVOLUTION DE LA SITUATION SANITAIRE EN ALGÉRIE A PARTIR DE QUELQUES INDICATEURS

	1962	1972	1982	1990
INDICES DÉMOGRAPHIQUES				
Population totale (million)	10,813	14,170	20,840	22,800
Taux brut de natalité (°/°°)	48,5	49,2	41,8	33,91
Taux brut de mortalité (°/°°)	14,6	16,8	10,5	6,61
Taux de croissance (°/°°)	34	32,5	31,3	27,3
Taux de mortalité infantile (°/°°)	185	122	83	59
Espérance de vie à la naissance	50	53,5	60	65,7

INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES

Nombre d'enfants scolarisés (en millions)	0,849	2,898	4,600	6,300
Taux d'alphabétisation des adultes	< 20%	< 26%	< 42,8%	< 43,6%
P.I.B per capita en \$ U.S	200	1.600	2.300	2.360
Logements avec eau potable	36%	37,3 %	38,1 %	58 %
Logements avec égout	23%	44,5 %	49,2 %	52,4 %
Ration alimentaire kcal/personne/jour	2.000	2.300	2.830	3.015

BUDGET (en million de DA)

Budget de la nation	2.914	11.184	50,421	384.000
Budget de la santé	194	406	4.437	11.948

EFFECTIF DES PERSONNES

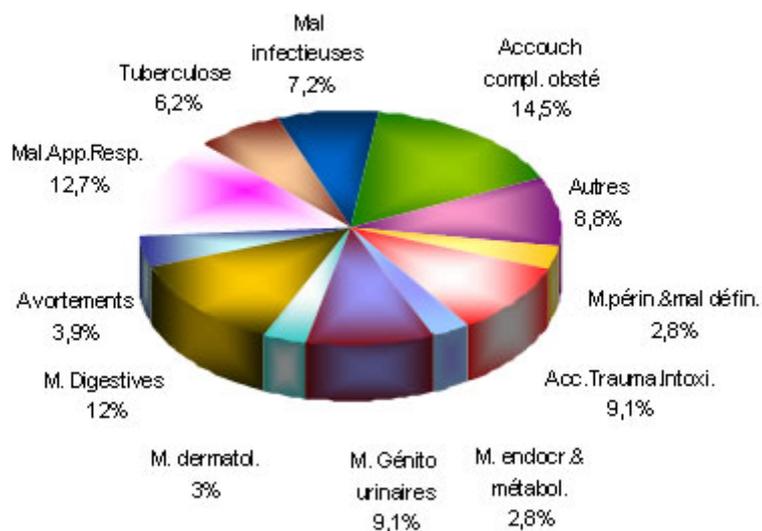
Nombre de médecins	600	1.985	9.056	23.550
Nombre de chirurgiens dentistes	135	308	2.313	7.199
Nombre de pharmaciens	266	355	1.137	2.134
Nombre de techniciens de la santé	1.380	14.373	32.640	55.145

EVOLUTION DES INFRASTRUCTURES

Nombre d'hôpitaux	156	143	173	181
Nombre de lits	37.787	38.828	43.700	55.544
Nombre de polycliniques	0	16	228	451
Nombre de centres de santé	188	307	820	1.121
nombre de salles de consultation /soins	734	1.266	1.660	3.344

ANNEXE 2

MORBIDITE HOSPITALIERE ANNEE 1970



ANNEXE 3

STATISTIQUES HOSPITALIERES CAUSES DE DECES

Causes de décès	1970	1981
Affections périnatales	6,3%	35,6%
Maladies diarrhéiques	6,3%	--
Autres maladies infectieuses et parasitaires	12,1%	16,5%
Tuberculoses	5,8%	--
Pneumonies	11,8%	
Grippe et autres maladies respiratoires	7,8%	11,5% (sont comprises toutes les affections de l'appareil respiratoire)
Complications obstétricales	6,7%	--
Maladies des organes génito-urinaires		0,2%
Accidents	11,2%	2,5%
Tumeurs malignes	--	2,6%
Maladies cardio-vasculaires	12,1%	12,13%
Etats morbides mal définis	2,7%	--

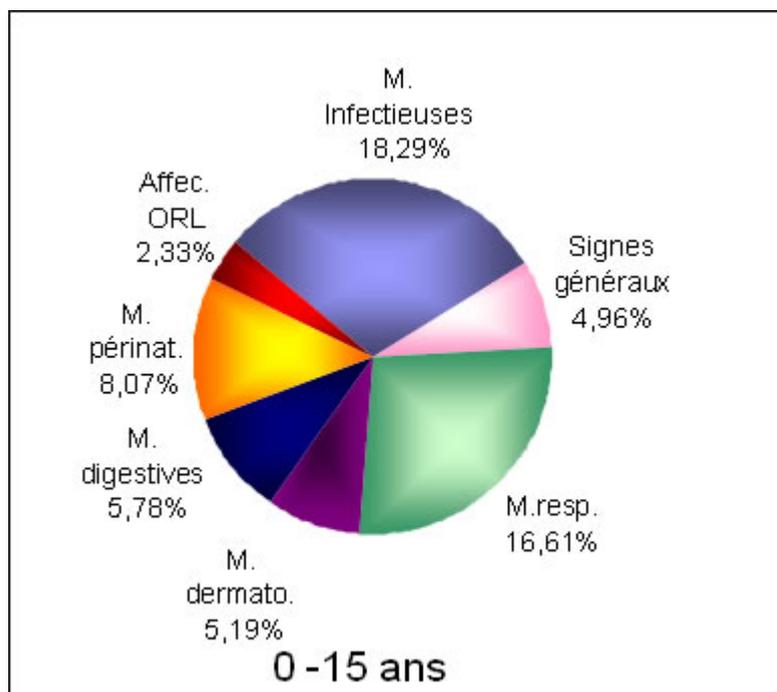
ANNEXE 4

**ÉVOLUTION COMPARATIVE DE QUELQUES CAUSES DE DECES GRANDE
BRETAGNE (GB) - ETATS UNIS (USA) ALGERIE (DZ)**

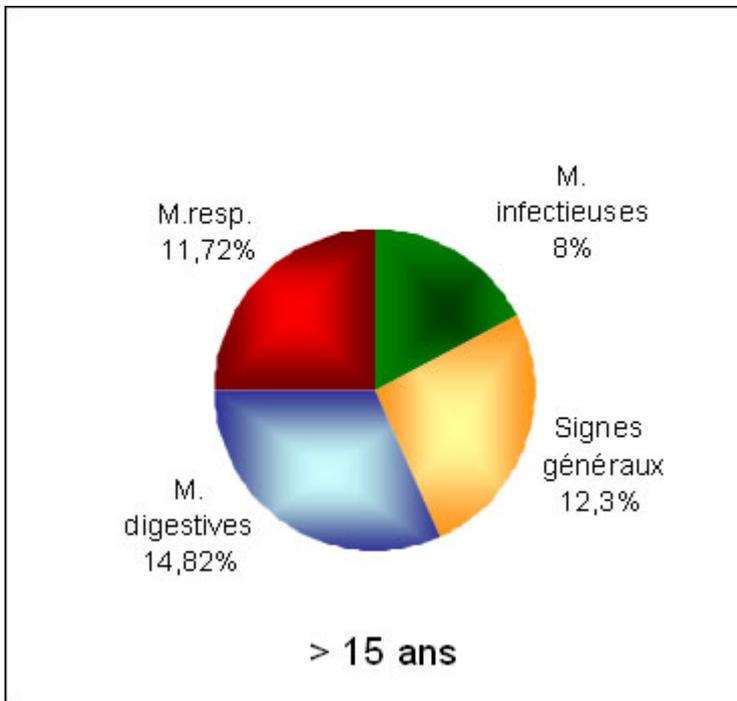
Maladies	1848 GB	1872 GB	1900 USA	1940 USA	1947 GB	1970 USA GB DZ	1973 DZ	1981 DZ
Maladies infectieuses et parasitaires	32% - 34%		37%	12% - 7 à 6%		24,2%	26,6%	16,5%
Maladies de l'appareil respiratoire	15% - 13%	20 à 21%		- 9 à 7%		12,1 à 8% 1,9% --19,6%	11,4%	11,5%
Maladies du système nerveux	13% - 12%	12%		9% - 9 à 10%		13,7% - 6,4%		
Maladie de l'appareil digestif	8% - 8%	--		- 4%		--		
Maladies cardio-vasculaires	5% - 6%	14%		29% - 39%		25%--23,5% --12,1%	9,36%	12,13%
Tumeurs malignes	1% - <u>2%</u>	7%		8% -15 à 12%		20% --7,4%	2%	<u>2,6%</u>
Accidents	-	8%	8%			3,8%--2,1% --11,2%	7%	2,5%

ANNEXE 5

MORBIDITE HOSPITALIERE ANNEE 1981

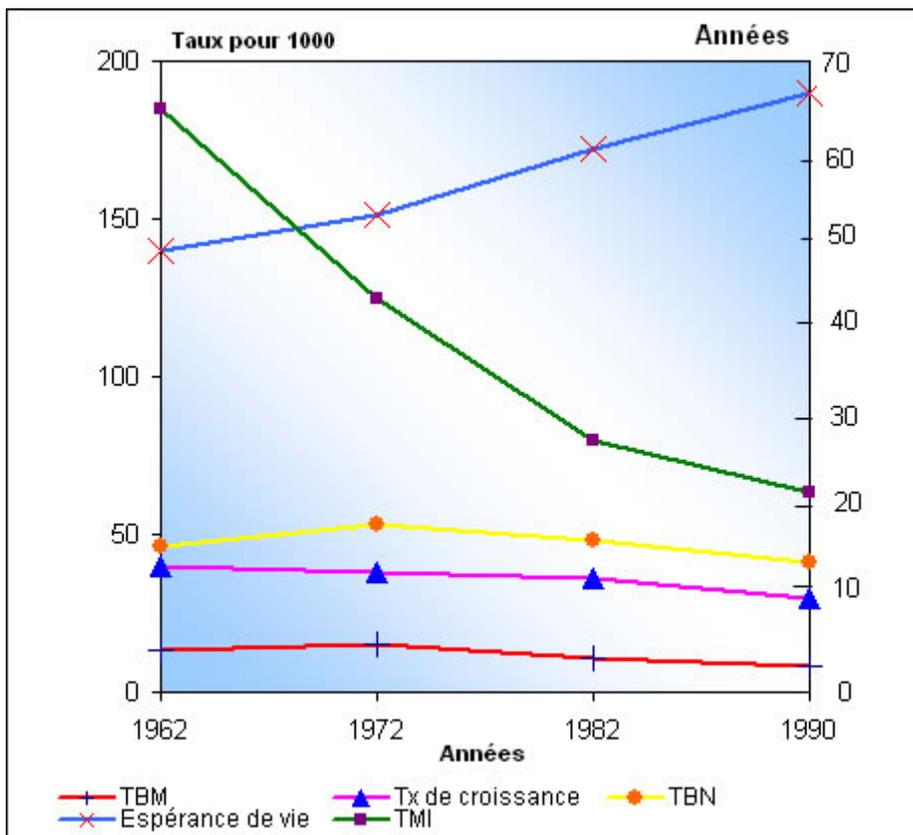


MORBIDITE HOSPITALIERE ANNEE 1981



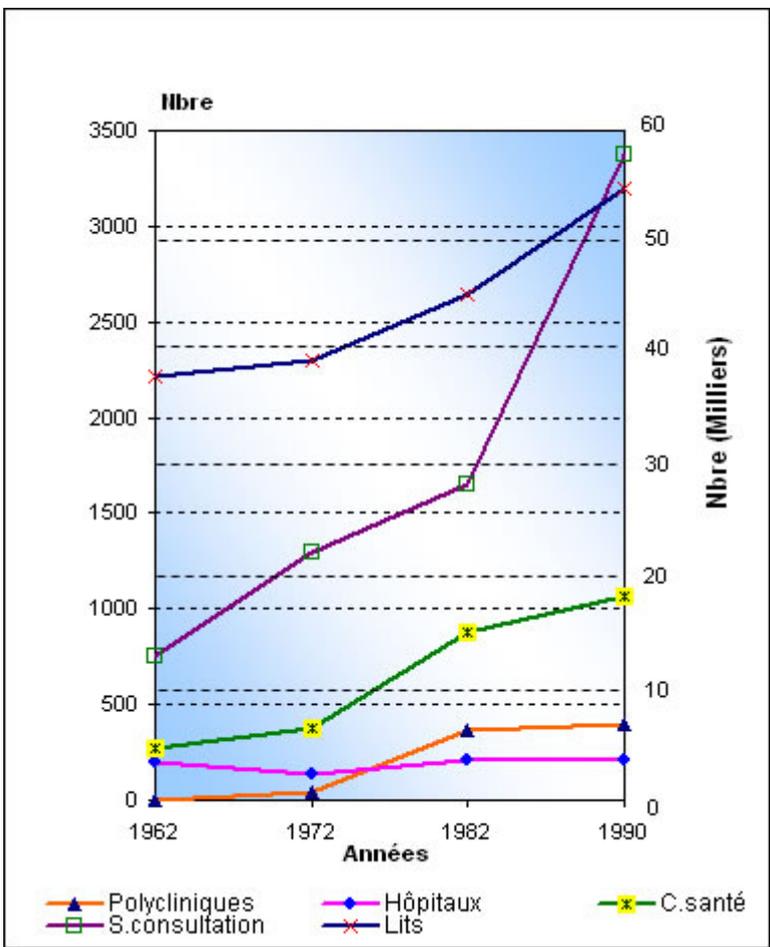
ANNEXE 6

EVOLUTION DE QUELQUES INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES EN ALGERIE



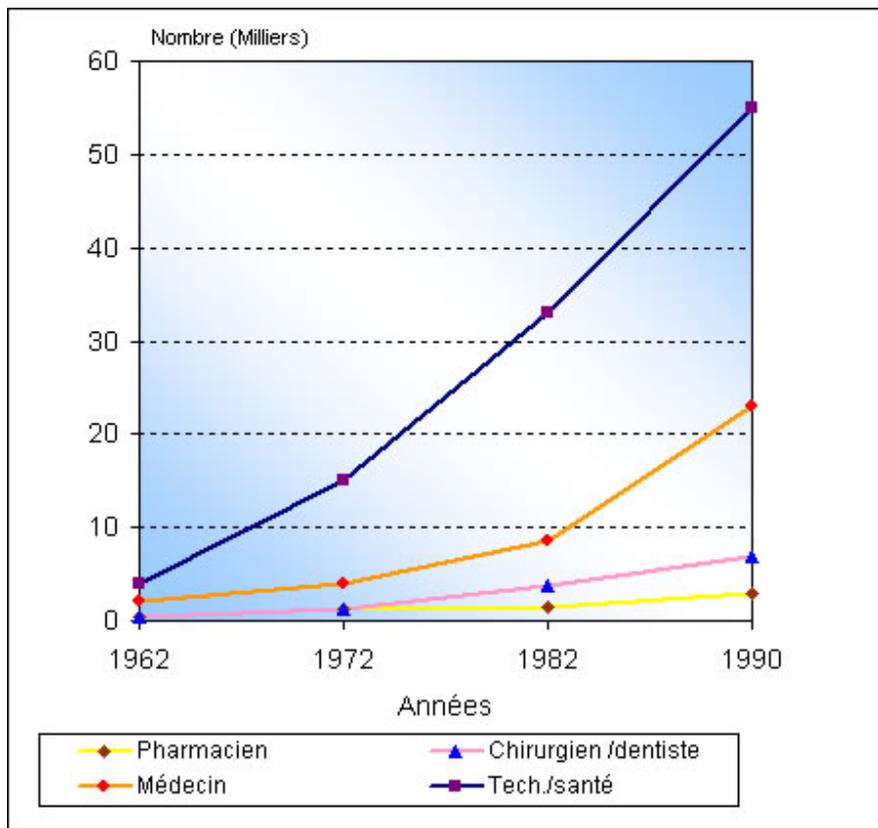
ANNEXE 7

EVOLUTION DES INFRASTRUCTURES



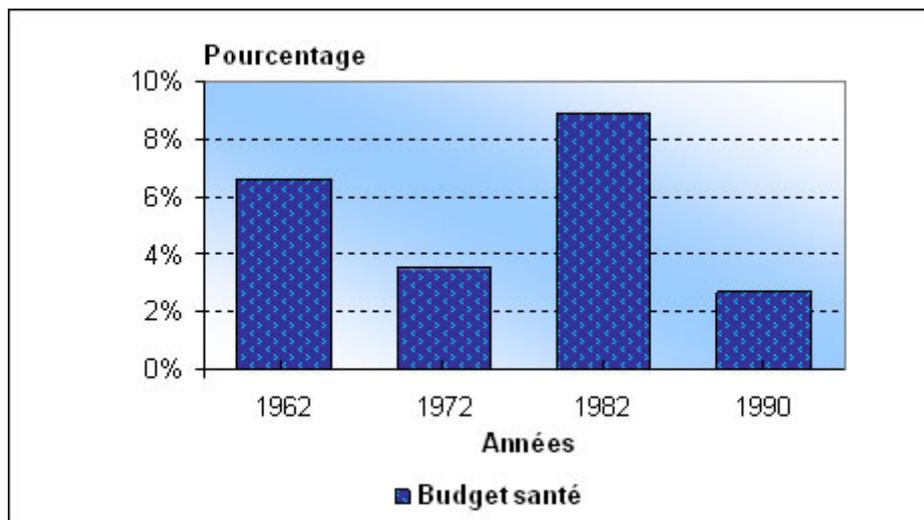
ANNEXE 8

EVOLUTION DU PERSONNEL DE SANTE



ANNEXE 9

EVOLUTION DU BUDGET DE LA SANTE PAR RAPPORT AU BUDGET NATIONAL



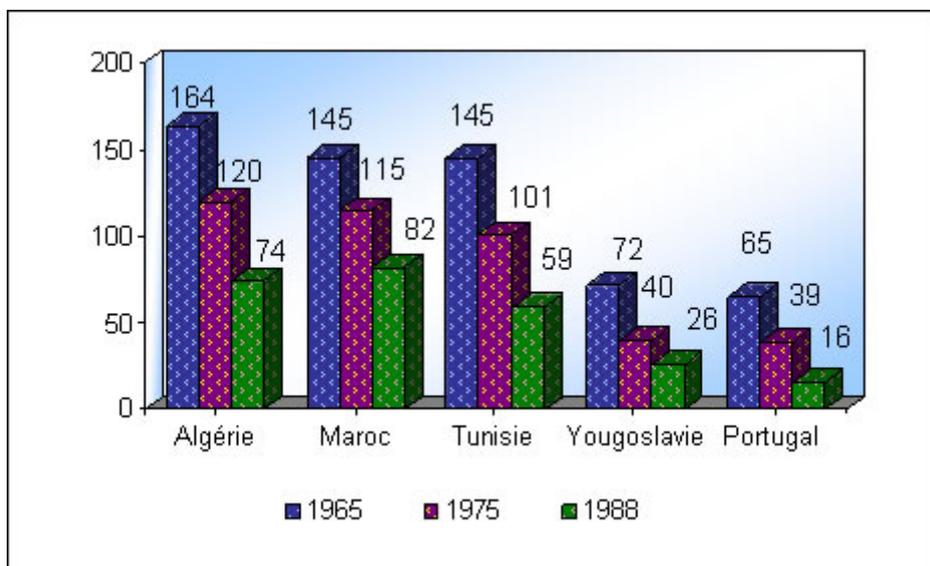
ANNEXE 10

CAUSES D'HOSPITALISATION (Données provisoires - Année 1990)

Causes	Nom- bre	% (accouche- ment normal compris)	% (accouche- ment normal exclus)
Accouchement normal	1396	--	--
Accouchement com- pliqué	218	41,5	11
Appareil digestif	409	12,1	20,8
Appareil respira- toire	234	7	12
Traumatismes - brû- lures	231	6,8	11,7
Maladies infectieu- ses et parasitaires	220	6,5	11,2
Système nerveux - sens	144	4,2	7,3
Appareil génito- urinaire	142	4,2	7,2
Appareil cardio- vasculaire	123	3,7	6,2
Maladies endocrin- niennes	69	2,1	3,5
Système ostéo-arti- culaire	68	2	3,4
Tumeurs	59	1,8	3
Troubles mentaux	51	1,5	2,6
Peau	37	1,1	1,8
Maladies du sang	29	0,5	1,5
Anomalies congéni- tales	24	0,7	1,2
Autres	127	3,8	6,4
TOTAL	3363	--	--

ANNEXE 11

TAUX DE MORTALITE INFANTILE (par millier)



Source: Indicateurs sociaux du développement 1989

Notes

[*] Institut National de Santé Publique - Alger

M. AGUERCIF [*], F. AGUERCIF-MEZIANE [**]

Le système de santé publique en Algérie

(Evaluation 1974-1989 et perspectives)

L'Algérie hérite en 1962 d'un système de soins organisé sur le modèle de celui de la France. En 1962 sont mis en place les "secteurs sanitaires", organes de gestion commune des hôpitaux et des structures légères dans un secteur géographique[1]. En 1974 est institué un accès gratuit aux soins dans les structures publiques de santé. Le principe de gratuité est intégré dans la Constitution de 1976, le financement étant assuré par l'Etat, les caisses de Sécurité Sociale, les mutuelles et les ménages.

Dans ce travail, nous présentons une évaluation du système de santé publique algérien dans les années 70-80 (décennies d'expansion puis de stagnation économique). Il s'agit d'identifier les dysfonctionnements entre les moyens mobilisés et les prestations fournies, en situation de ressources limitées, celles d'un pays en développement à revenu intermédiaire [2].

ETAT DE LA SITUATION DU SYSTEME DE SANTE 1975-1989

Objectifs : Les priorités de santé affichées sont celles de l'OMS (Déclaration d'Alma Ata). La carte sanitaire [2], [3] vise à "corriger les disparités entre régions, villes et campagnes", prenant en compte démographie (recensement 1977), socio-économie (emploi-revenu, habitat, eau, éducation, dépenses de consommation), mortalité et morbidité (1980). Les normes de référence sont environ les 4/5 de celles préconisées par l'OMS : 4 lits pour 1000 habitants, 1 polyclinique pour 30000, 1 centre de santé pour 5000, 1 salle de consultations pour 2000, 1 médecin pour 1200, 1 dentiste pour 5000, 1 pharmacien pour 6000, 1 paramédical pour 300 habitants.

Organisation : Dans un souci d'intégration, le secteur sanitaire englobe l'ensemble des structures de prévention-diagnostic-soins-hospitalisation et rééducation situées dans une même circonscription géographique, généralement une daïra.

La carte sanitaire hiérarchise le système de soins en 4 niveaux : A (soins hautement spécialisés), B (soins spécialisés), C (soins généraux), D (soins de premier recours). La circulaire ministérielle 8 du 09.02.1983 organise les procédures de transfert de malades entre secteurs.

Le Ministre de la Santé assure en outre la mise en oeuvre de programmes spécifiques : espacement des naissances (1983) ; lutte contre la mortalité infantile (1985).

Ressources : Au 31.12.1989, l'Algérie dispose de 2,15 lits pour 1.000 habitants, 1 polyclinique pour 60.000, 1 centre de santé pour 25000, 1 salle de consultations pour 8000, 1 médecin pour 1200, 1 dentiste pour 3500, 1 pharmacien pour 13000, 1 paramédical pour 340 habitants.

La capacité d'accueil du système par rapport aux besoins de la population – besoins théoriques [1], [2], [3], et besoins ressentis ou exprimés [4], [5] est esquissée dans le tableau 1.

Les capacités théoriques du système ne peuvent être évaluées correctement (absence d'informations sur les ressources consacrées en surfaces, postes de travail, appareillage, consommables pour les consultations et les exploitations).

Tableau n°1 : Capacités globales du système public de soins en Algérie estimées (1989) en fonction des niveaux de demande de la population et des capacités d'accueil.

	Besoins estimés (1-5)	Capacités théorique (3,4)
Consultations :		
- Soins I	(1/hab/an) 25130375 (5/hab/an) 125651875	
- Soins II. III	(0,1/hab/an) 2513037 (0,5/hab/an) 12565187	
Hospitalisations :	(4% des consultations de niveau I) (.1/hab/an) 2513037 (.5/hab/an) 12565187 (25/lit/an)	1353675
Explorations	(23,9% des cons. niveau I) 6006159	

Financement [2], [6] : En 1989, les dépenses de santé sont de 19 milliards de DA (en France plus de 500 milliards de FF). Par habitant, la dépense nationale de santé (DSN) est de l'ordre de 100 US Dollars/an (5 % du produit national brut, soit (en %) le niveau de celle de la France en 1970 ; Maroc : 23 USD ; France 1000 USD en 1987, 8 % du PNB).

Activités : Les statistiques d'admissions 1989 (soit 1741576) correspondent à 0,07 hospitalisations/habitant/ an [7]. Les données du secteur privé ne sont pas disponibles pour les consultations de niveaux I et II.

L'Enquête Nationale Santé 1990 [5] étendue à l'ensemble de l'Algérie donne une estimation de l'ordre de 18.719.043 consultations tous

secteurs confondus, et 897470 hospitalisations. Cela correspond à 4 consultations/habitant/an (s'il fallait satisfaire la morbidité ressentie), 0.75 consultations effectives/habitant/an et 0,036 hospitalisations/habitant/an (tableau 2).

Morbidité : L'Enquête Nationale Santé 1990 [5] a commencé à lever le voile sur la structure de la morbidité connue jusqu'alors de manière fragmentaire (tableau 3).

Tableau n°2 : Ecarts des prestations du système de soins en Algérie par rapport à la demande estimée.

Prestations	Besoins estimés de la population	Ecarts
Consultations de (niveau I et II)	1/ habitant /an 5/ habitant /an	- 2856588
Hospitalisations	0.1/ habitant /an 0.5/ habitant /an	- 771461 - 10823611
Explorations (Biologie, Radiologie)	4% des consultations de niveau I	- 3654647

Tableau n°3 : Enquête Nationale santé 1990 [5]. Répartition des consultations et hospitalisations selon les grands groupes de pathologie

Morbidité	Consultations		Hospitalisations (Algérie 1989)			Secteur Public France
	Nombre	%	Nombre	%*	%**	% 85-86
- Appareil respiratoire	4773	27.2%	234	7	10.7%	6.5%
- Appareil digestif	2405	13.8%	409	12.2	18.7%	8.5%
- A.Ostéo- articulaire	1373	7.8%	68	2	3.1%	4.1%
- Infections, parasites	1300	7.4%	220	6.5	10.1%	3.2%
- Affections dentaires	1003	5.7%	--	--	--	--
- Appareil génito-urinaire	814	4.6%	142	4.2	6.5%	5.5%
- système nerveux et organes sens.	785	4.5%	144	4.3	6.6%	5.7%
- Appareil cardio-vasculaire	752	4.3%	123	3.7	5.6%	10.5%
- Peau	696	4%	37	1.1	1.7%	1.9%
- Traumatismes – Brûlures	469	2.7%	231	6.9	10.6%	13.5%
- Troubles mentaux	253	1.4%	51	1.5	2.3%	2.9%
- Maladies endocriniennes	225	1.3%	69	2.1	3.2%	4.1%
- Tumeurs	60	0.3%	59	1.8	2.7%	10.4%
- sang	42	0.2%	29	0.9	1.3%	1.0%
- Maladie congénitales	41	0.2%	24	0.7	1.1%	
- Autres	2545	14.5%	127	3.8	5.8%	9.6%
- Accouchements normaux			1178			
- Accouchements compliqués			218	41.5	10.0%	9.4%
TOTAL	17536		3363			

* accouchement normaux compris

** accouchement normaux exclus

- Utilisation des structures :

Les principaux indicateurs d'activité du système de soins en 1989 sont donnés par le tableau 4.

Tableau n°4 : Principaux indicateurs d'activités du système de soins en Algérie, (1989).

	Secteurs Sanitaires	Hôpitaux spécialisés	Hôpitaux Universitaires
- Lits (nombre)	31988	5601	19558
- Admissions (1989)	1194769	34158	512649
-Journées	5822906	1229235	4041062
-TO des lits (%%)	50%	60%	66,86%
(extrêmes)	6,64 -69,79%	16,7-77,6%	35,06-80,32%
- DMS (jours)	4,87	36	7,88
(extrêmes)	3,09 – 8,43%	10,07-119	5,20-16,11
-TR (malades/lits/an)	37,3%	6,1	30,96
(extrêmes)	7,0- 62,8%	(*)	16,2-49,9
- Interv. chirurgicales	117035	6549	148180
- Examens radiologiques	3100410	193400	1831320
- Analyses biologiques	6560396	728616	5906557

TO = Taux d'occupation. DHS = Durée moyenne de Séjour. TR = Taux de rotation. * (2,4-7 pour la psychiatrie ; 10,4 pour la neurologie ; 1,9-8,4 pour la Rééducation-Orthopédie ; 12,7 pour la néphrologie ; 12,9 pour les maladies infectieuses ; 25,6 pour la cancérologie ; 3 pour la cardio-chirurgie).

- Utilisation des ressources humaines :

Le nombre de personnes/lit monté est de 2,43 dans le secteur public (France 1980 environ : 3,3).

La répartition public-privé des personnels médicaux est respectivement de 61.13.26 % (médecins secteur public-résidents en formation-médecins privés).

La répartition interne des personnels du secteur public est de 10 % (médecins plein-temps), 3 % (résidents), 56 % (personnel de soins), 34 % (personnel administratif et technique) [7].

DISCUSSION : L'évaluation est partielle et rapide, en l'absence de système exhaustif de recueil de l'information.

- Ressources :

Les disponibilités (environ les 4/5 de normes de référence préconisées par l'OMS) sont atteintes pour le personnel médical, dentaire et paramédical.

Les structures sont encore en deçà des objectifs de référence. En 1989, l'indice lits pour 1000 habitants est de 2,15 (environ 90 % de lits de court séjour), avec une répartition déséquilibrée entre secteurs et entre catégories d'âge (le nombre de lits hospitaliers pour les adultes est équivalent à celui de la Grande Bretagne et des Etats Unis).

La capacité d'accueil du système par rapport aux besoins de la population (besoins théoriques [1], [2], [3], besoins ressentis ou exprimés [4], [5] ne peut être analysée, en l'absence d'informations pertinentes. De 1974 à 1989, l'évolution des indices économiques est : produit intérieur brut (PIB) en dinars constants : 0,96, PIB/habitant : 0,54 (la progression démographique est de 1,61 ; celle des lits : 1,441 ; personnel 4,13).

De 1974 à 1989, il y a quasi-stabilité de la dépense par habitant en monnaie constante (indice 905 en DA courants, 362 en dinars constants), le revenu en DA constants ayant diminué de moitié par tête durant cette période. La DNS par habitant/an est de l'ordre du dixième de celle de la France [6].

Les hôpitaux recevraient les 3/4 environ des ressources affectées au fonctionnement des secteurs sanitaires [7] soit un prix de journée moyen de 335 DA en 1984, le Dinar algérien ayant à ce moment un pouvoir d'achat équivalent à celui du Franc français.

La part du personnel (70 % en 1989) domine dans le budget de santé publique ; dans les autres chapitres, celui de la pharmacie reste en DA constants au niveau de 1974 (d'où les violentes tensions actuelles, au delà des difficultés nées de la distribution). Les dépenses de pharmacie de l'Algérien et du Français sont (1978) de 114 DA et 555 FF, (1987) de 163 DA (69,9 DA constants 1979) et 1500 FF : le gradient de consommation s'est donc creusé en 10 ans de 1/5 à 1/10 par habitant.

La hiérarchisation des soins en quatre niveaux : A (soins hautement spécialisés), B (soins spécialisés), C (soins généraux), D (soins de premier recours) est restée théorique. La circulaire ministérielle 8 du 09.02.1983 organisant les procédures de transfert de malades entre secteurs n'a pas été appliquée, générant des dysfonctionnements graves dans l'utilisation des ressources.

- Charges :

Avec une possibilité de quatre consultations/habitant/an (pour satisfaire la morbidité ressentie), mais seulement 0,75 consultations effectives/habitant/an et 0,036 hospitalisations/habitant/an (Enquête Nationale Santé, 5) ou 0,07 hospitalisations/habitant/an (Statistiques 1989, 7), on est bien en dessous des niveaux des prestations minimum préconisées par l'OMS (OMS : 2 consultations/habitant/an), elles-mêmes bien en dessous de celles de pays OCDE (France 1970 et 1980 : 3.45 et 5.22).

La structure de morbidité (5, tableau III), confirme que l'Algérie est en transition entre pays en développement et pays développé : les différences principales avec un pays comme la France sont un excès d'accouchements et de morbidité digestive, respiratoire et infectieuse, et une sous-représentation de la cancérologie.

- Rendements quantitatifs :

Entre 1974 et 1989, les hospitalisations sont multipliées par 2,231 ; les journées par 1,012 ; les consultations du secteur public par 5,083. Globalement, le taux de fréquentation hospitalière a augmenté de 50 pour 1000 habitants en 1974, à 69 en 1989 (7, tableau 4), l'indice lits ayant diminué de 2.9 à 2.15 pour 1000 habitants. Consultations : 1,4/habitant/an en 1984 dans le secteur public, seulement 0.7/habitant/an en 1990 à partir de l'Enquête Nationale Santé [5].

Le recours aux explorations est faible (0,53 examen biologique/habitant/an, 0,21 examen radiologique).

La formule de l'Assistance Publique de Paris étant utilisée pour définir l'Equivalent Plein Temps (EPT), le taux d'hospitalisation par médecin EPT (Algérie : 0,106 ; AP Paris 87 : 0,174/lit) est acceptable si l'on prend en compte la différence de densité de spécialistes par lit.

Les tendances constatées dans les pays développés se retrouvent avec un certain décalage en Algérie (par exemple sur la DHS (26,93 jours en 1961, 10 jours en 1979, 7,1 jours en 1981, 6,36 j en 1989). Cependant en dehors des services d'obstétrique (40 % des admissions) les taux de rotation restent faibles, particulièrement pour certaines disciplines : (par exemple 2, 4-7 pour la psychiatrie ; 10,4 pour la neurologie ; 1, 9-8.4 pour la rééducation-orthopédie ; 12,7 pour la néphrologie ; 12,9 pour les maladies infectieuses ; 25,6 pour la cancérologie ; 3 pour la cardio-chirurgie), les hôpitaux spécialisés ou certains secteurs sanitaires.

Au total l'accessibilité à un service de santé est estimée à 88 % de la population [7]. Les indices d'utilisation des ressources sont acceptables, malgré les obstacles objectifs au bon fonctionnement du système de soins : distribution inégale des ressources sur le territoire (lits : 1.20 pour 1000 habitants à Béjaïa, 3.59 à Alger, 6.59 à Tindouf ; médecins : 1/362 habitants à Alger (H), 1/6218 à Tindouf) ; absence de lits de dégagement aux lits de court séjour (qui représentent 90 % de l'ensemble des lits montés) ; dysfonctionnements sévères des plateaux techniques ; immaturité, hétérogénéité et instabilité de la majorité des staffs médicaux existants ; faiblesse de gestion administrative, hôtelière et logistique des institutions de soins.

Le taux en 1989 de fréquentation hospitalière est du même ordre de grandeur que celui de la France en 1970. L'accessibilité des structures a augmenté de 50 pour 1000 habitants en 1974, à 69 en 1989 [7] alors que l'indice lits pour 1000 habitants a diminué de 29 à 21,5.

Le recours aux explorations est faible (examens biologiques (0,53 examen/habitant/an), radiologiques (0,21), soit aux environs des années 1960 en France (dans ce pays, en 1970 et 1980, 0.73 vs 1.59 analyses biologiques et 0,17 vs 0,31 explorations radiologiques par habitant).

Le nombre de personnels par lit monté est de 2.43 dans le secteur public (France 1980 : environ 3,3). Si on utilise la formule de l'Assistance Publique (AP) de Paris pour définir l'Equivalent Plein Temps, on peut estimer l'efficacité relative des ressources humaines : le taux d'hospitalisation moyen par médecin équivalent plein temps (Algérie :

0,106 ; AP Paris 1987 : 0,174/lit) est comparable si l'on prend en compte la différence de densité de spécialistes par lit, et surtout de sa distribution hétérogène selon les secteurs sanitaires.

Au total des gains considérables d'accessibilité peuvent être obtenus par la seule optimisation des moyens existants en 1989. Des audits particuliers aux services ou hôpitaux faiblement performants peuvent permettre une rapide amélioration de l'accessibilité moyenne sans investissements de ressources nouvelles.

- Aspects qualitatifs :

La structure des recrutements (case-mix) vient seulement d'être approchée par l'Enquête Nationale Santé 1990 [5]. L'efficacité des soins dispensés (exactitude diagnostique, opportunité des examens, pertinence des traitements) reste à évaluer, compte tenu de la densité du personnel, et de la pyramide des compétences, de même que le niveau de satisfaction du public ne sont pas documentés. Ce type d'évaluation a été entamé dans les pays développés, qui disposent d'un secteur concurrentiel, seulement dans les années 1980 [9].

La question de savoir quels niveaux de prestations peuvent être délivrés au malade ayant une pathologie déterminée, avec les ressources disponibles, reste ouverte.

Au delà du consensus international sur la priorité aux soins primaires (dont les coûts de revient ne sont pas estimés au niveau d'un budget de santé), le pari est d'obtenir dans un pays aux moyens limités (moins de 10 % des moyens alloués annuellement par personne en France, 20 % pour le fonctionnement d'un lit d'hôpital) avec des disparités de consommation de la DNS situées dans une fourchette de 1 à 5 [7] entre les différentes catégories sociales) des résultats médicalement acceptables tout en donnant satisfaction à la population.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Les progrès dans l'amélioration de la santé de la population en Algérie depuis l'indépendance sont établis, bien que le financement soit resté stable en dinars constants au regard de la croissance démographique et de l'augmentation de la taille du secteur. Le système de soins est relativement performant en dépit de ses nombreux dysfonctionnements.

Malgré leur grande insatisfaction résiduelle, les algériens restent attachés à un système de soins basé sur une certaine égalité d'accès aux soins et la solidarité nationale.

Les années 90 seront beaucoup plus difficiles, la DNS ayant évolué beaucoup plus rapidement que le PIB-habitant, et l'inflation récente (500 % depuis 1989 ?) ayant en outre changé les données du problème.

La priorité s'impose clairement de corriger les dysfonctionnements dans la gestion du système de soins, particulièrement au niveau des 10 % de patients qui coûtent le plus cher à la collectivité (qui consomment 75 %

des ressources dans le système français). La stratégie la plus logique (et la plus politique) paraît être :

- de vérifier (par simulation) que les budgets actuellement alloués correspondent bien au prix de revient des pathologies prises en charge (dans les hôpitaux, consultation publiques et privées, programmes de santé) ;
- d'atténuer la répartition inégalitaire de personnels entre régions, institutions, services, source principale de dépenses improductive, et de mécontentement des acteurs du système de soins et des citoyens ;
- d'engager des actions de formation des personnels pour une gestion moderne de soins adaptés aux moyens de la collectivité.

Comme l'a établi le paiement des prestations selon le système DRG (groupes homogènes de maladies,[\[10\]](#)), le développement des techniques de diagnostic et de soins hors hospitalisation est la direction privilégiée pour améliorer le rendement et l'accessibilité du système de soins a moyens constants.

Le recherche en optimisation est plus indispensable dans un pays en développement comme l'Algérie que dans des pays comme les Etats Unis ou la France : les gouvernements, les organismes de financement des soins, les organisations internationales et leurs organismes de recherche devraient l'instituer priorité permanente.

ANNEXE

Sources des financement des budgets des secteurs sanitaires

	1974	1979	1983	1985	1986	1987
ETAT	648.300 76,5%	1.127.750 61%	2.155.750 48%	2.207.500 34,6%	2.675.000 34,1%	3.529.000 34,6%
SECURITE SOCIALE	199.000 23,5%	714.000 42,5%	2.102.000 50,1%	4.000.000 62,8%	5.000.000 63,8%	6.500.000 63,8%
AUTRES RESSOURCES	--	10.000 0,5%	121.000 2,7%	161.000 2,5%	1.352.400 2,1%	103.040 1,6%
TOTAL	847.300	1.852.000	4.368.500	6.368.500	7.810.240	10.123.040

1. forte croissance globale des budgets des secteurs sanitaires .
2. renversement du rapport état/ sécurité sociale (problème de l'équilibre interne de la sécurité sociale).
3. la rubrique "autres ressources " est appelée a croître avec la réintégration du paiement de certains actes.
= gratuité des soins de plus en plus financée par la sécurité sociale.

Notes

[*] Service de Pédiatrie A, Centre Emir Abdelkader, CHU Oran, et Centre d'Etudes en Simulations de Coûts et Audit Médical des Etablissements Sanitaires et Sociaux, B.P. 339, Oran RP 31024 DZ

[]** Service de Pédiatrie A, Centre Emir Abdelkader, CHU Oran, et Centre d'Etudes en Simulations de Coûts et Audit Médical des Etablissements Sanitaires et Sociaux, B.P. 339, Oran RP 31024 DZ

[*]** Travail financé en partie par des Projets de Recherche CMUO, INESSMO (Université d'Oran), APC Lyon I-Oran "Optimisation... en Pédiatrie"

[1] Ministère de la Santé, République Algérienne Démocratique et Populaire : Les fondements de la Carte Sanitaire Nationale. Doc. interne, dactyl. 1-64, Novembre 1981.

[2] Ministère de la Santé, République Algérienne Démocratique et Populaire : Développement de la Santé. Doc. interne, 1 vol, 1-352, 1983.

[3] Ministère de la Santé, République Algérienne Démocratique et Populaire : Carte Sanitaire Nationale. Doc. interne, 2 vol., 1983.

[4] M. BOUZIANI : Contribution à l'étude du recours aux soins médicaux en Algérie. Etude effectuée à Oran. Thèse de Doctorat des Sciences Médicales. Université d'Oran. INESSMO. Mai 1985. Dactyl. 88 p.

[5] Institut National de la Santé Publique : Enquête Nationale Santé. Année 1990 (1). Alger, imprimerie Sonatrach, 183 pages, 1992.

[6] J. F. LACRONIQUE : Comparaisons internationales de dépenses de santé dans les pays les plus riches exprimé en US dollars taux de change et parité du pouvoir d'achat=PPA). Eco. Santé, 1990, Credes, Médecines Sciences, 6 : 686-7, Septembre 1990.

[7] Ministère de la Santé, Direction de la Planification : Statistiques, année 1989. Document dactyl. 61 pages, 1990.

[8] L. LAMRI : Essai de ventilation des dépenses entre structures hospitalières et extra-hospitalières, in F. Z. OUFRIHA : De quelques éléments d'appréciation sur l'efficacité du fonctionnement des services de soins en Algérie. Journées d'Etudes pour une investigation socio-économique du champ de la santé en Algérie, CREAD, Alger, 25-26 Mai 1983, 31 pages dactylographiées.

[9] O. RUHLMANN, B. THELOT, F. GOUPY :
L'hospitalisation complète en court séjour à l'AP hôpitaux
de Paris de 1982 à 1988. Gestions Hospitalières, 305 :
318-322, 1991.

[10] CM Mc CARTHY : DRGs. Five years later. The New
Engl. J. Med. 318 : 1683-6, 1988.

FATIMA-ZOHRA OUFRIHA

Crise - autonomie du système de santé et nouveau mode de régulation en Algérie

ABSTRACT

Algerian's health system is experiencing some radical changes. Some of them are exogeneous and result from the functioning and the regulation of the economy wich is under structural adjustment program. Endogeneous changes are due to the large extraversion which lead to an important dependancy. Besides those factors, this system has to absorb and master the new imported technologies and improve efficiency of its units in accordance with the restrictive budgets.

INTRODUCTION

Un ensemble de changements radicaux s'imposent actuellement comme un défi majeur que le système de santé doit relever en Algérie s'il veut restaurer le consensus national quant à ses finalités et à la socialisation du financement direct de soins. La nécessité de transformations importantes quant à son organisation, son mode de fonctionnements et de régulation, de ses règles de gestion, découle de contraintes fortes tant internes qu'externes au système lui-même.

SECTION 1. LES DEFIS ISSUS DU CONTEXTE ECONOMIQUE GLOBAL

La crise qui affecte l'économie algérienne depuis 1986 à de multiples facettes : crise de l'accumulation productive et des paiements extérieurs, elle se mue rapidement en une crise de l'endettement. Ceci dans un contexte de rigidités :

- à l'importation des biens-salaires, mais aussi des biens d'équipement et des biens intermédiaires nécessaires à l'important appareil de production mis en place ;
- à l'exportation, entraînant une forte vulnérabilité des recettes extérieures car l'économie algérienne est devenue mono-exportatrice d'hydrocarbures.

L'économie algérienne jusque là fortement planifiée centralement, entreprend des "Réformes"[\[1\]](#) ; en fait un PAS avec tentative de passage à une économie de marché et de valorisation du capital industriel public. Elle s'ouvre sur l'extérieur. Les impératifs de productivité, de rentabilité et de compétitivité des entreprises sont alors à l'ordre du jour[\[2\]](#). Il en résulte que le financement du "Social" et de

l'activité de production de soins qui en constitue l'aspect le plus lourd, suscite de fortes interrogations face à des difficultés croissantes de l'environnement économique.

SECTION II. LES CONTRAINTES INTERNES AU SYSTEME LUI-MEME

Il en résulte deux grands types de défis :

1- Celui du rationnement global sous forme d'enveloppe globale budgétaire inchangée durant trois à cinq ans. Or le système public de soins a fonctionné durant deux décennies moyennant des taux de croissance moyens annuels de 30 à 33 % portant la DNS à 6,5 % du PIB.

2- Celui du tarissement de ressources extérieures de l'Algérie.

D'où un double dilemme : celui de la trop forte extraversion du système que nous analysons en terme de dépendance sanitaire^[3] dans un contexte de resserrement de la contrainte extérieure, auquel s'ajoute un second dilemme dont les dimensions sont purement internes. En effet, la publicisation de l'offre de soins s'était accompagnée d'un fonctionnement budgétaire classique des ressources mises à sa disposition, abstraction faite d'objectifs précis et quantifiés de résultats et de coûts, ceci dans une "insouciance" intégrale des dépenses et des coûts générés à cet égard. Situation permise par une extension considérable de la Sécurité Sociale suite à un mouvement puissant de créations de l'emploi salarié^[4]. La remontée du chômage atteint ses bases et la crise baisse les ressources de l'Etat. La première devient déficitaire après avoir été longtemps largement excédentaire, le second se lance dans une politique de désengagement général. Son souci de rendre autonome le secteur industriel public et de lutter contre toutes les formes de rigidités atteint aussi le système de santé. Dans ce dernier cas, il s'agit en vérité d'une autonomie de gestion plus que de financement, ce dernier reste intégralement socialisé dans le secteur public de soins.

Mais la Sécurité Sociale réclame un statut de partenaire et non plus seulement de bailleur de fonds. Elle exige de négocier le volume de ses concours au secteur public dont les montants lui ont été imposés jusque là sous forme de forfait global fixé au niveau des demandes des secteurs sanitaires dont les charges fixes ont été fortement croissantes.

Le système est donc sommé de fournir des prestations de soins quantitativement plus grandes (forte pression démographique) et qualitativement meilleures et plus complexes avec des ressources financières stagnantes.

Cet aspect qualitatif résulte d'une double exigence :

1- La médicalisation accrue de la population et ses aspirations-exigences plus élevées en la matière.

2- L'obligation de prendre en charge les thérapeutiques lourdes et complexes jusque là assurées par l'extérieur dans le cadre des envois pour soins à l'étranger. D'où la mise en place d'une politique de substitution de soins à l'étranger [3].

Les hôpitaux ont été recentrés sur l'aspect "plateau technique" après un effort massif de formation spécialisée et d'équipement. On revient sur la trop forte ouverture des hôpitaux sur l'extérieur qui s'était soldée par ce que l'on a appelé la dispensarisation des hôpitaux. Ceci renvoie à la nécessité d'absorber les progrès techniques qui ont été incorporés par importation de technologies nouvelles de diagnostic et de soins [5] [6]. C'est alors le plus grand défi de nature endogène qui s'impose, au système de soins, s'il veut reconquérir une dynamique interne plus autonome et maîtriser tous les processus de soins pour l'ensemble des pathologies. Cela résulte d'une volonté d'atténuer la dépendance sanitaire par :

- * l'internalisation du fonctionnement des CHU ;
- *réduction des importations de médicaments en contrecarrant le fort effet-volume résultant de prix très bas.

Cependant, ces derniers ayant été multipliés brusquement par 3,5 (effet-change), on tente de mettre en place des mécanismes de hiérarchisation des médicaments selon leur intérêt thérapeutique.

L'impératif de qualité, avec meilleure combinaison des facteurs de production et gestion plus rationnelle des inputs-clefs renvoie d'abord à la question des dysfonctions diverses dont ont souffert les unités de soins et le système de santé. Les aspects les plus immédiats et les plus visibles peuvent s'analyser à travers :

- * La diffusion de technologies nécessitant de façon renouvelée des inputs importés, a entraîné la mise en place de procédures spécifiques de gestion et d'importation constamment remaniées.
- * La mauvaise prise en charge des patients : elle traduit des faiblesses manifestes dans le niveau d'organisation des structures de soins dans l'accueil et l'orientation du malade ;
- * Les difficultés de gestion des stocks des différentes unités : ruptures de stocks et surstockages perturbent le processus de soins et entraînent un alourdissement considérable des charges. Elles sont aussi à la source de nombreux coulages.

On aboutit à un fonctionnement extensif des structures de soins largement multipliées [7]. Ceci suite à la mise en place d'une politique de planification basée sur l'atteinte d'indices-lits et d'indices-médecins. L'importance de la facture devises résultat d'un fort effet-volume au niveau du médicament et des appareillages médicaux, semblait pouvoir être résolue grâce aux nouvelles modalités de fonctionnement et de régulation de l'économie. Ceci devait résulter du jeu de la libération des prix des produits et de la dépréciation du dinar. En effet, la réactivation de la fonction des prix en tant qu'indicateurs de tension et de rareté et donc mécanismes de régulation internes et externes

découle de la logique même et de l'objectif implicite et explicite des réformes.

L'optique qualifiée de "santé publique" qui a animé jusque là toute la politique du secteur, l'a finalement emporté sur la logique industrielle : les prix après une courte période de libération ont été rebloqués à leur niveau antérieur avec un double résultat négatif.

- * Déficit des "pharms" jusque là bénéficiaires ;
- * Blocage complet de l'industrie pharmaceutique nationale prise en tenaille entre les impératifs contradictoires qui lui sont toujours édictés au Centre -être rentable financièrement avec des paramètres de gestion (imposés) qui inscrivent le déficit de façon structurelle dans ses coûts de production.

CONCLUSION

C'est donc à une mutation profonde des modalités de gestion et de régulation qu'est affronté le système de santé en Algérie. Il est donc à la recherche de techniques appropriées et de procédures sociales efficaces lui permettant de faire face aux impératifs d'économicité et de rationalité auxquels on semble vouloir le soumettre depuis peu. Les contraintes financières sont tellement fortes que le souci de réforme-adjustement l'emporte malgré les oppositions de toutes sortes qu'il rencontre.

Les dysfonctions, type ruptures de stocks et les surstockages, engendrées par "l'économie de pénurie" en phase de croissance économique rapide seront-elles résolues par "l'économie de marché" en phase de récession économique ?

Le système de soins pleinement constitué maintenant se trouve face au plus grand défi auquel il a eu à faire face depuis l'indépendance : faire sien les impératifs d'économicité et de rationalisation dans l'utilisation de ressources internes et externes fortement raréfiées. A défaut, il ne peut ni se développer, ni prendre en charge de façon correcte les problèmes anciens, mais renouvelés (maladies infectieuses et parasitaires) et nouveaux (cancers, maladies cardio-vasculaires, traumatismes,..) de santé d'une population qui reste, malgré le fléchissement récent de sa natalité, en forte croissance démographique.

Notes

[1] BENISSAD H. (1991) - "La politique des réformes en Algérie ou l'indicible ajustement" - O.P.U

[2] BENYACOUB A. (1989) - "Régulation économique en Algérie" in Cahiers du CREAD n° 18.

[3] OUFRIHA F. Z. - "Le Système de soins à la lumière de la crise" Ouvrage en voie de publication - O.P.U Alger.

[4] KADDAR M. (1989) - "Les rapports entre la Sécurité Sociale et le système de soins en Algérie". in Cahiers du CREAD n° 19.

[5] OUFRIHA F. Z. (1987-1989) - "La diffusion des nouvelles technologies dans le secteur de la santé en Algérie" Colloque sur la diffusion des nouvelles technologies - Lyon 1987 - Cahiers du CREAD n° 19.

[6] LAMRI L. (1989) - "Diffusion et évaluation des nouvelles technologies médicales" in Cahiers du CREAD n° 19.

[7] OUFRIHA F. Z. (1987-1989) "De quelques éléments d'appréciation sur l'efficacité du fonctionnement des services de soins en Algérie" - Colloque Alger 1987- in Cahiers du CREAD n° 19.

K. FERRANI [*], L. LAMRI [**]

Essai d'analyse des coûts de fonctionnement de deux secteurs sanitaires de la Wilaya de Médéa [*]**

INTRODUCTION

La présente étude de cas a pour objet l'analyse des coûts de fonctionnement de deux secteurs sanitaires de la Wilaya de MEDEA. Elle constitue un essai d'application des techniques de la comptabilité analytique adaptées aux spécificités de l'activité sanitaire et particulièrement hospitalière.

Initié au départ par Monsieur K. FERRANI, Chef de Service à la Direction de la Santé de la Wilaya de Médéa, promoteur de la méthode et de la collecte des informations statistiques, ce travail a été jugé utile d'être retenu comme étude de cas devant être présentée au séminaire atelier de GHARDAIA.

Sur la base des données statistiques disponibles, Monsieur L. LAMRI, Universitaire et Chercheur en Economie de la Santé, a été associé pour la formalisation et la rédaction définitive de cette étude.

Le choix de la Wilaya de MEDEA n'est pas fortuit. C'est cette dernière qui semble avoir fourni les efforts les plus avancés en matière de conception et d'application d'une procédure analytique comptable toute nouvelle pour les secteurs sanitaires de l'Algérie. La disponibilité des informations explique le choix porté sur les deux secteurs sanitaires de Tablat et Ksar-El-Boukhari. Notons que les données ont été juste collectées pour l'année 1991. Elles sont indisponibles pour les années précédentes et rendent impossible toute analyse comparative.

Pour mieux préciser notre champ d'étude, rappelons qu'un secteur sanitaire est défini par le décret n°81.242 du 05 Septembre 1981 comme l'ensemble des structures de prévention, de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et rééducation sanitaire implantées dans la même daïra (sous-préfecture).

Il est généralement constitué de l'hôpital, des polycliniques, des centres de santé, des salles de soins et de consultations, des maternités, des cliniques dentaires et de toute structuré sanitaire relevant du Ministère de la Santé.

Les établissements spécialisés et, depuis 1986, les CHU relèvent d'un autre type et statut d'organisation.

1. MOTIVATIONS ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

Le secteur de la santé en Algérie subit le contrepoids d'une profonde crise budgétaire. Ceci a pour traduction un désengagement de l'état et des opérateurs économiques (entreprises) du financement du secteur à partir de la moitié des années 80.

L'implication de la sécurité sociale, devenue de fait le principal payeur, pose de sérieux problèmes de mobilisation de ressources eu égard à la morosité du marché de l'emploi et donc au tassement de l'assiette des cotisations.

Le déficit, toutes branches confondues, tend à prendre d'importantes proportions ces dernières années.

Face à cette contraction des ressources, les dépenses de santé ne cessent de croître et prennent une part de plus en plus importante dans le PIB.

Face à cette double crise de mobilisation de ressources et de croissance des dépenses, les responsables et les personnels médicaux et gestionnaires, principaux ordonnateurs des dépenses sanitaires semblent ignorer ou paraissent peu sensibilisés à la contribution positive que peut apporter l'application des techniques de la comptabilité analytique à la maîtrise et rationalisation des budgets sanitaires.

Par ailleurs, les nombreux outils et méthodes puisés dans la science économique et adaptés et appliqués dans les systèmes de soins des pays occidentaux se sont rapidement développés ces dernières années et, au vu des résultats atteints en matière de maîtrise des coûts, devraient inciter les pays les moins avancés à adopter rapidement ces techniques, entre autres celles de la comptabilité analytique.

Les précédentes motivations démontrent l'urgence de la maîtrise des coûts de la santé et exigent en parallèle des actions hardies dans ce domaine. Elles sont à l'origine des questions relatives à l'utilité de cette étude qui se veut une modeste contribution, parmi de nombreuses autres, susceptible d'y apporter des solutions concrètes.

Dans cet esprit, cette étude de cas se veut tout d'abord, un document pédagogique qui peut constituer un repère référentiel pour des applications similaires que seraient amenés à effectuer des gestionnaires de secteurs sanitaires et un outil scientifique destiné aux étudiants, stagiaires, médecins et professionnels de la gestion hospitalière intéressés ou impliqués dans les analyses des coûts de la santé.

Au delà de cet aspect pédagogique, elle vise aussi des objectifs particuliers que sont :

- La détermination des prix de revient de journées d'hospitalisation, d'examen et d'actes médicaux.
- D'enrichir le système comptable actuel basé uniquement sur l'insuffisante comptabilité administrative.

-De tester l'outil et la méthode de la comptabilité analytique et de relever les plus importantes imperfection.

D'autres objectifs d'ordre général peuvent être retenus. Il s'agit de :

- Sensibiliser les responsables du Ministère à réformer le système comptable désuet actuellement en vigueur et généraliser à tous les établissements sanitaires l'application des techniques de la comptabilité analytique en présentant les arguments nécessaires à son introduction, notamment comme instrument de détermination des coût, enrichissant la procédure de répartition des crédits inter-établissements, nécessaire pour le contrôle budgétaire car, couplant l'usage des crédits alloués à l'activité réalisée et pouvant aider à appréhender avec plus de rigueur le conventionnement qui est à l'ordre du jour et devant constituer le mode codifiant les relations contractuelles entre l'organisme payeur et l'établissement prestataire de soins.

Mieux percevoir au niveau pratique les difficultés liées à la collecte des données sanitaires et financières et orienter ainsi une éventuelle réforme de l'actuel système d'informations imparfait à l'introduction d'outils et d'analyses de gestion.

2. MATERIAUX ET METHODES UTILISES

Pour la réalisation de cette étude, la procédure comptable en vigueur n'a pas été d'une grande utilité.

2.1. Limites de la comptabilité administrative :

La comptabilité qu'appliquent les secteurs sanitaires est une procédure très simple d'exécution du budget. Elle est tenue doublement pour des raisons de séparation de pouvoir par l'ordonnateur (gestionnaire du secteur sanitaire), et le comptable (receveur des contributions diverses).

C'est un outil de contrôle des sommes allouées permettant de circonscrire les dépenses dans la limite des crédits ouverts.

De part l'unicité du budget, les dépenses des services hospitaliers et extra-hospitaliers ne sont pas expressément détachées et ne peuvent être déterminées dans l'étroit cadre comptable administratif actuel d'où l'impossibilité de circonscrire les dépenses d'un service, d'une unité de base ou de calculer le prix d'une journée d'hospitalisation, d'un acte de soins etc...

Ce système en vigueur depuis 1974 n'a connu, depuis, aucun aménagement ou perfectionnement. Il ne permet en aucun cas la détermination des prix de revient, de mesures de l'activité sanitaire (journée d'hospitalisation et actes médicaux) ou de porter tout jugement ou analyse sur les conditions de fonctionnement et de gestion des établissements sanitaires.

2.2. Les informations statistiques :

Pour les besoins de l'étude, il fut institué une procédure de collecte organisée de l'information relative aux activités sanitaires et aux dépenses engagées car le système d'informations en vigueur ne permettait pas de répondre aux objectifs et nécessités de cette étude.

A cet égard, rappelons que les statistiques sanitaires et financières n'ont plus, depuis 1974, de fonction de mobilisation de ressources (nécessité de la facturation) mais sont devenues une simple réponse administrative pour renseigner des canevas de recueils de données destinés à la tutelle car les ressources sont depuis cette date attribuées par l'entremise d'un budget global mis en place annuellement.

Aussi, des fiches et canevas de contexture identique ont été confectionnés et transmis aux services hospitaliers et extra-hospitaliers pour être renseignés et centralisés ensuite au niveau de la direction du secteur où un agent formé à cet effet synthétise et transcrit les données dans un "tableau de bord" par secteur sanitaire.

Au préalable, une opération d'information fut lancée à l'intention des personnels et responsables des services administratifs et médicaux pour les faire adhérer à cette tâche.

2.3. Méthodes et outils utilisés :

Ce sont les techniques de la comptabilité analytique qui ont été utilisées dans la présente étude-cas. Sur la base de ses principes fondamentaux, le secteur sanitaire a été subdivisé en 5 sections homogènes reprises dans le tableau suivant :

	SECTIONS DEFINITIVES			SECTIONS AUXILIAIRES	
	Services Hospitaliers	Services du plateau techniques	Services extrahospitaliers	Services administratifs	Services économiques / généraux
	-Médecine hommes	-Radiologie	-Equipe mobile	- Direction, économat service personnel	-Cuisine
	-Médecine femmes	- Laboratoire - Bloc opératoire	-Service consultation externe		-Parc - auto
	-Pédiatrie		-Polyclinique		- Services généraux
	-Maternité		-Centre de santé		-Pharmacie
	-Chirurgie		- Salle de soins et de consultation		-Ateliers
Unité de mesure	Prix de revient d'une journée d'hospitalisation	Prix de revient d'un examen	Prix de revient d'un acte médical	Réimputation aux sections définitives	

Pour plus de commodité nous avons renvoyé toutes les critiques et observations de la méthode et des résultats à des paragraphes qui seront développés plus loin. Notons que ne sont pris en considération que les services existants dans les deux secteurs soumis à l'étude.

Etudions à présent les deux grands types de sections.

2.3.1. Les sections définitives :

Elles sont représentées par les services hospitaliers, les services du plateau technique et les services extra-hospitaliers et se recoupent avec ce qui est considéré comme centres ou unités de production respectivement des journées d'hospitalisation, d'examens et d'actes médicaux qui constituent en fait les unités de mesure évaluées financièrement dans l'esprit comptable par leur prix de revient.

La démarche consiste à déterminer pour chaque service les charges distinguées en deux types : directes et indirectes.

D'une manière générale et pour tous les services de toutes les sections homogènes l'évaluation financière est facile à effectuer.

- Pour les dépenses de personnel, les charges relèvent de dispositions réglementaires. La rémunération comprend un traitement de base et des indemnités réglementées.

- Pour les médicaments, petite instrumentation et consommables, les dépenses sont cernées sur la base de la facturation établie par les entreprises qui les fournissent.

- Pour les autres inputs relatifs à l'alimentation, les fournitures et les prestations diverses, leurs dépenses sont cernées sur la base de la facturation aux prix du marché.

- Les équipements médico-chirurgicaux, les moyens de transport, l'infrastructure de base et les terrains sont directement attribués par le Ministère et ne sont pas comptabilisés pour le moment, ce qui constitue une insuffisance qu'il va falloir régler.

2.3.1.1. Les charges directes :

Ce sont les dépenses directement affectées au service considéré et répertoriées dans des fiches établies à cet effet. Elles concernent :

- Les dépenses de personnel.
- Les dépenses d'alimentation.
- Les dépenses de médicaments, vaccins, sérums, articles de pansements, antiseptiques, petite instrumentation et accessoires médicaux.
- Les dépenses de fournitures de bureau, imprimés et produits d'hygiène,
- Les dépenses de maintenance du mobilier et matériel médical.
- Les dépenses de lingerie et literie.
- Les dépenses d'entretien des bâtiments.

2.3.1.2. Les charges indirectes

Ce sont les charges communes à tous les services. Leur ventilation par service obéit à une méthode de calcul basée sur la détermination d'une

unité de mesure par nature de consommation. Elles regroupent :

- Les charges relatives aux consommations de chauffage, d'électricité, d'eau, de téléphone et d'oxygène médical réparties selon la procédure suivante :

	Nature de la dépense	Unité de mesure
	-Chauffage -Electricité	- Nbre de radiateurs - Nbre de lampes (y compris la reconversion des appareils en lampes)
	-Eau	- Nbre d'arrivées (robinets, douches, chasse d'eau)
	-Téléphone	- Nbre de combinés
	-Oxygène médical	- Nbre de bouches d'oxygène
Méthode de répartition par consommation	$\frac{\text{Dépense totales}}{\text{Nbre total d'unités}} \times \text{par nbre d'unités par service}$	

Les charges liées aux assurances. Celles de la responsabilité civile sont réparties au prorata du nombre d'agents de chaque service. Par contre celles des bâtiments et équipements sont plus complexes à calculer. La méthode proposée consiste à estimer leur valeur par service, en déterminer le pourcentage par rapport à leur valeur totale correspondant à chaque service qui est ensuite multiplié par le montant de la police d'assurances contractée globalement et débouchant ainsi sur une dépense pour chaque service.

- Les frais de gestion du receveur sont, eu égard à leur modicité, imputés aux seuls services hospitaliers au prorata du nombre de journées réalisées par chaque service.

- Les charges relatives aux services de soutien ou ce qui est appelé les sections auxiliaires (services administratifs et services économiques et généraux) et dont les dépenses sont réimputées aux sections définitives (services hospitaliers, du plateau technique et extrahospitaliers)

* Pour les frais de gestion de l'administration générale, la réimputation s'effectue comme suit :

$$\frac{\text{Dépenses totales}}{\text{Nbre total d'agents du secteur}} \times \text{Nbre d'agents par service}$$

* Pour les frais de pharmacie , la méthode de réimputation utilisée est synthétisée de la manière suivantes :

Phases	Services hospitaliers	Services extra-hospitaliers
1ère phase	Calcul du % (part) de chaque service en consommation de médicaments et produits assimilés (dépenses extraites des fiches de charges directes) $x_1, x_2, x_3, \dots, x_m = 100\%$	Même procédure $y_1, y_2, y_3, \dots, y_m = 100\%$
2ème phase	Calcul du % (part de l'ensemble des consommations des services hospitaliers et du plateau technique). (Z1)	Même procédure (Z2) (Z1+Z2) = 100% C'est à dire total des consommations du secteur sanitaire.
3ème phase	Frais de gestion de pharmacie (section auxiliaire) = F $F \times Z1 = R1$ Total frais à réimputer aux services hospitaliers et plateau technique selon : $R1 \times X1 = A1$ $R2 \times X2 = A2$ etc.....	Même procédure Soit $F \times Z2 = R2$ à réimputer $R2 \times Y1 = B1$ $R2 \times Y2 = B2$ etc.....

* Pour les frais des ateliers, leur réimputation s'est effectuée selon la procédure employée précédemment pour la pharmacie.

* Pour les frais du parc auto, ils sont répartis selon les kilomètres parcourus pour chaque service ou le nombre des journées réalisées à l'exclusion de frais liés aux véhicules affectés directement aux équipes mobiles et unités extrahospitalières.

* Pour le reste des frais des sections auxiliaires et concernant la cuisine, la buanderie-lingerie, les services généraux et le bureau des admissions, leur réimputation est effectuée au prorata du nombre de journées aux seuls services hospitaliers. Les services extrahospitaliers et du plateau technique sont sensés être non concernés par ce type de dépenses.

2.3.2. Les sections auxiliaires :

Il s'agit des services administratifs et des services économiques et généraux dont les dépenses sont considérées comme des consommations intermédiaires des sections définitives, c'est pourquoi elles sont intégralement réimputées aux centres d'activités ou de coûts.

Elles couvrent habituellement les dépenses d'administration et des services généraux à caractère hôtelier et pris dans leur aspect relatif aux frais de gestion uniquement.

Les dépenses sont, là aussi, subdivisées en charges directes et charges indirectes.

La méthode de calcul utilisée pour les sections définitives a été transposée à l'intégralité des sections auxiliaires.

2.3.3. Couplage des informations financières et informations d'activités :

D'une manière générale, la démarche précédente nous a permis de déterminer les charges totales des services hospitaliers, du plateau technique et des services extrahospitaliers considérés comme des centres d'activités.

Pour déterminer les prix de revient de ces activités, nous étions amenés à coupler ces informations financières aux informations des activités sanitaires de ces services.

Le problème a consisté à identifier une unité de mesure de l'activité pour chaque type de service. Pour ce faire, on a pris en considération les supports de calcul du prix de revient les plus couramment utilisés et que sont les prix de revient de la journée d'hospitalisation, l'examen et l'acte médical. Le tableau suivant synthétise la démarche adoptée.

Sections définitives (centres d'activités ou de coûts)	Unité de mesure	Prix de revient
1- Services hospitaliers	Nombre de journées d'hospitalisation	Total des charges = P.R d'une journée d'hosp. <u>par service</u> total journées par service
2- Services du plateau technique - Radiologie - Laboratoire - Bloc opératoire	- Nb. d'examens exprimés en R - Nb. d'examens exprimés en B - Nb. d'intervention exprimées en K	- Total des charges = P.R. d'un examen de radiologie Nb Total de examens - Total des charges= P.R. d'un examen de laboratoire Nb Total d' examens
3- services extras – hospitaliers Unité (Polyclinique, centre de santé , salles de soins et de consultation ou équipe mobile)	Total des : - Vaccinations(Nb. d'enfants vaccinés) - Espacement des naissances (Nb. de femmes espacées) - Protection maternelle (Nb. de grosses suivies) - Protection infantile Nb. de enfants suivies) - Hygiène scolaire (Nb. d'enfants examinés) - Médecine du travail (Nb. de travailleurs examinés) - Hygiène en milieu de formation professionnelle (Nb. de stagiaires examinés) - Lutte anti-paludique (Nb. de lames prélevées) - Lutte anti-tuberculeuse (Nb. crachats recueillis) - Contrôle chimique de l'eau (Nb. de contrôles effectués) - Consultation médicales (Nb. de consultations) - Maternité rurale (Nb. d'accouchements) - Chirurgie dentaire (Nb. extractions) - Chirurgie dentaire (Nb. soins) - Chirurgie dentaire (Nb. de consultations) - Maternité rurale (Nb. d'accouchement) - Chirurgie dentaire (Nb. extractions) - Chirurgie dentaire (Nb. soins) - Chirurgie dentaire (Nb. de consultations)	- Total des charges = P.R d'un actes médical <u>par unité</u> Total des actes médicaux
Service consultations externes	Nombre de consultations	- Total des charges = P.R d'une consultation <u>Total des consultations</u>

3. RESULTATS ET LIMITES DE L'ETUDE

Le tableau ci-après synthétise les résultats atteints pour les deux secteurs soumis a l'étude.

RECAPITULATION GENERALE DES RESULTATS

SECTIONS DEFINITIVES	SECTEURS SANITAIRES		ECARTS
	KSAR EL BOUKHARI	TABLAT	
I. SERVICES HOSPITALIERS	Prix de revient d'une journée d'hospitalisation		
- Médecine Hommes	541	744	+203
- Médecine femmes	455	917	+462
- Pédiatrie	264	750	+486
- Maternité	416	677	+261
- Chirurgie Générale	397	--	--
Moyenne	414	772	+358
II- SERVICE DU PLATEAU TECHNIQUE	Prix de revient d'un examen ou d'une intervention chirurgicale		
- Bloc Opératoire	2,064	--	--
- Laboratoire	42	61	+ 19
- Radiologie	130	292	+162
Moyenne	745	176	+569
III- SERVICES EXTRAHOSPITALIERS	Prix de revient d'un acte médical		
-Equipes Mobiles	463	145	318
-Service Consul. Externes	83	--	--
-Polycliniques	83	--	--
-Centres de Santé	39	--	--
-Salles de Soins et de Consultations	27	68	41
Moyenne	139	106	33

3.1. Commentaires des résultats obtenus :

Les résultats figurant dans le précédent tableau peuvent être interprétés dans les trois points suivants :

- Pour les services hospitaliers des deux secteurs, on obtient des prix de journée hospitalière très différents allant du simple au double (cas de médecine femmes) et parfois au triple (cas de pédiatrie). Il y a lieu peut-être d'affiner l'analyse et d'utiliser d'autres outils de gestion pour identifier les causes de ces différences en se renseignant mieux sur les conditions d'activité et de fonctionnement prévalentes dans chaque service et rechercher ainsi les incohérences et facteurs générateurs de charges supplémentaires.

- Le prix de revient d'un examen radiologique est lui aussi deux fois plus élevé à Tablat qu'à Ksar-El-Boukhari. Là aussi les conditions de fonctionnement nous échappent pour le moment pour pouvoir porter un jugement.

- Si les prix de revient des journées d'hospitalisation et des examens restent plus ou moins acceptables en attendant les perfectionnements à apporter à la méthode et au cadre d'application, ceux des actes médicaux des services extrahospitaliers sont par contre totalement erronés car ils regroupent sans aucune pondération des activités hétérogènes et à coût variable allant des vaccinations à des lames prélevées. Si la méthode de détermination des charges de fonctionnement demeure utile, celle par contre de mesure de l'activité doit être complètement revue. On aurait pu peut être considérer la

consultation, toutes spécialités confondues, comme unité de mesure ou concevoir une autre méthode d'évaluation basée sur l'établissement de normes d'activités pouvant être pondérées par la population géographiquement dépendante ou couverte par chaque unité extrahospitalière.

3.2. Intérêts et limites des résultats, méthodes et outils utilisés :

L'intérêt premier des résultats précédents se situe dans la particularité que pour la première fois en Algérie et ce depuis 1974, on a tenté de déterminer les prix de revient d'une journée d'hospitalisation, d'un examen et d'un acte médical, même s'ils comportent de nombreuses insuffisances et restent donc perfectibles. Ils présentent aussi l'avantage de permettre pour la première fois de disposer d'une ventilation analytique des charges et donc des crédits budgétaires entre les services d'un secteur sanitaire autre que celle étriquée, donnée actuellement par la comptabilité administrative.

Cependant, ces résultats présentent de sérieuses limites car fondés sur une méthode non encore perfectionnée, peu adaptée à la structure d'organisation, peu assimilée par les personnels chargés de sa mise en oeuvre et transposée à un contexte comptable peu approprié comme cadre d'application.

En outre, ils ne comprennent pas d'importants éléments de coûts car non comptabilisés. Il s'agit des amortissements des infrastructures et équipements. Dans cet esprit il y a lieu de procéder à l'inventaire et à la détermination des valeurs d'acquisition de ces éléments d'actif, de calculer les amortissements annuels correspondants selon la méthode linéaire par exemple et d'effectuer les imputations aux services concernés.

L'outil d'étude qu'est la comptabilité analytique reste à perfectionner en développant notamment des efforts d'adaptation au contexte sanitaire qui présente des particularités (évaluation des ses "produits"), par rapport au contexte plus simple d'une entreprise économique.

Au niveau de la méthode, d'importantes améliorations restent à effectuer notamment en ce qui concerne la subdivision des secteurs sanitaires en sections homogènes et dans la démarcation des sections définitives et auxiliaires. A titre comparatif, la comptabilité analytique française créée par le décret du 29 Septembre 1959, considère les services de radiologie, laboratoire et bloc opératoire comme sections auxiliaires contrairement à notre cas où ils ont été érigés en sections définitives. Peut-être pour éviter les approximations et les longs calculs inutiles, il y a lieu de repérer les grands centres d'activités (centres de coûts) où les décisions des responsables peuvent influencer sur la maîtrise des coûts au lieu de perdre du temps sur des "exactitudes" sans importance et sans grande influence sur le volume des dépenses. Il y a lieu de considérer une approche plus économique sur les coûts pouvant être contrôlés.

3.3. Utilisations possibles et perspectives de l'étude :

Les résultats de l'étude ne peuvent avoir une utilisation immédiate car calculés simplement pour l'année 1991 et pour la seule Wilaya de Médéa en plus de leurs imperfections relevées précédemment.

Une fois généralisés à l'ensemble des secteurs sanitaires et déterminés pour au moins deux années consécutives, ils peuvent être exploités pour les raisons suivantes :

- Permettre aux décideurs et notamment aux responsables du Ministère de la Santé de disposer des moyens de connaissance et de prévision en matière de mesure des prix de revient des "produits" sanitaires (prix d'une journée d'hospitalisation, d'un examen, d'un acte médical, d'une journée alimentaire etc...) et en matière d'évaluation des activités des centres de coûts (sections définitives).
- Permettre aux décideurs d'apprécier les conditions de fonctionnement et de gestion des établissements sanitaires.
- Permettre aux institutions de tutelle d'exercer un contrôle budgétaire mieux affiné que celui en vigueur. Actuellement le contrôle budgétaire s'effectue en amont, c'est-à-dire de la masse allouée par grand titre de dépense et de ce fait peu d'attention est accordée au contrôle de l'usage des crédits affectés par rapport à l'activité réalisée et cela pour causes d'absences d'outils et instruments appropriés.
- Mettre à la disposition des décideurs du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale des éclairages supplémentaires pour l'importante réforme portant sur le conventionnement et qu'ils comptent mettre en oeuvre dans les plus brefs délais afin d'améliorer la répartition des crédits budgétaires entre les établissements sanitaires du pays et rapprocher ainsi les crédits alloués aux activités réalisées. Jusqu'à présent, la répartition du budget global entre les structures sanitaires ne prend pas en compte le volume des activités, programmes ou autres critères pertinents d'allocation. C'est une réponse pouvant limiter l'empirisme qui caractérise l'actuelle répartition des crédits budgétaires.

CONCLUSION

Les perspectives de cette étude semblent prometteuses si toutefois ceci incite les responsables, compte tenu de l'argumentation précédente, à généraliser son utilisation en l'érigant comme instrument de gestion par un texte réglementaire instituant et rendant obligatoire la tenue d'une comptabilité analytique comme c'est le cas dans de nombreux pays et depuis 30 ans déjà ! C'est le prélude à une refonte du système comptable dans le secteur de la santé algérien. Toutefois, ceci doit être accompagné d'efforts à fournir en matière d'affinement de l'outil et de la méthode, d'adaptabilité au contexte organisationnel, de formation des personnels chargés de sa mise en oeuvre et d'adhésion des personnels médicaux et gestionnaire à sa nécessité.

Notes

[*] Directeur d'Administration Sanitaire Chef de Service à la DSPS de Médéa

[]** Chargé de Cours à l'I.S.E Responsable de la Cellule Economie de la Santé à l'INPS

[*]** Communication présentée au Séminaire de Ghardaïa. Du 28 Septembre au 08 Octobre 1992.

FATIMA-ZOHRA OUFRIHA

Femmes, environnement et santé

INTRODUCTION

Le thème "femme et environnement" a acquis récemment une certaine place en tant que domaine de recherche et de préoccupation. La reconnaissance de son opportunité semble être liée à la mise en relation de ces deux "oubliés" voire ces deux victimes de certaines stratégies de développement. En effet l'environnement subit une détérioration croissante et les femmes sont toujours l'objet de discriminations de toutes sortes.

La production d'analyses universitaires dans le domaine est très récente. On commence à peine à saisir la complexité des questions y relatives.

Mais tout d'abord on peut se poser des questions :

- Peut-on ou faut-il examiner la question des femmes par rapport à l'environnement ? Existe-t-il une relation entre les deux ?
- Les femmes apportent-elles ou peuvent-elles apporter une certaine perspective à la régénération de l'environnement ? Faut-il les considérer comme des intervenantes actives ? Les femmes peuvent-elles apporter une élévation significative du niveau de santé dans un pays ? Dans cette intervention centrée sur l'Algérie, nous tenterons de poser quelques liens entre environnement et santé d'abord. Ensuite, nous nous attacherons à préciser le rôle de la femme dans la production d'un niveau de santé.

I. DEVELOPPEMENT-ENVIRONNEMENT-SANTE

La politique est masculine voire masculiniste en Algérie, les politiques de développement aussi... - et plus particulièrement certains de leurs aspects. Cela a fonctionné... et fonctionne toujours au détriment des femmes qui ne sont nullement associées à la décision.

En effet, les décideurs politiques, les décideurs publics sont essentiellement, pour ne pas dire totalement, du genre masculin. Ce sont eux qui allouent les ressources collectives. Les besoins des femmes sont rarement pris en considération.

Ils ont longtemps perçu le développement - ne le perçoivent-ils pas encore en termes d'accumulation de choses, de marchandises à produire - en plus grand nombre possible - même s'il y a échec à ce

niveau. Ils se situent dans la mouvance de ceux qui, sur le plan international, planifient leur obsolescence rapide - particulièrement de celles qui constituent des "signes" sociaux (voiture, produits électroniques, etc.). D'où une accélération des consommations de matières premières et conséquemment une dégradation des ressources naturelles à l'échelle mondiale, mais avec des aspects différenciés pour chaque pays ou catégorie de pays. En effet, cette volonté de multiplier -à n'importe quel prix- ces marchandises, jointe à la non prise en compte du caractère non renouvelable de certaines matières premières constitue une cause majeure de la dégradation et de la destruction de l'environnement. Ce dernier étant soumis à l'action prédatrice de l'homme. Par les prélèvements qu'il opère, mais aussi par les évacuations et les déchets qu'il rejette dans le milieu. Ceci est, à vrai dire, une attitude assez généralisée de par le monde.

Certaines actions "de développement" se traduisent alors par des régressions sensibles du point de vue de la santé de la population. Les femmes - la plupart du temps elles aussi les oubliées des aspects positifs du développement - supportent de façon particulière cette liaison Environnement-Santé. Elles en sont souvent aussi les plus grandes victimes, même si de façon générale, elles jouent un rôle prépondérant dans la production du niveau de santé d'une population. Rôle qui n'est pas (encore) reconnu.

En effet, certaines actions de "développement" contribuent d'abord à la dégradation du milieu et du cadre de vie. L'Algérie connaît aujourd'hui de sérieux problèmes d'environnement résultant en grande partie d'actions anthropiques se greffant sur des conditions écologiques et climatiques difficiles. En particulier, l'irrégularité et la violence des précipitations, coupées d'épisodes de sécheresse intense, favorisent le déséquilibre d'écosystèmes fragiles. C'est sur ce contexte que, soit dans le cadre d'activités "normales" ou de "développement" industriels ou agricoles que l'on note une altération et une dégradation de l'écosystème. Il en résulte une superposition parfois dramatique de problèmes d'environnement qui ont tous un grand retentissement sur la santé.

- Propres aux pays en voie de développement et en particulier aux régions semi-arides avec pression sur les ressources naturelles et spécialement l'eau. D'où des pathologies induites spécifiques à ce contexte.

- Propres aux pays développés avec la pollution des villes, des plages et des côtes et donc des pathologies résultant de ces nouvelles formes de dégradation. En fait il ne s'agit là que d'un élargissement de la prise en considération des déterminants sociaux et économiques de la santé appréhendés sous le prisme particulier de l'environnement. En effet, au delà des problèmes strictement économiques que cela pose et que nous n'aborderons pas ici, cette situation a des répercussions manifestes sur les problèmes de santé : multiplication des maladies respiratoires, cardio-vasculaires, accidents du travail et de la circulation qui se superposent aux problèmes anciens de santé non parfaitement maîtrisés.

La dégradation des ressources naturelles, se traduit en particulier par la régression du couvert végétal et la progression ou l'apparition des paysages désertiques. Ceci résulte en particulier de l'action éolienne, de la surexploitation des parcours au niveau de la steppe, du surpâturage et des coupes sauvages d'arbres dans le Tell auxquels s'ajoutent incendies et érosion hydrique. D'où un rétrécissement de la base naturelle de production, du facteur de production support de l'activité humaine - qui se trouve être rare en Algérie. La faiblesse de la SAU par personne est automatiquement faible et ne cesse de s'affaiblir. Cela se traduit aussi par des baisses de production et de productivité de la terre - et donc des problèmes de nutrition de la population qui, avec le "P.A.S" et donc l'inflation ouverte, sont considérablement accentués.

Les ressources en eau : qu'elles soient souterraines ou de surface ont été aussi fortement surexploitées ces dernières années suite à une longue sécheresse.

Cela agit dans le même sens que précédemment.

- Les industries : Elles ont été implantées dans le cadre de l'action de développement. Elles utilisent le plus souvent des processus de production par voie humide (plus disponibles et moins onéreux sur le marché mondial) qui ne recyclent pas leurs eaux - et qui rejettent des effluents liquides et gazeux directement dans le milieu.

D'où une pollution chimique des eaux (superficielles ou souterraines) et de l'atmosphère. De plus elles sont grosses consommatrices d'eau, le facteur le plus rare, le plus limitant de toutes les activités... le plus gaspillé aussi suite à une gestion technique et économique désastreuse.

- La dégradation du cadre urbain :

Les plus grandes villes en Algérie n'étaient pas prévues pour accueillir des flots de population aussi importants. Il n'y eut pas par la suite une véritable politique de développement urbain d'où une forte dégradation du cadre de vie en particulier des plus grandes villes qui ont constitué le déversoir des migrations rurales. D'où des taux d'occupation des logements fort élevés.

Parallèlement le développement des bidonvilles tant dans les espaces internes qu'externes aux villes est observé malgré des opérations de dé-bidonvilisation. Il y a insuffisance en matière d'approvisionnement en eau potable. La gestion de la distribution de cette eau ainsi que celle qui est usée est déficiente avec des répercussions négatives sur la santé.

Le raccordement de la population au réseau d'eau potable n'est pas intégral malgré les efforts considérables (75 %). De plus les eaux destinées à la consommation humaines ne sont pas rigoureusement traitées ni contrôlées. Les réseaux de distribution d'eau sont dans un état de vétusté avancée et manquent des nécessaires travaux

d'entretien. Les eaux usées ne subissent aucun traitement préalablement à leur rejet dans les oueds ou à la mer. Le développement des maladies à transmission hydrique s'explique largement par ces facteurs.

La gestion des déchets solides urbains n'est pas meilleure : Ils sont mis en décharge soit en site sauvage, soit désigné. Cela explique la détérioration d'abord lente puis rapide de l'hygiène publique et le développement des maladies transmissibles.

La pollution atmosphérique devient de plus en plus préoccupante dans les grands centres urbains où le phénomène est particulièrement élevé. Il est observable en particulier lors des inversions de température que connaît l'atmosphère. Il est dû à la circulation automobile. Il est d'autant plus dense que les transports en commun sont mal organisés. De plus beaucoup d'unités industrielles sont insérées dans le tissu urbain ou à proximité. Il est amplifié par une trame urbaine dense, peu propice à la dilution des gaz et autres vapeurs. Les études épidémiologiques permettent d'établir une forte corrélation entre niveaux de pollution et maladies respiratoires et cardio-vasculaires. Les concentrations dans l'air de certains polluants peuvent atteindre des niveaux dangereux pour les personnes fragiles du coeur et des poumons, particulièrement celles qui vivent dans les espaces confinés. Ce qui semble être le lot de la plupart des femmes dans les nouveaux types d'habitat : appartements en hauteur sans la courette traditionnelle, espace de prédilection des femmes au foyer.

La non prise en considération systématique de la santé, qui dans beaucoup de cas équivaut à une protection de la nature et de l'environnement, du cadre de vie - dans les actions dites de développement - s'avère très coûteux pour la collectivité. Mais c'est un coût qui n'est pas relié à l'action, ni supporté par ceux qui le produisent. C'est la collectivité qui paye à travers la gratuité - en fait ses producteurs seulement du fait de la forte socialisation de la dépense de santé.

II. SANTE-DEVELOPPEMENT ET FEMMES

On a trop tendance à oublier, surtout dans nos pays, que la femme constitue un des principaux "gestionnaires" de la santé sans qu'elle soit un décideur public, sans qu'elle puisse réellement infléchir le sens des décisions prises et c'est là le plus grand des paradoxes de cette situation. Mais par ailleurs les femmes sont aussi les plus grandes victimes d'un système de soins trop centré sur les pathologies "lourdes" plus masculines. En effet le problème de la santé n'est pas un problème uniquement technique qui relèverait de façon neutre des "professionnels" de la santé. Le fait commence à être reconnu ailleurs, même si les systèmes de santé restent sous le contrôle quasi-exclusif de ces derniers. Le problème est aussi de nature politique, dans la mesure où il implique des décisions d'affectation de ressources collectives et de choix de priorités qu'ils soient implicites ou explicites. Or beaucoup de ces choix sociaux sont implicites et jouent en défaveur

des femmes. Cela est particulièrement net en matière de santé en Algérie.

A - La femme en tant que productrice du niveau de santé dans les milieux sous-développés : cela prend deux aspects.

* Explicite : Cela concerne la femme en tant que professionnelle des soins : Le degré élevé de féminisation des professions de santé montre que sa participation au fonctionnement de l'appareil officiel des soins est importante à tous les niveaux. Mais les postes les plus élevés, les postes de décision restent masculins. Le corps des infirmiers - et de façon générale, le paramédical est largement féminisé. Il en est de même pour les corps des médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes... (plus de 55 % pour ces derniers en 1991 selon les derniers chiffres publiés.

Qu'en est-il de celui de professeurs de médecine ? Qu'en est-il surtout de celui de Directeur de secteur sanitaire ou de Directeur d'hôpital ? Aucune femme n'a encore accédé à ces postes. Bien que ce soit là l'aspect le plus visible, le plus mis en avant, ce ne sont pas ces femmes là qui jouent le plus grand rôle dans la production du niveau de santé à l'échelle de la nation parce qu'elles n'interviennent qu'en tant que techniciennes des soins, à l'instar de leurs collègues masculins. Dans un système qui laisse les hommes se détériorer :

- par suite de la "dégradation" du milieu, et donc de l'environnement dans lequel ils vivent ;
- dégradation de sous-développement : eau, milieu de vie, et d'habitat ;
- dégradation de "développement" : pollution, accidents et maladies professionnelles du travail.

* Implicite : C'est en tant qu'agent implicite de gestion de la santé de la famille, qu'elle contribue le plus à la formation du niveau de santé de la population - Sans qu'elle soit elle-même le plus souvent consciente de ce rôle qui découle des rôles qu'elle assume en tant que femme seulement. Dont les capacités d'expression et/ou de modification de la décision publique sont très restreintes. Ce qui explique que finalement elle se retrouve la plus grande victime d'un système de santé - qui autorise une mortalité maternelle élevée. De l'ordre de celle qui prévalait au XVIIème siècle en Europe - mais avec des moyens financiers, techniques et humains que l'Algérie a mis généreusement à la disposition des structures sanitaire : plus de 6 % du PIB en 1989. D'une PIB qui a été très fortement croissante de 1970 à 1985.

En tant que femme seulement : c'est-à-dire à partir des multiples rôles et fonctions qu'elle assume au sein de la famille, en tant que mère, épouse, responsable de la gestion domestique dans des pays où cette dernière occupe encore une large place. Cet angle d'analyse est particulièrement fécond dans les pays non industrialisés où le travail salarié féminin est marginal et où les structures sociales et familiales traditionnelles dénotent en l'occurrence une efficacité certaine et se révèlent même offensive dans la gestion y compris du malade hospitalisé qu'elles disputent à l'administration hospitalière.

Aussi il nous semble que toute politique de promotion véritable de la santé par une politique de promotion active de la femme, et la valorisation de son rôle dans la société.

En effet une politique de soins n'est pas une politique de promotion de la santé. On en a l'amère expérience en Algérie et ce, en dépit, ou plutôt grâce à la gratuité. Car ce sont les unités de soins lourdes (hôpitaux) qui ont reçu l'essentiel des crédits et qui ont tourné le dos à une vraie promotion de la santé. Les malades sont à l'extérieur, sont ailleurs que dans des unités de soins y compris lourdes qui se sont organisées pour fonctionner de façon très extensive.

On recherche dans les pays développés des alternatives à l'hospitalisation et on se tourne vers la famille en fait vers les femmes. Or ce rôle là nos femmes l'assument pleinement. Il faut en prendre conscience et organiser le fonctionnement du système de santé en conséquence.

L'action des femmes est donc essentielle en matière d'obtention et de préservation de l'état de santé - mais c'est une action non reconnue, non mise en évidence, non prise en charge explicitement par les décideurs politiques de nos pays, non intégrée dans les décisions publiques de multiplication de lits d'hôpitaux qui restent vides, tout en coûtant fort chers à la collectivité.

Le point de départ de cette affirmation réside tout d'abord dans un constat. Or ce constat établit une forte corrélation entre un certain nombre de paramètres : statut nutritionnel, non dépendance alimentaire etc... et où le niveau d'instruction des femmes semble être le plus décisif - et mortalité infantile - Par contre, il n'y a pas de lien sinon très lâche avec les ressources financières, le nombre de médecins, de lits d'hôpital et cette dernière. Un second point de départ de cette affirmation peut être trouvé dans la faiblesse des performances et/ou des résultats sanitaires (et en particulier du taux élevé de la mortalité infantile) appréciés en termes de niveaux de santé. Ceci se double de la persistance d'une forte natalité malgré des débuts d'inversion de comportements que l'on décèle. Cette situation semble une caractéristique générale dans les pays Arabes. Or, les moyens mobilisés à cet égard en particulier suite à un afflux de recettes extérieures provenant de la vente des hydrocarbures ont été importants. Les sommes importantes consacrées à la mise en place, au développement et à l'entretien d'un appareil de soins surdimensionné n'a pas eu toujours l'impact désiré.

- Par rapport à leur capacité d'absorption des nouvelles techniques de soins : entendu lato-sensu.
- Par rapport à leur capacité d'organisation et de maîtrise d'organisations complexes. Au delà des différences par pays, des moyens et des résultats, le constat est irréfutable. Surtout si on le met en parallèle avec certain pays en voie de développement : ceux qui semblent avoir réussi le test de passage par l'industrialisation.

L'observation initiale de la faible présence féminine au niveau des Centres de décision - valable en général - prend une singulière acuité dans le monde arabe (et musulman).

La présence des femmes Arabes sur la scène politique et sociale est particulièrement faible suite à un statut de "mineure", d'Être à part. Cela découle directement de la place qu'on leur accorde dans la Société et donc du statut personnel qu'elles subissent. Cet aspect juridique étant largement sinon exclusivement ordonnancé à partir d'une lecture étroite et littéraliste de la chariâa - d'une lecture misogyne bien sûr qui ne retient que les aspects défavorables à la femme.

A. Femmes-consommation et santé :

1. Femmes et nutrition : La gestion de l'alimentation familiale

On ne dira jamais assez la place centrale qu'occupe l'équilibre nutritionnel - au double plan quantitatif et qualitatif - dans la production de la bonne santé, dans la résistance aux infections et aux maladies de façon plus générale. Ceci étant particulièrement valable pour les enfants et les mères enceintes et allaitantes.

Il est bien entendu que le statut nutritionnel d'une population dépend d'abord et avant tout de ce qu'elle produit sur place, modifié éventuellement par ce que le pays importe ou peut importer.

Il n'en demeure pas moins que ce que chaque famille particulière consomme est largement conditionné par l'attitude des femmes vis-à-vis des différents nutriments, de la manière dont elles les préparent. Gestionnaires d'une large partie du budget familial, responsables de la préparation des repas : ce sont elles qui de façon implicite, décident de ce que les uns et les autres vont manger - de ce que la famille va manger. Beaucoup de modifications nutritionnelles résultent des modifications de leur attitude vis-à-vis de tel ou tel légume, de tel ou tel plat traditionnel remplacé par tel autre jugé plus "moderne", plus "facile" à préparer plus économe en fait de temps (éventuellement d'argent). On peut à cet égard par exemple citer le "reflux" du couscous, plat complet s'il en est, mais fortement consommateur du temps de travail féminin. Corrélativement, la montée des frites et du sandwich aux frites (sans le steak pour les familles pauvres) - "plat" déséquilibré s'il en est. Ces exemples de pseudo "modernité" et de modifications du comportement et du modèle alimentaire qui deviennent : plus pauvres, moins sains traduisent des évolutions régressives sur la santé. On peut donc dire que leurs connaissances en la matière sont importantes : quantité, qualité, diversité des produits et manière de les préparer influent largement sur la santé de tous les membres de la famille. Elles sont donc quelque peu responsables (la plupart du temps sans le savoir) du statut nutritionnel dans le cadre d'une économie qui leur échappe de plus en plus - où de moins en moins elles interviennent dans le travail agricole, dans l'agriculture vivrière et où elles se retrouveront fraîchement urbaines. Aucune éducation nutritionnelle n'est dispensée à l'école ni de façon générale. L'optique "soins", "médicaments" et technologies avancées de soins a fini par largement submerger les

approches initiales, plus intégrées, plus soucieuses de véritable promotion de la santé, mais surtout les savoir-faire traditionnels patents dans certains domaines.

2. La consommation de l'eau domestique :

L'eau de consommation des ménages dépend aussi largement d'une "gestion" implicite de sa part : or nous savons que cette dernière est la source de transmission d'un très grand nombre d'infections dangereuses. Il est évident, que ce sont les collectivités locales qui constituent les premiers responsables. Devant leur incurie et les conséquences fâcheuses qui en découlent, on note que les femmes instruites, éduquées et conscientes des problèmes adoptent spontanément les attitudes préventives. La revendication d'une eau pure et de conditions d'hygiène publique minimales peut avantageusement remplacer celle des médicaments à n'importe quel prix.

Cependant l'eau est une ressource rare, c'est la ressource la plus rare en Algérie. Mais un système de tarification complètement inopérant, fait qu'elle est cédée y compris aux ménages à un prix dérisoire d'où de larges gaspillages à tous les niveaux (et, où les femmes participent largement) auxquels font pendant de criantes pénuries.

Ceci ne permet pas aux sociétés responsables de la distribution des eaux de dégager les ressources nécessaires à l'entretien des canalisations. Ceci aussi explique le peu d'intérêt et de moyens pour fournir une eau pure et saine... On préfère construire des hôpitaux et acheter des médicaments le tout en devises. Tel est le résultat paradoxal de politiques de santé basées sur des indices-lits populations - Indices-médecins-population. La médicalisation du sous-développement a produit aussi la dépendance sanitaire, sans que les causes du mal soient extirpées par ce type de politiques...

De la même façon que pour tous les biens économiques mis en tutelle étroite par l'Etat ou "goods mérités", des mécanismes d'allocation inefficace des ressources sont provoqués par des systèmes de tarification et/ou de prix relatifs - à l'opposé de ce que commande la rationalité économique.

3. La gestion de l'hygiène du domicile et des abords immédiats de ce dernier qu'il soit en individuel ou en collectif est aussi largement le fait de ces dernières, de leurs connaissances en la matière et de leurs attitudes vis-à-vis de l'hygiène et de la propreté collective et de leur aptitude à les imposer.

En matière d'hygiène, précisons que certains principes découlant d'une éthique musulmane en la matière (ablutions, bains maures par exemple) sont mieux suivis et mieux intériorisés que certains principes (universels) découlant des impératifs de santé publique de la vie dans les grandes collectivités modernes (ramassage des ordures ménagères, entretien des cages d'escalier.) Peut-on plaider pour un élargissement, un approfondissement de la morale traditionnelle en la

matière. Le type de coercition qu'elle exerçait étant plus efficace et plus appropriée parce que mieux intériorisée.

C. Femmes, connaissance et santé :

Ici il s'agit de rôles plus "actifs", mais plus épisodiques, plus ponctuels.

1- Femmes et malades familiaux :

Dans les sociétés où les femmes ne sont pas encore très largement salariées, où elles ne travaillent pas à l'extérieur de façon massive, où les services de santé même quand ils existent fonctionnent mal, les femmes s'occupent largement de tous les autres membres de la famille qui doivent consulter. De plus ce sont elles qui sont les infirmières et les gardes malades à domicile. Ce sont elles qui s'occupent des vieux parents - qui lorsque la solidité des structures familiales anciennes persiste - ne sont pas refoulés dans des établissements conçus à cet effet. Cela reste encore vivace. Mieux cela prend des formes nouvelles. Elles "disputent" même à l'hôpital la gestion du malade en prenant en charge sa nourriture, sa literie et son confort psychologique.

2. Femmes et mortalité infantile :

La nourriture, l'allaitement, les soins aux enfants sont du ressort des femmes, c'est une évidence et une banalité de le dire. Ce faisant c'est la manière dont elles s'acquittent de ces tâches qui conditionne largement la mortalité infantile (à conditions économiques données). Ce n'est ni leur tendresse, ni leur dévouement qui sont en cause mais leur niveau d'instruction, leur niveau d'éducation, leur degré d'information, de perception et d'intégration des principes d'hygiène individuelle et collective... dans leur action quotidienne.

3. Femmes et savoirs empiriques traditionnels

Certaines formes de "modernité" peuvent être ravageuses de savoirs et de savoir-faire traditionnels efficaces et adaptés. Il en est ainsi en matière de connaissances en médecine empirique et en pharmacopée. Les femmes tenaient une très large place soit en tant que "professionnelles", soit en tant que "profanes". Toute une série de médicaments et de thérapeutiques alliaient efficacité, rationalité, disponibilité sur place - et coût modique. Sous la poussée de mimétismes outranciers, de "modernisations" tronquées on aboutit à l'accentuation de la dépendance sanitaire laquelle est particulièrement cruciale en matière de médicaments."

En effet, l'Algérie était devenue suite à des conditions financières permissives et à l'effet d'un fort effet-volume résultant de trop faibles prix appliqués aux médicaments, un des plus gros importateurs net de médicaments sur le plan mondial. Après une politique d'ajustement structurel très drastique (avec dévaluation brutale du Dinar et libération totale des prix) on aboutit à une situation de pénurie extrême en matière de médicaments. Pénurie accentuée par des procédures de gestion - peu efficaces -(CHAULET 1991) puisque semble-t-il on aurait oublié pour cette année de faire passer la commande des hôpitaux. On

semble être revenu quelque peu sur cette attitude en privilégiant de nouveau l'approvisionnement du marché en médicaments.

Cette dépendance en termes de médicaments s'étend à celle des soins lourds qui se soldaient par des envois pour soins à l'étranger. Les hôpitaux y compris les CHU engorgés par le flux de malades bénins - suite à la gratuité, ne semblaient point pouvoir s'occuper de façon correcte des nouvelles pathologies. Ce qu'on tente de corriger. Est-il irréaliste, est-il utopique de plaider pour une nouvelle redistribution des rôles et des formes des différentes manières de se soigner qui ferait sa place, une plus large place à la pharmacopée traditionnelle, aux médecines empiriques traditionnelles qui ont la vertu d'être douces, naturalistes, peu onéreuses et non porteuses de dépendance ? Peut-on espérer qu'elles soient ré-appréciées et non plus rejetées en bloc sous l'accusation d'obscurantisme ? Bref qu'elles soient réhabilitées dans leurs contenus positifs ? Cela peut être aussi une des formes de desserrer le ghetto, le monopole pharmaceutique et/ou médical, tout en revalorisant l'action féminine qui ne resterait plus aussi passive en matière de soins qu'elle l'est devenue au cours du processus de modernisation.

Mais si les femmes jouent des rôles quasi importants dans la production des niveaux de santé, elles ne sont pas pour autant celles qui bénéficient le plus ou le mieux de notre système de santé. D'où :

- une mortalité différentielle en leur défaveur, c'est-à-dire une surmortalité aux âges de plus haute fécondité : ce que mettent en relief un certain nombre d'études (BCHIR 1984 - OUFRIHA 1986).

- mais surtout une mortalité maternelle (DESFORT 1985) excessive et qui figure comme la première cause de décès des femmes. Ce dont décèdent le plus les femmes dans notre pays, c'est d'être femme tout simplement. C'est-à-dire en donnant la vie. Ni le système de santé, ni les professionnels, ni les décideurs politiques, ni la presse (laquelle s'enflamme épisodiquement pour les pénuries de certains médicaments : mais pour qui parle-t-elle ?), ne semblent s'émouvoir d'une telle situation. Comme si mourir de ses couches pour une femme semble quelque chose de naturel - à l'orée du XXIème et pour un pays qui envoie des flux de malades dont certains incurables ou pour de longues années - "se faire soigner" ou "se reposer" à l'étranger : Est-ce parce que les femmes ont peu de capacités d'expression de leurs vrais besoins et de leurs vrais problèmes en matière de santé. Est-ce parce qu'elles sont quantités négligeables ! Les Associations Feministes qui ont fait de l'abrogation de l'article permettant le vote par le conjoint semblent s'être trompées d'objectif politique : les femmes analphabètes qui ont voté, ont voté "pour l'Islam" parce qu'elles sont et de beaucoup les plus aliénées et donc le plus ferme support, le meilleur, en fait de l'ordre masculiniste. Il faut donc travailler en profondeur ces questions.

Or voilà un problème qui nous semble digne de toutes les mobilisations, en particulier des mobilisations des femmes pour que les femmes ne payent pas de leur propre vie, le renouvellement et la perpétuation de la vie.

BIBLIOGRAPHIE

- F. Z. OUFRIHA : Principaux aspects de l'Economie de la Santé en Algérie - Thèse d'Etat Sciences Economiques - 1972.
- F. Z. OUFRIHA : Données démographiques et politiques de santé en Algérie - Cahiers du CREAD - 1er Trimestre 1986.
- N. DEKKAR BAZZAOUCHA : Les accidents de la circulation en Algérie - Approche épidémiologique - SNED Alger.
- M. BACHIR : L'inégalité devant la mort selon le sexe en pays arabes - Revue Tunisienne des Sciences Sociales - 1984 + Actes du Colloque "la question démographique dans le Monde Arabe" - Tunis.
- TABUTIN : Mortalité infantile et juvénile en Algérie, Travaux et documents de l'INED - Cahier n° 77 - 1976.
- J. VALLIN : Un fait social : la surmortalité des petites filles en Algérie - 3ème Colloque de démographie maghrébine - Tunis 1978.
- M. DESFORT : Tous les travaux sur la mortalité maternelle - Ministère de la Santé : Quelques résultats de l'analyse de l'état de santé de la population et de l'activité des services sanitaires de la RADP - Alger 1984.