

Université de Tlemcen



MÉMOIRE DE MAGISTER



Présenté à l'Institut des Sciences Economiques

Par : Mme Assia KARA - TERKI

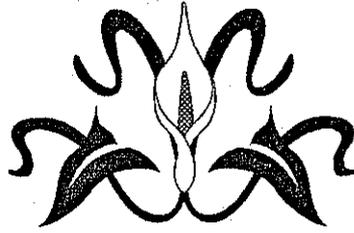
**LA GESTION DU SYSTEME
DE SOINS PUBLICS
EN ALGERIE**

Sous la Direction de Mr BARKA Zine

Devant les membres du Jury

A. BENDI ABDELLAH	(M.C. Université de Tlemcen)	<i>Président</i>
Z. BARKA	(M.C. Université de Tlemcen)	<i>Rapporteur</i>
A. DERBAL	(M.C. Université d'Oran)	<i>Examineur</i>
K. BOUTALEB	(C.C. Université de Tlemcen)	<i>Examineur</i>

Fevrier 1995

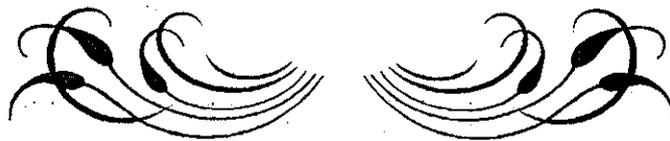


Remerciements

Il m'est agréable d'exprimer ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont apporté un appui moral ou matériel pour réaliser ce travail de recherche.

Je cite en particulier : M^r BARKA Zine, M^{lle} YADEL Farida, M^r et M^{me} BOUCHENAFI, M^r KAZI TANI Nadji, M^r BELMOKADEM Mostefa ainsi que tout le personnel du Centre Hospitalo - Universitaire de Tlemcen.

Aussi, je remercie profondément la petite famille qui m'entoure pour son soutien tout au long de ce travail.



11

12

13

14

15

16

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE	2
CHAPITRE PRELIMINAIRE. La théorie du service public	7
SECTION I. La définition du service public	9
I.1. La conception du service public	9
I.2. Le fonctionnement des services publics	10
I.2.1. Le principe de la continuité des services publics	10
I.2.2. Le principe d'égalité devant les services publics	10
I.2.3. Le principe de neutralité ou de non discrimination	11
I.2.4. Le principe d'adaptation	11
I.2.5. La gratuité du service public	12
I.3. Type d'entreprise assurant les prestations des services publics	12
I.3.1. Le marché des services publics non marchand	14
I.3.2. Les caractéristiques des entreprises publiques non marchandes	15
SECTION II. La gestion dans les deux types d'entreprise : marchande et non marchande	19
II.1. La critique de la gestion publique	19
II.2. Les services publics et l'impératif d'efficacité	22
SECTION III. Le domaine de la santé, un secteur public non marchand	23
III.1. La demande et le comportement tutelaire de l'Etat	24
III.1.1. Les caractéristiques de l'activité sanitaire	24
III.1.2. D'autres raisons pour la mise sous tutelle des activités médicales	26
III.2. La politique de santé	27
III.2.1. Les composantes d'une politique de santé	28
III.2.2. Les effets de la politique de santé	30
III.2.3. Budget et fonction de production de la santé	31

III.3. L'organisation des soins médicaux dans le monde	33
III.3.1. Le système libéral ou système d'assurance privée	33
III.3.2. Le système d'assurances sociales (modèle bismarkien)	33
III.3.3. Le service national de santé (modèle beveridge)	34
III.3.4. La médecine étatisée	34
III.4. La santé, un service public en expansion	35
CONCLUSION DU CHAPITRE PRELIMINAIRE	37
PREMIERE PARTIE : Le nouveau système de soins public en Algérie	38
CHAPITRE I. L'évolution du système de soins public en Algérie entre 1973 et 1992.	
SECTION I. L'adoption d'un système de santé	39
I.1. Les bases idéologiques du système de santé	40
I.1.1. Approche capitaliste	40
I.1.2. Approche socialiste	42
I.2. Le système de santé algérien et socialisme	42
I.3.3. Les principales actions conduisant à la construction du système de santé national	43
I.4. L'édification du système de santé en Algérie	45
SECTION.II. Le système de santé et les différents plans de développement	46
II.1. Phase antérieure à la gratuité	47
II.2. Phase du lancement de la gratuité	50
II.2.1. Moyens pour la mise en oeuvre de la gratuité	52
II.2.2. Les premiers résultats de la gratuité de soins	55
II.3. L'adoption des fondements de la carte sanitaire	57
II.3.1. Principes de la carte sanitaire en Algérie	57
II.3.2. Principe de la sectorisation	58

I.5.2.	Sources de financements des secteurs sanitaires des budgets	90
I.5.3.	Le financement des structures para- publiques	92
I.5.3.	Les dépenses occasionnées par le recours aux établissements sanitaires étrangers	94
I.6.	D'autres ressources de financement pour le secteur public	96
I.7.	Les dépenses occasionnées par le secteur privé	97
 SECTION II. L'affiliation à la sécurité sociale		100
 SECTION III. L'organisme de la sécurité sociale et problèmes de gestion depuis 1983		102
 CONCLUSION.		105
 DEUXIEME PARTIE : Les dépenses du système de soins		106
 CHAPITRE I. Les dépenses du personnels		107
 SECTION I. La politique de formation des cadres médicaux en Algérie		109
I.1.	La carte sanitaire et le processus de planification des cadres en formation	110
I.2.	La formation du personnel médical	112
I.3.	La formation du personnel para-médical	116
I.3.1.	Formation du personnel technique de santé	116
I.3.2.	Formation du personnel d'administration sanitaire	118
I.4.	Le personnel étranger et la coopération en Algérie	119
 SECTION II. La gestion du personnel médical		121
II.1.	Le personnel médical géré par le ministère de l'enseignement supérieur	122
II.2.	Le personnel médical géré par le ministère de la santé publique	123

SECTION III. Rémunération du personnel médical et para-médical dans les structures sanitaires publiques	124
III.1. L'élaboration du statut du personnel médical	124
III.3. Les dépenses du personnel dans les structures sanitaires publique	124
III.3.1. Les rémunération des praticiens hospitalo-universtaires	128
III.3.2. Les dépenses du personnel médical algérien de la santé publique	130
III.3.3. Les dépenses du personnel médical étranger	131
III.4. Les dépenses du personnel para-médical	132
III.4.1. Les dépenses du personnel para-médical d'attribution des soins	133
III.4.2. Les dépenses du personnel administratif et technique	136
IIII.4. Personnel médical et sa repartition dans les structures sanitaires publique en 1990	138
SECTION IV Le secteur privé, un réseau nouveau dans la distribution des soins	141
IV.1. L'extension de la médecine privée en Algérie après 1983	141
IV.2. Evolution chiffrée des parts du marché des soins privés	144
CONCLUSION	148
CHAPITRE II. Les dépenses de médicaments	149
SECTION I. Les phases caractéristiques de la politique du médicament en Algérie	151
I.1. Phase antérieure à la gratuité	151
I.2. Phase d'organisation centralisée	152
I.3. Phase de la décentralisation et de la réorganisation	154

SECTION II. L'approvisionnement national en médicaments	156
II.1. La production de médicaments et ses principales caractéristiques en Algérie	156
II.2. L'importation des médicaments en Algérie	160
II.2.1. Evolution de l'importation	164
II.2.2. Le caractère de l'importation médicamenteuse en Algérie	165
SECTION III. Consommation et gestion du médicament par la nomenclature	168
III.1. La consommation de médicament	168
III.1.1. Les indices de croissance de la consommation	169
III.1.2. Aspects qualitatifs et quantitatifs de la consommation de médicament	170
III.2. La gestion du médicament par la nomenclature	174
III.2.1. Fondements et objectifs de la nomenclature	175
III.2.2. Présentation critique de la nomenclature	177
III.3. Libéralisation des prix de médicaments en Algérie	182
CONCLUSION	185
CHAPITRE III Les dépenses d'équipements sanitaires	186
SECTION I. Le nouveau système de soins et équipements sanitaires	187
SECTION II. Evolution des dépenses des équipements sanitaires	189
II.1 Premier plan quinquennal et équipements médicaux	191
II.1.1 Equipement médicaux	193
II.1.2 Moyens de transport	193
II.1.3 Les équipements collectifs	194
II.2 La participation des entreprises nationales à l'opération d'équipement du secteur sanitaire	195

II.3 Les resultats de la polique d'équipement sanitaire en Algérie dès les années 80	197
CONCLUSION	201

TROISIÈME PARTIE : (Proposition de solution)

Détermination des coûts des prestations de soins	202
SECTION 1 : Une évolution centrée sur l'hôpital	203
I.1. Critères externes : L'activité hospitalière dans les systèmes de soins universels.....	203
I.1.1 C'est en établissement ouvert en permanance et assurant une continuité dans ses activités	204
I.1.2 L'accès aux hopitaux est libre et plus ou moins équitable.....	205
I.1.3 L'hôpital est un lieu de recherche	205
I.1.4 C'est un lieu de hautes competences et où les technologies se diffusent massivement	206
I.2 Causes internes : L'activité hospitalière dans le système de soins Algérien	206
I.2.1 Le rôle de l'hôpital dans la politique de santé publique en Algérie	207
I.2.2 La demande des soins en milieu hospitalier	208
I.2.3 Les dépenses budgétaires en milieu hospitalier	209
I.2.4 Sécurité sociale et dépenses hospitalier	209
I.2.5 Coût et réorganisation du marché des soins	210
I.2.6 Coût et réajustement des parts de financement entre les agents du système de soins	211
I.2.7 Coût et gestion du service public	211
I.2.8 Coût et prise de cision	212
SECTION II Un exemple de calcul de coût au centre hospitalo-universitaire de Tlemcen C.H.U	212
II.1 Présentation générale de C.H.U de Tlemcen	213
II.1.2 Les structures	213
I.1.3 Activités des sercices médicaux	214
I.2 Calcul du coût d'hospitalisation au C H U T, effectué en 1990	215
SECTION III les éléments à reconsiderer dans la détermination des coûts de prestation de soin en milieu hospitalier	227

CONCLUSION 233

CONCLUSION GENERALE 234

INTRODUCTION GENERALE

L'économie de la santé est une discipline nouvelle. Elle date des années cinquante (1).

Effectivement, longtemps l'économie et la médecine se sont ignorés en raison de différences radicales dans leurs champ d'analyse et dans leurs comportements.

Aujourd'hui ce rapprochement est possible et nécessaire, grâce aux préoccupations croissantes de bien être, basées sur une demande élevée de soins, qui appelle à son tour à une mobilisation supplémentaire de ressources.

Cette science s'est développée pour apporter des éléments de réflexion concernant simultanément des exigences sociales croissantes et des contraintes économiques bouleversantes ; d'autant plus que l'élargissement du champ du service public en matière de santé préoccupe beaucoup d'économistes et de pays, l'Algérie en fait partie.

Ainsi, dans un contexte de profondes réformes du système politico-économique, la transparence, la performance et l'efficacité de la gestion sont de rigueur. Le but et l'importance de cette réforme traduisent un objectif majeur celui d'atteindre un meilleur niveau économique et social du pays.

Cité comme un domaine directement touché par la réalisation des objectifs sociaux, la santé cherche aussi de nouvelles adaptations.

Pendant une décennie, l'organisation du système de soins algérien se présente comme un modèle de la "Santé Publique". Régit par un ensemble de réglementations et de mesures qui semblait constituer de manière cohérente, un dispositif capable de prendre en charge les divers problèmes sanitaire du pays. Aujourd'hui, ce système est très critiquable et paraît loin d'atteindre l'efficacité attendue.

En effet, les années 90 sont témoin d'un taux de mortalité infantile élevé (80 pour mille) par rapport à certain pays en développement tel que la Malaisie et le Venezuela (70 pour mille)(2).

(1) J.C. GUYOT, "Sociologie et santé publique", les cahiers du LERASS, n°22, Février 1991, pp. 19-25.

(2) M.KHIATI, Quelle santé pour les algériens?, éd. Maghreb relations, Alger 1991, p. 29.

Aussi, la situation économique et sociale du pays reste toujours caractérisée par une prévalence de maladies transmissibles notamment le choléra, la fièvre typhoïde et la tuberculose. Pourtant, les chiffres rapportés dans le bilan de la santé par les deux postes d'investissements et de fonctionnements dévoilent une progression exponentielle de dépenses. Cette croissance fait passer le rapport de la dépense nationale de santé (D.N.S au P.I.B de 1,6 % en 1973, à 4,4% en 1984 ... à 6% en 1989(1) et ceci malgré un environnement économique caractérisé par la récession. Dès lors, la question est de savoir maintenant, pourquoi tant de moyens mobilisés donnent-ils un résultat si médiocre?

Dans la nécessité d'une maîtrise des dépenses de soins, nous pensons qu'il est important au préalable d'identifier les facteurs déterminant de cette progression. On doit en premier lieu souligner les causes que l'on pourrait qualifier d'immédiate : Démographiques tout d'abord avec l'augmentation absolue de la population ; médicales ensuite du fait de l'évolution constante et rapide de l'offre des soins (rappelons simplement que le nombre de médecins s'est multiplié par vingt (20), les dix dernières années) ; sociologiques en troisième lieu, en liaison avec la médicalisation accrue; technologiques enfin à travers un progrès technique envahissant tant au niveau diagnostique que thérapeutique.

Mais ces différents points, aussi fondés qu'ils soient apparaissent partielles, ce qui nous renvoie impérativement à une analyse fondamentale centrée sur la croissance des coûts de la santé se rapportant à l'absence de rigueur de gestion qui frappe l'ensemble du système économique algérien et avec une particulière acuité, le système de soins. Cette situation nous conduit à étudier la gestion du système algérien particulièrement depuis la promulgation de sa gratuité, ceci à travers le développement des trois points suivants:

(1) F.Z. OUFREHA "Difficile structuration du système de santé en Algérie", CREAD N° 35/36, 3^{ème} et 4^{ème} trimestre 1993.

- 1) Les bases de développements du système de santé algérien (1^{ère} partie).
- 2) La gestion de ses ressources (2^{ème} partie).
- 3) et enfin, la réalité des coûts de gestion produit par le système national de santé (3^{ème} partie).

Considéré comme un secteur non marchand et distingué par la dominance de son caractère public, le domaine de la santé défend des objectifs variables et collectifs. La particularité de la gestion publique, ses principes de fonctionnements distincts, l'importance de ses objectifs feront l'objet du **chapitre préliminaire**. Ce qui nous permettra de cerner le cadre théorique général (théorie du service public) de notre travail, pour aboutir à la particularité du système de soins public algérien (partie 1). Le problème de la progression des dépenses de soins a été soulevé intensivement il y a une dizaine d'années déjà. Dès lors, il est important pour nous de relire son cadre idéologique pour en tirer concrètement l'apport des différents plans de développement et analyser le schéma de la distribution des soins comme outil profondément recommandé pour sa réorganisation à l'issue du second plan quadriennal. Ceci nous aidera à expliquer quelques aspects fonctionnels du système de soins après l'achèvement des différents plans sociaux (**chapitre 1**).

Comme la protection sociale fait partie de la santé du pays, il serait nécessaire d'étudier le poids et la nature de cette relation en Algérie. Les principes de fonctionnement et d'organisation de la Sécurité Sociale nous orientent vers une explication de sa nouvelle mission sociale, pour en déterminer ensuite sa part dans le financement des soins. L'important est d'aboutir ensuite à une analyse fondée sur la gestion actuelle de cet organisme (**chapitre 2**).

Le bilan de la santé montre clairement une augmentation chiffrée des dépenses de soins. Les rythmes de cette progression nous impose une analyse quantitative (**partie 2**).

L'affectation des ressources à travers la budgétisation montre l'importance de certains chapitres par rapport à d'autres, nous retenons volontairement dans notre

analyse les plus importants en valeur. Ici, ils sont au nombre de trois : personnel, médicaments et équipements.

Les dépenses du personnel offrent le poids prépondérant de la ligne budgétaire. La réforme des études médicales, les nouveaux statuts fixés, l'extension des services de soins, etc... nous laissent s'interroger sur l'efficacité de la gestion de ces dépenses, particulièrement en ce qui concerne les dépenses de formation et de rémunération du personnel de la santé publique. Ce qui pourra nous mener à comprendre les conditions actuelles d'extension du secteur privé et du partage du marché des soins en Algérie (chapitre 1).

Reconnue comme un produit stratégique, les dépenses de médicaments occupent la seconde place dans les dépenses globales de santé. Leurs évolutions à des rythmes extraordinaire nous mènent à chercher dans les principales méthodes de gestion et d'organisation de ce produit depuis "la gratuité des soins". Le caractère de la production et de l'importation nationale de médicaments conduit à une analyse de la nomenclature, pour expliquer ensuite d'une manière très brève la libéralisation des prix.

Touché par les mêmes conditions de gestion et d'organisation que les médicaments, les dépenses d'équipements sanitaires sont en perpétuelle croissance.

Il est vrai que cette question est très importante, mais elle présente la difficulté d'isoler le problème de la gestion des équipements sanitaires du processus global d'investissement. Pour éviter de se perdre dans les détails de cette question, un aperçu seulement sera donné sur l'importance des dépenses et les caractéristiques de la gestion des équipements sanitaires en Algérie.

Maintenant, l'essence du problème de la santé nationale est de savoir gérer la progression des dépenses de soins. Autrement dit, il y'a urgence non seulement de remédier aux différents problèmes de la santé mais aussi d'avancer scientifiquement dans la gestion de manière à maîtriser cette augmentation.

Notre travail va donc contribuer à réfléchir sur la manière de mener le secteur sanitaire à un niveau maîtrisant l'allocation de ses ressources tout en répondant aux besoins des citoyens.

Car, dans le domaine de la santé tout un chacun a le droit aux soins de pointe, ni l'idéologie, ni le contexte de crise multidimensionnel que vit l'Algérie ne peuvent excuser l'état présent du système de soins. Il y a manque de financement, il y a destruction, ... mais il y a aussi des méthodes de gestion qui peuvent réhabiliter la rationalité et surtout permettre un développement équilibré et cohérent en la matière (3^{ème} partie).

En réponse à ce problème, il demeure très important à notre avis de rechercher les règles d'une bonne gestion non seulement en amont du budget mais aussi dans son aval. Cela sous entend que la gestion du système ne doit pas s'arrêter juste avec l'affectation des ressources, elle doit s'étendre pour atteindre son utilisation. Les termes d'une efficacité se résument généralement par une maîtrise des coûts de gestion.

Pour cette raison, une connaissance des coûts qu'engendre le système de soins est très nécessaire. Comme la structure de soins la plus lourde est "l'hôpital", son choix pour le calcul des coûts se voit pour des causes internes et externes au système de soins. Ainsi la détermination des coûts à travers un cas d'étude effectué au centre hospitalo-universitaire de Tlemcen nous mènera à une connaissance aussi proche que possible des différents coûts de prestation de soins.

CHAPITRE PRELIMINAIRE
LA THEORIE DU SERVICE PUBLIC

Nous évoquerons dans ce chapitre la théorie du service public qui nous semble impérativement nécessaire pour les raisons suivantes :

1. La nature de la demande des soins dans un établissement de santé public se traduit par une demande de services.

2. L'objectif recherché tout au long de ce travail, est l'efficacité de gestion des ressources publiques.

Pour cela trois points fondamentaux sont analysés:

1. La définition de la conception du service public

2. Le fonctionnement du service public.

3. Le type d'entreprises assurant les prestations des services publics.

Ce dernier point nous permet de déterminer les différences fondamentales entre deux types d'entreprises : entreprises marchandes et entreprises non-marchandes et de déduire les critères de gestion pertinents dans chacune d'elles.

SECTION I. LA DEFINITION DU SERVICE PUBLIC

I.1 LA CONCEPTION DU SERVICE PUBLIC

L'appellation même du service public sous-entend la fonction de l'agent suprême chargé de produire des biens et services pour l'ensemble de la communauté. Les institutions publiques traduisent principalement cette fonction.

En effet la structure de l'Etat révèle implicitement à la fois des institutions politiques et des institutions administratives.

- *Les institutions politiques :*

Elles ont pour objet de décider du sens et de l'orientation générale de la politique de l'Etat. Les institutions politiques traduisent la fonction gouvernementale qui a pour but la gestion des intérêts supérieurs de la collectivité.

- *Les institutions administratives:*

Ce sont des institutions instaurées également par l'Etat en vue de répondre aux nécessité quotidiennes liées à la vie sociale. C'est dans ce cadre que s'insèrent les services publics. Nous pouvons de manière approximative et générale les définir comme "*des organismes institués et aménagés par l'administration en vue de la satisfaction des besoins publics*"(1). L'institution des services publics remonte très haut dans l'histoire puisqu'elle est étroitement liée à la notion même de l'Etat.

Le service public implique l'idée d'une activité tellement importante qu'elle doit obligatoirement être exercée ou contrôlée par une collectivité publique. Le service public n'est pas seulement une notion qui de sa double dimension idéologique et juridique constitue un des piliers de la théorie de l'Etat, il recouvre aussi une réalité socio-politique concrète. Le service public, c'est encore un ensemble d'activités, d'organes et d'agent qui occupent depuis longtemps une certaine place dans notre vie sociale.

(1) Le service public, Encyclopédie LAROUSSE N°16, Paris 1988, p. 756.

I.2 LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES PUBLICS

le régime juridique constitue le code général des lois qui régissent le fonctionnement d'une société donnée. Il est admis aussi que ce régime ne peut être unique, mais au contraire il varie largement d'un pays à un autre et ceci selon plusieurs conceptions (valeurs morales , régime politique, économique etc ...).

La législation de chaque pays délimite le champ des services publics et instaure les différents régimes de fonctionnement. Cependant, il existe un minimum irréductible de principes applicables à tous les services publics qui s'insèrent généralement dans le code public.

Ces principes traduisent la conséquence du respect nécessaire d'intérêt général de certains besoins. Ils doivent être intégrés sous des formes et avec une intensité variable dans le régime juridique de tout service. En somme, ils sont valeur de principes constitutionnels coutumiers, c'est la raison pour laquelle leur connaissance est essentielle.

Depuis longtemps quatre principes fondamentaux sont distingués(1):

1.2.1 Le principe de la continuité des services publics

Ce principe se présente comme la traduction administrative de l'Etat. Il représente principalement l'idée de la continuité. Ce principe oblige l'Etat à faire fonctionner le service régulièrement pour respecter sa finalité économique et sociale. Ainsi *TARDIEU* affirme que la continuité est l'essence du service public.

1.2.2/ Le principe de légalité devant les services publics

L'intervention de l'Etat est omniprésente dans tous les pays et dans tous les secteurs d'activité. Ceci par la force des lois de fonctionnement, car le pouvoir législatif est entre les mains de l'Etat seulement. En plus, cet agent suprême grâce à son caractère d'autorité et de suprématie ne peut léguer à autrui certaines activités

(1)J. De SATO, Grands services publics et entreprises nationales, Editions Montchrestien 1971, pp 35-40.

sans intervenir. Par ailleurs il se proclame le seul juge ou le seul maître apte à défendre les intérêts d'ordre collectif.

Le principe de légalité se traduit par l'instauration d'un statut unique pour tous les usagers prestataires. Pour le respect de ce principe, l'Etat offre des biens et services standards. Les usagers des services publics bénéficient tous des mêmes prestations. En contrepartie, tous ceux qui sont dans la même situation doivent supporter les mêmes charges: par exemple payer le même prix pour la même prestation. Aussi, les usagers du service public ont l'obligation du respect de la réglementation du service. D'où une législation unique pour tous les usagers.

1.2.3 Le principe de neutralité ou de non-discrimination

Le principe de non-discrimination fait référence à la neutralité de l'Etat dans l'offre de ses services. Autrement dit, le service doit fonctionner en offrant aux usagers les mêmes prestations ou avantages et en leur imposant les mêmes charges sans faire état de leur croyances politiques, religieuses, des contrats etc...

1.2.4 Le principe d'adaptation

Bien que parfois présenté comme une application du principe de continuité, le principe d'adaptation se distingue du premier par la modification continue de son statut. Ceci dans le but de se rallier aux changements.

Le principe d'adaptation s'applique :

- En cas de changement de faits dans les circonstances: l'administration doit aménager le service en conséquence, elle peut également modifier la réglementation du service .

- En cas de changement de droit : la loi ayant changée, l'administration doit donc modifier le service sous réserve de délais d'exécution (contrat ...).

Le principe d'adaptation permet à l'administration de modifier unilatéralement les dispositions contractuelles intéressant le fonctionnement du service public et supporter les conséquences du changement.

1.2.5 La gratuité du service public

Ce principe, autrefois considéré comme fondamental, est en voie de disparition. Il était en relation avec l'idée de l'Etat gendarme : les services assurés par l'Etat sont absolument nécessaires et doivent donc être pratiquement gratuits. L'augmentation considérable des services publics, tant dans leur nombre que dans les prestations qu'ils assurent n'a pu favoriser la stabilité de ce principe pendant longtemps. D'autre part, les préoccupations de leurs rentabilités se développent. Généralement le prix des prestations payées par les usagers est inférieur au coût du service rendu. Il en résulte que pour assurer un minimum de gestion, un maximum de prestations pour l'ensemble des usagers et par conséquent une continuité assez durable pour le service, le principe de gratuité semble disparaître dans la majorité des services rendus par l'Etat.

Il est important de signaler que le principe de gratuité reste le plus dominant dans les ex-pays dits socialistes, où l'Etat souverain se proclame le seul gestionnaire et prestataire de l'ensemble des services publics. Alors que la gratuité des services semble plutôt fondre dans les principes du capitalisme où les préoccupations de rentabilité sont placées par dessus tout(1).

I.3 TYPE D'ENTREPRISES ASSURANT LES PRESTATIONS DES SERVICES PUBLICS

Pour accomplir leur tâches, les services publics exigent des moyens très variés: ils emploient du personnel, utilisent des biens et accomplissent des opérations d'ordre matériel. Cette réunion de moyens bien déterminés ayant une fin précise lui donne le caractère d'entreprise. Il s'agit d'une entreprise placée sous l'autorité des pouvoirs publics dont la dépendance se manifeste déjà dans sa création.

L'incorporation d'une entreprise à l'administration est donc essentielle pour caractériser le service public. Seulement son fondement et ses limites résident dans la recherche de l'utilité publique et la satisfaction des besoins de la collectivité.

(1) J. DE SATO, OP CITE, p 39.

Il en résulte que l'intérêt public attaché à une activité à un moment et en un lieu déterminé attribue à l'entreprise le caractère du service public.

L'idéologie du service public n'est pas sans incidence sur le réel. Elle implique un certain mode de relation entre l'Etat et la société, d'abord, elle transforme l'Etat en gestionnaire d'activités sociales concrètes. L'Etat se présente alors sous la forme de services publics diversifiés qui couvrent un espace social donné, ensuite il souligne de façon précise la spécificité de la gestion administrative. Car les services publics sont censés fonctionner selon des principes radicalement différents des entreprises privées. Cependant, il existe une exception à la règle dans les ex-pays socialistes qui ont adopté la collectivisation des moyens de production, l'entreprise publique peut revêtir la forme d'établissement public industriel, de société nationale lorsque la totalité des actions est détenue par une collectivité publique. Elle peut revêtir la forme de société d'économie mixte lorsque des capitaux privés sont associés à des capitaux publics. Ce type d'entreprise existe pratiquement dans tous les pays du monde. Elles sont minoritaires en Angleterre et en France et très rares aux Etats-unis. Ces entreprises, bien qu'elles soient publiques, sont marchandes et peuvent être définies à cet égard *comme un service public personnalisé ayant pour objet de fournir des produits ou des services moyennant rémunération et dont les modalités d'organisation sont empruntées aux entreprises privées* (1).

Il est généralement admis que toute entreprise chargée de l'accomplissement d'un service public est non marchande, ceci en référence à la définition suivante: " La création d'un service public local ne sera admise que si en raison de circonstances particulières de temps et de lieu, un intérêt public l'exige" (2).

Pour être licite, l'intervention de l'Etat doit dès lors répondre à deux conditions cumulatives:

- D'une part, avoir en vue la satisfaction des besoins légitimes de la population à l'exclusion des préoccupations d'ordre financier.

(1) M.H. L'HERITEAU, "Pourquoi les entreprises publiques", La cohérence de l'économie publique, le plan et le marché, PUF, 1972, pp 59-63.

(2) G. BELANGER, L'économie du service public, 1979, p 332.

- D'autre part, être fondée sur la carence de l'initiative privée, un des postulats fondamentaux du libéralisme traditionnel.

Il apparaît donc, que l'entreprise chargée d'assurer des services publics revêt un caractère *non marchand*. De ce point de vue, il serait important de savoir quelles sont les caractéristiques fondamentales distinguant une entreprise publique non marchande d'une entreprise privée.

1.3.1 Le marche des services publics non marchand

L'économie publique se définit comme *"le domaine de l'échange sans marché (1), ou encore c'est l'ensemble des mécanismes concourant à la décision de production et de financement du volume d'activité des administrations publiques"* (2).

Cependant la définition la plus courante rappelle que *"les services publics non marchands font l'objet d'ajustement entre l'offre et la demande par le biais de structures institutionnelles au sein desquelles s'exerce la rationalité de divers agents"* (3).

C'est un marché régi par l'Etat dans lequel l'entreprise semble acquérir quelques spécificités. Dans ce marché, elles sont dites entreprises à but non lucratif, non marchand, organismes publics non marchands ou encore les bureaux. Les organismes publics non marchands sont définis de la manière suivante: *" Les bureaux sont des organismes spécialisés dans l'offre des services qu'une organisation collective donnée souhaite augmenter au delà de la quantité qui serait offerte par le marché et pour laquelle, la dite organisation n'est prête à conclure un contrat avec une organisation à but lucratif "* (4).

Aussi, les bureaux se définissent comme étant des organisations qui répondent simultanément et principalement aux deux caractéristiques suivantes:

- Une partie des ressources de l'organisation provient d'une source autre que celle de la vente de la production à prix unitaire (budget).

(1),(2) BESSON et NISKANEN cités par G. TERNY "Essai sur une théorie économique de l'offre et de la demande et du marché public non marchand ". Revue d'économie politique N° 2 année 1982.

(3),(4) G. TERNY, op cité, p.31,p.39

- Les propriétaires et employés de ces organisations ne peuvent s'approprier à titre personnel une part quelconque de la différence entre les coûts et revenus. Cette définition nous incite à faire apparaître les caractéristiques essentielles et déterminantes de ce qui peut être appelé les Organisations Publiques Non Marchandes ou OPNM:

1.3.2. Les caractéristiques des entreprises publiques non marchandes

Dans le cas des entreprises publiques non marchandes, les citoyens, usagers ou contribuables doivent s'en remettre à un décideur et un contrôleur intermédiaire qu'est le Parlement.

Ce dernier est susceptible de poursuivre des objectifs non financiers et fournir au moindre coût à toute la population des services publics non marchands, selon les indications données par un marché politique.

La régulation externe de la production des OPNM fait directement référence à la notion de non marchand du fait que cette régulation se situe hors marché. Mais ce qui caractérise fondamentalement le marché des services publics non marchands c'est le type de propriété : En effet, dans une institution sans but lucratif, aucun groupe n'a intérêt à favoriser la réalisation de profit puisque le droit de propriété sur ces profits n'existe pas. L'objectif à atteindre étant la satisfaction d'un ensemble de besoins collectifs.

Une différence majeure entre l'entreprise privée et publique non marchande provient donc de la place des profits dans l'organisation. Pour l'entreprise à but lucratif, les profits sont les critères de performance et à ce titre ils orientent tout le système de contrôle pour que les différentes parties de l'organisation concourent vers la réalisation de ce but.(1)

L'entreprise privée reçoit donc pour son activité et sa gestion un chiffre d'affaire et un niveau de profit, indicateurs instantanés d'un ensemble de choix économiques pour les meilleures opportunités offertes sur le marché.

(1) G. BELANGER, op cite, p 119.

L'organisation publique non marchande reçoit une allocation budgétaire devant lui permettre de satisfaire une demande collective(1).

Dans une Organisation Publique Non Marchande, la sanction économique des choix internes n'existe pas, ce qui peut autoriser l'entreprise parfois à une stratégie d'échec la conduisant à la non réalisation des objectifs assignés. Son activité dépend du budget attribué par le parlement. La situation contraire est possible: l'entreprise peut présenter un cas de surproduction de biens ou de services lorsqu'elle est confrontée à une volonté de satisfaire une demande plus grande.

La demande à laquelle doit faire face une Organisation Non Marchande est difficilement quantifiable car les services publics sont offerts sans aucune discrimination. Il en résulte que cette caractéristique a des conséquences à la fois sur la gestion interne et sur l'affectation des ressources externes(2).

Les entreprises privées et publiques non marchandes répondent aussi à des demandes de nature différentes. En effet, dans les marchés ordinaires, les consommateurs expriment leurs préférences variées pour les diverses caractéristiques d'un produit. Il y va de l'intérêt des producteurs d'adapter leurs produits aux préférences de ces consommateurs. Motivés par le profit, ils fournissent souvent une grande variété d'un même bien pour satisfaire différentes clientèles.

Pour l'entreprise publique non marchande, il existe bien sûr une demande pour la production mais sa formulation est de nature différente car c'est une demande collective.

La concurrence entre les diverses demandes pour différents services gouvernementaux traduit la nécessité d'arbitrer ces demandes. Le résultat de cet arbitrage prend dans le système budgétaire la forme de crédits annuels, alloués à de multiples programmes. Les besoins "collectifs" sont recueillis puis transmis aux autorités supérieures pour déterminer le budget de chaque unité (santé, éducation ...) selon l'ordre de priorité.

(1) A. BIENAYME, "Décisions publiques et marchés", Entreprises, Marchés, Etat, PUF, 1982, pp 104-129.

(2) Hospitalisation publique et hospitalisation privée, ATP du CNRS, Université de Paris IX DAUPHINE, Septembre 1976, pp 37-55.

Les demandes pour les biens et services des entreprises privées et publiques diffèrent également sur un autre plan. L'utilisateur des services des institutions publiques n'est pas en mesure d'exprimer ses préférences directement. Les prix des services sont dans la plupart du temps des prix symboliques. Aussi, devant l'absence d'une tarification valable, le consommateur n'est pas directement concerné des coûts qu'entraîne sa consommation. Les différences dans l'expression des demandes ont un impact sur l'output des deux types d'institutions. L'institution privée fait directement face à des consommateurs ayant des préférences variées. Ce qui l'oblige à porter attention aux différentes caractéristiques de son produit et très souvent à le diversifier. Pour sa part l'institution publique doit s'adapter aux incitations que véhicule la décision centrale pour les principaux paramètres. Pour ces derniers, l'Etat alloue son budget après évaluation. Les différents paramètres se limitent à quelques *caractéristiques du produit* et ne peuvent donc contenir toute la richesse d'informations sur les désirs des consommateurs qui conduisent à une demande directe. Comme l'Etat se préoccupe de satisfaire une demande collective, elle ne peut se préoccuper des multiples caractéristiques du produit. Pour cela, elle favorise la *standardisation* de la production. En somme, les aspects demande des institutions publiques(1) sont le produit de la *centralisation* ou de la collectivisation des demandes variées des citoyens par les processus politiques et bureaucratiques: ce qui provoque une forme de standardisation. Ceci nous ramène à observer les services publics non marchands et leurs cadres institutionnels. En effet, la principale différence entre la relation d'échange qui prévaut sur un marché et celle qui caractérise un bureau tient au fait que le bureau offre une *production totale* en échange d'un budget, alors que l'organisation marchande offre des unités de production à un prix donné.

L'absence d'unités de mesure appropriées des différents services publics réduit sensiblement l'unité statistique disponible. Nous pouvons sans doute obtenir pour diverses fonctions et pour les différents niveaux de gouvernement un chiffre de dépenses totales et moyennes par habitant. Il existe cependant très peu de données relatives aux dépenses par unité de service fourni.

(1) G.BELANGER, "L'université institution à but non lucratif", Revue d'économie politique, Juillet -Août 1977, pp. 574-590.

De ce point de vue, la nature de la production des biens diffère parfois entre les deux types d'entreprises. Le fondement du service public et par conséquent la création de l'entreprise publique non marchande renvoie aussi à la carence du marché dans la production de certains biens et services pour la société. En effet, le marché offre à tous les producteurs le moyen de rassembler toutes les caractéristiques de la clientèle et de voir quel type de produit il favorise.

Cependant, certains produits ont la difficulté de ne pas être palpables d'où la difficulté d'évaluer avec précision leur prix ou leur valeur.

Bien que le marché dévoile le besoin individuel ou collectif pour ce type de produits, l'initiative privée est loin d'être stimulée en raison de la non rentabilité immédiate du projet. Dans la majorité des cas, les services requis par la société doivent répondre énormément à un besoin humain (loisir, santé ...etc). La difficulté se pose donc dans l'estimation de leur propriété physique (le savoir faire d'un médecin ou d'un professeur d'université etc...).

L'incapacité de cerner le *produit* entraîne automatiquement l'impossibilité de mesurer la productivité de l'activité. Le caractère collectif du besoin, pour certains services (éducatifs, hospitaliers etc...), offre autant d'arguments pour l'Etat pour créer le service par le biais d'une entreprise publique non marchande.

De ce point de vue l'entreprise privée produit dans la plus part du temps des biens tangibles alors que l'entreprise publique non marchande offre des biens intangibles.

Aussi, l'environnement dans lequel opère les deux types d'entreprises est différent. L'entreprise privée marchande opère dans un environnement concurrentiel. C'est la raison pour laquelle les économistes retiennent depuis toujours le postulat de maximisation des profits comme objectif irréversible des entreprises(1).

Les conditions même du marché seraient telles que l'entrepreneur privé qui voudrait s'écarter de cet objectif (profit) serait très vite ramené à l'ordre par la menace de la faillite; ainsi il sera forcé d'adapter les comportements efficaces.

Dans le secteur public, la rigueur des marchés concurrentiels disparaît étant donné qu'un seul agent "l'Etat" assure un certain nombre de services. *C'est le cas du monopole*, l'entreprise publique non marchande est loin d'être concurrentielle.

(1): GUY TERNY, OP CITE, p139.

SECTION II. LA GESTION DANS LES DEUX TYPES D'ENTREPRISES

Si toute l'efficacité recherchée dans une entreprise privée tourne autour d'une utilisation optimale des ressources et une réalisation d'un surplus financier lui permettant de renouveler le processus de production, la gestion repose donc sur une minimisation des coûts et une maximisation de revenu.

Au lieu de maximiser les profits, l'institution sans but lucratif se donne d'abord pour tâche de diffuser au maximum la consommation de ses services. Un choix dicté par la décision de la collectivité. Le producteur (OPNM) maximise la production en maintenant ses coûts et ses prix aussi bas que possible, tout comme le fait l'entreprise concurrentielle.

Si cette unique motivation qui anime l'institution est vérifiée, nous dirons que le critère d'efficacité est atteint.

Toutes les opérations de gestion dans une OPM reposent d'abord sur la détermination du volume du budget susceptible d'atteindre les objectifs globaux. Les OPM sont tenues de contrôler et d'imposer les prix, les volumes et les objets-production dans le but d'atteindre un meilleur rendement social.

II.1. CRITIQUE DE LA GESTION PUBLIQUE

Le budget qui constitue la seule source de financement pour l'ensemble des OPM laisse apparaître des lacunes économiques avant et au moment de la décision du volume d'activité. Ces lacunes sont dues au fait que l'OPNM se présente en position de dominant dans la négociation budgétaire étant donné qu'elle présente le cadre institutionnel réel de l'échange non marchand.

Aussi, l'inégale information dont disposent les partenaires en matière *de coûts de production* d'une part et l'ampleur de la demande des services publics d'autre part, constitue le problème économique le plus apparent dans une OPM.

Alors que l'OPNM est susceptible de faire bien évaluer la proportion à payer par l'autorité de tutelle, toutes les informations sur les coûts de production des services lui sont totalement ignorés. Car, le caractère de l'entreprise est d'offrir une production

globale. Les économistes mettent l'accent sur l'absence de comptabilité analytique des bureaux. Cette dernière permet à la collectivité de juger sur pièce la composition des coûts des administrations puis d'estimer l'efficacité des différents choix économiques.

L'ensemble des politiques que défendent les OPNM infligent des coûts dont il n'est pas certain de trouver la contrepartie.

Ceci est un choix politique difficile à imputer à un comportement des managers publics. Les moyens nécessaires sont en effet coûteux en temps, en énergie et même financièrement pour un résultat aléatoire.

La volonté de satisfaire une demande collective suscite des moyens financiers de plus en plus croissants. Car pour des raisons variables, économiques, politiques et sociales, la demande d'un même service est toujours en perpétuelle progression.

La gestion de l'OPNM se traduit alors soit par un agrandissement de la taille de l'institution, soit par la création de services spéciaux dans la plus part du temps très coûteux et très peu performant. Pour cela il est reproché dans de nombreux travaux de recherche à la gestion de l'entreprise publique en général, non marchande en particulier d'être peu performante. L'ensemble des économistes de la bureaucratie(1) mettent en évidence, dans la plus part du temps la composante inefficace de la croissance relative des dépenses publiques.

Toutes les études de performance effectuées sur des critères classiques tels profit, rentabilité des investissements etc... convergent pour établir que les entreprises publiques sont en général moins performantes que les entreprises privées.

M. Mary Shiley, économiste de la Banque Mondiale a conclu lors d'une étude sur soixante-quatre (64) entreprises publiques dans vingt six (26) pays, dans les années soixante, que les entreprises publiques faisaient des pertes équivalentes à 16 % de l'activité totale. Dans les pays en voie de développement, les études par pays montrent en outre que la rentabilité des investissements est souvent faible ou négative et la part de l'auto-financement est quasiment nulle. Le résultat: un endettement croissant et une charge de plus en plus lourde pour les finances publiques (2).

(1) bureaucratie: laisse entre voir clairement "la manière d'envisager les comportement qui sous-tendent l'offre des services publics non marchands"

(2) J.P. ANASTASSOPOULOS, La stratégie des entreprises publiques, DALLOZ, Paris 1980 P. 63-64

Les subventions aux entreprises publiques représentaient plus de 3% du PNB de vingt-sept pays en voie de développement entre 1976 et 1979 et 2% de celui des sept pays développés.

Le recours de ces entreprises à l'emprunt est massif: il est évalué à 28% des emprunts en euro-devises en 1980.

Ces résultats réfèrent parfois à la spécificité de la gestion publique.

Les rapports entre l'Etat et l'entreprise publique sont marqués par le conflit d'intérêt. D'une part, l'entreprise s'efforce d'atteindre ses objectifs à travers des stratégies adaptées et en utilisant des méthodes de management efficaces, d'autre part, l'Etat cherche à utiliser ces entreprises comme un simple instrument de ses propres politiques.

Aussi, l'entreprise publique est généralement insérée dans un système de tutelle et de contrôle très paralysant d'où une multitude de centres de décisions publics. Certains analystes imputent les causes de la mauvaise gestion de l'entreprise publique à un ensemble de variables, parmi lesquelles nous citons:

- La sur-utilisation des facteurs de production : pour des services très variés tels que l'éducation ou la santé, la dernière décennie est marquée par un gonflement net des emplois en général et administratifs en particulier.

Ce phénomène est enregistré d'une manière plus sensible dans le secteur public que dans le secteur privé. Ceci est justifié par l'importance des politiques sociales que défendent les gouvernements en général, ce qui explique une part de l'accroissement des dépenses publiques (1).

- Le surcoût: les objectifs socio-collectifs défendus par les différentes politiques de l'Etat sont nombreux et variables, les moyens de réalisation doivent être à leur tour variables et croissants. Pour les services publics, ils sont surtout utilisateurs du facteur travail. Au Canada par exemple, dans le secteur de la fabrication, les salaires s'élèvent généralement au quart ou au tiers des coûts de production.

(1) X. GREFFE: Analyse économique de la bureaucratie Ed. Economica, 1981, pp 162-185.

Durant les quarantes dernières années, le salaire réel s'est multiplié par 2,5 environ alors que le coût du capital⁽¹⁾ s'est maintenu dans un écart assez étroit. Cette évolution des prix des facteurs explique la montée des coûts des services par rapport aux biens.

Le phénomène du surcoût s'explique par une mobilisation de moyens supplémentaires par rapport à la demande effective devant être satisfaite, ce qui se traduit par un gonflement des coûts de gestion.

II 2. LES SERVICES PUBLICS ET NOTION D'EFFICACITE

Si les services publics ont été pendant longtemps soustraits à tout jugement en terme d'efficacité c'est parce que leur préoccupation unique est d'accomplir la mission qui leur est confiée avec régularité, exactitude et fiabilité sans s'interroger sur la pertinence éventuelle de son coût. L'objectif est donc d'offrir un plus grand nombre de services sans s'interroger sur les moyens mis en oeuvre. Un certain nombre de constatations a abouti à une redéfinition de la conception du service public. Désormais le problème d'efficacité est mis au premier plan *non pas pour tirer des profits potentiels mais pour une meilleure repartition possible des moyens matériels et humains* qui lui sont alloués, en améliorant sans cesse sa productivité et son rendement par une utilisation plus rationnelle des facteurs de production.

" Les prestations du service public ne sont plus considérées comme intengibles" (2). De plus en plus, les services publics font l'objet d'évaluations destinées à mesurer *les résultats des actions entreprises, confronter leur utilité sociale* et leur coût et apprécier leur impact. Cette démarche débouche sur l'idée d'ajustement permanent des prestations offertes au public .

(1)Le coût du capital peut être mesuré par le taux d'intérêt du marché, moins le taux approximatif d'augmentation des prix.

(2) G.BELANGER ,OP CITE, p149.

SECTION III LE DOMAINE DE LA SANTE, UN SECTEUR PUBLIC NON MARCHAND

La santé est considérée comme un des secteurs non marchand et compte parmi les nombreux services publics assurés par l'Etat.

Etant donné l'importance des implications sociales sur l'équilibre général d'une nation donnée, la santé est considéré comme un des objectifs prioritaires dans les programmes gouvernementaux.

Le service requis dans le domaine de la santé offre un caractère difficilement mesurable ou même quantifiable. La nature même du service est extrêmement variable dans un intervalle ouvert de pathologie (1).

L'Etat par son pouvoir suprême est le seul organe à effectuer des choix et des priorités pour les besoins collectifs et attribuer les moyens indispensables pour leur accomplissement.

Les incidences majeures que peut produire la défaillance du marché pour ce type de services ou *produits* en raison de leur caractère intangible offrent autant d'arguments pour l'intervention de l'Etat à réguler le marché des soins (2). Même si dans beaucoup de pays, la part du secteur privé paraît grandissante, la législation est toujours très rigoureuse dans la pratique médicale. L'objectif fondamental reste celui de préserver le bien être individuel et social de la communauté.

(1) Pathologie : Science des causes, des symptômes et de l'évolution des maladies.

(2) G.BELANGER, op cité, p 587.

III.1 LA DEMANDE DES SOINS ET LE COMPORTEMENT TUTELAIRE DE L'ETAT

L'intervention de l'Etat ou de la collectivité locale dans le domaine de la santé est très ancienne. La lutte contre les épidémies, l'assainissement et la réglementation professionnelle constituent un des premiers rôles de l'Etat dans la question.

Dans tous les pays du monde ou presque, une législation sanitaire proprement dite impose aux collectivités un certain nombre de mesures de surveillances et d'assainissement du milieu (eau, alimentation, hygiène etc...) et aux individus certaines restrictions de liberté: isolement pour certains malades atteints de maladies contagieuses, exclusion, vaccinations obligatoires, quelques fois certains traitements obligatoires notamment des malades mentaux etc...

Cette législation de plus en plus large et grandissante montre que l'Etat tient à accomplir une mission médicale définie. Nous pourrions définir la législation médicale sous tout ses aspects de lois qui, universellement s'appliquent à la surveillance, à la préparation, à la circulation des produits médicaux et à l'application de certaines techniques de soins à titre préventif ou curatif. Pour cette raison, un certain nombre de théories sont développées justifiant la mise sous tutelle des activités médicales, elles renvoient d'abord aux caractéristiques suivantes.

III.1.1. *Caractéristiques de l'activité sanitaire*

L'activité sanitaire ou plus précisément la consommation sanitaire a plusieurs effets:

- Des effets collectifs : que les économistes appellent "effets externes". Ils tiennent du fait que la consommation de biens et de services de la santé ne concerne pas exclusivement celui qui les consomme, mais peut également intéresser d'autres individus ou la société tout entière. C'est le cas de la vaccination qui immunise la personne vaccinée mais permet également de limiter les risques de contagion et devient du même coup utile pour l'ensemble de la population(1).

(1) A. CORDIER: "La santé est-elle un marché? ", problèmes politiques et sociaux N° 627 Mars 1990.

L'activité sanitaire est caractérisée par certaines interdépendances physiques existantes entre les individus d'une société ou d'une communauté donnée. Cette interdépendance pousse les pouvoirs publics à intervenir dans la consommation sanitaire des citoyens. Généralement pour la faciliter, l'encourager ou l'orienter. Les besoins sanitaires renvoient à une idée de nécessité objective plutôt que de préférence subjective.

- La consommation sanitaire est relative à *l'incertitude*: la maladie et l'accident sont pour l'individu imprévisibles. Or, comme leur gravité, les dépenses peuvent être très fortes. L'utilité de l'assurance est extrêmement importante. L'utilisateur va y avoir recours.(1)

- La caractéristique de l'activité sanitaire se rattache également à *l'asymétrie de l'information* entre le médecin et le malade, plus précisément à l'incomplète information de ce dernier (malade).

L'objectif de l'individu consiste à maintenir ou à améliorer son état, nous en déduisons que ses demandes vont essentiellement porter sur une information:

- relative à son état de santé présent.
- relative à l'évolution naturelle de son état, c'est-à-dire du pronostic.
- relative aux diverses possibilités d'interventions et à leurs avantages et inconvénients respectifs.(2)

Finalement, la combinaison de ces trois groupes de caractéristiques spécifiques: les effets externes, l'incertitude et l'asymétrie de l'information constituent un empêchement à la régulation marchande de l'activité sanitaire.

En effet, la logique du marché s'appuie sur le rapport unité/produit, critère de choix du consommateur, auquel le producteur est conduit à se confronter également. Or dans le cas de la consommation sanitaire, l'utilisateur ne débourse pas la contrepartie directe de ce qu'il consomme. Le prix ne joue donc pas le rôle de modérateur de la demande. De plus, l'utilisateur n'est pas véritablement à même d'évaluer l'utilité des biens et des services médicaux.

(1) et (2): A.CORDIER, op cité, pp 9-12.

III.1.2. D'AUTRES RAISONS POUR LA MISE SOUS TUTELLE DES ACTIVITÉS MÉDICALES

Selon la théorie de G.K. ARROW la mise sous tutelle des activités médicales est justifiée par l'ignorance du consommateur de son avenir sanitaire. Ce qui renvoie donc à la justification d'une mise sous tutelle de *l'assurance maladie*. D'autre part, le consommateur ignore la qualité des soins fournis, c'est l'argument du manque de connaissance médicale.

Aussi, le service réclamé requiert un savoir faire lié intimement à une connaissance des sciences et de la technique souvent en évolution et en amélioration constante.

S.C. KOLM explique également cette ignorance par la non répétitivité des expériences de consommation de services médicaux, ce qui empêche le consommateur de se faire une opinion. La demande des soins médicaux est très variable, les besoins sont très nombreux. Pour cela le consommateur se manifeste chaque fois par un besoin différent dont il ignore les moyens requis pour sa satisfaction.

Certaines théories justifient la mise sous tutelle *par des effets externes*: C'est le désagrément de voir ses contemporains (famille etc...) mourir faute de soins. *L'interdépendance des états de santé* (contagion), *l'indivisibilité* de certaines actions sanitaires (hygiène) s'étend parfois à la notion *d'indivisibilité de la qualité*, ce qui offre autant de raisons pour l'intervention de l'Etat.

"La nature de la demande de services médicaux ne permet pas de laisser au marché le soin de réguler cette activité" (1). La demande des soins étant exprimée en ressentant un besoin.

Ces besoins, se trouvent parfois justifiés aussi bien par *l'impossibilité d'une régulation étatique* (2) (limite des moyens), ou encore une limite du progrès scientifique et technique. En d'autres termes, seule la science et le progrès peuvent avoir une réponse positive à la demande des soins.

(1): C.CULYER, cité par LEVY.EMILE (avec la collaboration de Françoise BENHAMOU) dans son article "La demande en économie de la santé"

Revue d'économie politique N=° 4 . 1988.

(2): G.K ARROW et SC KOLM cités également par LEVY.EMILE, p 97.

A cet effet, le besoin ne peut être spécifié que par rapport à un savoir-faire et l'existence d'un traitement efficace et acceptable. En outre pour devenir un besoin à satisfaire, il faut *qu'il soit défini collectivement comme tel*.

Dans une perspective plus positive, *LEVY EMILE* attire d'abord l'attention sur la complexité de la logique des besoins.

Cet auteur distingue les besoins dans le système ou encore "*les nécessités physiologiques telles qu'elles sont perçues socialement en un certain état des connaissances*" (1). Les représentations sociales des revendications sont des *besoins du système*, ce sont donc des nécessités d'ordre socio-économique. C'est dans cette démarche que s'inscrivent les auteurs proches du marxisme.

Les besoins du système capitaliste s'opposent aux besoins populaires de la santé. Il en résulte que la divergence sur le mode de prise en charge des besoins de santé crée la nature du *système de soins selon qu'il s'agisse d'un système capitaliste ou socialiste*.

III.2. LA POLITIQUE DE SANTE

Le monde moderne considère la politique de santé comme une des politiques sociales les plus importantes. Les problèmes de santé ne peuvent être laissés au choix des individus parce qu'ils traduisent des incidences graves et peuvent menacer la stabilité sociale d'un pays donné.

Pour cela, les gouvernements élaborent des politiques de santé afin d'assurer la prise en charge des problèmes sociaux des individus. La politique de santé touche de très près les autres politiques sociales au sein de branches spécifiques de l'économie comme la distribution des pharmaceutiques et des soins. La politique de santé se définit comme "*Les actions publiques visant à améliorer ou maintenir l'état de santé d'une population*" (2).

(1): *LEVY.EMILE*, "la demande en économie de la santé", op cité, p 38.

(2): Une première définition apportée par l'organisation mondiale de santé.

Le constat de l'état de santé d'une population était établi dans un premier temps en utilisant le taux de mortalité. La politique de santé apparut dès lors comme une politique de lutte contre la mort. Les moyens mis en oeuvre pour réduire la mortalité étaient précisés en classant les décès par maladies et en remontant dans la mesure du possible aux causes elles-mêmes: l'hygiène, l'alimentation, les conditions de travail, les facteurs héréditaires etc....

Le développement économique et sociale et les nouvelles découvertes scientifiques ont abouti à un changement d'objectifs visés par les différentes politiques sanitaires. Il ne s'agit plus de lutter contre la mort, mais plutôt de lutter contre les maladies qui traduisent la détérioration de l'état de santé des individus(1). Pour cette raison l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) définit actuellement la santé comme "*un état complet de bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement à une absence de maladies ou d'infirmités*". Favoriser un état de complet bien être signifie la recherche d'une stabilité sociale, l'accès égalitaire au soins, droit à toute les thérapeutiques etc... .

III.2.1 *Les composantes d'une politique de sante*

Une politique de santé est conçue en fonction des différents stades d'appréhension des problèmes de santé à savoir sur les facteurs de risque, sur l'état lui-même et enfin sur les conséquences de la détérioration de l'état de santé:

Le tableau suivant illustre clairement la question.

(1) J.C. RAY, M.M. DEPUIS, B. GAZVER: Analyse Economique des politiques sociales: PuF, Paris 1988, p.p. 39-45

TABLEAU N°1

Facteurs de risques	Etat de santé	conséquences
- facteurs biologiques	- symptômes	- handicaps
- mode de vie (Alimentation, hygiène)	- maladies	- restriction d'activité
- condition de vie (habitat, travail)	- traumatismes	- incapacités temporaires ou permanentes
- Environnement	- déficience	

Source: JC.RAY, M.M DUPUIS, op cité, p.42

La politique de la santé se décompose de:

- 1) Une politique de prévention: Qui porte sur les facteurs de risque et de dépistage de manière à empêcher le déclenchement de la maladie ou de l'accident.
- 2) Une politique de soins, lorsque l'état de santé est détérioré
- 3) Une politique de réparation des conséquences.

La politique de prévention: ce sont les actions entreprises pour empêcher le déclenchement de la maladie ou de l'accident. Pour cela la distinction suivante est proposée.

- La prévention primaire: Comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition des cas nouveaux .

- La prévention secondaire: vise à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution.

- La prévention tertiaire est destinée à diminuer la prévalence des incapacités chroniques dans une population. Il s'agit donc de réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

Nombreux sont les facteurs qui se situent en amont de l'apparition de la maladie ou de l'accident: l'hygiène collective, les habitudes alimentaires, les modes de vie et les conditions de travail. La prévention primaire n'agit pas que sur les causes de la maladie, mais peut grâce à la vaccination par exemple faire obstacle à son

déclenchement. L'Etat, pour certaines maladies (variole, rougeole.....) a rendu obligatoire la vaccination pour toute la population, parce que, laissée au libre choix de l'individu, il pourrait prendre une décision dommageable pour sa santé ou celle d'autrui. L'action préventive repose également sur tout les moyens réglementaires: règlements d'urbanisme, législation du travail...etc. Pour faire en sorte que l'apparition d'un risque soit très faible.

Une fois la maladie ou l'accident survenu, les soins deviennent nécessaires. Deux objectifs fondamentaux sont assignés aux politiques publiques:

- Le développement du système de soins et la possibilité égale pour tous d'y accéder

- Le coût des soins, la place de la médecine et des structures hospitalières dans la vie sociale font de la politique de santé essentiellement une politique de soins.

Durant la période de la maladie, le malade doit faire face à une perte temporaire. Le système de protection sociale vient compléter son rôle: versement des indemnités.

La réparation de l'handicap lorsqu'il est devenu permanent, fait l'objet d'une politique spécifique comptant dans le rôle de l'organisme de la sécurité sociale.

Ce système de santé est organisé d'un système de soins lié directement au traitement de la maladie et d'un système de sécurité sociale organisé pour prendre en charge les risques sociaux subis par les assurés et leurs ayants droits.

Les assurés sociaux, actifs au moment de la maladie ou de l'accident, reçoivent un revenu de remplacement de la part de leur régime d'assurance maladie puisque leur capacité de travail et donc de gain se trouve réduite. La politique d'accueil et d'insertion des handicapés compte parmi l'ensemble des politiques sociales ayant pour objectif l'aide matérielle et sociale à l'ensemble des handicapés. D'abord par la création d'un ensemble d'établissements spécialisés dont le financement est couvert en grande partie par l'Etat et l'assurance maladie.

III.2.2. Les effets de la politique de santé :

Pour analyser les résultats obtenus par la politique de la santé, nous commencerons par examiner son efficacité.

Nous savons que depuis plus d'un siècle de nombreux facteurs ont favorisé la baisse du taux de mortalité, en particulier de la mortalité infantile. Ceci est dû à l'amélioration de l'alimentation, des conditions de travail, de l'hygiène collective, réseaux d'assainissement et l'alimentation en eau potable.

Ainsi, la croissance des dépenses de santé explicite dans le P.I.B. est susceptible d'avoir permis une diminution des taux de mortalité.

En réalité c'est parce que l'espérance de vie augmente que les dépenses de santé et leur prise en charge collective modifient les structures démographiques, or les personnes âgées recourent plus fréquemment que le reste de la population aux soins médicaux.

L'objectif d'une politique de santé ne se limite pas à une lutte contre la mort. D'autres indicateurs que le taux de mortalité sont utilisés pour évaluer son efficacité. En général, les observateurs ont recours à des indicateurs de morbidité (1), mesurant la maladie, les handicaps etc....

La mesure de la morbidité emprunte deux voies:

- Elle se fonde sur la perception qu'ont les individus eux même de leur santé. L'expérience montre que de très grandes *variations* sont enregistrées entre les individus et dans le temps entre les individus à pathologie identique.

- La mesure porte aussi sur les faits observés : tel que la fréquence et le type de recours aux soins et l'arrêt de travail. Ces indicateurs expliquent qu'une diminution de la morbidité peut simplement provenir d'un meilleur dépistage obtenu grâce à l'amélioration des moyens de diagnostics.

L'évolution de la législation sociale explique plus l'amélioration des indicateurs que l'état de santé est sensé représenter.

III.2.3. Budget et fonction de production de la santé:

La santé est un bien de nature particulière car le besoin se manifeste subitement et sa satisfaction suscite une connaissance très poussé de la science et du savoir faire. D'autre part pour obtenir ou améliorer ce bien il faut faire appel régulièrement à des ressources rares.

(1) Morbidité : taux de cas de maladies dans une population définie

En effet, il existe une relation très solide entre l'output qui est l'amélioration du niveau de santé et les différents input, tels qu'un revenu supérieur, un milieu plus salubre, un programme de prévention etc....

Cette relation entre l'input et l'output constitue ce qu'on appelle la *fonction de production*.

Actuellement, il est évident pour nous que la question n'est pas de savoir si la disponibilité d'eau potable est nécessaire à la santé, mais plutôt d'évaluer l'effet qu'aura cette eau potable sur le niveau de santé de toute la population.

L'étude de la fonction de production de la santé se heurte à deux problèmes majeurs.

- La première difficulté commune à toutes les analyses de rentabilité provient du fait que les frais encourus pour l'amélioration de la santé engendrent leurs bienfaits ou leurs bénéfices sur une période plus ou moins longue, généralement différente de la période pendant laquelle les dépenses sont effectuées.

- le deuxième obstacle, le plus difficile à surmonter réside dans l'appréciation ou la mesure de l'output que l'on cherche à obtenir par l'allocation des ressources. S'agissant d'un ensemble de besoins collectifs, la santé compte parmi les services publics. Dans ce but un ensemble des établissements de soins sont créés par les gouvernements afin d'assurer les prestations médicales recensées parmi les besoins collectifs dont les bienfaits seront dispensés à l'ensemble de la communauté. Il apparaît donc clairement que la concrétisation de la fonction de production des soins s'effectue généralement par des moyens publics. Nous savons également que les ressources physiques et humaines ne sont pas suffisantes pour satisfaire tous les besoins de la population, ce qui veut dire que des choix sont à faire, choix imposés par les contraintes du budget. Il en demeure donc pertinent aujourd'hui d'économiser les ressources rares pour satisfaire le plus de besoins possibles.

Nous pouvons introduire de ce point de vue la contrainte des ressources comme problème essentiel dans l'étude de la fonction de production de la santé.

III.3. L'ORGANISATION DES SOINS MÉDICAUX DANS LE MONDE :

De ce qui précède, le système de santé est défini comme: "*L'ensemble des moyens matériels, financiers et humains mobilisés par une communauté en vue de prendre en charge les problèmes de santé de sa population*" (1).

Les systèmes de financement et de prestation des soins médicaux varient dans le monde. Etant donné que la politique de santé touche de très près les autres politiques sociales, les différents systèmes de soins comportent des structures et se fondent sur des principes philosophiques différents. Malgré ces différences, ils présentent également d'importantes analogies. Chose qui a des répercussions sur les autres politiques sociales. L'organisation des soins médicaux dans le monde peut être caractérisée de diverses manières dont aucune n'est exhaustive ou entièrement satisfaisante d'un point de vue analytique. Actuellement nous distinguons les systèmes fondés sur la souveraineté du consommateur et ceux qui ont pour base l'équité sociale.

Selon la manière dont le système fonctionne, on distingue actuellement quatre grands types

III.3.1. *Le système libéral ou système d'assurance privé:*

Ce modèle est fondé sur la souveraineté du consommateur. Il se caractérise par la couverture du risque de maladie au moyen de primes d'assurances versées à des compagnies privées par les employeurs ou les particuliers.

C'est un système basé essentiellement sur la libre entreprise dans lequel l'utilisateur est soigné en fonction de ses revenus. L'Etat intervient de façon très limitée pour aider les couches sociales les plus démunies(2).

III.3.2 *Système d'assurances sociales : modèle bismarkien*

Il est caractérisé par une protection universelle obligatoire. Généralement dans la sécurité sociale, le financement est effectué par des cotisations patronales et personnelles par l'intermédiaire de caisses d'assurance sans but lucratif.

(1) Encyclopédie LAROUSSE N°16, Paris 1990.

(2) "La santé: financement et prestations" Analyse comparée des pays de l'OCDE, Etude de politique sociale N°4, 1987, pp 24-31.

L'appartenance des facteurs de production est partagé entre le secteur public et privé.

Dans son ensemble, il s'agit d'un système de remboursement ultérieur de l'ensemble des soins reçus dans un établissement privé. Dès lors l'Etat prend l'engagement de fournir des soins de santé considérés comme un droit des citoyens.

Dans ce système, la profession médicale reste essentiellement autonome. Des modalités contractuelles sont établies avec la sécurité sociale(1).

III.3.3. *Le service national de sante: modèle Beveridge*

Il s'agit de dispositions dans lesquelles le gouvernement fournit une structure pour assurer les soins. Ces soins sont payés par les fonds publics mais selon les modalités de paiement préalables. Le financement du système est effectué par la fiscalité nationale générale. Enfin, les facteurs de production sont détenus essentiellement par l'Etat(2).

III.3.4. *La médecine étatisée:*

C'est le système où l'Etat fournit lui même la plupart des services de santé. Il possède et gère les installations, recrute et emploie tous les professionnels de la santé. Les médecins sont des fonctionnaires payés par l'Etat.

En conclusion les pays qui illustrent le mieux ces modèles sont: pour le service national de santé, le Royaume Uni et l'Italie, pour les assurances sociales, la France et l'Allemagne, pour l'assurance privée, les Etats-Unis et enfin pour la médecine étatisée, l'URSS, l'Europe de l'Est et Cuba(3).

Etant donné la grande diversité qui caractérise l'organisation des soins médicaux tant à l'intérieur de chaque pays que d'un pays à l'autre aucun des ces modèles ne constitue une description entièrement adéquate de la réalité.

Ainsi, il existe au Royaume Uni des assurances privées, de même que la propriété privée de facteurs de production. Aux Etats-Unis, il y'a d'importants programmes

(1) et (2): " Le coût de l'hospitalisation", Comparaisons internationales, centre d'étude des revenus et des coûts N°46, 1979, p 169.

(3) F. chaoui "Une vision des objectifs nouveaux" EL Moudjahid, Février 1990.

publics, au Japon, un système national obligatoire et fortement tributaire de la protection assurée par les employeurs.

La Suisse ne possède pas d'assurance maladie fédérale (sauf en ce qui concerne les accidents). Ce qui est peut être encore plus important, c'est la similitude des objectifs et des incitations économiques que comportent ces divers systèmes.

Leur objectif fondamental est toujours de permettre à toute la population d'accéder à des soins de qualité, tout en assurant l'efficacité dans leur utilisation et leur prestation.

Tous les systèmes visent l'efficacité dans l'affectation des ressources et l'équité dans leur répartition. Ils comportent également des incitations implicites ou explicites visant l'emploi et parfois la balance des paiements.

Il est évidemment difficile de mesurer la réalisation des objectifs de répartition et d'affectation. Car toute définition de l'équité d'une répartition comporte des jugements de valeur, tandis que *l'égalité d'accès* pose des problèmes de définition et de mesure. Pour apprécier l'efficacité de l'affectation des ressources, il faut mesurer la santé de la population et réussir à mettre en rapport les dépenses et les résultats. Pour évaluer à priori les performances de divers systèmes de soins médicaux, il est utile d'analyser les incitations implicites et explicites que comportent leurs caractéristiques structurelles et financières. Il s'agit de manière générale des méthodes de financement, des critères d'attributions, des prestations de services, des méthodes de remboursement etc....

III.4. LA SANTÉ, UN SERVICE PUBLIC EN EXPANSION :

On assiste actuellement à un problème universellement posé faisant part d'une revendication importante en matière de santé.

Les raisons de ce phénomène ont été étudiées et regroupées en trois thèmes par ordre d'importance.

1/ L'élévation du coût de la médecine: introduction de nouvelles médications coûteuse, développements des spécialisations, coût élevé de certains traitements, progrès technique et coût élevé des équipements médicaux.....

2/ L'urbanisation augmente les possibilités de se soigner et favorise en même temps le développement de nouvelles maladies.

3/ Le phénomène démographique augmente les chances pour la demande des soins et la préservation de l'état général de la santé des citoyens. Ceci pose pour chaque gouvernement les problèmes de prise en charge(1).

A cela s'ajoute d'une part, le développement de l'individualisme qui suscite l'idée d'un *droit à la santé* et d'autre part, l'idée que la bonne santé des citoyens est un élément de la puissance d'un pays donné. La bonne santé et la longévité du citoyen sont des marques de développement d'un pays. De là est née l'idée de la nécessité d'établir des politiques cohérentes de la santé, tant dans les structures politico-administratives que dans les actions sanitaires elles-même. Les moyens nécessaires pour répondre au coût généré de la mise en oeuvre de l'ensemble des politiques de santé sont garantis par l'Etat. Ils sont appelés à s'accroître avec la manifestation des différents problèmes liés à la demande de santé.

(1) J. DE SATO, op cité, pp 447-457.

CONCLUSION

Opérant dans un environnement non marchand et en plaçant en priorité la satisfaction d'un ensemble de besoins collectif, l'objectif d'efficacité d'une entreprise à but non lucratif, ne peut être le profit: critère de pertinence économique. Ce dernier restera largement opérationnel dans une entreprise marchande. L'efficacité dans une organisation publique non marchande chargée généralement d'attribuer un service public exprime d'avantage une utilisation optimale des ressources pour une meilleure satisfaction générale. En d'autres termes c'est le rapport budget de l'Etat et la satisfaction plus large du besoin de la communauté.

Pour cela l'efficacité de la gestion du service public est le plus souvent exprimée par un ensemble de variables économiques et sociales.

La santé qui compte parmi les services publics non marchands présentent les même caractéristiques. Les besoins à satisfaire sont très nombreux mais attribués par ordre de priorité dans les programmes de l'Etat où les ressources gouvernementales sont limitées et toute la gestion est posée avec acuité. Il s'agit donc de tirer le meilleur parti possible de moyens humains et matériels alloués aux différentes institutions non marchandes à caractère sanitaire, c'est ce qui résume toute l'efficacité économique.

Les différentes variables: prolongement d'espérance de vie, absence de maladie, une bonne hygiène etc... sont très nombreuses à exprimer l'efficacité induite d'une meilleure prise en charge des besoins et une utilisation optimale des ressources attribuées par les différents programmes gouvernementaux.

PREMIERE PARTIE

LE NOUVEAU SYSTÈME DE
SOINS PUBLIC EN ALGÉRIE

CHAPITRE I

L'évolution du système de soins

entre 1973 et 1990

SECTION I. L'ADOPTION D'UN SYSTEME DE SANTE

I.1. LES BASES IDEOLOGIQUES DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN

Rappeler quelques principes de base de formation du système de santé algérien est très important à notre avis. Il s'agit d'abord d'un système nouveau et son application est limitée à quelque pays socialistes.

Le système de santé algérien appelle à son tour à des principes fondamentalement différents que ceux habituellement connus dans les pays capitalistes. Venant donc compléter une vision socio-politique du pays débutée depuis l'indépendance, le système mis en oeuvre expose toutes les conditions de prise en charge des besoins sanitaires, ces derniers reposent sur des principes défendus puis protégés par la législation du pays. Il est donc clair que les objectifs concrets d'une politique de santé ne peuvent en aucun cas être définis de façon neutre. Ils sont inscrits dans un espace social structuré et traduisent les préoccupations des groupes sociaux qui les forment(1).

Replacés dans le cadre du système socio-économique, comme cadre d'explication des objectifs visés, les problèmes de santé appellent deux approches différentes.

I.1.1. Une approche capitaliste :

Elle retrace les caractéristique fondamentales d'un système basé sur le libre échange. Ce système favorise l'exercice du secteur privé qui marque d'ailleurs sa dominance dans la distribution des soins. La santé est soumise alors à la production et à la circulation marchande. *"Elle est rivée à une politique d'investissement et de rentabilité et placée dans ce qui est appelé la perspective utilitariste "*(2).

(1) F.Z. OUFREHA, "Essai sur le système de soins en Algérie", contribution à l'étude de l'économie de la santé en Algérie (ex cahier du CREAD), 1^{er} trim, 1988, p 67.

(2) B.HAMEL, "Politique et système de santé", système productif et indépendance nationale, OPU, 1983, tome II, pp 472-479.

L'Etat intervient à protéger certains besoins sanitaires collectifs et offre ses services sans discrimination. Seulement, cette intervention concerne beaucoup plus les catégories les plus démunies.

La prise en charge individuelle des besoins sanitaires est une caractéristique du système. Les organismes de la Sécurité Sociale offrent diverses formes de protections.

I.1.2 Une approche socialiste :

Dans les ex-pays socialistes, la planification sanitaire est intégrée dans l'action socio-économique d'ensemble. Elle envisage la transformation des rapports sociaux, qui ont pour objectif une redéfinition profonde du système de santé.

La santé publique est alors une activité sociale parmi d'autres. Elle doit en cohérence avec les autres secteurs, répondre aux objectifs généraux du pays.

Comme tant d'autres secteurs, l'Etat dans les ex-pays socialistes se prononce le seul organe producteur des soins. Toutes les infrastructures médicales et entreprises pharmaceutiques sont publiques. L'Etat assure aussi la formation des cadres médicaux et para-médicaux. Contrairement au système capitaliste, le champ du secteur privé est très limité.

Entre le système capitaliste et le système socialiste, *"ce sont bien deux conceptions différentes : Quant à la formation du médecin, la structure de l'appareil médical, la place de la prévention, les orientations et la gestion de l'industrie pharmaceutique"* (1).

Nous pouvons conclure que la divergence s'établit dans l'idéologie qui régit dans les deux systèmes, cependant la convergence résume la volonté de rechercher un certain nombre d'objectifs communs tels que :

- La volonté d'atteindre un meilleur niveau social.
- La lutte contre les maladies infectieuses.
- La solution aux problèmes d'environnement.
- Le développement de la recherche médicale etc...

(1). D.DEBERNIS, "La planification sanitaire", Tiers monde, 1973, pp 20-37.

En Algérie, le choix du pays pour le socialisme a fait que le système de soins coïncide avec la dernière approche.

I.2 SYSTEME DE SANTE ALGERIEN ET SOCIALISME :

Les actions entreprises par l'Algérie indépendante jusqu'au lancement de la médecine gratuite n'ont pas contribué à transformer le système de santé hérité en 1962. Toutes les mesures prises portaient sur la gestion du système en tant que tel et sur la formation du personnel médical préparant le lancement de la nouvelle politique envisagée. Le nouveau système jugé conforme à " *l'option socialiste* " fût élaboré et appliqué en 1973.

La planification centrale est alors une caractéristique de la gestion du système en ses débuts. C'est un système gratuit, géré par l'organe central (l'Etat) et où le champ de l'exercice privé est délimité. Le financement est effectué par le budget.

Ce système visait la réalisation de certains objectifs prioritaires tel que , l'élévation effective du niveau de santé de la population, notamment celui des couches sociales les plus défavorisées. Ceci appelait à une répartition équitable des structures sanitaires à l'échelle nationale pour confirmer le principe du droit de la santé pour tout les citoyens. Ce droit proclame en toute conviction que la santé constitue un élément primordial pour le développement socio-économique du pays. La distribution des soins dans ce système n'est plus analysée du simple point de vue de la consommation, "*elle est désormais un besoin social à satisfaire et un droit essentiel à garantir*" (1).

Il fallait donc transformer progressivement le système de santé dans le sens du renversement des anciens rapports sociaux qui le caractérisaient. Dans la distribution des soins, l'hôpital gardera sa fonction d'origine, mais aura tendance à devenir progressivement un lieu exclusif de réception d'un nombre de plus en plus important de malades évacués par d'autres centres.

La prévention constitue une action prioritaire. Elle est intégrée dans le programme de l'Etat. Pour atteindre cet objectif, de nouvelles structures sont créées : des polycliniques, des centres de santé et des PMI. Au niveau des entreprises industrielles et des unités de production se sont de nouvelles infrastructures sanitaires qui sont bâties. Elles constituent un nouvel apport dans le cadre de la politique de santé publique(1).

I.3 LES PRINCIPALES ACTIONS CONDUISANT À LA CONSTRUCTION D'UN SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ:

Dès l'application du nouveau système, plusieurs actions ont été entreprises. Elles tournaient autour du renforcement du secteur de la santé publique. Nous retenons ici les principales actions.

1/ L'impulsion de la production nationale de médicaments par le développement de l'industrie pharmaceutique et la limitation de la diversification des importations de médicaments traitant la même pathologie.

2/ L'adoption du principe d'unification des structures médicales, d'entreprises et d'organismes collectifs sous la responsabilité de la santé publique. a réformé

3/ La réforme des études médicales, ceci pour former un grand nombre de praticiens : médecins généralistes, spécialistes et techniciens de la santé(2).

Les infrastructures sanitaires implantées sur tout le territoire national confirmaient jusqu'à une date récente la volonté de l'Etat de prendre en charge seul tous les besoins de santé de la population.

(1) B.HAMEL, op cité, pp. 477-478.

(2) A. HAMMANI, R. BOUKHELOUA, A. BOUROKBA, "L'évolution du système National de santé depuis l'indépendance", Séminaire sur le développement d'un système de santé national, Avril 1983, pp. 39-78.

Fondé sur le principe de gratuité, le système national de santé privilège naturellement le secteur public. Tous les moyens humains et matériels sont réunis uniquement dans ce secteur pour accomplir une tâche sociale très importante. Le rôle complémentaire étant attribué au secteur privé mais dans un champs très limité.

Le système de santé recommande donc une unification dans son organisation et une grande décentralisation dans son fonctionnement. Car dès le début il était appelé à gérer des moyens très lourds et faire face à une demande libre et croissante par le fait de l'explosion démographique et d'autres facteurs sociaux économiques. A cette occasion, le système de gratuite s'est proposé de fixer les modalités de développement des services de santé. Elles prévoyaient déjà que le système n'est pas destiné à offrir automatiquement un lit d'hôpital ou une consultation spécialisée à chaque citoyen qui le demande, mais de faire en sorte que, par une action globale, tous les citoyens bénéficient d'une amélioration de leur état de santé. Peu d'entre eux auront besoin d'un lit d'hôpital ou d'une consultation spécialisée. Ceux qui ont en besoin, puissent y accéder dans les conditions de qualité et d'efficacité égales sur tout le territoire national(1).

L'élévation du niveau de vie, une meilleure alimentation, le respect des règles d'hygiène publique et des mesures préventives simples sont les conditions de base qui garantissent la santé de la population.

Le rôle du système de santé est de mettre l'accent sur ces mesures générales tout en répondant efficacement à la demande de soins sur tout le territoire et pour tous les citoyens en intégrant les tâches de soins et de prévention. Mais la réalité est loin de tout cela, pour le démontrer il faut se référer à toute l'évolution du système de soins algérien.

(1) Le Service de santé en Algérie, situation et perspective, Ministère de la santé publique, Novembre 1979.

I.4 L'EDIFICATION DU SYSTEME DE SANTE EN ALGERIE.

Un système de santé dévoile les conditions de prise en charge des besoins sociaux d'un pays donné. Suite à une situation désastreuse et un déséquilibre social patent hérité en 1962, l'amélioration des conditions sanitaire du pays constituait un problème d'urgence. Le nouveau système en Algérie est tenu donc de remplir une fonction sociale très importante. Car les besoins en général et de santé en particulier sont très nombreux. Le nouveau système mis en place, même s'il puise ses racines des principes des pays socialistes, il retrace dans son contenu et ses objectifs un ensemble de caractéristiques économiques et sociales propre à l'Algérie : Démographiques, les maladies les plus fréquentes dans le pays etc

Les principes du socialisme comptent de la planification un élément centrale de tout décision à prendre. Ainsi, les plans de développement constituent les différentes actions à entreprendre à long, moyen et à court terme. Ils englobent aussi les objectifs à atteindre compte tenue d'une situation donnée et prévoient les moyens nécessaires pour leur concrétisation. Le domaine de la santé n'est pas exclu des autres secteurs. Pour cette raison, tous les efforts devraient être déployés dans ce sens afin de réussir une telle réforme du moment qu'elle est considérée comme le point de départ du développement des autres secteurs économiques. Ainsi, le système de santé a été graduellement édifié à travers les différents plans de développement qui constituaient le moyen par lequel l'Etat concrétisait ses objectifs. Les plans de développement regroupaient la vision globale du domaine de la santé que l'Etat se promettait de réaliser : un bien être social, un niveau de santé plus élevé ne sont possible que par l'édifice des infrastructures sanitaires, la formation de personnel médical etc... Tous ces éléments ne pouvaient être concrétisés que par mobilisation de gros moyens. En effet, des moyens financiers considérables, des moyens humains et matériels remarquables sont mobilisés par l'Etat pour réaliser les objectifs prévus par les plans. Pour cela, une bonne gestion des infrastructures, une utilisation optimale des ressources humaines et matérielles étaient nécessaires pour la réalisation de l'ensemble des objectifs.

L'étude des différentes étapes de l'édification du système de santé à travers les plans de développements sera précédé d'un aperçu sur la situation du système de santé en 1962. Ainsi, on pourra apprécier l'apport de l'Etat dans la matière et les fruits de cet effort.

SECTION II. LE SYSTEME DE SANTE ET LES PLANS DE DEVELOPPEMENT EN ALGERIE.

Les plans de développement constituaient une projection à long, moyen et court terme des objectifs à atteindre. Durant la période de planification et face à une concrétisation des objectifs, les investissements qui constituaient le moyen de réalisation dévoilaient une évolution remarquable pour atteindre leur point extrême durant le premier plan quinquennal (1980 - 1985).

L'optique sur la quelle se basait le développement du secteur accordait une place prioritaire à l'extension du réseau des infrastructures, pour aboutir à un équilibre et à une harmonie dans la distribution des soins dans les différentes spécialités.

La couverture sanitaire est ainsi réalisée par le biais d'investissements volumineux comme l'atteste l'évolution de la dépense nationale de santé retracée dans le tableau ci dessous.

TABLEAU N°2

Année	Dépenses nationales de santé par rapport au PIB
1973	1,6 %
1980	3,7%
1985	4,4%
1988	5,5%

source : Rapport général sur l'organisation du système de santé , Ministère de la santé, Janvier 1990.

La part de la dépense nationale de santé par rapport au PIB s'est multipliée par 3,4 en 15 ans. Le but est de voir l'évolution des axes de développement de ce secteur à travers l'évolution de la programmation sanitaire, telle qu'elle a été mise en oeuvre. Cette dernière nous aidera à comprendre la portée des choix effectués et les incidences majeures que ces choix impliquent sur le fonctionnement du système.

Pour cela, il est important de retracer brièvement les différentes étapes qui ont marqué l'élaboration de la politique sanitaire qui coïncide avec les différents plans de développements. A ce sujet, nous pouvons distinguer quatre phases principales (1)

- Une phase de réorganisation du secteur et de distribution des moyens disponibles. Elle couvre la période comprise entre les deux premiers plans (1967 - 1974).

- Une phase de recentrage du développement du secteur à la lumière des nouvelles dispositions relatives à la gratuité des soins. Elle correspond à la période couverte par le deuxième plan quadriennal (1974 - 1979).

- Une phase de développement intensif marquée par la mise en place des principaux éléments de la politique sanitaire au cours du premier plan quinquennal (1980 - 1984).

- Une phase de stabilisation de la croissance du secteur. Elle est caractérisée par la tendance à la prise en charge des aspects qualitatifs de la santé durant le second plan quinquennal (1984 - 1989).

II.1 PHASE ANTÉRIEURE À LA GRATUITÉ DES SOINS

L'année 1962, marque en Algérie l'héritage d'une situation sanitaire critique résultant des conditions socio-économiques déplorables. La situation était caractérisée par une hygiène publique déficiente, un sous encadrement médical patent, une couverture sanitaire réduite et disparate illustrée par un déséquilibre social et régional.

(1) D. BOURAS, "Tentative d'évaluation du programme d'investissement sanitaire", CREAD, 1984, p.10-29.

Les premières années d'indépendance ont dévoilé la nature du système hérité, les modalités d'accès aux soins, la nature des soins disponibles et à quel niveau ils étaient présents. L'analyse fait ressortir l'absence d'un "*système de santé*" pouvant prendre en charge l'ensemble des problèmes sanitaires de toute la population. Les infrastructures héritées en 1962 étaient tournées autrefois essentiellement vers la satisfaction des besoins de la minorité coloniale. Elles étaient concentrées pour plus de la moitié dans trois grands centres urbains: Alger, Oran et Constantine(1).

La répartition géographique des structures et des 1800 médecins dont 1646 privés couvrant les besoins de la population européenne (1.000.000 d'habitants) ont fait que le sud du pays était dépourvu de toute action sanitaire ou infrastructure édifée dans ce but. A l'exception de certains hôpitaux implantés à l'occasion de la mise en application du plan de Constantine en 1954. La situation dramatique héritée à l'indépendance caractérisée par une très grande évolution de maladies transmissibles résultait d'une part des séquelles de la guerre, d'autre part de l'absence d'une politique préventive dans la matière. S'ajoute à tout cela le départ massif des praticiens médicaux et la faillite structurelle du système de "*santé publique*" mis en place. Tous ces éléments donnaient lieu à une très grande réflexion aux autorités centrales. Il fallait trouver des moyens et définir par la suite une politique de santé claire, ceci afin de remédier d'une part à la situation existante et prévoir d'autre part une meilleure couverture des besoins sanitaires. Cet objectif ne pouvait se concrétiser donc que par la création d'un système de santé équilibré qui pourrait apporter une satisfaction à tous les besoins sanitaires de la population et introduire par la suite de profondes transformations dans le domaine du social.

Cette première phase était marquée par l'absence d'un système de programmation sanitaire organisé. En effet, au cours de cette période les actions engagées se sont limitées à une redistribution de moyens par l'extension de la couverture sanitaire à travers le pays. Tous les efforts étaient déployés pour apporter une correction aux disparités régionales existantes.

(1) M.BENHASSINE, M.A. YAHIAOUI, "Les résolutions du comité central sur la santé", Séminaire sur le développement d'un système national de santé, Avril 1983, pp 97-102.

Il y a eu également la mise en place d'infrastructures légères pour développer la prise en charge des soins ambulatoires. Ces infrastructures étaient surtout destinées à créer les conditions d'une bonne organisation préventive à travers les campagnes de vaccination de façon à ralentir l'expansion du taux de certaines maladies(1).

La première tentative de remédier à la situation sanitaire posée, s'est faite à travers le lancement du premier plan triennal et les différents plans spéciaux. Les moyens financiers étaient peu importants par rapport à ceux nécessaires. Les objectifs retenus par le plan, prévoyaient la construction de dix (10) hôpitaux nouveaux, quatre vingt deux (82) centres de santé et cent neuf (109) polycliniques répartis à l'échelle nationale(2).

Le niveau de prise en charge, la qualité de la prestation des soins, le déficit en personnel médical vidaient complètement de sa substance le concept de couverture sanitaire qui longtemps était retenu comme objectif à atteindre à travers les différents plans de développement.

Le déséquilibre dans la répartition des infrastructures et du personnel médical entre les grandes villes et le reste du pays introduisait de profondes distorsions sur le plan de la prise en charge médicale. Les retards enregistrés dans la réalisation des programmes d'investissement ont fait que les objectifs fixés par le plan étaient loin d'être réalisés. Les causes sont nombreuses, elles reviennent principalement au manque de moyens humains (cadres, ingénieurs etc...) et matériaux.

(1) A.AOUATI, Y.GUIDOUM, "L'organisation dans la distribution des soins et son insertion dans le développement socio-économique du pays", Séminaire sur le développement d'un système de santé, Avril 1983, p 109.

(2) Premier plan triennal (1967 - 1969), Ministère de la santé publique.

II.2 PHASE DU LANCEMENT DE LA GRATUITÉ DES SOINS

L'année 1974 est le début de la deuxième phase de l'histoire d'édification du système de santé Algérien. Elle marque d'abord une rupture totale avec l'ancien système hérité à l'indépendance(1). Ceci va donner l'existence à un nouveau système compatible avec les principes du socialisme. Faisant de ce choix irréversible et interchangeable dans n'importe quelle situation où se trouve l'Etat, la santé devient un droit fondamental pour tous les citoyens. C'est un droit protégé par la souveraineté de l'Etat. Tous ces principes sont dictés par les textes de la charte et de la constitution. L'égalité sociale, l'accès gratuit à tous les soins disponibles curatifs ou préventifs; le rapprochement des soins de toutes les catégories sociales et leur implantation à travers tous les coins du pays, telles sont les principales caractéristiques du nouveau système mis en vigueur.

Cet événement, de part la libération des besoins qu'il engendre, montre l'ampleur des tâches restantes à réaliser et les correctifs à apporter aux programmes précédents de façon à favoriser une meilleure prise en charge. En même temps cet événement a favorisé une meilleure connaissance de la couverture sanitaire et de l'organisation des services de santé en permettant l'évaluation réelle des besoins de santé de toute la population et en posant avec acuité le problème des moyens potentiels nécessaires à leur satisfaction.

Les textes de la médecine gratuite précisent qu'il ne s'agit pas seulement d'une disponibilité de soins gratuits, mais aussi d'une meilleure qualité de prestations.

Le volume des investissements justifi la volonté d'atteindre ces objectifs. Le tableau ci-dessous illustre l'importance de la programmation sanitaire durant les premiers plans de développement.

TABLEAU N°3

Unité : 10⁶ DA

Plan	autorisation du programme	paiement	2,1%
plan triennal (67-69)	772	325	42%
Premier plan quadriennal (70-74)	1249	323	26%

Source : Ministère de la planification et de l'aménagement du territoire

(1). La charte nationale, Loi du 31 Décembre 1973.

Avec la mise en oeuvre du premier plan quadriennal, les conditions de réalisation restent inchangées devant une programmation aussi importante.

Les moyens humains étaient limités, le manque d'expérience, le volume important des investissements à réaliser ont fait que le premier plan quadriennal n'a été réalisé qu'au taux de 26%. Il est important de signaler que les deux plans cumulés n'ont même pas atteint les objectifs prévus par le premier plan quadriennal : les restes à réaliser étaient très importants(1).

Les contraintes étaient loin d'être financières du moment que le volume des crédits alloués mettait en évidence une large disponibilité.

En plus de la gestion, les problèmes se résument aussi par un manque de savoir faire et d'expérience. L'effectif du personnel était largement insuffisant pour mener à bien la réalisation des plans.

L'instauration de la médecine gratuite a généré un programme d'investissement volumineux en infrastructures et en dotation d'équipements médicaux. La formation médicale et para-médicale a gagné aussi en valeur. Par ailleurs et pour apporter les améliorations successives dans le domaine de la santé, le deuxième plan quadriennal a été lancé avec un programme important de structures légères. Il était constitué de 154 polycliniques, 317 centres de santé et 25 maternités.

Ce programme correspondait à une tentative de prise en charge de la demande additionnelle résultant de l'application de la gratuité des soins. Le programme d'édification d'infrastructures a porté également sur la réalisation de 7 hôpitaux ainsi que l'aménagement et l'équipement d'autres unités de soins. Il devait également contribuer au prolongement des plans précédemment instaurés, au renforcement de la couverture médicale et au rétablissement de certains équilibres géo-sanitaires.

[1] Rapport général du premier plan quadriennal, Ministère de la santé publique, Alger 1979.

II.2.1. Moyens pour la mise en oeuvre de la gratuite des soins

En 1974, la population Algérienne comptait 15 millions d'habitants. Le personnel médical comprenait 2000 médecins, 355 pharmaciens et 300 chirurgiens dentistes. Toutes ces données révélaient que des difficultés de mise en oeuvre seront posées devant une politique de soins si ambitieuse(1).

Convaincus que la réussite de la politique de gratuite des soins serait le moyen d'un développement économique d'ensemble, certaines réformes étaient apportées à ce sujet. La réforme des études médicales était prioritairement orienté dans ce sens. Le but était de former des cadres médicaux destinés à dispenser les soins nécessaires dans tous les établissements sanitaires édifiés par l'Etat. On visait également, par le biais de cette réforme, une formation de cadres en un laps de temps aussi court que possible et en effectif aussi important que possible, car la demande des soins exprimait déjà sa hausse. Il en résulte donc que le souci d'une formation qualitative s'éloigna de plus en plus des objectifs de l'Etat, ce qui se répercuta d'une manière très néfaste sur la qualité des soins.

Cependant, beaucoup de facteurs ont favorisé la continuité du système de gratuité. En plus d'une volonté idéologique, la disponibilité des moyens financiers est un facteur majeur.

L'importance de la demande des soins libéré par le nouveau système montrait dans un premier temps que les moyens financiers étaient peu important. Le problème était très vite résolu depuis 1974 grâce à la hausse des prix du pétrole qui a bouleversé toute les données. En effet, à cette date le budget général de l'Etat s'éleva à 14,73 millions de dinars en augmentation de 33,40% par rapport au budget de 1973.

C'est le budget d'équipement de l'Etat qui connaissait l'accroissement le plus sensible puisqu'il passe d'une année à l'autre de 4190 millions de dinars à 6500 millions de dinars (1973 - 1974), soit un accroissement de 2,3 milliards de dinars en valeur absolue et de 55% en valeur relative(2).

(1) Données statistiques sur la santé, Ministère de la santé, Octobre 1980.

(2) Gratuité des soins, revue de presse, Janvier 1974 N°181.

Le budget de fonctionnement de l'Etat y compris les interventions de la dette publique pour l'exercice 1974 a été fixé en dépense à 7673 millions de dinars accusant ainsi une augmentation de 1,2 milliard de dinars soit 19% par rapport à 1973.

Quant aux recettes applicables au budget général de l'Etat, elles ont connu un accroissement de 37,5% et sont passées de 10310 millions de dinars en 1973 à 14180 millions de DA en 1974(1).

Le budget de l'Etat connaissait pour sa part un accroissement en recettes et dépenses, cette augmentation substantielle traduisait le rôle croissant joué par l'Etat dans la vie économique et sociale du pays.

L'équilibre budgétaire qui a pu être respecté en 1974 malgré le progrès sensible des dépenses d'équipements de l'Etat, s'effectua grâce à la forte croissance de la fiscalité pétrolière dont le produit est passé de 4110 millions de dinars en 1973 à 6500 millions de dinars en valeur relative et 58% en valeur absolue. En notera par ailleurs que le montant de la fiscalité pétrolière est précisément égal au montant du budget d'équipement de l'Etat. L'augmentation des ressources pétrolières apparaît en outre au niveau de la contribution du public au budget de l'Etat. Il a connu durant cette année une augmentation de 63%. En plus de la subvention servie par l'Etat pour financier la gratuite des soins, les moyens des secteurs sanitaires se sont renforcés par un apport des collectivités locales et organismes de la sécurité sociale d'un montant évalué à 564,8 millions de dinars. En définitive c'est à 672 millions de DA que s'élève le budget des hôpitaux et centres sanitaires relevant du ministère de la santé publique. Tous ces moyens permettaient donc le renforcement des principes de la médecine gratuite et masquaient par la même occasion les véritables problèmes de gestion du système qui commençaient déjà à faire pression sur le fonctionnement normal des structures de soins : saturation des services médicaux, pénuries de médicaments etc...(2)

(1) Loi de finance du 31 Décembre 1973.

(2) "Le service de santé en Algérie, situation et perspective", MSP, Novembre 1979, Tome II, p 22.

Malgré tous les efforts, un effectif suffisamment disponible en personnel médical faisait défaut les premières années de gratuité des soins. Le principe donc du "droit à la santé" était menacé de ce point de vu. Le secteur public où est dispensée la médecine gratuite : Hôpitaux, polycliniques, centres de santés, maternités et autres salles de soins étaient assurés dans son fonctionnement par un taux élevé de coopérants étrangers.

La réforme des études médicales en 1971 avait déjà donné sur le plan quantitatif des résultats appréciables, il suffit pour le prouver de se rapporter au nombres de praticiens formés annuellement.

TABLEAU N°4

Années	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Praticiens médicaux	356	494	1292	752	674	942

Source : Ministère de la santé publique

L'ensemble de l'effectif médical et para-médical formé durant les premières années de la gratuite des soins trouvait une réponse favorable en matière de recrutement dans les établissements publics. Cependant les retards de réalisations des infrastructures ont touché l'opération normale de recrutement. Les praticiens marquaient de ce fait un laps de temps entre l'achèvement de leur formation et leur engagement dans la fonction publique. Ceci fut un début de la crise d'emploi dans le secteur de la santé.

En dépit de tous les efforts déployés par l'Etat, la volonté de réalisation n'a malheureusement pas pu affronté la réalité des problèmes existants. La programmation proposée s'avère loin des possibilités existantes par excès d'ambition en référence aux moyens disponibles.

Le manque du personnel d'exécution et d'encadrement, la rigidité des structures et le manque d'information ont joué un rôle de frein lors de la mise en oeuvre des programmes. A la lumière des données précédentes il est possible d'évaluer les premiers résultats de la gratuite des soins et ceci sur le plan quantitatif car, sur le plan qualitatif beaucoup d'efforts restent à réaliser(1).

(1) F.KACHA, A.OUCHFOUN, A.YAKER, "Le bilan de l'action sanitaire", Séminaire sur le développement d'un système national de santé, pp. 177 - 198.

II.2.2 Les premiers résultats de la gratuite des soins

Les premiers résultats de la gratuité des soins sont très appréciables tant au niveau de la distribution des soins que sur l'état sanitaire de la population.

A) distribution des prestations de soins :

Le schéma organisationnel qui existait en 1974 a rapidement été modifié pour faire face à la forte demande. Cette dernière fut exprimée par un accroissement continu du nombre de consultations et d'admissions dans tous les établissements sanitaires publics. Les modifications ont porté tout à la fois sur l'implantation de nouvelles infrastructures et sur la rentabilisation des infrastructures existantes.

Ce nouvel apport a été pris en considération par le premier plan quinquennal. L'augmentation de l'infrastructure a surtout concerné les unités légères.

Pour la rentabilisation des structures existantes, un accent particulier a été mis en oeuvre par le prolongement des horaires de fonctionnement des unités de soins. D'autre part l'accès aux structures Para-publique a été élargie à l'ensemble de la population.

B) L'accessibilité aux soins :

Une amélioration remarquable en matière de soins a été enregistrée. Nous retenons également un accroissement sensible des prestations dans le domaine de la radiologie et du laboratoire. Il a été enregistré également une forte consommation de médicaments susceptibles d'améliorer l'état général de santé(1). Aussi parmi les indicateurs les plus pertinents témoins du changement de l'état sanitaire durant cette période, La réduction du taux de mortalité infantile. Il passe de 180 pour mille en 1969 à 141 pour mille en 1979.

L'augmentation du nombre de naissances en milieu assisté. Ainsi, en 1979 les statistiques prouvent que les 27% des naissances sont effectuées en milieu assisté. Cette proportion est importante si l'on compare à celle de 1962 qui était de 2%(2).

(1). Ministère de la Santé, Bilan sanitaire établi en 1978.

(2). JP GRANGAUD, KARA MOSTEFA, "Les apports de la gratuite des soins"
Séminaire sur le développement d'un système national de santé, Avril 1983.

En dépit de cette situation beaucoup de variables exprimaient la difficulté fonctionnelle du système de soins. Pour cela, la politique de gratuité mise en oeuvre à l'occasion du second plan quadriennal n'a pas donné les résultats escomptés. Il a été procédé à sa reformulation à l'occasion du premier plan quinquennal. Parmi les causes de cette reformulation nous pouvons citer le suivant :

1) l'absence de coordination entre les services de santé publique et les différents organismes ayant une activité similaire : (sécurité sociale, centres médicaux des entreprises, médecine du travail etc...).

2) Au niveau des secteurs sanitaires. Peu d'efforts ont été enregistré dans la participation du personnel de la santé à la vie du secteur.

3) L'action sanitaire est mal intégrée au processus du développement. Elle atteste un manque de coordination avec d'autres structures socio-économiques intervenant de façon déterminante sur l'évolution sanitaire du pays.

4) Les relations entre les services de santé et les citoyens commençaient déjà à se détériorer. Pour cette raison les nouvelles résolutions de l'Etat préconisaient la décentralisation et le rapprochement des services de santé auprès de toute la population. Mais cela n'a pas résolu le fond du problème car, les problèmes de gestion faisaient déjà pression sur le système.

Pire encore, quelques années après l'application de la gratuité des soins (1980) une crise générale était profondément ressentie dans tous les établissements sanitaires. Elle était due à une hyper concentration du personnel et des services de santé dans trois grandes villes universitaires : Alger, Oran et Constantine. En 1979, 73% des praticiens Algériens exerçaient dans les 3 grandes villes précédemment citées. A la même date sur 840 spécialistes Algériens, 700 exerçaient à plein temps dans les centres hospitalo universitaires. Tous ces éléments ont conduit les autorités politiques à activer certaines réformes pour aboutir à une reformulation de la politique sanitaire.

En effet, en 1981 une nouvelle stratégie se propose de prendre en compte non seulement les problèmes techniques et médicaux, mais aussi les préoccupations les plus larges touchant à la dépendance(1).

A cette date, une profonde décentralisation a été mise en oeuvre dans toutes les structures publiques pour permettre une redéfinition des rôles et des objectifs de la politique de santé à travers l'adoption des principes de la carte sanitaire.

II.3 PHASE D'ADOPTION DES FONDEMENTS DE LA CARTE SANITAIRE

II.3.1 *La carte sanitaire en Algérie :*

Le principe d'adoption de la carte sanitaire est venu prolonger les tentatives de la programmation en Algérie. La nécessité d'établir cette carte se faisait sentir pour remédier à certaines carences enregistrées lors de l'application des différents plans de développement(2). Parmi les objectifs recherchés nous pouvons citer :

a) L'élimination des disparités entre les régions, les villes et les campagnes en matière d'attributions de soins. En effet les retards dans la réalisation des infrastructures ont abouti à une centralisation de l'offre des soins dans quelques établissements seulement, dans le nord du pays surtout. D'autre part une contraction de l'offre publique des soins a été enregistrée dans un contexte de forte croissance de la demande. Cette dernière est impulsée par certains facteurs sociaux économique.

b) La densification du réseau sanitaire de base pour prendre en charge la demande des soins primaires et servir de base au développement de l'action préventive.

La complémentarité du programme était ensuite réalisée par l'implantation de structures hospitalières de manière à assurer l'ensemble de la gamme des soins dans chaque région sanitaire.

(1) M.KADDAR, "La carte sanitaire en Algérie, une technique de planification",
Revue du CENEAP, p. 138.

(2) Les fondements de la carte sanitaire nationale, Ministère de la santé publique, Alger, 1982, p. 77.

c) Une organisation cohérente de l'infrastructure sanitaire basée sur une estimation juste des besoins de santé de toute la population.

d) La connaissance de la mortalité et de la morbidité, l'analyse des données démographiques et leur projection dans l'avenir sont tous des éléments qui constituent la base pour la conception et l'implantation des nouveaux projet sanitaires.

e) L'harmonisation du système de soin et de formation du personnel de la santé. Dans la définition des normes en personnel et en infrastructures, et dans une échéance fixée jusqu'à 1990, les normes fixés étaient: une polyclinique pour 30 000 habitants et un centre de santé pour 500 habitants. Dans l'adoption des fondements de la carte sanitaire l'hôpital prend place en tant que pivot central dans la nouvelle organisation du système de distribution de soins.

Ainsi, le premier plan quinquennal (80-84) a permis l'inscription en autorisation de programme de 12,92 millions de DA, soit près de deux fois et demi (2,5) le programme consenti de 1967 à 1980. L'accent a été mis sur les infrastructures lourdes avec une inscription de 60 hôpitaux totalisant une capacité de 11.300 lits soit le 1/4 de la capacité globale inscrite en 1984. Le programme des infrastructures légères comprenait 87 maternités, 17 laboratoires d'hygiène de wilaya, 301 centres de santé et 167 polycliniques. Parmi les principes de la carte sanitaire, la distribution des soins observera un cheminement précis avec les principes de la structuration hiérarchisée des soins.

II.3.2 Le principe de la sectorisation:

Il s'agit d'un découpage géographique de l'appareil sanitaire en " *secteurs sanitaires* ".

Le secteur sanitaire intègre l'ensemble des structures de prévention, de soins, de diagnostic et d'hospitalisation . Elles sont implantées dans le territoire administratif de la Daira.

Le secteur sanitaire est composé d'un hôpital en général le plus important sinon le seul de la Daira.

Les centres médico-sociaux (CMS) dépendent des organismes publics ou parapublics. Ils vont progressivement voir leur personnel et leurs activités intégrés dans ceux du secteur sanitaire. Les secteurs sanitaires sont découpés en plusieurs sous-secteurs dont la structure centrale est en général la polyclinique.

II.3.3. Le principe de la hiérarchisations des soins:

La hiérarchisation des soins consiste à différencier les actions de soins relevant de la compétence sanitaire de base : c'est la distinction des soins attribués dans des structures extra-hospitalières de celles qui relèvent des structures hospitalières. Suivant ce principe, l'ensemble des structures sanitaires vont être hiérarchisés et structurés suivant les niveaux de santé: A. B. C. D.

1) Les soins de premier secours de type D: Ce type de soins est dispensé dans des centres de santé, des salles de soins et de consultations et aussi dans les polycliniques. Les normes fixées par la carte sanitaire ont prévu:

- Une salle de soins et de consultations pour 10.000 habitants environ.
- Un centre de santé situé au niveau de la commune couvrant 20.000 habitants.
- Une polyclinique: conçu pour 20.000 à 30.000 habitants. Elle a une action beaucoup plus étendue en matière de soins.

2) Les soins généraux de type C: Ils sont dévolus aux hôpitaux de Daira, de wilaya et de région. Ils assurent les tâches de prophylaxie, de formation et d'administration de la santé.

Ces hôpitaux dotés de différentes spécialités, assurent une couverture sanitaire suffisante en matière de soins généraux et d'hospitalisation. Ils couvrent en principe les 85% des prestations sanitaires en matière de soins curatifs.

3) Les soins spécialisés de type B. Ils sont assurés uniquement par les établissements hospitaliers spécialisés. Ils ont la vocation pour ces prestations à un niveau régional ou national.

4) Les soins hautement spécialisés de type A: Ils sont fournis par des établissements hospitaliers spécialisés et localisés dans un chef lieu de région. Ils sont chargés de la prévention et du traitement de maladies graves, telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer et l'insuffisance rénale. Nous considérons ces établissements comme des structures de référence nationale.

II.3.4. Le principe de la régionalisation sanitaire.

La carte sanitaire nationale qui procède à la hiérarchisation des niveaux de soins selon leur degré de complexité et leur spécialité découpe le territoire national en treize régions sanitaires comprenant chacune un certain nombre de wilayas.

Elle présente en parallèle une "*typification*" des unités de soins s'accompagnant d'une standardisation des constructions et du matériel. Cette hiérarchisation avec sa projection sur les structures hospitalières se traduit par la "*définition*" et la "*typification*" de différentes catégories correspondant aux différents niveaux de soins. C'est ainsi qu'on aura, au sommet de la pyramide hospitalière, un établissement hospitalier régional

(E.H.R). Dans la région Nord du pays, le CHU (centre hospitalo-universitaire) assure la fonction soignante et enseignante. Il est susceptible de dispenser des soins de type B et C. L'hôpital en question sera de type 240 à 400 lits.(1)

Enfin, à la base de la pyramide, l'établissement hospitalier de daira regroupe 120 lits et dispense des soins de type C.

A ces établissements hospitaliers qualifiés de généraux viendraient s'ajouter les établissements "*spécialisés*" tels que définis précédemment. Nous pouvons donc conclure, que la carte sanitaire était présentée comme un des instruments clés de la politique sanitaire nationale. Elle visait essentiellement une organisation de l'offre des soins préventifs et curatifs et une égalité dans l'accès aux prestations sanitaires sur l'ensemble du territoire nationale.

(1) F.Z. OUFREHA " L'organisation de la couverture collective des dépenses de santé et modalités de leur financement en Algérie " cahier du CREAD N° = 13, 1^{er} trimestre 1983.

Aussi cette carte était considérée comme une condition essentielle pour l'élaboration d'un schéma d'organisation générale des services de santé. Mais son application sur le terrain était conditionnée par la résolution d'un certain nombre de problèmes existants à l'intérieur et à l'extérieur du système de soins lui même.

II.4 CRITIQUE DES FONDEMENTS DE LA CARTE SANITAIRE

Bien que la carte sanitaire se présentait comme un document complet dans sa conception, *des critiques sévères lui ont été adressés*. Ces critiques ressortent des réalités flagrantes dans le domaine de l'économique et du social. Ces dernières peuvent être résumées de la manière suivante(1) :

L'élaboration de la carte sanitaire était basé sur des données socio économiques telles que la production, les moyens de communication, les équipements collectifs etc.

Cependant, ces données étaient rapidement abandonnées au niveau de la définition concrète des normes et des structures. L'intervention s'est réduite en fait à de simples normes, nombre de lits/habitants et de polycliniques/habitants.

Nous pouvons citer également la difficulté de la carte sanitaire d'intégrer les paramètres socio-économiques qui sont très significatifs. De cette manière elle révèle sa relative *autonomie* par rapport aux autres composantes de la politique économique et sociale nationale, telles la politique de l'Etat en matière d'alimentation en eau potable, ou encore en matière d'habitat et de transport.

Il est par ailleurs tout à fait certain que la mise en oeuvre de la carte sanitaire suppose l'existence d'une somme d'informations fiables. Or, les manques et les défaillances sont dans ce domaine bien connus. L'évaluation du patrimoine sanitaire en est un exemple. D'ailleurs il existe chaque fois des écarts importants entre les différentes estimations possibles. Les fondements de la carte sanitaire qui viennent apporter des corrections fonctionnelles au système de soins semblent ignorer toutes les pesanteurs et les contradictions que traversent le système de soins existant.

(1) M. KADDAR, "La carte sanitaire en Algérie : Quelle logique?", Revue du CENEAP.

Le système proposé semble introduire au moins deux contre-tendances fortes:

La première provenant du type de structuration actuelle du système de soins algériens. La deuxième résulte du fait que la carte sanitaire ambitionne de coordonner deux séries d'éléments à priori indépendants: - les infrastructures et les personnels. D'ailleurs c'est ce qui explique actuellement la crise d'emploi du personnel médical dans la fonction publique.

Aussi, la structuration actuelle du système de soins reste marquée par une juxtaposition contradictoire de trois grands secteurs:

- Le secteur para-public: il a été ces dernières années administrativement intégré au secteur public.

- Le secteur public: Il est doté d'une hiérarchie de fonctionnement qui a peu de rapport avec le système contenu dans la carte sanitaire.

- Le secteur privé en nette expansion dans la médecine ambulatoire et connaît un élargissement du champ géographique d'intervention avec l'application de nouvelles règles d'installation.

Le principe de la hiérarchisation, la régionalisation et la sectorisation des soins introduit parmi les fondements de la carte sanitaire, a été de son côté critiqué. Car il est remarqué que la création de chaque secteur sanitaire va s'accompagner d'une multiplicité de postes administratifs, de direction et d'exécution; (un directeur, quatre directeurs adjoints, un économiste, une secrétaire pour chacun d'entre eux); Il en résulte donc un alourdissement considérable des frais de personnel administratif et donc des coûts au niveau du fonctionnement de l'ensemble des secteurs sanitaires. De plus le nombre a été lui même considérablement augmenté suite aux redécoupages administratifs successifs dont le dernier en date de 1984. Il a porté le nombre des wilayas à 48, celui des Dairas à 219 et des communes à 1540.

La faiblesse principale d'un tel type d'organisation réside également dans sa centralisation autour de l'hôpital qui devient beaucoup plus important qu'auparavant.

Les unités de soins légères qui sont rattachées à l'hôpital semblent être plus ou moins marginalisées puisque l'ensemble des moyens de santé vont au profit de l'hôpital. Aussi, l'accès aux soins spécialisés du secteur public devient sélectif,

puisque'il doit se faire d'une façon impérative par le biais du généraliste qui devient ainsi le point d'entrée obligatoire dans le système de soins public.

Suivre tout le cheminement des soins hiérarchisés deviendra très long pour le patient. En fait, il doit passer obligatoirement par tous les niveaux, cela risque d'être très long pour le malade présentant une pathologie complexe. Et puis finalement c'est assez lourd et coûteux pour la collectivité de prodiguer beaucoup de soins spécialisés.

En dépit de ces critiques, la carte sanitaire est appliquée mais jamais ses objectifs n'ont été respectés ni même concrétisés. La situation dévoile une suraccumulation de problèmes sans pour autant apporter des solutions très rigides. Encore une fois, le second plan quinquennal (85 - 89) apporta de nouvelles orientations au système qui peuvent être résumées dans la phase suivante

II.5. PLAN QUINQUENNAL ET REORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS

La quatrième phrase coïncide avec le lancement du second plan quinquennal. l'objectif prioritaire et fondamental demeure toujours celui de la satisfaction des besoins élémentaires de la population en matière de santé.

Les principales actions entreprises par le plan quinquennal 1985 - 1989 étaient orientées vers les objectifs suivants:

- 1) Le renforcement de l'organisation, de la gestion et du fonctionnement de toutes les structures *Sanitaires publiques*: durant les plans de développement précédemment mis en oeuvre, toutes les actions entreprises étaient prioritairement orientées vers la construction. Le plan 1985 - 1989 accordait une importance première à l'amélioration de la gestion et du fonctionnement des services de santé. En effet il s'agissait avec les moyens disponibles d'obtenir de meilleurs résultats. Dans cette optique, le système national de santé était appelé à connaître une profonde réorganisation permettant son adaptation progressive aux besoins sanitaires des populations. Cet objectif venait d'être matérialisé dans un premier temps par le plan d'action de santé publique adopté par le gouvernement le 30 Mai 1984.

2) L'amélioration de l'état de santé

Pour réduire le recours systématique aux services médicaux, des actions de prévention par l'amélioration de la couverture vaccinale, l'hygiène du milieu, l'éducation des masses, la prévention et le dépistage d'épidémies par le repérage systématique des zones et des groupes de populations à risque ont été multipliées. Cette réhabilitation de la prévention se justifie au regard d'une statistique toute simple: 80% de la demande des soins regroupait des maladies infectieuses et transmissibles. Le programme concernait essentiellement la lutte contre les maladies prévalentes, la réduction de la mortalité infantile et maternelle, la protection des enfants en milieu scolaire et la prévention des accidents de travail. Pour cela toutes les actions étaient axées sur la prévention, le développement des soins primaires, l'organisation des structures de santé et la rentabilisation de tous les moyens mis en oeuvre.

La prépondérance de l'axe préventif ne remet pas en cause les éléments d'organisation en place sauf en ce qui concerne la volonté affichée de réhabilitation des infrastructures légères pour contre balancer les effets de l'hospitalo-centrisme(1).

3) L'achèvement du programme en cours.

Le plan quinquennal (85-89) se caractérise par l'action mise sur la volonté d'achever tous les programmes afin d'atteindre les objectifs fixés et concrétiser l'aspect qualitatif des soins comme facteur déterminant pour un meilleur état sanitaire du pays.(2)

4) Les personnels : Concernant la catégorie du personnel, le plan quinquennal n'a pas attribué de nouvel apport, car tous les éléments concernant, la planification et la formation de cette catégorie étaient introduit dans la carte sanitaire. Sur la base des normes retenues, les indices à atteindre pour 1989 étaient de:

- 1 Médecin pour 2000 habitants.
- 1 Chirurgien dentiste pour 5000 habitants.
- 1 Pharmacien pour 6000 habitants.
- 1 Para-médicale pour 250 habitants.

(1) Rapport général au 1^{er} plan quinquennal.

(2) Ministère de la planification et de l'aménagement du territoire second plan quinquennal. (Objectifs et résolutions).

Au delà des objectifs quantitatifs, les actions qui restent à mener concernent notamment l'adoption de la structure de qualification aux besoins exprimés. En même temps un effort de recrutement et de formation des personnels de gestion et de maintenance se voit indispensable pour assurer une meilleure rentabilisation des établissements sanitaires.

5) Le lancement d'un programme nouveau.

Etant donné l'ampleur des programmes engagés notamment durant le 1^{er} plan quinquennal, les résultats dégagés à partir de ces seuils de référence sont devenus minimes, ce qui a conduit à la fixation d'un programme très léger ne comportant comme infrastructures que 21 polycliniques, 24 centres de santé et 7 maternités. Les crédits de paiements pour la période sont évalués à 8 milliards (1).

Nous pouvons conclure que les nouvelles orientations en faveur du développement du secteur à travers le programme décidé en 1984 n'a pas abouti à des changements qualitatifs dans le domaine de l'attribution des soins. Ce qui est témoin de cette situation c'est l'augmentation remarquable du nombre des malades transférés vers les établissements étrangers. Aussi l'extention rapide du secteur privé durant cette période certifie la réorientation de la demande des soins vers ce secteur (voir chapitre suivant sur la privatisation).

SECTION III. SYSTÈME DE SANTÉ ET CONDITIONS DE SON ÉDIFICATION.

l'étude de cette partie montre que le secteur de la santé a été doté successivement et à différentes périodes de la planification de moyens financiers considérables provenant principalement des caisses de l'Etat et de la Sécurité Sociale. Pour combler au fur et à mesure le déficit enregistré dans tous les éléments du système de santé, particulièrement dans le domaine des infrastructures, il a été procédé à maintes reprises à certaines révisions d'objectifs prévus par le plan. Telles que les conditions d'exécutions.

(1) Plan quinquennal 1985 _ 1989 Rapport général du Ministère de santé.

En considérant que les infrastructures étaient le moyen de concrétisation de plusieurs objectifs notamment le rapprochement de la santé de tous les citoyens et rompre avec les disparités régionales en matière de santé. Pour cette raison, la réalisation d'un réseau infrastructurel a été consolidé à travers les différents plans de développement. En dépit de cet effort colossal, la réalisation des objectifs en matière d'infrastructure atteste une défiguration flagrante face aux conditions de leur mise en oeuvre.(1)

La prise en charge des projets d'investissements a souvent souffert d'un manque de suivi; ce qui a conduit à une série de réajustements en hausse des autorisations de programmes (A.P) initiales et de reconversion de projets.

En plus des conditions générales et particulièrement nationales de réalisation des projets d'investissement qui font peser une série d'incertitudes sur les échéances et les coûts, les données propres au secteur s'ajoutent en complexité à la mise en oeuvre et à la gestion des projets de développement.

A- Les conditions de réalisation : Les délais et les coûts sont deux paramètres résumant la mise en oeuvre des projets d'investissements. En effet un délai respecté et un coût de réalisation près de celui planifié ou prévu résumant des conditions favorable de mise en oeuvre.

Concernant les projets d'investissements, une des variables les plus importantes affectant le paramètre du coût et du délai concerne l'établissement des plans de financement des projets et le retard important dans les conditions du démarrage. Aussi la mise en oeuvre de la décentralisation à partir du premier plan quinquennal a permis le concours des entreprises locales de réalisation.

(1) D. BOURAS, " tentative d'évaluation au programme d'investissement au secteur de la santé" OP cite pp. 16-20.

Les projets ont rencontré des problèmes de maîtrise et de suivi par manque d'expérience dans ce domaine et ce malgré le fait que seul les infrastructures légères en général étaient prises en charge par les entreprises locales: Wilaya et communale. D'autre part, la désorganisation de la programmation qui en résultait conduisait à une suraccumulation de projets qui étaient le plus souvent lancés dans un intervalle de temps très restreint, ce qui posait par voie de conséquence les problèmes des capacités de réalisation.

Les conditions locales de réalisation présentaient également l'inconvénient majeur de ne pas permettre une bonne maîtrise des différents paramètres liés à la gestion et au suivi des projets. La résultante était un dépassement systématique des plannings et des échéances de réalisation. Aussi, les réévaluations des coûts de projets devenaient un dénominateur commun à l'ensemble des entreprises tant publiques que privées.

Justifiées par la faiblesse des capacités nationales de réalisation, les infrastructures lourdes étaient prises en charge par les entreprises nationales avec le concours des entreprises étrangère à partir du 1^{er} plan quinquennal.

A titre d'exemple et en matière de coût et de délais, un mode de réalisation en dur assuré par les entreprises nationales et le programme de fabrication confié aux entreprises étrangères qu'a coût équivalent d'individualisation; les infrastructures réalisées par les entreprises nationales requièrent trois fois plus de temps en moyenne. Les délais contractuels de réalisation étant de 36 mois, les hôpitaux en traditionnel sont réalisés dans une marge de temps de 9 ans à compter du lancement des études.

B-Les conditions de mise en service des infrastructures

La combinaison entre deux facteurs, à savoir l'achèvement des infrastructures, leur réception et l'installation de l'équipement médical, constituent la base de toute mise en service des infrastructures. Si nous considérons bien sûr que l'effectif du personnel médical est connu chaque année à travers les données attribués par le Ministère de la santé, l'équipement médical dont le monopole d'importation est attribué à l'ENEMEDI constitue un paramètre inconnu. Les procédures de mise en place du

matériel interviennent une fois les gros oeuvres terminés.

Les techniciens sont informés des plans de pré-installation et la réservation de l'espace pour équipement.

Le matériel médical est livré alors suivant des détails prévisionnels de fin des travaux pour montage. L'expérience a montré qu'entre les prévisions de fin de chantier et les délais réels, plusieurs années peuvent s'écouler alors que la livraison des équipements s'effectue dans la plus part du temps bien avant l'achèvement du chantier. Le matériel est soumis à des délais d'attente onéreux (quelque fois plus de 5 ans).

les retards de livraison des projets attendus durant le premier plan quinquennal ont conduit à des accumulation de stocks de matériels importants évalués à des milliards et ont créé de véritables goulots d'étranglement(1).

D'autre part, les mauvaises conditions de conservation du matériel quelque fois entreposé sur chantier sans protection et l'ont exposé à de multiples dégradations.

Les problèmes conjoncturels ont de leur coté retardé le déroulement normal du processus d'édification du système de santé. Les effets de la crise économique ont conduit à une quasi-suspension des importations de matériel médical, ce qui oblige à réaliser des ponctions plus nombreuses sur le stock disponible pour faire fonctionner les établissements nouvellement réceptionnés.

(1) D. BOURAS, op cité p.29

SECTION IV. LA GESTION DU SYSTEME DE SOINS APRES L'ACHEVEMENT DES DIFFERENTS PLANS DE DEVELOPPEMENT

Ce qui ressort fondamentalement de l'analyse antérieure sur le système de soins; c'est d'abord une non réalisation totale des objectifs fixés par les plans, notamment en infrastructures. Aussi, les retards dans la réalisation des projets ont eu des retentissements néfastes sur la gestion du système et surtout de point de vue de leur coûts.

Au début des années 85, la situation s'aggrave davantage, le choc pétrolier qui a bouleversé l'économie du pays n'en n'a pas exclu le secteur de la santé, un grand phénomène *inflationniste* s'installe et les coûts triplent de valeur. Depuis, peu de projets d'investissements sont inscrits dans les programmes de l'Etat.

Les projets réceptionnés de temps à autre sont ceux généralement déjà inscrits dans les plans de développement antérieur. En dépit de cette situation, le système de soins public souffre de gigantisme(1). Il gère plus de 261 hôpitaux, 370 polycliniques et 1.147 centres de santé. Le personnel de la santé est de 23.330 praticiens médicaux, 69.578 para-médicaux et 8.291 agents d'administration de la santé public. Il a atteint au total un chiffre de 130.000 personnes exerçant dans le secteur de la santé publique. Aussi, le système de soins regroupe des spécialités médicales très variables. A cette occasion, la demande est très importante, elle atteint même des normes vertigineuse. En effet, le système offre plus de 31.000.000 de consultations/an, plus de 1.200.000 de personnes admission en hospitalisation/an(2). Des milliers d'interventions chirurgicales, examens biologiques et médicaux sont effectuées dans les différentes structures de soins.

(1) M.KHIATI, Santé : horizon 2000, *El Moudjahid*, Décembre 1989.

(2) M.KADDAR, "Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie", Economie appliquée et développement (ex-cahier du CREAD), N° 13,1988, p 50.

Cette couverture médicale qui paraît très appréciable du point de vue quantitatif est aujourd'hui exposée à de critiques très sévères : (absence de qualité, inégalité dans l'offre des soins, structures de santé déshumanisées etc...).

Aussi, les ressources budgétaires requises sont volumineuses et d'une progression exponentielle. C'est une question à l'ordre du jour et de débat de nombreuses conférences et séminaires.

Dès les années 90, le système de soins public est proclamé *malade*. L'accès aux soins devient très difficile, la qualité des prestations de soins est souvent absente : le résultat est une insatisfaction totale des patients. Les praticiens médicaux réclament à leur tour de meilleures conditions de travail : disponibilité plus régulière des médicaments et consommables.

Ceci c'est traduit par une déshumanisation totale des structures de soins. Cette situation déplorable dans le secteur public a favorisé une expansion impressionnante du secteur privé. De nos jours le marché des soins est partagé entre le secteur privé et public. Dans certains domaines tel que la pharmacie et la chirurgie dentaire c'est une prédominance vérifiée du secteur privé.

Enfin, les faits les plus caractéristiques recueillis durant cette période renvoient tous à de nombreux problèmes organisationnels, fonctionnels et de gestion du système de soins.

Les critiques retenues sont très nombreuses et le débat sur la gratuité est à l'ordre du jour.

CONCLUSION

Ce chapitre décrit brièvement l'évolution historique du système des soins public en Algérie.

Il montre l'importance des moyens fournis par l'Etat dont l'objectif est d'édifier un système puissant et qui répond aux besoins de toute la population.

Le système de soins actuel dispose d'un nombre important d'infrastructures, emploi des ressources humaines suffisantes et utilise des moyens financiers considérables.

Seulement pour garantir son efficacité à long terme, il s'agit aujourd'hui de réorganiser tout son mode de fonctionnement.

Le système doit obéir à de nouvelles règles de gestion plus performantes. Ceci afin d'assurer une utilisation meilleure de ses ressources et rendre ses structures sanitaires plus rentables. Aussi, dans la définition de ses objectifs, la politique de santé doit être basée sur des données chiffrées recueillies de la réalité quotidienne. De cette manière, le système pourra assurer une meilleure prise en charge des besoins sanitaires de toute la population.

CHAPITRE II

La Sécurité Sociale en rapport avec le système de soins en Algérie

Le monde économique moderne n'exclut en aucun cas l'importance des systèmes de protections sociales du développement économique d'une nation donnée. Ces derniers expriment le mode de couverture contre les différents aléas et risques que couvrent en général les opérations de productions et d'échanges et la vie sociale en particulier. Pour cela chaque pays établit son modèle de vision sociale en la matière. Le mode de protection sociale retrace dans son ensemble les caractéristiques du système économique de production et d'échange. Socialiste et capitaliste sont les deux principaux régimes politico-économiques régnant dans le monde. L'objectif fondamental de la "*prévoyance sociale*" restera un élément commun dans chacun des deux systèmes économiques. Les lois de fonctionnement et la gestion des systèmes de sécurité sociale sont différentes selon le cas où le système fonctionne suivant les principes des politiques libérales ou encore une économie planifiée centralisée. Nous déduisons que la protection sociale universelle est représentée par deux systèmes relativement opposés.

D'une part la protection sociale est une affaire individuelle; c'est à dire, il appartient à chaque individu de choisir parmi les différentes couvertures sociales celle qui lui convient. Le choix dans la plupart du temps est fonction des possibilités économiques de chaque citoyen.

L'expérience a montré que cette approche coïncide avec la politique économique libérale d'où la liberté de création des caisses de sécurité sociale. S'adhérer dans ces caisses est une protection sociale individuelle.

Il existe parfois des exceptions où dans le même type de système économique, l'Etat intervient par la création de ses propres caisses d'assurances dont l'objectif désintéresse l'initiative privée en raison de l'importance du risque ou de la non rentabilité présentée par certaines activités économiques et sociales.

D'autre part la couverture sociale est considérée comme une affaire de solidarité imposée et gérée par l'Etat. L'individu s'insère donc dans un dispositif de puissance publique. Le cas général, nous fait citer l'exemple des pays socialistes. Dès lors la politique de protection sociale, dans tous les systèmes universels présente les mêmes

buts et objectifs. Elles se caractérisent par un ensemble de mesures et règles prises de façon à assurer à tous les individus et aux organismes de production, d'échange et de services, un mode de couverture prévoyant un certain nombre de risques économiques, sociaux et naturels (1).

La fonction de prévoyance attribuée à un organisme public ou privé, diffère selon le cadre politique dans lequel oeuvre ce dernier.

Cette politique ne peut être unique mais au contraire varie largement d'un pays à un autre suivant le rôle et les objectifs économiques et sociaux que le pays s'assigne dans son organisation, son fonctionnement et son développement général.

Pour le cas algérien, l'objectif majeur retenu dès l'indépendance était de renverser tous les liens coloniaux, parmi eux l'ancien système de protection sociale: la protection sociale ne pouvait être qu'une affaire de solidarité collective.

L'étatisation des caisses de la sécurité sociale et la centralisation du pouvoir de décision sont les principales actions entreprises pour instaurer le nouveau système de sécurité sociale.

L'affaire de solidarité sur le plan de la protection sociale exprime la prise charge de l'Etat d'un ensemble de problèmes sociaux. Les textes de la Charte et de la Constitution approuvent cet engagement.

L'instauration de la médecine gratuite et l'application du principe "*de la santé pour tous*" ont touché de près le fonctionnement de l'organisme de la sécurité sociale. Ce dernier, totalement étatisé, sera tenu de financer une large proportion de cette politique: création des CMS etc...

Doté d'une mission particulièrement importante dans le financement et la gestion du nouveau système de soins, la Sécurité Sociale sera le noyau sur lequel repose le développement des autres politiques sociales. Il demeure à cette occasion, l'agent principal finançant le système de santé. Le lien fidèle existant entre les deux organismes santé et Sécurité Sociale concrétisera la solidarité sociale placée comme objectif majeur tant recherché dans la nouvelle politique du pays.

(1) "Santé et sécurité sociale", Cahier de la réforme N° 30 Ed. E.N.A.G Alger 1989.

Pour cela nous nous interrogeons sur le mode de fonctionnement de la Sécurité Sociale en Algérie et les différents objectifs assignés par cet organisme.

SECTION I : SANTE ET PROTECTION SOCIALE EN ALGERIE

L'organisme de la sécurité sociale se caractérise par le renouvellement total de ses principes depuis 1984. Le modèle reçu en 1962, occidental, français notamment se caractérisait par la pluralité des régimes et des avantages:

Le régime général des salariés était le plus important par son nombre d'affiliés. Il regroupait l'ensemble des salariés ou assimilés de l'industrie, du bâtiment, du commerce et des services. Il existait aussi un régime concernant les émigrés algériens exerçant en France et dont leurs ayants droits résident en Algérie(1).

L'autre régime concerne celui des fonctionnaires: salariés des administrations publiques. Il est constitué par un certain nombre de régimes spéciaux concernant les mines, les gens de la mer, la SONELGAZ, la SNTF et enfin le régime agricole organisé en mutualité.

Le régime des non-salariés s'adressant aux professions libérales, aux indépendants et commerçants artisans a été créé en 1978. Il existait donc neuf (09) régimes relevant de tutelles administratives différentes.

Le taux disparate de la cotisation des assujettis donnait lieu à une différence dans la couverture sociale contre les différents risques. Ceci offrait également une inégalité des citoyens devant les prestations fournies par l'organisme de la sécurité sociale. Ce qui explique les différences entre les "ressources" et les "dépenses" moyennes des différents régimes et donc du coût moyen d'un assuré social.

(1) Régime des émigrés était le résultat d'une négociation Algéro-Française instauré en 1965 et renégocié en 1984

L'ensemble de ces régimes a régné jusqu'en 1982. Ils étaient quasiment reconduits moyennant quelques aménagements de détail.

La création de la caisse nationale de la sécurité sociale a unifié tous les régimes sous la responsabilité d'une seule caisse centrale. Depuis, la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNSS) est la seule chargée de la coordination et de l'animation des différents régimes compte tenu des mutations politiques et économiques connues par le pays.

I.1 UNIFICATION DES CAISSES DE LA SECURITE SOCIALE

Le système de sécurité sociale hérité ne pouvait remplir les conditions requises pour atteindre les objectifs visés à travers le choix politique effectué. Bien que ce système a régné jusqu'à 1983, sa dissolution à compter de cette date était impérative. Un nouveau système répondant beaucoup plus aux opinions et espoirs du peuple Algérien a été instauré.

C'est donc un choix politico-économique qui a rejeté un système de protection sociale jugé contradictoire aux principes retenus. Depuis 1983, l'unification de tous les régimes existant est la cible de toutes les actions.

Le régime général, le régime des fonctionnaires, les régimes spéciaux, celui des non salariés et ceux de la mutualité agricole, ne feront désormais qu'une seule caisse. La caisse de la sécurité sociale des militaires est exclue de cette unification (1).

Le nouveau régime de la sécurité sociale a donc unifié tous les travailleurs des différents secteurs d'activité devant les charges et les avantages. Cela concerne aussi les non-salariés, c'est à dire les commerçants, les industriels, exploitants agricoles, membres des professions libérales et artisans relevant initialement de la CAVNOS (caisse d'assurance des non salariés). Suite au nouveau système mis en place, nous

(1) Loi de 2 juillet 1983, portant sur l'unification des régimes de la sécurité sociale.

relevons une différence dans la cotisation par rapport au système précédent; Nous pouvons illustrer cette différence par l'examen du tableau suivant.

Cependant, beaucoup d'inconvénients sont apparus dès les premières années de sa mise en application. La centralisation de la gestion autour d'une seule caisse a

MODIFICATION DES COTISATIONS GLOBALES DE LA SECURITE SOCIALE

TABLEAU N°5

ANCIEN REGIME	taux global de cotisation en %	Parts patronales en %	Parts salariales en %	Taux global nouveau régime
- salaires non agricoles				régime général élargi dont :
- régime général	29,25	24,75	4,5	Assurances sociales 14%
- régime complémentaire	6	3	3	- allocations familiales 6%
- régimes des fonctionnaires				- administ- ration 20%
- CAMPS	6,5	3,25	3,25	- assurances sociales 11%
- CGRA	18	12	6	- accidents du travail 2%
- régime agricole				- retraite 7%
			4	Autostructure réforme agrair assimilés agricole 24 1
- régime général	21,5	17,5	9	assurances sociales 9 9
- régime complémentaire	11,5			Allocations familiales 6
				accident du travail 2
				retraites 7

Source: "L'organisation de la protection sociale dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire", CREAD, Alger P.171

Le système mis en application avec son nouvel apport d'unification de régimes existants a créé une égalité pour l'ensemble des affiliés à la sécurité sociale devant les charges et avantages.

Cependant, beaucoup d'inconvénients sont apparus dès les premières années de sa mise en application. La centralisation de la gestion autour d'une seule caisse a multiplié les problèmes de gestion. L'importance de la dimension que recouvre cet

organisme et la multitude des fonctions relevant de sa compétence se sont traduits par des défaillances au niveau de l'affectation des ressources.

Pour ces raisons, il a été procédé à la mise en place de deux "caisses" totalement indépendantes. L'une ayant pour compétence les assurances sociales et les accidents du travail (CNASAT) ; elle est chargée de gérer l'ensemble des assurances relevant de la protection de la santé. L'autre est chargée de gérer les opérations sociales concernant la retraite. Il en résulte que la création des deux caisses n'a pu alléger la gestion de la sécurité sociale ni même contribuer à l'amélioration des conditions de travail. Ceci s'explique relativement par l'importance des prestations sociales offertes par cet organisme.

1.2 LES PRESTATIONS OFFERTES PAR L'ORGANISME DE LA SECURITE SOCIALE.

La sécurité sociale offre à ses assurés et leurs ayants droits un certain nombre de prestations. Ces dernières représentent la couverture sociale qu'assure l'organisme de la sécurité sociale à ses affiliés contre un certain nombre de risques sociaux.

L'unification des régimes en matière de sécurité sociale n'a pas exclu pour autant les opérations de prestations.

En 1983, une loi dont l'objectif d'instituer un régime unique d'assurances sociales a été mis en application

Les bénéficiaires des dispositions de la présente loi sont tous des travailleurs qu'ils soient salariés ou assimilés quelque soit le secteur d'activité auquel ils appartiennent.

Sachant que le régime de la Sécurité Sociale couvre les risques suivants: Maladie, maternité, invalidité et décès. Les prestations sociales offertes peuvent être présentées de la manière suivante:

1.2.1/ Assurance maladie

Les prestations de l'assurance maladie comportent:

- Les prestations en nature: C'est la prise en charge des frais de soins à titre préventif ou curatif en faveur de l'assuré et ses ayants droits. Parmi les prestations

en nature que l'assurance maladie offre, la couverture des frais suivants: Les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, les frais d'hospitalisation etc...

- Les prestations en espèce: elles consistent à attribuer une indemnité journalière au travailleur contraint pour cause de maladie d'interrompre momentanément son travail. Les prestations en espèce sont attribuées aux travailleurs se trouvant dans l'incapacité physique ou mentale, constaté médicalement de continuer ou de reprendre leur travail. L'indemnité attribuée à ces sujets est journalière, mensuelle ou trimestrielle, suivant le cas de l'incapacité. Calculée sur des bases précises par le code de la sécurité sociale, le montant de l'indemnité est fonction du degré de l'incapacité.

1.2.2 *L'assurance maternité*

L'organisme de la sécurité sociale a largement étendu ses services à toutes les couches de la population et parmi elle, la femme. Pour cela, toute femme contrainte d'interrompre son travail pour cause de maternité a droit à des prestations en espèces et en nature.

- Les prestations en nature: l'assurance maternité consiste en la prise en charge de l'organisme de la sécurité sociale de tous les frais relatifs à la période de grossesse, l'accouchement et ses suites, tel la prise en charge des frais médicaux et pharmaceutiques.

Le remboursement des frais s'effectue sur la base de 100% des tarifs fixés par voie réglementaire concernant les frais d'hospitalisation, médicaux et pharmaceutiques.

- Les prestations en espèces: Elles sont attribuées sous forme d'indemnité journalières à la femme (travailleuse) contrainte pour cause de maternité d'interrompre son travail. Dans ce cas, elle bénéficie du droit à une indemnité journalière dont le montant est égal à 100% du salaire de poste journalier.

Les prestations de la sécurité sociales sont décrites dans "la circulaire précisant les modalités d'application des lois de la sécurité sociales", Ministère de la protection sociale, Mars 1983.

Cependant ce taux a été révisé à 50%, en raison de la perte économique et sociale résultant de l'arrêt du travail qui dans la plus part des cas nécessite des moyens financiers supplémentaires au détriment de l'entreprise ou l'établissement pour rémunérer les remplaçants dans le poste.

1.2.3 L'assurance invalidité

Les accidents socio-professionnels sont très nombreux et causent parfois des invalidités graves.

L'assurance invalidité couvre justement ce type de risques. Pour cela, cette caisse attribue une pension à l'assuré contraint d'interrompre son travail pour cause d'invalidité.

La pension d'invalidité est attribuée au sujet invalide lorsqu'il présente une incapacité physique ou morale réduisant au moins de moitié sa capacité de travail ou de gain. D'autre part, la pension d'invalidité n'est attribuée que si l'assuré n'a pas encore atteint l'âge qui lui ouvre droit à la retraite.

Cependant, l'Etat a fixé les normes d'attributions de la pension d'invalidité en veillant à ce que cette dernière ne puisse être inférieure à un minimum fixé.

Les lois de la sécurité sociale spécifient que le montant de la pension d'invalidité peut être révisée en raison de la modification de l'état d'invalidité de l'assuré social ou ses ayants droits.

1.2.4 Assurance décès

Les accidents professionnels sont parfois mortels et occasionnent le décès d'un assuré social quelqu'il soit. L'assurance sociale couvre les ayants droits du défunt dans certaines conditions précisées par les lois de la sécurité sociale.

L'allocation décès est attribuée aux ayants droits d'un assuré social décédé lors de l'accomplissement de sa tâche professionnelle. La pension est fixée à douze (12) fois le montant du dernier salaire mensuel et en aucun cas ne peut être inférieur à douze (12) fois le montant mensuel du SMIG.

1.2.5 Assurance vieillesse

Les lois sociales universelles fixent l'âge de retraite. Cet âge juge l'incapacité physique d'exercer la profession pour cause de vieillesse. La loi sociale en Algérie a fixé l'âge de retraite entre cinquante cinq (55) et soixante (60) ans avec possibilité d'abattement pour les femmes et pour les postes de travail pénible. La période de cotisation exigée pour bénéficier d'une pension de retraite oscille entre quinze (15) et quarante cinq (45). Le montant de la pension retraite n'est pas fixe pour toutes les activités professionnelles. En général, il est admis que le montant de la pension retraite soit lié au revenu. Les prestations offertes par l'organisme de la sécurité sociale à tous les assurés constituent sa fonction de prévoyance sociale (1).

En Algérie, la fonction de la sécurité sociale n'est pas seulement limité à couvrir les individus contre les différents risques sociaux mais finance une part des prestations du système de santé et ceux-ci depuis la mise en vigueur du système de gratuité des soins.

Depuis, la sécurité sociale est tenue de prendre en charge les problèmes de santé d'une population de plus en plus importante.

(1) Decret executif N°91-56 du 23 Février 1991 modifiant et completant le decret N°85-30 du 09 Février 1985 relatif à une révision du taux de la cotisation sociale notamment celle des parts de cotisation de la caisse nationale de retraite

Nous pouvons illustrer le rôle de cet organisme pour une période donnée à travers les opérations effectuées entre 1981 - 1984 .

OPERATIONS DE LA SECURITE SOCIALE DE 1981 à 1984

TABLEAU N°6

Unité : Millions de D.A

Organisme de la sécurité sociale	1981	1982	1983	1984
Préstations sociales	5758	6335	6917	7733
- Assurances sociales	1521	1488	1490	1475
- Accidents de travail	384	429	482	479
- Prestations familiales	2026	2045	2255	2699
- Pensions de retraite	1485	1991	2230	2700
- Actions sanitaires, sociales et familiales	342	382	460	380
Recettes	10586	12684	1373	14700
- Cotisations	9163	10967	11866	13200
- Autres recettes	1423	1717	1866	1500

Source: Office Nationale des statistiques 1981/1984

La différence entre les prestations sociales et les recettes représentent la participation de la sécurité sociale à la médecine gratuite. Cette participation est exprimée sous plusieurs formes. Création d'infrastructures (CMS), financement du forfait hospitalier, transfert des malades pour des soins à l'étranger etc...

Il apparait donc clairement que la protection sociale est assurée par un organisme public dépendant totalement de l'Etat et hautement centralisé dans son pouvoir de décision.

La qualité que représente l'organisme de la sécurité sociale en Algérie, c'est sa dimension de protection sociale. En effet cette opération est étendue à toutes les catégories socio-professionnelles. Pour assurer sa mission de protection sociale, les prélèvements obligatoires qui représentent les cotisations de la sécurité sociale constituent ses ressources fondamentales. Celles-ci lui permettent d'assurer ses fonctions de prévoyance et de financement d'une fraction des opérations relatives au système de santé mis en place.

I.3 LES COTISATIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE :

Les principales cotisations relatives à la sécurité sociale, ont été révisés en 1983 (1). La loi fixe le taux global de la cotisation à 29% . Ce taux est destiné à assurer le financement de l'ensemble des branches de la sécurité sociale: assurance sociale, accidents de travail, maladies professionnelles, retraite et prestations familiales. La répartition du taux de 29% entre l'employeur et le travailleur s'effectue comme suit: 24% à la charge de l'employeur et 5% à la charge du travailleur.

La répartition entre les différentes branches de la sécurité sociale, s'effectue de la manière suivante: assurances sociales 14%, retraite 7%, accidents de travail et maladies professionnelles 2% et 6% pour les prestations familiales. Les cotisations d'accidents de travail, de maladies professionnelles et de prestations familiales, sont à la charge exclusive de l'employeur. La quote part du travailleur est fixée à 5% et répartie comme suit: retraite 3,5% et assurances sociales 1,5% .

Des exceptions sont apportées au taux de cotisation global et ceux-ci en faveur de l'employeur.

- D'abord les administrations publiques: Qui ne supportent que 20% du montant de la cotisation globale, mais continuent à verser directement les allocations familiales à leurs salariés, ce qui donne un taux de 26% au lieu de 29%; donc 3% de moins en défaveur des assurances sociales.

- Les exploitations agricoles et coopératives d'anciens moudjahidines; le taux de cotisation est fixé à 24% .

- L'exception dans la cotisation concerne aussi les employeurs des coopératives agricoles de production et de la réforme agraire. Cette catégorie est appelée à cotiser au taux de 18% du montant global de la cotisation de la sécurité sociale, fixé par la loi. La participation est limitée au taux de 9% pour les assurances sociales et au même taux pour les autres risques.

(1) Loi N° 85-4 relative à la fixation du taux de la sécurité sociale.

I.4 LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SOINS EN ALGERIE

Etudier le financement du système de santé dans ce chapitre se fait pour plusieurs raisons, parmi elles:

- Le lien établi entre le système de santé et l'organisme de la sécurité sociale. Aussi, quelques années après la mise en application du système de gratuité, l'organisme de la sécurité sociale est tenu de financer une part du système de soins public.

- Toutes les règles et lois émises, sont orientées dans le sens de concrétiser la loyauté et la puissance du système de soins public dominé par son caractère de gratuité. Etant donné que l'organisme de la sécurité sociale est un des agents de financement, il est préférable d'étudier le mode de financement en général. Le financement du système national de santé en Algérie a été marqué par deux étapes successives:

- * Une première période: elle va de 1963 à 1973. Elle est caractérisée par la reconduction quasi-totale de la législation mise en oeuvre à l'époque coloniale.

- * Une seconde période: Elle débute avec l'institution de la médecine gratuite (1974) et marque la rupture avec l'ancien système.

1.4.1 Le financement du système de sante entre 1963 et 1973

Cette période peut être considérée comme la phase préparatrice du système prévu et durant laquelle il a été procédé au recensement des problèmes sanitaires sur lesquelles se base l'établissement des différents plans sociaux projetés par le gouvernement.(1)

Cette époque se caractérisait par une absence de politique clairement définie et surtout par une pénurie appréciable en encadrement médical. Le système de santé

(1) "Développement de la santé", Ministère de la santé publique, Alger 19836

qui prévalait a été reconduit dans ses formes d'organisation avec de légers aménagements. Il reposait sur trois (03) formes de financement:

a- Une part importante des dépenses était prise en charge par les collectivités publiques (Etat et collectivités locales), leur intervention représentait environ 60% des dépenses de santé.

b- La prise en charge d'une catégorie par la sécurité sociale (catégorie des assurés sociaux).

c- la prise en charge des dépenses de soins par les malades eux même.

1.4.2 Les dépenses des collectivités publiques:

Ce sont les avances qui émanent du Trésor pour le compte de l'Etat et de la caisse de solidarité des départements et communes. Ces dépenses sont reproduites ensuite au compte des collectivités locales et représentent le financement des personnes relevant de l'assistance médicale gratuite. Le Trésor devant couvrir 85% de ces dépenses, 8% étant à la charge des départements et 7% à la charge des communes (1). Ce financement par le canal budgétaire ne couvrait théoriquement qu'une fraction restreinte des dépenses occasionnées par l'hospitalisation d'une catégorie spécifique de malades "*les indigents*" titulaires d'une carte d'indigence généralement attribuée par les services communaux.

1.4.3 Les dépenses de la sécurité sociale:

Ce sont des dépenses occasionnées par le remboursement de frais provenant de l'ensemble des régimes de la sécurité sociale, du fait des soins dispensés aux assurés sociaux ou à leurs ayants droits hospitalisés. Ces remboursements étaient calculés sur la base d'une tarification ayant comme support "un prix de journée" fixé annuellement par les autorités (prenant appui sur l'année écoulée). Ces dépenses représentaient 30% des dépenses totales de soins.

(1) "Développement de la santé", OP CITE Alger 1983

1.4.4 La prise en charge des soins par les malades:

Ces ressources provenaient des paiements effectués par les malades eux mêmes non couverts par un régime quelconque d'assurance sociale. Durant cette période (1963 - 1973), ces ressources ne représentaient plus que 10% des ressources des hopitaux.

1.5 LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ DEPUIS 1974.

L'année 1974 marque la phase de rupture avec l'ancien système français et la mise en place d'un nouveau système national basé sur la gratuité des soins. En effet, dans ce nouveau système, il ne sera plus question de malades payants ni d'indigents ou d'assurés sociaux, l'accès n'y est plus subordonné à des contraintes immédiates ou préalable. Devant une telle situation, le système de santé est organisé autour des secteurs suivants:

- Le secteur public: il est devenu le plus important par son infrastructure lourde et légère développée essentiellement au début de la gratuité des soins. Hopitaux, polycliniques et centres de santé constituent la base sur laquelle s'effectuera toute distribution de soins.

- Le secteur para-public: développé par les organismes de la sécurité sociale et les unités économiques.

- Le secteur privé: comprenant les cabinets médicaux et de chirurgie dentaire, ainsi que les officines pharmaceutiques et quelques laboratoires.

- Enfin le recours à titre exceptionnel aux structures de santé, étrangères.

1.5.1 Le financement des secteurs sanitaires:

Le problème du non recouvrement des frais par les malades ayant bénéficié des soins dans les établissements sanitaires publics n'est plus posé dans le nouveau système. En effet, le système de gratuité a libéré les secteurs sanitaires des difficultés de recouvrement et des contraintes liées à l'insuffisance des crédits (conséquences du système antérieur). Suite à l'application du principe de la

gratuité des soins, les secteurs sanitaires disposent d'un budget global alimenté principalement par:

- Une subvention de l'Etat
- Une participation de la caisse nationale de Sécurité sociale.

L'adoption des principes de la budgetisation consiste en l'attribution d'un budget à toutes les structures sanitaires publiques. Afin d'assurer leur mission de prestations de soins préventifs et curatifs. Tous les établissements sont dotés annuellement d'un budget de l'Etat. Ce budget est composé de deux volets:

a/ Un budget d'équipement

b/ Un budget de fonctionnement

Le financement actuel de la santé en Algérie, associé à l'accroissement de la demande des soins libéré par le système de gratuité, a contribué à l'alourdissement progressif du budget de l'Etat par ses deux rubriques (fonctionnement et équipement).

A - Les crédits d'équipement: ils servent à financer l'acquisition des équipements nécessaires à la mise en marche des structures sanitaires et à renouveler les équipements existants dans les infrastructures sanitaires édifiées avant l'indépendance.

Le budget d'équipement attribué par l'Etat marque une volonté de doter toutes les infrastructures sanitaires en équipement modernes, ce qui permettra sûrement l'accès de toute la population à des soins de qualité. Le développement infrastructurel du pays en hopitaux, polycliniques, centres de santé a nécessité une part importante du budget d'équipement, ce qui permet une meilleure prestation des soins et une connaissance des problèmes de santé dans le pays.

En espace de dix (10) années, les crédits d'investissements accordés à ce secteur, ont connu un taux d'accroissement de 482% (1).

(1) Séminaire sur le développement d'un système national de santé, Ministère de la santé publique, Alger 1983.

Les autorisations de programmes cumulés depuis 1974 (toutes séries confondues) s'élevaient à 1.833 millions de dinars en 1982, les dépenses s'élevaient à 10.664 millions de dinars.

Par ailleurs, il faut signaler qu'au titre d'un seul plan quinquennal (80-85), il a été prévu la construction de quatre vingt (80) hopitaux, trois cent dix (310) polycliniques et cinq cent quatre vingt (580) centres de santé. Aussi une dotation en moyens financiers était nécessaire pour leur mise en activité. Pour cette raison le budget d'équipements enregistrait un accroissement considérable. Le tableau suivant reflète un aspect de cet effort.

PART DU BUDGET D'ÉQUIPEMENT REVENANT À LA SANTÉ

TABLEAU N°7

En milliers de D.A

Années	budget d'équipement santé (1)	budget d'équipement de l'Etat (2)	part 1 par rapport à 2
1974	470.000	6.500.000	7,2 %
1977	858.000	11.900.000	7,2 %
1979	865.000	15.905.000	7,4 %
1980	1.180.000	23.122.000	8,1 %
1981	650.000 ⁽¹⁾	31.593.000	2,0 %
1982	1.000.000	42.604.000	2,3 %

Source : Ministère de la Santé publique " Développement de la santé P. 306"

La part moyenne du budget d'équipement s'élève à 4,86 %. En dépit de tous ces efforts, la consommation de crédits ouvert est demeurée toujours insuffisante en raison de la faiblesse des moyens de réalisation et des contraintes matérielles de construction.

(1) A noter que les montants antérieurs à 1981 regroupaient toute l'infrastructure sociale (santé, jeunesse et sport, culture et ancien moudjahidines). Les dépenses d'infrastructure sanitaire ont été isolée de l'infrastructure sociale depuis cette date.

Ce qui a conduit à une dévaluation technique des équipements acquis non installé au moment opportun et à un alourdissement du budget en raison de l'importance de l'entretien à effectuer. Même l'appel aux bureaux d'études et aux entreprises étrangères censés régler le problème, l'aggrave en créant une véritable hémorragie en devises et une dépendance en matière d'exploitation et de maintenance. Pour cela, l'accroissement progressif du budget d'équipement ne se justifie pas uniquement par le nombre important d'infrastructures nécessitant leur équipement mais aussi les nombreux problèmes de gestion posés par la faiblesse d'expérience.

B - Les crédits de fonctionnement

Pour assurer une mise en marche permanente et régulière des établissements sanitaires, ces dernières sont dotés d'un budget assurant les activités régulières d'attribution des soins et de prévention. Les dépenses du personnel, les médicaments, les dépenses d'alimentation etc... sont les principaux chapitres de ce budget.

Les secteurs sanitaires constituent la structure de consommation la plus importante dans le budget de l'Etat. Le tableau suivant nous renseigne d'avantage sur la question.

TABLEAU N°8

Unité: Millions de dinars

Nature du budget	1974	1979	1983
Ministère de la santé (1)	986	2.195	4.629
Secteur sanitaire (2)	847	1.852	4.279
Pourcentage (2) par rapport à (1)	85,9%	84,36%	92,43%

Source: T.H. BENBOUZID, GHERIB Abbas, "Séminaire sur le développement de la santé", Ministère de la santé, Avril 1983 pp 212 _ 215

Dans ces chiffres est compris la participation de la caisse de la sécurité sociale, des collectivités locales pour la période 1974-1979, ainsi que d'autres ressources propres aux secteurs sanitaires. Le taux d'accroissement du budget des secteurs sanitaires par rapport au budget du ministère de la santé a été de 409,5% de 1974 à 1983 soit une augmentation de 131% entre 1979 et 1983. Il apparaît clairement que le taux d'accroissement ne suivait pas le même rythme d'évolution du taux d'augmentation du budget de l'Etat.

Le volume important du budget absorbé par les secteurs sanitaires s'explique par:

- *La création de nouvelles structures: hopitaux, polycliniques, centres de santé etc...*
- *L'élargissement des activités de santé: ouverture de nouvelles spécialités et multiplication des points de consultations.*
- *Accroissement de la demande de soins de toutes natures*

1.5.2. Les sources de financement des budgets des secteurs sanitaires

Le financement des dépenses de santé effectuées au niveau de tous les établissements et secteurs sanitaires est assuré par deux organes principaux: l'Etat et la sécurité sociale, ceci en raison de l'importance du budget attribué de leur part. Les autres organes sont considérés comme secondaires en raison de la faiblesse de leur participation.

L'Etat par son budget mène les nombreuses opérations d'investissement socio-sanitaire, il assure aussi les actions de prévention, de formation et de recherche pour prodiguer des soins gratuits dans ses établissements publics situés sur tous les points du territoire national. La Sécurité sociale prend en charge tous les assurés sociaux et leurs ayants droits en matière de soins (1). Elle participe également par ses rentrées au financement d'une fraction importante d'opérations sanitaires, soit en matière d'investissement, soit par l'acquisition d'équipements sanitaires etc... .

(1) T.HOCINE, A.G. BENBOUZID, "Séminaire sur le développement de la santé", Avril 1983.

Les Centres Médicaux-Sociaux (C.M.S) sont les formes les plus répondues d'investissement de la Sécurité sociale. Au début de l'instauration de la médecine gratuite en 1974, l'Etat était considéré comme l'organe principal finançant la majorité des opérations sanitaires en Algérie.

Cette situation n' a pu durer longtemp. Quelques années après, la sécurité sociale est devenue le principal agent de financement du système de soins car la part de son budget était devenue prédominante.

Le désengagement progressif de l'Etat du financement de la santé apparait dans le tableau suivant:

DÉVELOPPEMENT DES BUDGETS DE LA SANTÉ

TABLEAU N°9

Unité: en millions de dinars

Année	Participation de l'Etat au budget des secteurs sanitaires		Participation de la sécurité sociale	
1974	648	76,5%	199	23,5%
1979	1.127,5	61 %	714,4	38,6%
1983	2.055,7	48 %	2.102	52%

Source : Développement de la santé ,op cité, P.283

Il apparait donc clairement que l'Etat reserve un budget de plus en plus important à la santé.

Cependant son apport comparé à celui de la sécurité sociale est devenu faible. Ce qui nous permet de déduire que c' est la sécurité sociale qui finance de plus en plus la santé avec un budget plus important. A la lumière des données précédentes et après analyse de la question en terme de participation, il apparait que le financement des secteurs opérés à travers le budget de l'Etat accuse une diminution de 76,5% en 1974 et il tombe à 48% en 1983. Alors que celui de la sécurité sociale subit une augmentation assez sensible de 23,5% à 49% en 1984.

Le phénomène du désengagement de l'Etat à propos du financement de la santé semble ne pas être passager, au contraire le phénomène persiste en transférant progressivement la lourde charge à l'organisme de la sécurité sociale.

Sa mission serait donc de préserver la gratuité du système de santé aussi longtemps que possible. Le phénomène peut être illustré à travers le tableau suivant:

PARTS DE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

TABLEAU N°10

	1985	1989
Etat	17,9%	19,94%
Sécurité sociale	55,2%	60,24%
Ménage	24,6%	18,72%
Autres (collectivités locales)	2,3%	1,10%

Source : "Rapport général sur l'organisation du système de santé",
Ministère de la Santé, Janvier 1990 P. 3-15

N.B: Le pourcentage est par rapport au budget global de la santé.

Le phénomène s'explique par une diminution du nombre de malades à la charge de l'Etat et leur reprise en charge par la sécurité sociale. C'est ainsi que la gratuité des soins est de plus en plus financée par la sécurité sociale.

1.5.3 *Le financement des structures para-publiques*

Les structures para-publiques constituent les unités sanitaires ouvertes par la sécurité sociale et les entreprises publiques.

C'est par le biais de "*l'action sanitaire sociale et familiale*" alimentée par un certain pourcentage des cotisations affectées aux assurances sociales que les organismes de la sécurité sociale vont dès 1972, se lancer dans la mise en place d'un réseau d'unités de soins.

Le réseau est constitué de centres médico-sociaux, cliniques, maternités, petits hôpitaux spécialisés, laboratoires, centres de rééducation et de repos, unités spécialisées lourdes tel que les unités climatiques pour les insuffisants respiratoires.

Le nombre de ces unités est passé de trente quatre (34) en 1973 à cent quarante cinq (145) en 1979 soit (125) C.M.S, 8 cliniques et 12 unités spécialisées).

Toutes ces unités vont se traduire par une augmentation sensible de consultations, d'actes médicaux et para-médicaux gratuits. Ces unités vont assurer plus de vingt million (20.000.000) de consultations et soins gratuits au cours de l'année 1979.

L'expansion du secteur para-public trouve son explication dans la disponibilité de moyens financiers importants, tant au niveau des entreprises que celui de la sécurité sociale. En plus d'une mise en place infrastructurelle importante, le secteur para-public a permis le drainage du personnel médical en attribuant des salaires nettement plus importants que ceux du personnel exerçant dans les structures publiques et d'offrir certaines conditions de travail nettement plus attractive. Le secteur para-public a bénéficié de techniques de gestion beaucoup plus performantes pour les usagers. Le champ d'action des structures para-publiques ne couvre pas toute la population mais uniquement les salariés plus ou moins liés aux unités de productions complètement différentes.

Ces unités de soins largement ouvertes dès le départ à l'ensemble des salariés et leurs familles ont répondu de façon beaucoup plus souple et fréquente que les structures publiques. Nous pouvons par ailleurs, citer la faiblesse de la démarche préventive. S'agissant de la sécurité sociale dont sa fonction primaire est celle de protéger la santé des travailleurs, l'action était concentrée beaucoup plus sur l'acte curatif que préventif.

A ce titre les dépenses se présentaient de la manière suivante:

TABLEAU N° 11

Unités: Milliers de dinars

Année	Dépenses de fonctionnement et d'équipements	
1980	42.100.000	DA
1982	76.500.000	DA
1983	111.200.000	DA

Source: STATISTIQUES 1980/1983, Ministère de la santé publique

Ces chiffres concernent les entreprises publiques les plus importantes prises comme échantillon dans le but d'évaluer approximativement leurs dépenses de santé (SONATRACH, SONELGAZ etc...).

L'activité et les dépenses des C.M.S. d'entreprises n'ont pas été comptabilisés sur le plan central. Aussi, les informations concernent les dépenses et les activités de la Sécurité sociale à l'exclusion de celles des mutuelles qui n'ont pas été comptabilisés également.

1.5.4 Les dépenses occasionnées par le recours aux établissements sanitaires étrangers

Soucieux de prendre en charge tous les soins requis par les malades, l'Etat et la Sécurité sociale s'engagent à établir un nouveau mode de financement de certains soins prodigués dans des établissements étrangers.

C'est ainsi que le transfert de certains malades, présentant des états pathologiques déterminés, est devenu une caractéristique propre au système de soins Algérien.

Il est tout à fait clair qu'en dépit de tous les efforts déployés dans le domaine de la santé, certaines spécialités font défaut jusqu'à présent dans nos établissements de santé. L'introduction de certaines spécialités médicales nécessite des moyens financiers considérables, surtout que le transfert technologique et le savoir faire n'est pas toujours facile à acquérir.

Le transfert des malades vers les établissements étrangers ne concerne pas toutes les spécialités. Pour cela les principales affections ont été répertoriées pour lesquelles le transfert est jugé nécessaire. On peut citer entre autre les cardiopathies congénitales et acquises, l'orthopédie, les maladies cancéreuses, les maladies de l'oeil, l'insuffisance rénale, l'asthme de l'enfant, les maladies sensorielles etc....

Les conditions de transfert ont été fixé également par la sécurité sociale. En effet, c'est l'organisme qui établit le contact avec les établissements étrangers, négocie le prix et les modalités de paiement.

Depuis 1987, les prises en charge n'ont plus été attribués dans certaines spécialités médicales en raison de la disponibilité totale des moyens et des spécialistes dans la matière.

Les transferts ont été réduits en fonction du degré de maîtrise des soins de certaines maladies telles que: les maladies de l'oeil, hémodialyse etc...

Cependant, la demande des soins dans les établissements étrangers n'était pas limitée au nombre de maladies fixées par l'Etat et la sécurité sociale. La demande s'est développée pour couvrir d'autres types de soins disponibles parfois dans nos établissements de santé. La demande de prises en charge, est devenue de plus en plus importante et les raisons sont nombreuses: saturation des services publics, affaiblissement des liens de confiance entre les services de santé (cadres médicaux et para-médicaux) et faiblesse de la qualité des soins offerts dans les établissements hospitaliers notamment.

Ainsi, plus de 100.000 prises en charge pour des soins à l'étranger ont été accordés au cours des dix (10) premières années de la gratuité. Elles sont passées de 2.500 en 1970 à 25.000 en 1978. Analysés en termes financiers, ces chiffres se traduisent uniquement à près de trois cents millions (300.000.000,00) de dinars pour l'année 1978. Il est évident que le montant de ces transferts se multiplierait au moins par deux (de la dépense globale) si l'on ajoutait tous les frais qui accompagnent chaque déplacement à l'étranger et qui se rattache aussi bien au malade qu'aux membres de sa famille (garde malade)...

A noter, que les coûts de la journée d'hospitalisation en France se répartissent comme suit (1)

- Services hautements spécialisés1680 FF
- Médecine spécialisée778 FF
- Chirurgie spécialisée861 FF
- Maternité-chirurgie718 FF

(1) Santé en Algérie: situation et perspective, tome II, Ministère de la santé publique, Novembre 1979

- Médecine générale 548 FF
- Asthme infantile 213 FF
- Sourds et muets 265 FF
- Handicapés mentaux 213 FF

Les dépenses occasionnées par le recours à ces établissements, se sont élevées également à 69.729.000,00 DA en 1974 et 622.650.000,00 DA en 1989. Ce qui a réduit les possibilités de perfectionnement des équipes médicales et para-médicales et par voie de conséquences, le développement de la recherche médicale et l'introduction de nouvelles spécialités en Algérie. Compte tenu des incidences financières du problème, l'état s'est engagé à introduire progressivement des spécialités médicales lui permettant ainsi de se dispenser des services et établissements étrangers.

C'est ainsi qu' on procéda à des greffes rénales en Algérie et qu' on introduisit des soins spécialisés répartis à l'échelle nationale, de types hémodialyse, chirurgie cardio-vasculaire, cancerologie, néphrologie etc ... Le recours aux soins dans les établissements étrangers n'est accordé que pour des cas majeurs.

I.6. D'AUTRE RESSOURCES DE FINANCEMENT POUR LE SECTEUR PUBLIC

Il existe d'autres ressources venant alimenter le secteur public, mais elles ne proviennent pas d'un organisme ou d'une participation quelconque.

Ces ressources dont le montant a été estimé à 121.000.000 en 1983, soit un pourcentage de 2,8, provient du remboursement des sociétés nationales et organismes publics, des rémunérations des praticiens affectés dans leurs centres médico-sociaux et de la participation du personnel aux dépenses d'alimentation et du produit de la vente des divers objets et matériels reformés. Ce taux de 2,8% en 1978 s'est accru dès 1984, ceci par la mise en pratique des mesures de rétablissement du paiement partiel de certains actes et biens médicaux telsque (analyses, prélèvement...).

I.7. LES DÉPENSES OCCASIONNÉES PAR LE SECTEUR PRIVÉ

Le rôle du secteur privé était très limité au début des années 70. Car, la politique de l'Etat était basée sur le développement d'un secteur public puissant et dans la distribution des soins. La révision de certaines lois a permis l'élargissement progressif du secteur privé. La multiplication de cabinets privés atteste la fréquentation de plus en plus importante d'une certaine catégorie sociale. Cette dernière prend en charge les dépenses de soins qui lui sont fournis par le privé. D'autre part, suite à leur affiliation à la sécurité sociale et compte tenu des règles de cet organisme concernant les modalités de remboursement, le secteur privé assure des soins de plus en plus nombreux. En plus des remboursements effectués par les organismes de la sécurité sociale, il y a un surcoût directement supporté par la population et que l'on peut estimer à 60.000.000 DA pour 1982 soit un taux d'augmentation de 233% par rapport aux dépenses de 1980 qui se sont élevées à 180.000.000 DA. (voir chapitre II-1)

Une remarque fondamentale découle de ce qui précède: les dépenses de santé progressent d'une manière sensible sans pour autant trouver les mesures de les maîtriser. Citer les causes de cette augmentation est une explication de la contribution des différents facteurs à l'alourdissement du budget de l'Etat.

Dans l'extension du tissu sanitaire public nous lisons une part très importante de cette augmentation car, l'instauration de la médecine gratuite en 1974, s'est traduite par une libération de la demande des soins d'où une mobilisation progressive des moyens de l'Etat pour satisfaire ce taux d'accroissement.

Le réseau infrastructurel implanté à l'échelle nationale en hopitaux, polycliniques et centres de santé; a coûté des moyens financiers considérables.

Les principaux équipements acquis pour la mise en marche de ces structures, imposa un budget de plus en plus lourd. Le tableau suivant confirme les faits.

EVOLUTION DE L'OFFRE PUBLIQUE DES SOINS

TABLEAU N°12

Année	Population en million	Secteur sanitaires	Nombre d'hopitaux	Polyclinique	centres de santé
1974	15,6	143	163	106	558
1979	18,3	161	167	157	644
1984	21	195	215	285	914
1986	22,4	195	261	370	1147

Source : CREAD, op cité p.48

L'extention du tissu sanitaire favorise une offre publique de soins de plus en plus importante. Aussi, les indicateurs contenus dans le tableau suivant sont retenus dans l'illustration de cette question.

NOMBRE D'ADMISSIONS DANS LES STRUCTURES PUBLIQUES

TABLEAU N°13

	1979	1984	Taux d'accroissement
Nombre d'admission	971.000	12.000.000	+ 23%
Journées d'hospitalisation	9.954.200	11.250.000	+ 13%
Nombre de consultations	17.000.000	31.000.000	+ 82%

Source CREAD, op cité p.50

Aussi, l'accroissement quantitatif et progressif de la composante humaine et matérielle de tous les secteurs sanitaires accompagnés d'un accroissement relatif des coûts des facteurs et des activités, a conduit à un alourdissement du budget de l'Etat. Ainsi la formation continue du personnel médical et para-médical et la multiplication des services lourds, ont traduit un fort recours aux technologies coûteuses que ce soit du point de vue de leur acquisition ou des charges générées par leur mise en marche et entretien.

La "technicisation"⁽¹⁾ croissante des personnels et des activités, est manifestée par un fort taux d'accroissement des actes de chirurgie, de radiologie et de biologie nécessitant de plus en plus de produits de laboratoires, réactifs et un appareillage de diagnostic et de traitement. Les moyens financiers requis sont dans la plus part du temps considérable.

Un autre facteur favorisant l'accroissement des dépenses est imputé à la non maîtrise des mécanismes de gestion et de régulation inflationniste.

En effet, le budget a toujours été attribué par un organisme central. Le processus de budgétisation ne définit ni les règles ni les normes de gestion pour une utilisation optimale des ressources.

Le budget de l'Etat est attribué et augmenté dans son montant, sans tenir compte de certaines variables (technique de gestion, inflation, accroissement démographique etc...). On enregistre fréquemment de la part des gestionnaires des établissements de santé, une sollicitation continue pour un accroissement du budget jugé toujours insuffisant par rapport aux objectifs assignés.

C'est ainsi que les mécanismes de la gestion dans les structures sanitaires sont limités à des opérations de revendication des moyens et une répartition du budget suivant les titres indiqués par la législation et les modes de gestion dans les chapitres du personnel, des médicaments, l'alimentation etc...

La forte centralisation de la décision en matière de niveau et de structures des budgets des secteurs sanitaires, n'a pas favorisé la recherche de "l'efficacité" dans la gestion et dans la réalisation des activités.

(1) Technicisation: Formation du personnel sur des techniques plus performantes

Il en résulte donc que l'absence de définition du budget et du programme l'activité, n'a pas favorisé l'utilisation rationnelle des moyens dont dispose chaque structure sanitaire. En conséquence le budget reste un document comptable dont il faut respecter.

SECTION II. L'AFFILIATION À LA SÉCURITÉ SOCIALE

Il est universellement reconnu que les risques socio-professionnels, risques liés aux transactions économiques et sociales, sont couverts par un organisme dit de protection sociale. L'adhésion des individus aux règles de la sécurité sociale, implique leur protection contre un certain nombre de risques socio-professionnels, les plus courants sont: la maladie, l'invalidité, la retraite et le décès. L'affiliation à la sécurité sociale signifie l'adhésion obligatoire aux règlements qui la régissent et l'acceptation de toutes ses dispositions.

L'affilié à la sécurité sociale marque son adhésion par le paiement du montant de la cotisation qui lui est fixé par les lois de cet organisme. L'ensemble de ces cotisations lui permettront de bénéficier de la protection. L'organisme de la sécurité sociale assure la protection des individus (assurés sociaux et leurs ayants droits) en leur attribuant un revenu de remplacement en cas de maladie, invalidité, retraite ou décès. Dans le système Algérien, l'affiliation à la sécurité sociale est obligatoire.

- Pour tout citoyen se trouvant sur le territoire national, quelque soit sa nationalité et la formation qu'il exerce.
- Quelque soit le montant ou la nature de la rémunération attribuée.
- Quelque soit la forme, la nature ou la validité d'un contrat ou d'une relation de travail.

Il est donc clair que tous les employeurs et employés de toutes les branches d'activité privées ou publiques obéissent aux règles de la sécurité sociale. Les étudiants du cycle d'enseignement supérieur ou assimilés exerçant une formation dans un établissement public agréé et qui ne sont ni ayants droits ni un assuré par un quelconque contrat ou relation de travail, n'échappent pas à ces règles. A défaut d'affiliation, l'organisme de la sécurité sociale peut prononcer à l'encontre de l'organisme employeur une pénalité par sujet non affilié, une majoration par pénalité sujette à tranche mensuelle de retard.

L'accessibilité aux soins dans les établissements publics qui est une manière de protection sociale, constitue en Algérie un droit, sans même que l'individu soit assuré social, ayant droit ou autre.

Depuis la promulgation du droit "d'accès gratuit à la médecine, le bénéfice de la sécurité sociale est étendu à toutes les masses et catégories socio-professionnelles. La prévoyance sociale est donc concrétisée par un autre aspect, celui du droit d'accès gratuit à tous les soins disponibles sur tout le territoire national. Le financement d'une large partie du système de soin public, par l'édification et l'équipement des infrastructures sanitaires et l'accessibilité aux soins gratuits, n'est qu'une confirmation du rôle qui est attribué à la sécurité sociale.

On peut déduire que l'organisme de la sécurité en Algérie intervient pour couvrir non seulement les prestations en relation stricte avec la santé de l'assuré et de ses ayants droits, mais aussi ceux des actes qui ne relèvent pas de son ressort. Seulement les règles précisent que tout individu ne peut bénéficier des droits et avantages offerts par cet organisme s'il ne compte pas parmi ses adhérents.

La non affiliation indique la privatisation du sujet des droits et avantages de l'organisme, tels que celui de l'attribution du revenu de remplacement en cas d'un risque social, le remboursement des frais de soins assurés dans des établissements privés, ou encore le transfert pour des soins à l'étranger etc... C'est une caractéristique propre au système de soins Algérien.

Le tableau suivant met en évidence l'accroissement du nombre d'affiliés, justifiés par l'accroissement de la masse salariale, la médicalisation et l'urbanisation en Algérie.

TABLEAU N° 14 NOMBRE D'ASSURÉS SOCIAUX COUVERTS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS L'ANCIEN RÉGIME.

Libellés	1981	1982	1983	1984
- Régime général	1.605.348	1.696.216	1.825.000	1.934.000
- Régime des fonctionnaires	370.000	424.770	430.888	469.000
- Régime des non salariés	70.788	73.658	73.807	78.000
Total	290.000	294.961	314.461	324.000
	2.336.136	2.489.605	2.644.156	2.805.000

Source : Annuaire statistique 1980/84

SECTION III L'ORGANISME DE LA SECURITE SOCIALE ET PROBLEMES DE GESTION DEPUIS 1983

L'instauration de la loi de 1983 avait pour objectif fondamental de mettre fin au fonctionnement du système français. Le choix du nouveau régime qui introduit l'égalité des charges et avantages de tous ses affiliés, se présente apparemment un système complet, caractérisé par une forte solidarité et par une plus grande étendue de couvertures sociales.(1)

Cet organisme assure des avantages nombreux surtout en matière de prestations et de remboursement. Il participe également et dans une large mesure à faire bénéficier certains assurés sociaux des prestations de soins dans les établissements étrangers. En dépit de tous ces avantages, cet organisme n'a pas pu supporter la charge de ce poids énorme.

Dès les premières années de la mise en place du nouveau régime, des contradictions énormes et des déséquilibres financiers patents sont enregistrés dans la gestion de la caisse de sécurité sociale. Les moyens financiers considérables déployés au financement des structures sanitaires publiques, a rendu le problème complexe.

L'absence de "*régime*" claire en matière d'accès aux soins, accompagnée d'une volonté de satisfaire toute la demande populaire, a entraîné un surcoût énorme pour lequel l'Etat et la sécurité sociale ont mobilisé des ressources financières importantes.

Au plan des assurances, la quasi totalité de ses ressources ont été consacrées à la seule couverture du "*forfait des hopitaux*" et des investissements à caractère sanitaire. C'est ainsi que le montant du forfait "*hopitaux*" s'est multiplié par près de 63 entre 1973 et 1988; ce qui a constitué des dépenses supplémentaires pour plus de 11 milliards de dinars entre 1983 et 1984. L'équilibre budgétaire est très difficile à atteindre depuis 1990 et le déficit se creuse encore.

(1) Cahier de la réforme N°3, op cité

Tous ces éléments ont eu des incidences néfastes aussi bien sur l'équilibre financier des assurances sociales que sur la réussite de la mission qui lui est assignée, notamment la prévoyance sociale. En effet, l'organisme semble s'éloigner de son rôle de prévoyance, les failles enregistrées au niveau de l'attribution des revenus sont très nombreuses, on cite par exemple le déséquilibre de la caisse de retraite.

La branche retraite dans l'organisme de la sécurité sociale connaît des déséquilibres financiers patents. Les dépenses croissantes de la santé pour lesquelles l'organisme consacre des moyens considérables explique un aspect du problème. En effet, l'évolution des dépenses de la santé, déployées par la caisse de sécurité sociale et l'évolution des ressources de l'institution n'observent jamais le même rythme. Les facteurs structurels s'ajoutent pour donner plus de poids au problème de gestion de la sécurité sociale. On assiste ces dernières années à une augmentation du nombre des travailleurs arrivant à l'âge de la retraite. Le phénomène est normal parcequ'il traduit le développement antérieur de certains facteurs (démographiques, urbanisations etc...).

Il en est de même pour le prolongement de l'espérance de vie qui dévoile son importance par l'accroissement des dépenses attribuées à une catégorie de personnes restant à la charge de la sécurité sociale pendant longtemps.

Outre la prévoyance, la sécurité sociale joue d'autres rôles qui semblent être fondus dans le nouveau système et qui sont d'une importance considérable dans le fonctionnement et la vie de la sécurité sociale.

Parmi ces rôles, on cite celui de l'épargne et surtout la forme institutionnelle de cette accumulée, la caisse de retraite. par exemple peut contribuer à la lutte contre le chômage ou favoriser une meilleure prévoyance sociale. Ceci par les opérations d'investissement comme c'est le cas dans certains pays développés. Pour sa part, cette opération contribuera à la promotion du système de sécurité sociale.

Les limites de ce système semblent être complétées par l'instauration d'un autre système de prévoyance sociale, répondant à des objectifs nouveaux. En effet, une nouvelle vision est apportée avec de nouvelles procédures économiques, est à l'ordre du jour. Le principe de l'autonomie de l'entreprise venant apporter des corrections à

la gestion des entreprises Algériennes a introduit l'aménagement du système actuel de la sécurité sociale. Même la loi 88.01 du 12 janvier 1988 relative au principe de l'autonomie n'a pu apporter des modifications au niveau des structures de l'institution et de son mode de fonctionnement.

CONCLUSION

Ce chapitre a démontré clairement la nécessité de réviser dans son ensemble le mode de fonctionnement du système de santé. La question a été posée avec acuité en raison de l'accroissement progressif et continu des dépenses de santé. Ces dernières sont fournies principalement par la caisse de la sécurité sociale puis l'Etat avec une part dégressive.

Dans ces conditions, il est proposé aussi un aménagement du système actuel de la sécurité sociale. Il doit répondre à de nouvelles règles de gestion transparente et efficace lui permettant ainsi de mener à bien sa fonction de prévoyance sociale.

La gestion des dépenses de soins, qui sont avant tout des dépenses de la sécurité sociale et de l'Etat constitue une question fondamentale dans notre problème. Pour cela les chapitres qui vont suivre vont être réservés à l'étude de la gestion de trois postes du bilan de la santé. Les dépenses du personnel, des médicaments et des équipements.

DEUXIEME PARTIE
LES DEPENSES DU SYSTEME
DE SOINS

CHAPITRE I

Les dépenses du personnel de la santé publique

Le principe fondamental de l'Etat socialiste indépendant reposa sur un effondrement total de la politique sociale coloniale, dont le système de soins existant. Instaurer une nouvelle politique de santé propre aux caractéristiques sociales Algériennes et conforme aux options du socialisme constitua une extrême urgence pour le pays. L'option socialiste du pays, a fait de la santé un droit fondamental, protégé d'abord par les textes de la charte et de la constitution concrétisés ensuite par le droit d'accès gratuit à tous les soins disponibles au niveau de tous les établissements sanitaires publiques(1). Sans recul et dans le but de réaliser son objectif majeur, celui de la socialisation du secteur de la santé et de sa médicalisation ensuite, beaucoup de techniques de soins ont été introduites afin de répondre à toute demande de soins émanant de la société. Aussi d'importants moyens financiers sont déployés pour atteindre la réussite du choix nouveau, seulement un problème fondamental reste posé depuis le lancement de la gratuité des soins, celui de la disponibilité du personnel médical et para-médical. En effet, face à une inscription infrastructurelle importante en hopitaux, polycliniques et centres de santé, la disponibilité de cadres médicaux et para-médicaux se posa comme question impérative. D'une part ces cadres sont appelés à assurer la mise en marche et la gestion de tous les établissements de soins publics, d'autre part ils doivent répondre à la demande des soins nouvellement libérée par le système de gratuité.

Si les infrastructures sanitaires étaient une condition nécessaire pour répondre aux besoins croissants en matière de santé, la formation du personnel fut un souci du même poids pour l'Etat. Une formation adéquate des cadres médicaux, para-médicaux et administratifs selon les normes et objectifs prévus peut favoriser une concrétisation d'un savoir faire et une oeuvre médicale et scientifique conduira le pays vers la rupture d'une forme de dépendance étrangère.

Le développement des moyens humains de la santé était conditionné par la grande diversité des catégories de personnels et des différents niveaux de qualification

(1). "Développement de la santé", op cité, p 145.

Le principe fondamental de l'Etat socialiste indépendant reposa sur un effondrement total de la politique sociale coloniale, dont le système de soins existant. Instaurer une nouvelle politique de santé propre aux caractéristiques sociales Algériennes et conforme aux options du socialisme constitua une extrême urgence pour le pays. L'option socialiste du pays, a fait de la santé un droit fondamental, protégé d'abord par les textes de la charte et de la constitution concrétisés ensuite par le droit d'accès gratuit à tous les soins disponibles au niveau de tous les établissements sanitaires publiques(1). Sans recul et dans le but de réaliser son objectif majeur, celui de la socialisation du secteur de la santé et de sa médicalisation ensuite, beaucoup de techniques de soins ont été introduites afin de répondre à toute demande de soins émanant de la société. Aussi d'importants moyens financiers sont déployés pour atteindre la réussite du choix nouveau, seulement un problème fondamental reste posé depuis le lancement de la gratuité des soins, celui de la disponibilité du personnel médical et para-médical. En effet, face à une inscription infrastructurelle importante en hopitaux, polycliniques et centres de santé, la disponibilité de cadres médicaux et para-médicaux se posa comme question impérative. D'une part ces cadres sont appelés à assurer la mise en marche et la gestion de tous les établissements de soins publics, d'autre part ils doivent répondre à la demande des soins nouvellement libérée par le système de gratuité.

Si les infrastructures sanitaires étaient une condition nécessaire pour répondre aux besoins croissants en matière de santé, la formation du personnel fut un souci du même poids pour l'Etat. Une formation adéquate des cadres médicaux, para-médicaux et administratifs selon les normes et objectifs prévus peut favoriser une concrétisation d'un savoir faire et une oeuvre médicale et scientifique conduira le pays vers la rupture d'une forme de dépendance étrangère.

Le développement des moyens humains de la santé était conditionné par la grande diversité des catégories de personnels et des différents niveaux de qualification

(1). "Développement de la santé", op cité, p 145.

professionnelle requis par la gamme très étendue des activités sanitaires, para-sanitaires et de gestion. Pour cette raison, la formation médicale en et para-médicale sont à la charge de l'Etat. Des moyens financiers importants sont justifiés par les différents budgets afin de concrétiser les objectifs tracés par les différents plans de développements.

SECTION I. LA POLITIQUE DE FORMATION DES CADRES MEDICAUX EN ALGERIE

Le choix politique du socialisme indique que la planification constitue l'élément central de toute action ou démarche à atteindre. Recenser les moyens existants et les objectifs permettra de se rapprocher le plus de la réussite maximale de l'objectif prévu. La formation en général et du personnel de la santé en particulier est concerné par la même opération de planification. La commission de la planification centrale définit la politique nationale de santé et hiérarchise les objectifs compte tenu des problèmes de santé recensés dans le pays. Il est tenu compte également des ressources disponibles et des contraintes du terrain.

Cette commission élabore le plan de développement national de santé à court et moyen terme et fixe la stratégie de sa mise en oeuvre. Elle négocie ensuite avec les régions sanitaires, les objectifs, les moyens et les modalités d'adoption du plan à moyen terme que chaque structure s'engage à réaliser.

Les objectifs fixés par chaque structure sanitaire, sont déterminés par le plan national d'une part et du plan à moyen terme de l'établissement de santé d'autre part. Cela implique le respect de l'ensemble des objectifs fixés par la politique nationale de santé. La politique nationale de santé se définit alors comme l'ensemble des mesures prises par un gouvernement en vue d'atteindre un ou des objectifs.(1)

(1) "Santé et Sécurité Sociale", cahiers de la réforme, op cité, pp 76-78

Comme la formation constitue une portion importante de la politique nationale de santé, l'université des sciences, est le lieu de concrétisation et de réalisation des buts concernant la formation des cadres en sciences médicales. Au même titre, elle oriente la formation des administrateurs et du personnel para-médical de la santé publique. La nouvelle politique de santé implique également une prise en charge totale du personnel durant sa formation. Tous les moyens financiers nécessaires sont attribués sous forme de bourses ou d'indemnités. Les moyens de formation requis étaient également disponibles (universités ou écoles de formation, les équipements...).

Même devant une politique si ambitieuse, la priorité demeure celle d'atteindre un objectif quantitatif et ceci dans une période très courte. Cependant l'aspect qualitatif de la question marque un certain nombre de problèmes non considérés depuis le début du lancement de la gratuité (manque d'expérience ...). Ces derniers avaient des retentissements néfastes sur la qualité des soins offerts.

I.1. LA CARTE SANITAIRE ET LE PROCESSUS DE PLANIFICATION DES CADRES EN FORMATION:

Vers les années 70, il apparut une crise au niveau du système de santé Algérien. Cette crise s'est manifestée particulièrement au niveau du secteur publique qui se caractérisait à cette date par une forte concentration du personnel et des services de santé dans le nord du pays.

C'est ainsi qu'en 1979, 73% des praticiens Algériens exerçaient dans les trois grandes villes universitaires alors que les 71% des médecins étrangers couvraient l'intérieur du pays(1).

Les retards de réalisations des infrastructures constituaient la cause fondamentale de cette crise. Le recrutement des médecins et des cadres de la santé devrait être reporté en attendant l'achèvement de la réalisation infrastructurelle alors qu'en même temps la formation des étudiants et des diplômés en médecine connaissait une évolution extraordinaire.

(1) M. KADDAR, la carte sanitaire en Algérie, op cité, p 138.

L'offre publique des soins connaissait au même moment une relative saturation due à une forte croissance de la demande impulsée par de multiples facteurs internes et externes au système de soins. Cette situation allait rapidement produire une surcharge et une dévalorisation des structures publiques.

En 1980, une carte sanitaire a été mise en application afin de prolonger les tentatives de programmation sanitaire, de remédier aux lacunes présentées par le système mis en vigueur, et de corriger les disparités entre les régions et les villes en matière de santé. L'année suivante, le premier plan directeur a été mis en oeuvre afin de définir les besoins en matière de personnel de santé.

Afin d'assurer une couverture sanitaire équilibrée dans l'ensemble du pays, les besoins nationaux en médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes ont été fixés par cette carte. L'adoption des fondements de la carte sanitaire nationale fixait les normes et les objectifs à atteindre par région à partir des besoins sanitaires à satisfaire. Sur cette base sont déterminés les moyens dont il faut disposer pour atteindre les buts fixés.

Compte tenu des retards accumulés, d'une démographie galopante et d'une prévalence de maladies transmissibles qui ne dépendaient pas exclusivement des services de santé, les besoins sanitaires du pays nécessitaient l'appel à la coopération en attendant de disposer de praticiens nécessaires en nombre et dans les spécialités requises. La coopération étrangère demeure un volet de cette politique car la législation proposée et la réglementation arrêtée étaient de nature à renforcer les structures publiques. C'est ainsi qu'en 1982 sur 9075 médecins pratiquants en Algérie on comptait 2767 étrangers, soit 23,38 % de participation étrangère(1).

Parmi les 2313 chirurgiens dentistes 191 sont des étrangers et sur les 1175 pharmaciens 82 sont des étrangers d'où un taux de participation étrangère respectivement 8,26 % et 6,98 %.

(1) Le service de santé en Algérie : situation et perspective, op cité, p 121.

Quant à la question de la saturation et l'excès d'étudiants dans les structures hospitalières, la situation a été réglée par une possibilité d'utilisation plus systématique et plus complète des établissements sanitaires du pays à des fins de formation en sciences médicales, d'où la création des Centres Hospitalo-Universitaires (C.H.U.)

La carte sanitaire montre encore une fois ses limites puisqu'un tel document de planification et d'orientation générale du système de soins n'a pu fixer les critères d'une gestion performante du patrimoine humain tant dans sa formation que dans son utilisation. Tout les efforts sont concentrés autour d'une formation quantitative et une volonté d'atteindre les normes fixées par la carte sanitaire.

I.2. LA FORMATION DU PERSONNEL MEDICAL

Un effectif de plus en plus important de médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes était une condition nécessaire pour atteindre l'ensemble des objectifs prévus par la politique nationale de santé car, la demande des soins est appelée à s'accroître compte tenu de certains facteurs.

La carte universitaires met en relief la volonté de l'Etat d'ouvrir de nouveaux centres et instituts de formation médicale pour accroître l'effectif des étudiants en médecine regroupant diverses spécialités: chirurgie, pédiatrie.... On cite également sur ce plan, l'envoi de cadres en formation à l'étranger dans le but d'assimiler les techniques de sciences et de savoir faire et préparer la relève du personnel coopérant.

Les médecins: Ils constituent le nombre le plus grand vue l'importance des charges qu'ils supportent. Ils sont tenus d'assurer les activités de diagnostic, de soins, d'expertise médicale, de prévention, d'éducation sanitaire et de formation des agents para-médicaux de la santé.

Ils sont recrutés dans les établissements publics parmi les étudiants ayant achevés leurs études de graduation en médecine. Les chirurgiens dentistes qui constituent une catégorie de personnel médical, assurant des soins bucco-dentaires dans les établissements de santé.

Si l'effectif de médecins et chirurgiens dentistes, atteste un accroissement quantitatif cela explique la volonté de diversifier les spécialités médicales. En effet, parmi tous les étudiants ayant achevés leurs études en médecine, il y a ceux qui couvrent la fonction de distribution de soins généraux, d'autres suivront des études de spécialités.

D'autre part, les pharmaciens constituent la catégorie du personnel assurant la fonction de distribution ou de préparation de certains médicaments. Ils sont chargés de traduire le traitement prescrit par le médecin.

Le tableau suivant montre l'importance du développement du personnel de la santé:

TABLEAU N°1

Effectif	1979	1988
Personnel médical	6.725	19.528
Personnel para-médical	32.147	64.000
Personnel administratif	19.000	41.200

Source: Rapport général sur l'organisation du système de santé: MSP, 1990, p 3.

Les statistiques de 1989 attestent que les normes atteintes à travers la politique de formation étaient comme suit: un (01) médecin pour 1.124 habitants; un (01) chirurgien dentiste pour 3.595 habitants et un (01) pharmacien pour 11.553 habitants. En 1990, les Effectifs du secteur de la santé s'élèvent à 149.265. se répartissant comme suit:

- *Personnel médical : 30.198*
- *Personnel para-médical : 74.153*
- *Personnel administratif : 10.799*
- *Personnel technique et de service : 34.115*

Ces chiffres révèlent une amélioration progressive en matière d'assistance et d'encadrement médical sur le plan quantitatif. Sur le plan qualitatif, des critiques sérieuses sont faites tant dans le domaine de la formation proprement dite que dans l'utilisation du personnel formé. Les efforts quantitatifs se sont traduits par une faiblesse de la qualité dans le domaine de la formation. Ceci est évident, car former un nombre important de cadre en une période très courte ne peut favoriser une assimilation assez profonde de la plupart des techniques de soins. Malgré l'importance du personnel médical, on assiste à une distorsion entre le nombre de généralistes et celui de spécialistes. On constate aussi une insuffisance marquante de spécialistes de base (médecine interne, psychiatrie, ORL, ophtalmologie, néphrologie etc...).

**L'ÉVOLUTION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EXERÇANT
DANS LA SANTÉ PUBLIQUE
(TOUTES SPÉCIALITÉS CONFONDUES).**

TABLEAU N° 2

1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
580	590	600	610	620	630	635	650	700	750	820

Source : Annuaire statistique : MSP année 1984

Entre 1974 et 1980, l'évolution des spécialistes en nombre était relativement lente compte tenu de la durée de formation exigée. La moyenne était de dix (10) spécialistes par an, ce qui est relativement peu pour une population en nette progression et une demande de soins très élevée. De ce point de vue la formation médicale dévoile ses limites car il est plus rentable de former un médecin "interniste" que de former des spécialistes dans les neuf (09) sous spécialités de la médecine interne (cardiologie, hématologie...), il en est de même pour la chirurgie générale, à la place des sous spécialités chirurgicales (urologie, orthopédie...).

Par ailleurs certaines mesures d'assouplissement en matière d'études de spécialités se sont traduites par un début de perception de la nécessité de l'adéquation formation-emploi car jusque là, sur cent (100) spécialistes seuls cinquante (50) correspondent au profil utilisé par la santé publique(1).

Ainsi au lieu d'envoyer plusieurs spécialistes au niveau d'un hopital pour couvrir un profil, il est possible de réduire les coûts du personnel tout en répondant à la demande de soins spécialisés.

Aussi, l'examen des normes précédemment citées concernant les praticiens médicaux par nombre d'habitans dissimulent en fait une grande disparité entre les wilayas.

Ainsi trente neuf (39) d'entre elles se trouvent être en dessous du ratio moyen pour ce qui est des médecins, trente quatre (34) pour celui des pharmaciens et trente trois (33) pour celui des chirurgiens dentistes, ceci dans un éventail de seize (16) à deux cent soixante seize (276) concernant les médecins, cela explique que certaines wilayas sont en dessous des normes de

seize (16) médecins par contre d'autres wilayas particulièrement du sud, sont en dessous des normes de deux cent soixante seize (276) médecins. Pour les pharmaciens, la différence varie de zéro (0) à quatorze (14) et pour les chirurgiens dentistes de zéro (0) à cinquante cinq (55).

La couverture médicale parait encore très faible et ceci bien que l'effectif des pharmaciens et chirurgiens dentistes ait connu l'évolution suivante:

TABLEAU N°3

	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Chir. dentistes	100	150	190	230	250	300	450	670	1950	1400	1750
Pharmaciens	35	40	60	80	110	150	170	230	280	370	400

Source : MSP, Annuaire statistique, 1984.

(1) M. KHIATI, Quelle santé pour les Algérien? Editions Maghreb relations, Alger 1990,p 14.

I.3. LA FORMATION DU PERSONNEL PARA-MEDICAL

I.3.1. *La formation du personnel technique de santé*

Les techniciens de la santé constituent une catégorie de personnel particulièrement importante. La fonction qui leur est attribuée complète et met en valeur l'action du personnel médical, ceci par la concrétisation des tâches qui leur sont attribuées.

Conscient de leur importance dans un système de gratuité des soins, la politique de formation du personnel paramédical s'est fixée comme objectif de fournir le nombre nécessaire en qualification requise aux postes de travail auxquels ils sont destinés. Les moyens qui leur sont nécessaires découlent de la carte sanitaire nationale. En tant qu'élément de base de planification, elle fixe les normes et par voie de conséquence, les effectifs globaux et les quotas annuels à former en fonction des structures et des activités à mener. En dépit de tous les moyens et à titre d'exemple, les services de santé ne disposaient en 1978 que de 38000 techniciens de santé, soit une moyenne de 2 techniciens pour 1000 habitants, alors que la norme généralement admise est égale au double. Sur la base des ratios et des effectifs évalués par la carte sanitaire nationale jusqu'en 1990, les besoins nécessaires pour assurer un fonctionnement normal de toutes les structures de soin sont de 67000 techniciens nouveaux de tous grades, qu'il faudra avoir formé pour atteindre l'effectif total requis de 10500 agents. Même atteint, nous pouvons avancer que cet effectif demeure insuffisant au regard des besoins à satisfaire. Ceci en plus du fait qu'il faudra inclure nécessairement la formation et le recyclage du personnel en fonction.

En 1981, les actions de recyclage ont touché près de 14000 agents de tous grades. Pour disposer d'un effectif suffisant, 7500 élèves étaient en formation en 1979, 9900 en 1980, 16500 en 1981 et 2500 nouveaux inscrits en 1989 soit une augmentation de 17500 élèves en espace de 3 ans.

Compte tenu de l'accroissement du nombre d'élèves, 1500 professeurs étaient nécessaires pour exercer à plein temps.

D'autre part un programme important a été mis en application. Il prévoyait un rythme de formation de 300 élèves par promotion(1). La plupart des mesures prises jusqu'ici étaient destinées à accroître rapidement les capacités de formation par des solutions palliatives en attendant la stabilisation de la demande pour cette catégorie du personnel.

- Le rôle du technicien de la santé

Le technicien de la santé est sans doute un élément important. Il participe à la distribution des soins et facilite l'accès aux prestations sanitaires. Il complète ainsi le travail élaboré ou diagnostiqué par le personnel médical. Le technicien de la santé est un agent intégré au sein de l'équipe médico-administrative. Pour cela une grande coordination était nécessaire entre les structures chargées de la formation et les établissements de santé d'attribution des soins, puisque le nouveau système assigne à la fonction du technicien de la santé l'obligation d'accomplir certaines tâches de soins infirmiers. En plus sa contribution doit tendre vers une évolution technologique, notamment en matière d'équipement et d'appareillage bio-médicaux.

Ceci contribuera d'une manière plus nette à l'amélioration des techniques de soins et des actions de prévention. De cette façon, le technicien de santé se situe au premier rang dans les services sanitaires. Il est évident que c'est en grande partie des prestations qu'ils assure que dépend le résultat de l'action du praticien médical, donc de la qualité des prestations sanitaires assurées à la population.

Le développement de l'infrastructure sanitaire, de la demande en soins de la population, la place et les responsabilités particulières qui incombent au corps para médical ont fait que toutes les tâches et responsabilités des techniciens de la santé doivent être bien définies non pas d'une manière quantitative mais qualitative surtout (assistance, meilleur prise en charges des malades etc ...).

(1) " développement de la santé ", Ministère de la santé publique, op cité, 1983, p 157.

L'utilisation optimale de tous les moyens pour augmenter les capacités et la qualité de la formation sont aujourd'hui nécessaires puisque ce sont les outils de base dans la réalisation de la majorité des objectifs sanitaires du pays.

Nécessaires donc au fonctionnement, à l'entretien, au contrôle et à la réparation, ce personnel est indispensable à l'effort d'équipement technologique qui accompagne le développement de la santé. Il contribue également à réduire une dépendance aujourd'hui encore présente.

1.3.2 Le personnel d'administration sanitaire

L'évolution et le développement de l'organisation de la santé, la nécessité de la maîtrise des organes opérateurs, l'intégration de l'hôpital dans la structure socio-géographique qu'est le secteur sanitaire ont tôt fait d'exiger une formation appropriée: gestionnaire, ordonnateur, formateur et planificateur. L'administrateur du secteur sanitaire doit avoir un profil en conséquence. Le personnel d'administration sanitaire est composé de ceux qui assument la direction, l'administration et la gestion de l'ensemble des structures relevant du ministère de la santé ainsi que ceux chargés du contrôle et de l'inspection.

En terme de profils, le directeur d'administration sanitaire doit être professionnellement et administrativement capable de gérer toutes les catégories du personnel dont il a la charge. Il doit aussi participer à la définition des programmes d'investissement sanitaire et au suivi de la réalisation des projets planifiés. Il doit également gérer efficacement le budget de son établissement.

En 1982 les besoins en personnel d'administration sanitaire étaient évalués à un millier.(1)

(1) A.HAMMANI, R.BOUKHELOUA, A.BOUROKBA, "L'évolution du système national de santé depuis l'indépendance", Séminaire sur le développement d'un système national de santé (Expérience Algérienne), Alger 1983, pp. 83 - 84.

L'école nationale d'administration chargée de la formation de cette catégorie de personnel favorise nettement l'accroissement de leur effectif qui se représentait ainsi en 1990 .

ETAT GLOBAL DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

TABLEAU N°4

	DAS 1CL	DAS 2CL	DAS 3CL	admini- strat.	attachés d'adminis.	secrétaire d'adminis.	agents d'adminis	agents de bureau	agents dactylo	autres	total
ensemble des secteurs sanitaire	16	195	285	104	764	1358	1313	1559	991	400	6985
ensemble des E.H.S	6	25	34	8	75	127	134	146	89	20	664
ensemble des C.H.U	29	69	19	95	247	633	598	759	567	134	3150
total national	51	289	338	207	1086	2118	2045	2464	1647	554	10799

Source: Annuaire statistique, MSP 1990 pp. 4-5

I.4 LE PERSONNEL ÉTRANGER ET LA COOPÉRATION

L'importance de la maîtrise des techniques modernes dans les prestations de soins d'une part et devant le peu d'expérience caractérisant nos cadres médicaux d'autre part associé à une relance de politique de gratuite des soins, le recours à la coopération étrangère était nécessaire. Elle constituait un élément vital pour le système de santé. l'objectif de l'Etat à travers l'appel à la coopération était de préparer la relève: c'est le remplacement progressif des coopérants par des praticiens algériens de sorte que la coopération devienne plus sélective et plus orientée vers le recrutement des spécialistes. Cependant le peu d'expérience a empêché la réalisation de cet ojectif. Aussi, la mise en fonctionnement à l'intérieur du pays d'un nombre important de structures sanitaires (polycliniques, centres de santé ...etc) obligea toujours le recours à la coopération.

Enfin, malgré l'amélioration de la densité des praticiens médicaux dans le pays, il demeure que la satisfaction des besoins sanitaires nationale nécessite encore l'appel à la coopération. Pour cette raison au cours de ces dernières années, le ministère de la santé a mis en application des programmes sélectifs pour le concours de certains praticiens spécialistes venant des pays arabes et d'autres pays socialistes. Cette dernière mesure résultait de certains accords politiques.

L'ÉVOLUTION DE L'EFFECTIF DU PERSONNEL MÉDICAL ÉTRANGER

TABLEAU N°5

années	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
spécialistes	100	150	150	150	280	300	300	20	360	400	420
généralistes	1150	1240	1300	1300	1330	1500	2010	2100	2200	2730	2390
chirurgiens dentistes	84	82	90	120	125	130	115	105	120	240	215
pharmaciens	100	52	41	40	89	50	70	80	100	120	110

Source: A. ZIANI, S.S. TALEB, K. FEDDAG : Le développement des ressources humaines, MSP 1983 pp. 150-151

En 1990 seuls les praticiens algériens en pharmacie et en chirurgie dentaires exerçaient sur tout le territoire national. La coopération était présente uniquement dans le secteur public avec un nombre de 885 spécialistes et 68 généralistes. Ces derniers ont pris la relève des cadres algériens installés à titre privés. Malgré toute les mesures prises afin d'*algérianiser* le personnel de la santé publique, le facteur démographique et la médicalisation croissante de la population exigea progressivement une meilleure assistance et qualité de soins.

SECTION II : LA GESTION DU PERSONNEL MEDICAL

L'année 1976 marque la création des centres hospitalo-universitaires en Algérie. Cette opération est venue compléter le processus d'hierarchisation des soins dessiné par la carte sanitaire. Cette réforme vise à ce que l'hôpital devienne apte à assimiler le progrès technique et scientifique. C'est ainsi que les centres hospitalo-universitaires existent dans leur circonscription un institut des sciences médicales qui assure les activités de soins et parallèlement un institut de formation médicale graduée, post graduée et de recherche scientifique "(1).

Depuis la mise en application de ce texte, le fonctionnement de ces centres était caractérisé par l'existence de conflits entre les gestionnaires désignés par le ministère de la santé et les chefs de services qui sont généralement des professeurs ou *docents* nommés par le ministère de l'enseignement supérieur. Le pouvoir de décision des chefs de services se voyait progressivement éteint au profit de celui des administrateurs du ministère de la santé. L'activité des hospitalo-universitaires praticiens s'est traduite par un délaissement progressif des activités de soins au profit des activités d'enseignement et de recherche. Nous signalons que l'ordonnance concernant la création des centres hospitalo-universitaires n'a pas jusqu'ici précisé les modalités de fonctionnement des CHU.

Le pouvoir de décision est resté le plus souvent entre les mains des administrateurs des secteurs sanitaires désignés par le ministère de la santé. Ces administrateurs étaient le plus souvent d'anciens économes ou des infirmiers sans compétence éprouvée. Ils étaient promus par simple ancienneté.

D'une manière générale, le corps des praticiens médicaux publics était géré par le ministère de l'enseignement supérieur s'il relevait du corps hospitalo-universitaire et par le ministère de la santé pour le corps de la santé publique.

(1) source: ministère de la santé direction de la planification, 1989.

En 1982 un texte fondamental a été mis en application indiquant le transfert de la gestion administrative du corps des praticiens hospitalo-universitaires du ministère de l'enseignement supérieur au ministère de la santé. Cependant la gestion pédagogique demeure du ressort du ministère chargé de l'enseignement supérieur. Ceci au profit de la carrière hospitalo-universitaire pour les cadres exerçant simultanément dans la fonction soignante et enseignante.

II.1 LE PERSONNEL MEDICAL GERE PAR LE MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR:

C'est le personnel hospitalo-universitaires. Ils sont organisés en trois corps distincts: Les professeurs, les docents et les maître-assistants titulaires de titres universitaires. Par contre les titres hospitaliers sont: Le spécialiste du 1^{er} degré qui est généralement le chef de services, ensuite les spécialistes du 2^{eme} et 3^{eme} degré. Les grades universitaires sont: le doctorat en médecine et le doctorat en sciences médicales. L'accès à la carrière hospitalo-universitaire commence par le grade de maître assistant. L'obtention du DEMS (doctorat en science médicale) donne droit au titre hospitalier de spécialiste du 1^{er} degré et ouvre droit au concours de la maîtrise d'assistanat. Les maître-assistants sont recrutés par voie de concours sur titre et travaux parmi les candidats titulaires du diplôme de DEMS. Ils doivent de plus justifier d'au moins une année d'exercice en qualité d'assistant contractuel dans un institut de sciences médicales.

Les docents: l'accès au corps des docents se fait sur liste d'aptitude et par concours. Il est évalué sur la base de notes chiffrées, thèses et travaux de recherche. Au terme de 4 à 7 ans d'activité, le docent peut postuler au grade de professeur(1).

Les professeurs: Les professeurs sont recrutés par voie de concours parmi les docents ayant exercé au moins trois ans en cette qualité. La commission universitaire nationale prononce leur promotion sur la base de publications scientifiques et de rapports annuels pédagogiques.

(1)F.Z. OUFREHA et L.LAMRI "Analyse de l'évolution des statuts de la structure des dépenses de personnels selon la catégorie dans les secteurs sanitaire", *Economie appliquée et développement (ex cahiers du CREAD)*, N° 13, Alger 1988, pp 9 - 40.

Les titres hospitaliers: l'obtention du DEMS donne droit au titre hospitalier de spécialistes du 1^{er} degré et donne droit au concours de maîtrise d'assistantat. Au terme de 5 années, le spécialiste peut échelonner pour le titre hospitalier de spécialiste du 2^{ème} degré. Au terme de 4 années d'exercices en qualité de docent, le spécialiste est autorisé à concourir pour le titre de spécialiste du 3^{ème} degré.

I.2. LE PERSONNEL MÉDICAL GÉRÉ PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Ces praticiens exercent à plein temps en qualité de fonctionnaires.

1/ Les médecins ou praticiens non universitaires:

Le praticien généraliste exerce dans le secteur universitaire public ou privé mais quelque soit le cadre d'exercice, il peut bénéficier d'une formation continue post-universitaire dont les modalités pratiques sont expliqués antérieurement.

2/ Les chirurgiens dentistes:

Ils sont recrutés parmi les étudiants en chirurgie dentaire ayant achevé leur cycle de graduation.

3/ Les pharmaciens:

Ils sont chargés d'assurer les préparations pharmaceutiques et de gérer les médicaments des structures sanitaires où ils sont affectés.

4/ Le corps de médecins chef, pharmaciens chef et chirurgien dentiste chef

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

5/ Le corps des médecins inspecteurs, pharmaciens inspecteurs et chirurgiens dentistes inspecteurs

Dans les structures sanitaires, les inspecteurs sont recrutés par voie de concours parmi les candidats médecins-chefs, pharmaciens-chefs et chirurgiens dentistes-chefs ayant exercé effectivement cinq ans au moins dans ce corps.

Nous en déduisons que la gestion du personnel se caractérise alors par son partage entre les deux ministères de tutelle (santé publique et enseignement supérieur) ce qui crée une multitude de centres de décisions et par conséquent une difficulté de cerner avec fiabilité les problèmes de gestion du personnel médical et paramédical.

SECTION III. RÉMUNÉRATION DU PERSONNEL MÉDICAL ET PARA-MÉDICAL DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES

La nouvelle procédure de financement du système de santé instauré au début de la promulgation de la *médecine gratuite* considère tout le personnel de la santé publique comme salarié dont la charge est totalement assumée par l'Etat. La nouvelle procédure de financement appelée *budgetisation* consiste en l'attribution d'un budget global devant couvrir l'ensemble des dépenses de fonctionnement.

Depuis l'instauration de cette procédure, la période 74-90 atteste le poids prépondérant des dépenses du personnel, leur part a évolué de 67 à 70 % sur l'ensemble des dépenses.

L'évolution des status des différents types de personnels médicaux et paramédicaux et l'extension du tissu sanitaire public sont les raisons principales de cet accroissement.

II.1. L'ÉLABORATION DU STATUT DU PERSONNEL MÉDICAL DE LA SANTE PUBLIQUE

En insistant sur le principe du renforcement du secteur public pour le rendre plus attrayant, le statut du médecin, pharmacien et chirurgien dentiste a été élaboré. Il définit ainsi leurs droits et leurs obligations, les conditions de rémunérations et de retraite, ainsi que les modalités de progression et de promotion dans la carrière(1).

(1) Décret N° 79-112 du 30 Juin 1979, J.O. de Juillet 1979, fixant les dispositions statutaires applicables aux corps des médecins spécialistes, des pharmaciens spécialistes et des chirurgiens dentistes spécialistes.

Le statut du personnel médical définit le praticien généraliste et le spécialiste en distinguant les activités spécifiques à leur formation universitaire ainsi que les modalités de leur promotion.

Le statut est venu combler un vide dans les moyens humains de fonctionnement des structures. Il a créé un corps de spécialistes avec trois grades hiérarchisés selon les compétences techniques et les responsabilités assumées dans les structures. Le statut du médecin instauré en 1981 a organisé le corps des généralistes en trois grades, en tenant compte des niveaux de responsabilité différents dans les structures.

- La rémunération du personnel de santé

Elle constitue une part très importante des dépenses de fonctionnement. Cette part devient de plus en plus lourde pour l'Etat, les raisons résident dans l'accroissement de l'effectif des praticiens exerçant dans les structures publiques. D'autre part l'élargissement du tissu infrastructural revendiquant un encadrement médical est un second facteur d'accroissement des dépenses. L'attribution de la rémunération s'effectue selon le statut fixé par le ministère de la santé.

L'ensemble du personnel de la santé est rémunéré selon une grille salariale issue des principes du SGT (statut général du travailleur) et qui tente d'établir des principes de classification unique à l'échelle de toutes les activités économiques. Bien que valorisé suite à de simples décisions centrales en tenant compte de certains indicateurs (le coût de la vie, l'assainissement de la situation financière ou à des revendications du personnel, ces principes de classification ont contribué dès 1982 à des hausses substantielles de rémunération(1). Ceci est constaté dans la structure des dépenses de fonctionnement des secteurs sanitaires et établissements publics. Ils montrent la part prépondérante des rémunérations du personnel médical. Elle représentait moins de 60% en 1978, s'élève à près de 68% en 1985-1987 et atteint les 75% en 1990(2).

(1) Décret N° 82 - 49 du 18 Décembre 1982 portant sur l'élaboration et la publication des statuts des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes qui accomplissent une carrière dans les structures publiques.

(2) F.Z.OUFREHA, L.LAMRI, Economie appliquée et développement, op cité, pp. 35 - 39.

Cette donnée indique la croissance des effectifs médicaux et para-médicaux en service dans les structures sanitaires. Elle exprime également la dynamique des qualifications et des rémunérations qui l'accompagne (tendance à la spécialisation, ainsi que la hausse périodique des salaires).

La mesure prise précédemment par le ministère de la santé qui a regroupé sous sa tutelle la gestion de l'ensemble des personnels médicaux et para-médicaux exerçant dans les structures publiques, a joué également dans le sens du gonflement de ce poste budgétaire. De même les mesures récentes d'unification de la rémunération des hospitalo-universitaires se sont traduites par les mêmes conséquences. Compte tenu de l'homogénéité du secteur hospitalier, il incombe au règlement intérieur de l'hôpital de préciser les aspects spécifiques qui peuvent éventuellement exister. Notamment les conditions relatives aux salaires et indemnités.

La convention de la branche hospitalière fixe également le cadre et le prix plafond des prestations supplémentaires qui peuvent être effectuées par le personnel d'un établissement.

La rémunération du personnel de santé exerçant à plein-temps dans les secteurs sanitaires est attribuée selon le statut établi pour les différents grades de chacun des praticiens. Ainsi l'évolution de la rémunération du personnel de la santé se présente de la manière suivante:

**EVOLUTION DES TRAITEMENTS MOYENS DU PERSONNEL
DE LA SANTÉ**

TABLEAU N°6unité 10³ DA

catégorie année	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
professeurs	3,5	3,5	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	11	11
docents	3,2	3,2	3,2	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	10	10
chargés de cours	3	3	3	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	9,5	9,5
maitre-assistant	2,5	2,5	2,5	3	3	3	3	3	3	9	9
spécialistes	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	6,5	6,5	6,5	6,5	9	9
médecins généralistes	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	4,5	4,5	4,5	4,5	7,5	7,5
techniciens supérieur de santé	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,8	1,8	1,8	1,8	3,2	3,2
techniciens de santé	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,5	1,5	1,5	1,5	2,5	2,5
agents techniques	1	1	1	1	1	1,2	1,2	1,2	1,2	2,1	2,1
personnel d'adm. niveau I	2	2	2	2	2	2,3	2,3	2,3	2,3	3,5	3,5
niveaull	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,5	1,5	1,5	1,5	2,4	2,4
Niveau III	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1	1	1	1	1,2	1,2

Source: Contribution à l'étude de l'économie de la santé:
Cahier du CREAD p 23.

III.2. LES DEPENSES DU PERSONNEL DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES

Dix ans après l'application du système de gratuité des soins, les dépenses attestent une évolution progressive notamment le chapitre du personnel. Ce dernier s'est accru dans une fourchette comprise entre 29 et 33% de l'ensemble des dépenses de cette catégorie. Ce poids n'a pas connu de stabilisation. Au contraire, il est devenu encore plus lourd compte tenu des dernières mesures de réévaluation des traitements et salaires.

III.2.1 La rémunération des praticiens hospitalo-universitaires

Le personnel hospitalo-universitaire représente la catégorie la plus prestigieuse avec tous ses échelons hiérarchiques issus de la logique universitaire d'accès aux différents grades. Elle regroupe l'ensemble des médecins qui participent conjointement à la fonction enseignante au sein de l'université des sciences médicales. Ils exercent aussi la fonction soignante dans les structures sanitaires.

Les praticiens hospitalo-universitaires représentent une catégorie importante en effectif, en rémunération et indemnités perçues. Cette catégorie qui présentait un effectif de 17,7% de l'ensemble des médecins en 1974, s'élève en 1984 à 28% de l'ensemble des médecins. Les dépenses concernant cette catégorie de personnel ont évolué de 7% en 1974 pour représenter 19% en 1984 de l'ensemble des dépenses au titre du personnel médical. L'évolution de ces dépenses s'explique aussi par la réforme de 1982 qui a mis fin à une dichotomie de paiement entre le ministère de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur. Les sources de paiement de l'intégralité des traitements ont été unifiées et confiées depuis au ministère de la santé par l'intermédiaire des budgets des secteurs sanitaires. En supportant aussi le coût de la fonction enseignante jusqu'en 1987, la gestion de la catégorie hospitalo-universitaire relevait avant cette date de la double tutelle des ministères de la santé et de l'enseignement supérieur. Cette prise en compte totale des dépenses par les secteurs sanitaires alourdit les charges de personnel et se répercute directement sur le fonctionnement de la sécurité sociale dont l'équilibre financier global semble être mis en cause. La suppression de leur double appartenance par (la loi de 1987) semble avoir provoqué un mécontentement de ceux qui choisissaient la fonction universitaire. Ce phénomène ouvra les possibilités aux hospitalo-universitaires de s'installer en zone IV, ce qui a desservi les structures sanitaires publiques de leurs services. Ces dernières mesures de libération généralisée par l'installation des médecins à titre privé ont complètement désorganisé les structures des équipes de soins lourds et par la suite le fonctionnement des services, la distribution des soins et l'assistance des malades.

En 1985, les pourcentages de l'effectif du personnel hospitalo-universitaire se présentent de la manière suivante:

Les professeurs constituent 9% de l'ensemble des praticiens hospitalo-universitaires, les docents 7%, les chargés de cours 10% tandis que les maîtres assistants représentent 74% de l'ensemble de l'effectif des praticiens hospitalo-universitaires. Il apparaît donc clairement que les maître-assistants représentent la classe prépondérante en voyant attribué environ les 3/4 de l'ensemble des salaires distribués à cette catégorie.

Les dernières mesures concernant la planification des effectifs des étudiants au titre du tronc commun du bio-médical, ainsi que la lente accession aux grades suppose la stabilité de cet effectif durant longtemps.

En 1989, une autre mesure de revalorisation des traitements et salaires de 10% pour l'ensemble de cette catégorie a entraîné un gonflement des dépenses du personnel. D'autre part un effectif grandissant de cette catégorie occupant la fonction publique entrainera sûrement des dépenses supplémentaires. Le secteur public se voit doté de l'effectif suivant:

EFFECTIF DES CHU. (année 1990)

TABLEAU N°7

professeurs	docents	maîtres assistant	résidents
156	160	1334	3732

Source : Annuaire statistique, MSP page 7

L'effectif des praticiens hospitalo-universitaires exerçant seulement dans les établissements hautement spécialisées (EHS) était le suivant en 1990:

TABLEAU N°8

professeurs	docents	maîtres assistants	résidents
29	23	180	274

Source : Annuaire statistique, MSP page 8

III.2.2. *Les dépenses du personnel médical algérien de la santé publique*

Dans le but de mettre en place un système de santé efficient capable d'assurer les soins nécessaires pour le bien être de la population, la réforme des études universitaires a conduit à une évolution des dépenses d'une moyenne de 4% sur une période de 10 ans située entre 1974 et 1984. Les dépenses du personnel médical de la santé publique qui ne représentaient que 51% de l'ensemble des dépenses du personnel en 1974 représentent depuis 1984 55% de l'ensemble des dépenses du personnel de la santé publique: les médecins de la santé publique regroupent les généralistes qui représentent environ les 60% de l'ensemble des médecins publics Algériens. Les mesures concernant l'obligation du service civil fixé à 5 ans ont permis de maintenir cet effectif dans les structures publiques. Cependant, l'abolition de la loi relative à l'obligation du service civil a entraîné un déséquilibre fonctionnel des structures publiques, ceci est dû à la volonté des cadres voulant s'installer à titre privé. Pour cela les efforts de formation devraient être maintenus pour secourir le fonctionnement du secteur public. Dès 1984, on relevait que 61% de l'ensemble des traitements et salaires perçus par l'ensemble du personnel médical algérien était attribué aux généralistes.

Cette catégorie est suivie dans le classement par les chirurgiens dentistes qui perçoivent les 19%. Les spécialistes se voient attribuer les 15% de l'ensemble. Par contre les pharmaciens reçoivent la part la plus faible qui est de 5% seulement. Il apparait donc que la catégorie des généralistes représente les 2/3 de l'ensemble des praticiens médicaux. L'effectif de cette catégorie demeura prépondérant en 1990. Les statistiques font ressortir que 11683 médecins généralistes exercent sur tout le territoire dont 6656 couvrent des soins dans les structures para-publiques et 314 dans les centres hospitalo-universitaires.

TABLEAU N°9

Année	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Dépenses du personnel (généralistes) sous forme de traitement et salaire	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	4,5	4,5	4,5	4,5	7,5	7,5
effectif	1150	1240	1300	1300	1330	1500	2010	2100	2200	2730	2390
part des dépenses par rapport à l'ensemble des dépenses du personnel médical, étranger et hospitalo-universitaire	51%	52%	54%	54%	54%	53%	53%	54%	56%	49%	55%

Source : CREAD N°13, 1°trim 1988 p. 27

III.2.3 Les dépenses du personnel médical étranger

Il constitue une part des praticiens exerçant dans les structures publiques. Contrairement à la classe précédente, cette catégorie ne constitue ni un corps stable ni un corps homogène de médecins. Elle comporte une fraction décroissante en effectif représentant 28% du total du personnel médical en 1982. Ce personnel exerce sous le régime du contrat à durée limitée.

L'expérience et les statistiques ont pu dénombrer jusqu'à 35 nationalités provenant de pays, de formation et donc de conception différentes dans l'exercice médical.

Il a favorisé largement la couverture du pays en matière de soins et surtout dans les zones déshéritées. Il est constaté que la même structure de soin pouvait de ce fait recevoir successivement des affectations totalement différentes de médecins.

Si l'effectif en personnel médical étranger révèle un décroissement, ce phénomène concerne surtout la catégorie de praticiens généralistes. Par ailleurs le secteur public continue toujours de faire appel aux services de cette catégorie.

Il en résulte que la part des dépenses du personnel étranger dans la masse des dépenses du personnel médical s'exprime de la manière suivante:

TABLEAU N°10

1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
42%	41%	39%	37%	37%	40%	40%	37%	34%	33%	26%

III.3 LES DEPENSES DU PERSONNEL PARA-MEDICAL

Au même titre que le personnel médical, les para-médicaux représentent une importance particulière dans tous les établissements sanitaires. L'ensemble des tâches qui lui sont attribués appellent à des distinctions fonctionnelles parmi l'ensemble du personnel de cette catégorie. Le personnel para-médical se caractérise par des contraintes et des spécificités particulières. Il assure à la fois un service qui requiert une présence permanente et des tâches différentes exigeant des niveaux de qualification multiples. Le corps des para-médicaux est très différencié, il se compose de 11 grades et de 18 spécialités, soit 29 qualifications différentes. Cette catégorie de personnel assure deux fonctions principales l'une se rattache à la pratique administrative, l'autre aux prestations des soins infirmiers. L'importance de cette catégorie se manifeste par sa présence permanente et son rapprochement auprès des malades.

Compte tenu des prédispositions de la femme à s'acquitter naturellement des tâches infirmières, le personnel féminin prédomine dans l'effectif para-médical. L'effectif du personnel para-médical a connu une augmentation importante. Les dépenses de formation prouvent que des moyens financiers considérables ont été consacré à la formation de cette catégorie ainsi que pour son affectation dans son poste de travail.

Les crédits de fonctionnement sont passées de 89 millions de dinars en 1979 à 105 millions en 1980. Ils ont atteint 172 millions en 1989. Toutes les dépenses sont confondues. On inclut même les salaires et bourses. On a atteint de ce fait une moyenne de 6000 DA par an et par élève. Les moyens financiers se sont notablement accrus dans les années suivantes La moyenne d'accroissement des dépenses de cette catégorie varie entre 36% en 1974 à 45% en 1984, pour présenter alors presque la moitié de l'ensemble des dépenses de personnel, ceci suite à deux revalorisations des traitements et salaires: celle de 1979 et celle de 1983(1).

(1) F.Z. OUFREHA, "L'organisation de la couverture collective des dépenses de santé et modalités de leur financement en Algérie", CREAD, N° 13, 1988, pp 153 - 157.

Actuellement le personnel para-médical regroupe les différentes catégories suivantes:

III.3.1. Le personnel para-médical d'attribution des soins

a/ Les surveillants chefs de services: ces derniers assurent la gestion du personnel et des équipements du service relevant de leur compétence. Ce personnel organise et répartit les activités para-médicales. Ils assurent aussi la fonction d'interlocuteur du chef de service: directives données concernant les soins des malades et entretien des équipements.

Le surveillant chef de service est responsable du dossier médical des patients traités ou en traitement dans le service. Il a la possibilité de participer également à la formation para-médicale. Cette catégorie n'a pas connue une formation importante en effectif vue le rôle important qui a été plutôt attribué au T.S.S.

b/ T.S.S ou techniciens supérieurs de la santé: ils constituent une catégorie importante en raison de l'importance du rôle qui leur est attribué, ils englobent en particulier les infirmiers spécialisées, les sages-femmes, les assistantes sociales, les kinésithérapeutes ...etc.

L'importance relative de ce type de qualification a entraîné une baisse de dépense passant de 8% en 1974 à 5% en 1984. Les efforts de formations qui étaient concentrés les 1^{ères} années de gratuité de soins à accroître l'effectif des para-médicaux se sont traduits par des révisions des dépenses relatives à cette catégorie. Cette révision résulte de la satisfaction des unités sanitaires en nombre. Il paraît évident que les actions futures seront portées essentiellement sur l'amélioration de la qualité(1).

Les mesures prises à partir de 1986 dévoilent l'effort de la formation para-médicale aux niveaux inférieurs (TS). Ceci explique la tendance à l'introduction continue de techniques et d'équipements médicaux nouveaux dans les structures sanitaires.

(1) S.S. TALEB, A. ZIANI, K.FEDDAG, MA.ABTROUN, "La maîtrise des ressources humaines", Séminaire sur le développement d'un système national de santé, 1983, pp 257 - 275.

Ce qui favorise donc la prédominance et le développement de ce type de qualification à l'avenir. Cette catégorie représentait 5,3% de l'ensemble des agents para-médicaux en 1974. Le nombre s'accroît pour représenter 10,2% en 1984. Depuis cette date et compte tenu de la régression des dépenses de formation pour ce type de qualification, il est constaté une réorientation du personnel vers d'autres types de formation.

EVOLUTION DE L'EFFECTIF DES T.S.S.

TABLEAU N° 11

1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
1350	1400	1460	1550	1650	1800	2050	2200	3000	4000	5500

Source: MSP, 1984

En dépit de la diminution des moyens financiers destinés à la formation de cette catégorie, l'effectif se stabilisa pendant longtemps pour s'accroître les années d'après et ceci malgré les mesures prises contre cet effet. Cet accroissement se répercuta directement sur la qualité de la formation (moyens d'équipements, recyclage etc...).

c/ Les techniciens de la santé: Cette catégorie regroupe les infirmiers de soins généraux, d'hygiène et d'assainissements. Ils regroupent également les infirmiers adjoints de radiologie et de pharmacie. Les premières années de gratuité des soins se caractérisent par des efforts remarquables déployés pour la formation dans ce profit. Dès que l'optimum requis a été atteint dans les structures sanitaires des mesures de limitations de formation ont concerné ce type de qualification qui, après avoir constitué 47,7% des effectifs en 1974, ne représente plus que 36,1% en 1984. La part des dépenses croissantes allouées à cette catégorie ne reflète que la volonté de l'Etat de doter cette catégorie en formation de qualité d'autant plus que les techniciens supérieurs assurent un service courant dont les recyclages sont périodiquement exigés. D'autres part, même si cette catégorie ne représente plus que

36,1% de l'ensemble de l'effectif des para-médicaux on observe un accroissement en nombre. Cette diminution n'est en fait que relative par rapport à d'autres catégories. Dans le même sens le budget de l'Etat s'est accru de 54% en 1974 pour représenter 66% de l'ensemble des dépenses alloué à cette catégorie en 1984.

EFFECTIF DES TS

TABLEAU N° 12

1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
6850	7700	9140	9700	10500	12000	12450	12900	13750	17000	19500

d/ L'agent technique de la santé : il a une responsabilité d'hygiène du malade. Il assure également la propreté des locaux de même qu'il dispense une aide aux infirmiers en matière de soins. Cette catégorie qui se voyait dotée des 38% des dépenses a connu une baisse allant jusqu'à 29% en 1984. En dépit de cette baisse, l'effectif concernant cette catégorie enregistre une croissance de 43% en 1974 à 53,7% en 1984.

Cette évolution semble beaucoup plus liée aux nécessités de recrutements massifs suite à l'extention physique des structures publiques des soins en particulier dans les hospitaux.

EVOLUTION DE L'EFFECTIF DES AGENTS TECHNIQUES DE LA SANTÉ

TABLEAU N° 13

74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
6900	6900	8200	8750	9350	10800	14700	15400	19800	24000	29000

L'évolution de la part des dépenses concernant le personnel para-médical s'exprime de la manière suivante:

	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
TSS	8%	8%	8%	8%	8%	8%	7%	7%	6%	6%	5%
TS	54%	54%	53%	54%	54%	59%	60%	56%	56%	64%	66%
ATS	38%	38%	39%	38%	38%	33%	33%	37%	38%	30%	29%

Source : CREAD Page 27

III.3.2 *Le personnel administratif et technique:*

La gestion des unités administratives qui constitue le noyau de toute politique sanitaire est assurée par le personnel administratif. Ce dernier relève de la tutelle du ministère de la santé. Cette catégorie atteste une nette régression en formation depuis 1984, car d'une part ce sont les rémunérations de cette catégorie de personnel qui ont été le moins valorisées par rapport aux personnels médicaux, d'autre part les récentes mesures de compression des effectifs initiées depuis 1985 ont favorisé une nette régression. La non généralisation de la formation à l'échelle nationale limita également l'accroissement de cet effectif, car la formation de ce type de personnel était centralisée dans les grandes villes du pays (Alger-Oran et Constantine). Les unités hospitalières connaissent une instabilité et un taux de rotation élevé de ce type de personnel favorisé largement par le mode de rémunération qui lui est attribué. Les dépenses allouées à la formation des administrateurs de la santé s'élevaient à 35% de l'ensemble des dépenses en 1974 pour atteindre les 23% en 1984.

L'affaiblissement des moyens financiers de l'Etat depuis 1980 et le nombre décroissant d'infrastructures réceptionnées à la même époque explique la contraction de l'action de l'Etat dans la formation des cadres dans ce type de qualification.

Les problèmes de gestion et de maintenance que connaissent les unités sanitaires et la sous qualification de ce type de personnel dans un système sanitaire en expansion n'ont pas favorisé leur stabilité et leur compétence. Pour assurer une bonne répartition et gestion de la tâche administrative, le personnel administratif est

réparti en trois strates différenciées par le niveau de qualification et dont le poids en terme d'effectif et de rémunération est différent.

Niveau I: Il est considéré comme le plus élevé. Il englobe les cadres administratifs et gestionnaires. Entre 1974 et 1984, les dépenses concernant cette catégorie de personnel ont évolués de 11% à 14%. Dans le but d'assurer une gestion qualitative des structures sanitaires publiques, l'Etat a dû faire des efforts énormes. Ceci apparait clairement dans le tableau suivant:

EVOLUTION DE L'EFFECTIF: NIVEAU I

TABLEAU N° 15

1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
6200	6300	6600	6770	7090	7250	8240	9900	12610	13600	15500

Niveau II: Cette catégorie de personnel est constituée essentiellement d'attachés d'administration et d'ouvriers qualifiés peu rémunérés. Elle connaît une régression dans le budget qui lui est alloué ceci par rapport à 1974 où 49% de l'ensemble des dépenses du personnel d'administration lui ont été réservés. La satisfaction des unités sanitaires en nombres pour cette catégorie d'une part et le peu d'infrastructures sanitaires réceptionnées ces dernières années, fait que l'Etat exprime sa satisfaction et ramène son budget à 38% dans le but de stabiliser quantitativement la formation de cette catégorie. Il réoriente alors ses besoins vers la formation qualitative et en fonction des besoins requis.

TABLEAU N° 16

1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
7200	7380	7750	7950	8200	8600	9900	10000	125000	14480	17500

Niveau III: Cette catégorie a connu une progression spectaculaire dans le recrutement en 1981. Ce phénomène s'explique par les recrutements massifs opérés à la suite des nombreuses réceptions des structures sanitaires programmées initialement. C'est une catégorie très peu rémunéré également. L'effectif dans ce type de qualification se verra régresser les années suivantes en raison d'absence de nouvelles programmations d'investissement infrastructurels.

1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
1200	1240	1300	1360	1420	1725	1748	1840	2047	3220	3500

Il apparait donc clairement que la part des dépenses connaissait des fluctuations tantôt en terme de croissance tantôt en terme de régression. Les raisons résident dans le système lui-même et les changements conjoncturels subis par les pressions politique, la succession des réformes et les actions de stabilisation. Ce qui ramène l'Etat à réviser certains de ces objectifs. La non disponibilité des moyens liés au changement de l'environnement économique externe s'ajoute pour justifier également cette instabilité.

L'ÉVOLUTION DE LA PART DES DÉPENSES DES DIFFERENTS TYPES DE PERSONNELS MÉDICAUX

TABLEAU N° 17

	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
personnel médical (hospitalaux universitaire, étranger Algérien de la santé	29%	30%	30%	30%	30%	29%	31%	33%	31%	33%	32%
personnel administratif et technique niveau I, II, III	35%	33%	31%	30%	29%	27%	26%	26%	27%	23%	23%
personnel médical (TSS,TS,ATS)	36%	37%	39%	40%	41%	44%	43%	41%	42%	44%	45%

Source : CREAD Page 29

III-4 LE PERSONNEL MÉDICAL ET SA RÉPARTITION DANS LES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUE EN 1990

En 1990, l'ensemble des effectifs du secteur de la santé s'élève à 149.265.

Ils se répartissent comme suit:

personnel médical 30198
personnel administratif 10799
personnel para-médical 74153
personnel technique et de service 34115

L'effectif des para-médicaux est le plus dominant. Il représente 49,7% de l'ensemble. Le personnel technique et de service représente 22,9%, le personnel médical 20,2% et enfin l'effectif le plus faible est celui du personnel administratif avec 7,2%.

Les secteurs sanitaires emploient 65% des 10.799 agents actifs, les centres hospitalo-universitaires emploient 29% et les EHS 6%.

C'est dans des proportions similaires que se répartissent les 34.115 agents techniques et de service dans les structures: 66% dans les secteurs sanitaires, 27% dans les CHU et 7% dans les EHS.

Les tableaux suivants illustrent les répartitions par catégorie

ETAT GLOBAL DES EFFECTIFS PARA-MÉDICAUX (1990)

TABLEAU N° 18

catégorie structures	TSS	TS	ATS	Stotal
Ensemble des S.S	11876	15632	24601	52109
Ensemble des EHS	769	852	1504	3125
Ensemble des CHU	4403	4970	8503	17876
Structures para-publique	103	487	453	1043
Total national	17151	21941	35061	74153

Source : Annuaire statistique, MSP 1990. p. 18

Ces chiffres dévoilent que le pays dispose d'un patrimoine humain très important, mais il y a lieu de rentabiliser son utilisation et rationaliser sa répartition dans toutes les structures de soins, parce que la réalité est pleine de contradictions. En effet, au moment où l'Etat impose certaines mesures de compressions et limite

ses recrutements dans les hôpitaux surtout, il engage en trois ans (87-89) près de 40.000 nouveaux paramédicaux qui vont s'ajouter au 70.000 du secteur, majorant ainsi le chapitre des dépenses du personnel de deux (2) milliard de Dinars par an à partir de 1993(1).

Aussi, le recrutement a touché plus de 200 chirurgiens dentistes en sureffectif alors qu'il ya dans la capitale une moyenne de sept (7) praticiens pour un fauteuil(2).

La gestion des structures hospitalière abéit à des critères d'irrationalité. Ainsi, sur les 8291 fonctionnaires que compte le corps des gestionnaires et des administrateurs, seul 620 Parmi eux justifient l'obtention d'un diplôme universitaire, soit une moyenne de 1 sur 14 (3).

Aussi, sur les treize (13) centres hospitaliers-universitaires que compte le pays, huit (8) centres ont été dirigés par des médecins.

Le corps de para-médicaux souffre des conditions de travail déplorables. Cependant, leur principale revendication reste liée à la possibilité du recyclage et du perfectionnement. Une des raisons revient à la rigidité de la politique des salaires: Le payement des traitements et salaires s'effectu suivant des grilles salariales et non pas selon le travail fourni. Cette incohérence est aujourd'hui source de démotivation croissante et génératrice d'un absentéisme considérable.

La conséquence, ce sont des dizaines de spécialistes qui quittent le secteur public pour s'installer dans le privé ou pour émigrer alors que certains services accusent un déficit aigu (ORL, Ophtalmologie...).

Dès lors, entre 1989 et 1990, les quatres CHU d'Alger ont perdu 89 Maîtres assistant et 40 professeurs. Cette situation appelle à une profonde réflexion sur la gestion du personnel médical et Para-médical surtout lorsque l'on sait qu'il faut 25 ans pour former un maître assistant et 30 à 35 ans pour atteindre le grade de professeur

Nos structures de soins sont aujourd'hui privé des services de beaucoup de praticiens voués d'une expérience difficile à remplacer.

Toutes ces conditions favorisent actuellement une expansion rapide du secteur privé.

(1)(3) M.KHIATI, "Quelle santé pour les Algériens", op cité, pp. 35 - 36.

(2) Ministère de la santé publique "Rapport sur la santé", Alger 1990.

SECTION IV:LE SECTEUR PRIVÉ: UN RÉSEAU NOUVEAU DANS LA DISTRIBUTION DES SOINS:

Le principe fondamental de la politique sanitaire en Algérie vise l'instauration et le développement d'un système basé sur la puissance et la dominance du secteur public. Il est le moteur de toutes les opérations de distribution de soins. A travers le réseau infrastructurel implanté à l'échelle national, il est prévu que cette médecine sera rapprochée de tous les citoyens. Même le personnel médical était formé dans le but d'assumer particulièrement cette mission. Ainsi, les moyens de l'Etat étaient orientés dans ce sens afin que ce secteur puisse accomplir pleinement sa mission de principal instrument de réalisation des objectifs sanitaires du pays.

L'exercice à titre privé, qui constitue une seconde voie de prestation de soins, s'écarta du système national de santé puisqu'il constituait une certaine opposition aux principes fondamentaux de l'Etat socialiste.

D'autres part, la privatisation était considérée comme une perturbation de l'ordre de la distribution des soins par la différenciation des modalités de rémunérations des praticiens. Au moment où les praticiens opérant dans le secteur public sont considérés comme des salariés, les praticiens privés sont directement payés à l'acte par les patients. Ce mode de paiement leur permettra de percevoir un revenu non plafonné ou limité.

IV.1. L'EXTENSION DE LA MEDECINE PRIVEE EN ALGERIE APRES 1983

Devant la crainte de distorsion et de perturbation de l'ordre dans le secteur public sanitaire, de paralyser sa mise en marche et de nuire aux principes de la médecine gratuite, la réponse à la volonté des médecins voulant s'installer a titre privé était l'objet d'un contrôle rigoureux par un visa préalable sur les autorisations d'installation.

Cette situation s'est vue améliorer par l'institution de la loi sur la mi-temps⁽¹⁾. Une loi par laquelle les praticiens installés étaient tenus de consacrer six matinées soit 25 heures hebdomadaires au fonctionnement du service public moyennant une rémunération symbolique. Il est important de rappeler que la décision de la gratuité

(1) Circulaire N° 628 du 13 Juillet 1982 rappelant les obligations du régime de la mi-temps.

des soins en 1974 même si elle ne concerne que l'organisation du secteur public, n'exclu pas le privé. Les possibilités de s'installer ne sont pas radicalement supprimées mais rigoureusement contrôlées. Ceci est une contradiction majeure dans les textes de l'organisation médicale en Algérie.

En 1977 une première décision de la privatisation était à l'oeuvre à travers le choix donné aux hospitalo-universitaires d'exercer à titre privé ou dans le secteur public. Les spécialistes tout court étaient épargnés de cette décision. Cette catégorie demeurait massivement affectée aux structures hospitalières.

Plusieurs années se sont écoulées et ce n'est qu'en 1980 que le dossier *santé* était à l'étude au comité central. Ce dernier prononça qu'un système national organisé assure également son renforcement par l'exercice privé.

La modulation du service civil de deux à cinq ans compte tenu du découpage territorial en quatre zones facilita l'affectation des médecins dans la zone 1 jugée la plus prioritaire parce que la plus défavorisée en matière d'assistance médicale.

Ce phénomène semblait être favorable pour les jeunes médecins. Compte tenu de la courte durée du service civil dans cette zone ceci permettra la rapidité de leur installation à titre privé une fois libérés. Les possibilités d'installation à titre privé même permise pour une certaine catégorie de personnel restaient rigoureusement contrôlées par les autorités.

En 1982, une circulaire largement diffusée offre la possibilité à toutes les catégories de personnels médicaux exerçant dans les structures publiques qu'ils soient praticiens généralistes, spécialistes de la santé publique ou hospitalo-universitaires de choisir soit l'exercice public moyennant une bonification des traitements existants de 1000 DA soit l'exercice privé après l'accomplissement du service civil.

En 1985, le ministère de la santé publique diffusa une note mettant pratiquement fin au service de la mi-temps dans les grandes villes en particulier universitaires qui se traduisait le plus souvent par un mi-fonctionnement du secteur privé les après-midi et un mi-fonctionnement du secteur public les matinées. La solution apparaît sous forme d'engagement du personnel permanent dans les structures publiques. Ces derniers exercent à plein temps et contribuent au fonctionnement total des structures publiques.

A compter de cette date, le nombre d'autorisations d'installations était délivrée de façon de plus en plus souple et de plus en plus large.

Ce repli dans le comportement de l'Etat en matière sanitaire se justifie par plusieurs facteurs.

La plus grande justification est apportée par l'inquiétude grandissante devant la forte poussée des dépenses au niveau du fonctionnement des secteurs sanitaires. 67% des dépenses étaient destinés au personnel dont les rémunérations attestent des révalorisations progressives.

Devant une large formation du personnel médical d'une part et les limites du budget attribués aux établissements de santé d'autre part ou après constat de saturation de ces établissements en personnel, la pratique privée semble attirer une masse importante de praticiens médicaux.

Les retards enregistrés dans la réalisation, la réception et la mise en marche des infrastructures pendant que les cadres médicaux achèvent leur formation n'est pas favorable pour les nouveaux cadres. Ceci leur impose un délais d'attente pour être recrutés. C'est la raison pour laquelle ils s'orientent le plus souvent à exercer à titre privé. En plus, le statut du médecin du secteur public bien que fortement valorisé par rapport à d'autres professions, reste en deçà de celui du privé, car la rémunération à l'acte favorise largement des entrées supplémentaires par rapport au traitement plafonné du praticien public. Dans ce nouveau marché des soins, les statistiques courantes attestent que certaines spécialités sont inexistantes dans les structures publiques alors que certains praticiens assurent ce type de soins à titre privé tels que, les spécialistes en allergies ou allergologues, six spécialistes algériens en la matière exercent à titre privé, de même qu'un spécialiste en chirurgie plastique (1).

L'instauration du régime unique de la sécurité sociale en 1984 à une population salariée et fortement gonflée par le processus de développement et l'extension de ce régime à de larges couches cotisantes assure un vaste marché de soins solvable pour la médecine privée. C'est la médecine considérée comme payante dont le règlement s'effectue de deux manières différentes:

- Soit par le remboursement de la sécurité sociale pour ceux qui sont assurés (et dont les modalités sont précisées dans le chapitre précédent).

(1) Ministère de la santé publique:annuaire statistique 89/90.

- Soit par la prise en charge définitive par les ménages.

Le phénomène de la privatisation de la médecine est né et s'est développé à la suite des défaillances enregistrées dans le secteur public particulièrement en matière de prestation de soins. Ce système a enregistré de graves défaillances de fonctionnement: l'offre des soins s'est vue contractée malgré les moyens dont il dispose. En effet, le nombre important de malade fréquentant les structures de santé publique d'une part, l'incapacité de prendre en charge la totalité des besoins des malades devant une limite des moyens mis à la disposition du personnel médical font que les malades se réorientent vers une recherche d'une meilleure prestation de soins, prise en charge réelle et rapide même payante soit-elle.

IV.2 EVOLUTION CHIFFREE DES PARTS DU MARCHE DES SOINS PRIVES

Depuis 1985, le phénomène de la privatisation s'accroît à un rythme croissant et très rapide pour de nombreuses raisons. Pendant cinq ans, et en dépit de toutes les entraves, le secteur privé occupe aujourd'hui une part considérable dans la distribution des soins. Le système de santé actuel se caractérise alors par la juxtaposition de deux secteurs: public et privé avec une prédominance majeure de ce dernier dans certains types de soins. En 1990, le secteur privé englobait 25% de l'ensemble des praticiens médicaux, 65% des pharmaciens sont privés. A la même date on relève que 45% des spécialistes Algériens sont privés et exercent en dehors des Centres Hospitalo-universitaires (CHU) et des Etablissements Hautement Spécialisés (EHS).(1)

Le tableau suivant illustre clairement la privatisation en Algérie.

ETAT DES EFFECTIFS MÉDICAUX DU SECTEUR PRIVÉ 1990

TABLEAU N° 19

Spécialistes	Généralistes	Pharmaciens	Chirurgiens dentistes
1005	3875	1207	1538

source : Annuaire statistique MSP 1990

(1). Ministère de la santé, direction de la planification, statistiques de 1989

A la même date, l'effectif du personnel médical exerçant dans la fonction publique était le suivant:

TABLEAU N°20

spécialistes		généralistes		pharmaciens	chirurgiens dentistes
algériens	étrangers	algériens	étrangers		
1196	885	6656	68	468	4873
Total 2081		6724			

La privatisation en Algérie a élargi le recours à la coopération avec une participation de 42,52% de l'ensemble des praticiens spécialistes, par contre la contribution des spécialistes algériens ne constitue que 57,47%. Il en résulte que les parts dans la distribution des soins se rapprochent progressivement. La couverture en soins généraux par des praticiens algériens est assurée par un effectif de 98,9%, les praticiens étrangers ne représentent que 1,011%.

Les parts du marché des soins sont réparties comme suit (secteur para-public non compris)

TABLEAU N°21

SECTEUR PUBLIC					
spécialistes		généralistes		pharmaciens	chirurgiens dentistes
algériens	étrangers	algériens	étrangers		
1196	885	6656	68	468	4873
2081		6724			
57,47%	42,52%	98,9%	1,011%		
SECTEUR PRIVÉ					
spécialistes	généralistes	pharmaciens	chirurgiens dentistes		
1005	3875	1207	1538		

Source : Annuaire statistique année 1990.

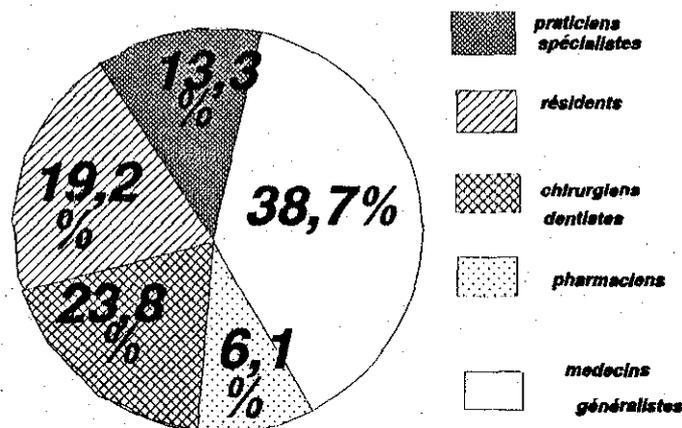
PART DU MARCHÉ DES SOINS

spécialistes privés	spécialistes publics	pharmaciens		chirurgiens dentistes	
45,66%	54,33% (dont 67,43% de coopérants)	privés	public	privé	publics
		72%	28%	24%	76%

PARA PUBLIC

spécialistes	généralistes	pharmaciens	chirurgiens dentistes
46	718	6	255

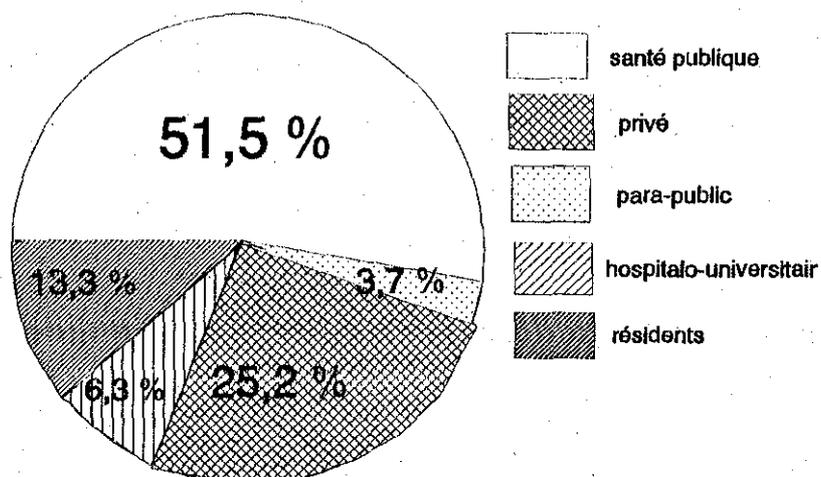
EFFECTIFS MÉDICAUX AU 31/12/1989 RÉPARTITION PAR CORPS



Source : MSP, Annuaire statistique 1990

Remarque: Les médecins généralistes représentent la catégorie la plus fournie parmi l'ensemble des corps médicaux, cela explique la volonté des étudiants en médecine d'exercer tout de suite après l'achèvement de leur études. Le phénomène s'explique d'autre part par la difficulté relative des études spécialisées en médecine.

REPARTITION PAR MODE D'EXERCICE



Source: MSP, annuaire statistique 1990

Remarque: Malgré le changement de la politique de l'Etat et la migration des médecins vers l'installation à titre privé, les praticiens publics constituent la masse la plus importante donc la plus dominante dans les prestations de soins.

CONCLUSION

Il paraît clairement que la part des dépenses du personnel dans le budget global de la santé est très importante. Malgré son importance, cette part a progressé de nouveau. Ceci résulte de la dernière décision relative à la revalorisation de tous les traitements et salaires du personnel de la santé.(1)

Dans ces conditions, une utilisation meilleure du patrimoine humain est recommandée dans toutes les structures de soins. Il doit obéir à de nouvelles règles de gestion efficace et rationnelle.

Aussi, l'évolution rapide des technologies de la santé impose sans cesse le perfectionnement et le recyclage du personnel. Ce qui permettra de faire bénéficier toute la population d'une amélioration successive des techniques sanitaires.

Les efforts fournis par l'Etat dans le domaine de la formation se sont traduits par un accroissement quantitatif de l'ensemble du personnel de la santé. Cet objectif étant atteint, il s'agit aujourd'hui de privilégier l'aspect qualitatif de la formation. Ceci est impératif pour rendre plus efficace le fonctionnement des services de santé.

Dés lors, il faut contrôler le flux des praticiens orientés vers la fonction privée. Car la situation actuelle risque de conduire à un déséquilibre dans le fonctionnement normal de toutes les structures sanitaires.

(1) Loi N° 91-106 du 27 Avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux : JORA N°22
Mai 1991 pp. 596-645

CHAPITRE II

Les dépenses de médicaments

Dans un système de santé basé prioritairement sur la distribution gratuite des soins, nous ne pouvons négliger l'apport de la nouvelle politique du médicament instaurée essentiellement dans le but de servir et de concrétiser un choix jugé juste, irréversible dans sa conception et protégé par un ensemble de lois et de textes promulgués en la matière.

Le terme *médicament* signifie toute substance ou composition utilisée pour le diagnostic, la guérison, l'amointrissement, le traitement ou la prévention de la maladie chez l'Homme, ou pouvant affecter la structure de n'importe quelle fonction du corps humain "(1).

Il devient à son tour un des éléments sur lequel repose une nouvelle vision sociale impulsée par le choix du nouveau système de santé. Ce dernier, quelques années après sa mise en application favorisa la libération de la demande des soins de toute nature. Ce qui s'est traduit par une très forte utilisation du médicament.

L'analyse de la question du médicament en Algérie nous permet d'apprécier l'effort de la médicalisation à travers l'ensemble des spécialités médicales introduites dans divers services médicaux à prestations gratuites.

La question du médicament met en évidence également l'ensemble des moyens déployés par l'Etat afin de favoriser non seulement sa large disponibilité sur tout le marché des soins mais aussi l'effort d'étendre sa consommation à de larges niveaux. D'où, l'interrogation sur les modalités de gestion appliquées ainsi que les résultats escomptés des choix effectués.

La politique du médicament en Algérie a fait l'objet d'une profonde réforme en matière d'approvisionnement, de distribution et de consommation. Pour cerner son importance actuelle, essayons de retracer l'historique de son évolution.

(1) D. BENSEBA, "Les firmes multinationales pharmaceutiques et les pays en voie de développement", OPU, Alger 1990 p. 278.

SECTION I. LES PHASES CARACTERISTIQUES DE LA POLITIQUE DU MEDICAMENT EN ALGERIE

Pour constituer l'entité qu'il présente actuellement, trois étapes fondamentales caractérisent sa construction.

I.1 PHASE ANTERIEURE A LA GRATUITÉ :

Elle se situe entre 1962 et 1969. Elle est qualifiée de période de pragmatisme. Cette période constitue la phase antérieure et la plateforme du lancement de la gratuité des soins. Elle représente également le profil du système en cours durant la colonisation.

En effet, le réseau pharmaceutique légué par le colonisateur était constitué par près de 600 officines de pharmacie situées le plus souvent dans des zones urbaines où la communauté étrangère était la plus importante. Par contre, le Sud du pays n'était pratiquement pas couvert par les services des pharmaciens. Ce qui caractérise également cette phase, c'est la présence de deux petites unités de production privées (française notamment). Le départ massif des européens a fait qu'à l'indépendance le corps des pharmaciens s'est trouvé réduit à environ 80 Algériens exerçant dans les officines. L'approvisionnement en produit pharmaceutique est devenu le souci de tous ceux qui étaient touchés de près ou de loin par le métier(1). Pour assurer la relève dans ce domaine, un ensemble de mesures furent prises de façon à répondre aux besoins les plus urgents. Ces mesures peuvent être résumées ainsi :

- En 1963, la pharmacie centrale d'Algérie (PCA) prend la relève des magasins généraux des services civils de santé et se voit chargée de la gestion des officines pharmaceutiques vacantes, devenues agences pharmaceutiques d'Etat.
- En 1965, la PCA héritait de l'ensemble des biens, droits et obligations de trois établissements grossistes nationalisés. D'autres mesures ont concerné la mise en place du service central de la pharmacie, des inspections et la nationalisation du réseau de répartition.

[1) D. SAIKI, J. BOUDIAF " Le développement des ressources matérielles, infrastructures, équipements et médicaments " , Séminaire sur le développement d'un système national de santé, Avril 1983.

Toutes ces mesures ont débouché en 1969 sur l'institution d'un monopole d'Etat attribué à la PCA. ceci en matière d'importation et de distribution des produits pharmaceutiques.

Cette période ne dévoile pas la présence d'un système organisé de gestion, seulement des mesures prises ici et là pour cerner les problèmes entourant la question du médicament et surtout faire face à la demande des soins existante. La phase suivante resume également certain changement dans la politique du médicament.

I.2 LA PÉRIODE D'ORGANISATION CENTRALISÉE :

Elle s'échelonne entre 1969 et 1980. Durant cette période, la PCA s'engage dans les tentatives de maitrise de la fonction commerciale, d'approvisionnement et de distribution. Elle essaie de passer du rôle de simple grossiste étatique à celui plus complexe de gestionnaire d'organisme et agent d'orientation du marché intérieur du médicament et du matériel médical.

Le monopole attribué à la PCA marque d'abord le caractère centralisé du système. La PCA était le seul organisme directement régi par la décision de l'Etat qui l'orientait dans toutes les directions, pour lui assurer le lien avec les autres objectifs préalablement établis. C'est ainsi que le monopole dorénavant réservé à la PCA regroupera non seulement le monopole de l'Etat en matière de production des produits pharmaceutiques mais aussi celui de l'importation de tous ce qui est relatif à ce domaine(1).

Cet organisme s'est retrouvé très vite unique importateur non seulement des médicaments mais également des équipements médicaux, de l'instrumentation, des accessoires médico-chirurgicaux, des produits vétérinaires, des réactifs de laboratoires ainsi que des produits chimiques et galéniques officinaux.

Les principales options qui ont régi la politique des importations au cours de cette période se résument dans la constitution de la commission de choix de médicament en 1972.

(1) Ordonnance N = ° 69-144 du 25 Mars 1969 portant institution du monopole d'importation des produits pharmaceutiques.

Elle fait passer la liste de 7500 médicaments à 2400 types pour les officines et à 1500 pour le secteur hospitalier. Aussi, il a été procédé à la constitution du laboratoire central de contrôle pour effectuer les contrôles de qualité nécessaire sur l'ensemble des médicaments produits ou importés(1).

Pour protéger le caractère des importations médicamenteuses, toutes les mesures de respects des obligations contractuelles par les partenaires ont été prises.

La diversification des sources d'approvisionnement et l'élaboration de la nomenclature officielle des produits agréés en Algérie a été aussi un souci constant de l'Etat.

En fin, une priorité absolue était donnée au lancement de la production nationale pour des raisons se rapportant au choix socio-économique du pays et particulièrement du système de soins adopté. Pour concrétiser les objectifs de ce nouveau système, la politique du médicament confirme une volonté de faire participer des organes nationaux à l'activité du secteur. En effet, il a été décidé par le gouvernement que l'approvisionnement en médicament ne peut être assurée uniquement par une source étrangère. Réduire progressivement la dépendance en matière d'importation des produits pharmaceutiques est d'une extrême urgence. Attribuer à la production nationale son rôle en est le moyen le plus efficace.

L'approvisionnement national en médicament pose la question concernant l'industrie médicamenteuse qui doit prédominer en Algérie. Ceci est très important car il existe un contrôle strict des firmes étrangères sur tout le marché des médicaments. Cette situation explique les limites de la production de médicaments dans tous les Pays en Voie de Développement (P.V.D) en général et en Algérie en particulier. Par dessus tout, l'année 1971 marque le début des nationalisations en Algérie, date durant laquelle il a été procédé à une opération d'absorption progressive par la PCA de deux unités de production de médicaments étrangers se trouvant sur le territoire national. Les unités PHARMAL et BIOTIC étaient intégrées à la PCA à 50 %, leur achat total s'est effectué entre 1975 et 1977.

(1) Arrêt du 8 Juin 1963 portant organisation et gestion des officines vacantes

En 1971 il a été créé une unité de production des produits pharmaceutiques à El-Harrach et dès 1972, l'ensemble des trois unités fabriquent près de 200 produits (dont certains sous licence), couvre près du 1/6 de la consommation nationale. Ce qui caractérise fondamentalement cette période c'est le développement considérable des activités de distribution.

Dès 1973, le montant des ventes enregistra des accroissements très sensibles passant de 180 millions de DA à 1600 millions de DA, soit un accroissement de 1 à 10 en dinars courants. Ce qui favorisa un élargissement du réseau de la distribution à travers la multiplication d'agences pharmaceutiques qui sont passés en nombre de 80 à 500.

La mise en pratique de la gratuité des soins à partir de 1974 a notablement accru la consommation au niveau des secteurs sanitaires. Il en est résulté de fréquents dépassement par ces derniers. La dotation en médicaments attribuée pour chaque exercice et à un rythme de plus en plus croissant résulte d'une demande fortement croissante générée par plusieurs facteurs socio-économiques. Tous ces éléments n'ont pas manqué d'avoir des repercussions néfastes sur la trésorerie de la PCA.

Aussi, suite à un pouvoir hautement centralisé en matière de production, de gestion et de distribution, le développement n'a pas été suivi par une augmentation parallèle des structures de stockage et de répartition. Ces dernières se sont révélées très vite insuffisantes pour remplir correctement leur mission. Ces problèmes et ces difficultés d'exercice caractérisent l'achèvement de la seconde phase. L'introduction d'une certaine modération de la gestion et une décentralisation lancée à tous les niveaux ont caractérisé le début des années 1980 - 1982 d'ou une troisième phase dans l'évolution du système.

I.3 DÉCENTRALISATION ET RÉORGANISATION PROFONDE: 1980 - 1982

C'est en tenant compte d'une expérience vecue que le principe de la restructuration de l'entreprise a été retenu et sa mise en application a été décidé. L'opération s'est fondée sur un triple critère :

1/ La nature des produits ou articles gérés:

Ce qui explique la création d'une entreprise chargée exclusivement des équipements médicaux (ENEMEDI).

2/ La distinction entre la fonction d'approvisionnement et de production

3/ La création de trois entreprises nationales d'approvisionnement en produit pharmaceutiques: une siégeant à Constantine, la seconde à Alger et la troisième à Oran.

Les motifs de cette réforme comme il a été précédemment indiqué résident dans la gestion excessivement centralisée par l'ex PCA, ce qui a handicapé le déroulement normal de ses activités et par la suite a constitué un frein à la bonne marche de ses services. Au courant de l'année 1980 des perspectives ont été établies afin d'assurer une régularité permanente dans son exercice et sa bonne gestion notamment au niveau de la production, des exportation et de la distribution du médicament. Mais, le développement de la production nationale a acquis un autre aspect au cours de cette période. En effet toute la production de médicament assurée par les entreprises nationales était orientée vers la satisfaction des besoins internes, libérés par l'effet de la médicalisation d'une part et de la socialisation du système d'autre part.

Afin de rendre possible la réponse à cette demande par le biais d'une production nationale, des mesures urgentes ont été prises durant le premier plan quinquennal. Elles se rapportent surtout à l'accélération de la réalisation des unités pharmaceutiques ainsi que l'élaboration de nouveaux projets. Parmi les perspectives jugées importantes se distingue la volonté de renforcer la capacité des structures de développement et de mise au point des formules médicamenteuses. Ceci afin de rompre avec l'importation de certains médicaments et produits pharmaceutiques. Toutes les mesures prises par l'Etat dévoilaient l'absence de critères de gestion performant. Toute la gestion de médicament se résume jusqu'ici dans la volonté de garantir la disponibilité du médicament par tous les moyens.

Aussi, devant la difficulté de répondre à la demande locale en médicaments par une production nationale suffisante, les importations constituent souvent le recours nécessaire afin de compléter le vide.

Ce qui caractérisait les importations au cours de cette période c'est leur importance sur le plan de quantité. D'autre part des moyens financiers considérables sont engagés dans toute opération d'achat.

SECTION II. L'APPROVISIONNEMENT NATIONAL EN MEDICAMENTS

II.1 LA PRODUCTION DE MEDICAMENTS ET SES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES EN ALGERIE

Le marché local du médicament est totalement dépendant de l'étranger. Le début de la production nationale en matière de médicament date du premier plan quadriennal, par la création de l'unité d'EL-Harrach d'une part et l'absorption progressive par la PCA des deux unités de production étrangère d'autre part. Ceci a favorisé une couverture de près du 1/6 de la consommation nationale au cours du premier plan quinquennal (1980-1985). Ce taux de couverture bien qu'il marque un progrès dans le domaine, demeure insuffisant par rapport aux moyens consentis par l'Etat. D'autre part, ce taux marque la difficulté de faire face à une demande de plus en plus croissante. La nature même de l'industrie de ce type de produits est très complexe car elle doit répondre à des normes très strictes. Même si le taux d'accroissement de la production est confronté à certaines contraintes techniques de production, formules chimiques par exemple, qui sont la plupart du temps maîtrisées par les grandes firmes étrangères, l'absence d'une bonne gestion et de savoir faire limitent toutes les possibilités d'accroissement dans ce domaine(1). La production pharmaceutique locale se caractérise aussi par son aspect de dépendance. En effet la matière première requise pour une telle fabrication fait défaut sur le marché national. Les 95% des matières sont importées dont plus de 60% de la France. Son importation nécessite des moyens financiers considérables. Il en est de même pour les équipements de production et pièces de rechange. Pour cela et depuis le lancement de la production pharmaceutique

(1) M. KADDAR, "Consommation et production de médicament en Algérie ": les termes d'une politique de maîtrise, *Revue du CENEAP*, Numéro spécial.

locale plus de 90% de l'approvisionnement est couvert pas les importations dont le monopole est détenu depuis 1969 par la PCA puis par les entreprises suivantes: ENAPHARM, ENCOPHARM et ENOPHARM. La production locale a souvent gravité autour de 10%: Le tableau suivant illustre la part du marché locale.

TABLEAU N° 23

source d'approvisionnement	1974	1978	1980	1984
1. importation en milliers de DA	278	540	1100	1300
2. production locale	46	105	129	155
3. total	324	645	1229	1455
1/3	85,8%	83,7%	89,5%	89,3%
2/3	14,2%	16,3%	10,5%	10,7%

Source : M. KADDAR : " système de santé et médicament " Thèse de magistère, Oran 1981

La production nationale de médicaments qui est passée de 46 millions de dinars en 1974 à 152 millions de dinars en 1984, est l'oeuvre des trois unités de production polyvalente.

En 1983, suite à la restructuration de la PCA, les trois unités de formulation et de conditionnement étaient intégrées à l'entreprise nationale "SAIDAL".

A cette date, la SAIDAL gérait une gamme de 210 produits pharmaceutiques dont 12 fabriqués sous licence.

Dés 1984, 60% de la production locale relevait de la liste des médicaments essentiels.

Il en résulte que la production nationale en Algérie reste largement dominée par de nombreux problèmes constituant dans l'ensemble des obstacles devant une réalisation adéquate de ses objectifs et une bonne marche de ses unités. En effet, face à une qualification peu suffisante du personnel, un manque patent dans le domaine de la préparation pharmaceutique, les limites des moyens déployés pour la recherche et

un manque sensible de formation et d'expérience sont tous des éléments qui confirment simultanément la difficulté et l'absence de rigueur dans la production pharmaceutique en Algérie.

Si certains de ces facteurs peuvent être maîtrisés d'une façon ou d'une autre, telle que la formation ou la recherche, il n'en demeure pas moins que certains autres facteurs sont difficilement mesurables ou encore maîtrisables. Le transfert technologique susceptible de favoriser une large production est largement dominé par le marché extérieur des pays développés.

Aussi, l'acquisition de ces équipements entraîne des coûts financiers considérables, leur maintenance reste également toujours subordonnée à certaines contraintes étrangères.

L'état défectueux de certains équipements de la SAIDAL montre la difficulté de l'évolution de la production nationale et l'élargissement de son marché local.

Caractérisée par une dépendance totale en matière d'équipement pharmaceutique, la procédure d'importation constitue également une variable très difficile à maîtriser et à gérer.

Les matières et réactifs sont également importés et en quantités importantes, ce qui se traduit par la perturbation de la production nationale ou du moins limitent l'élargissement du marché intérieur de diverses manières dont la plus dominante est la rupture d'approvisionnement.

Dès 1986, le complexe d'antibiotiques de Médéa est entré en activité pour couvrir une large part de la consommation de médicaments anti-infectieux.(1)

Il présente un taux d'intégration relativement élevé. La gamme des spécialités produites est assez large, parmi ces spécialités on dénombre la Pénicilline G (133 tonnes/ans) et la pénicilline V (29 tonnes/an). Ce complexe doté d'un budget initial d'investissement de 1,5 milliard de DA, a été réalisé dans l'optique de substitution aux importations. Toute fois, les obstacles à la valorisation effective des capacités de ce complexe semblent nombreux. Le complexe de Médéa a été doté d'un équipement

(1) " Gratuité des soins " Revue de presse d' Algérie N= ° 181

trés moderne, utilisant des processus automatisés. La présence dans ses services d'un personnel qualifié en était la clé de la réussite. Malgré l'effort de la formation à l'intérieur du pays ou par l'envoi des cadres en formation à l'étranger, le personnel d'encadrement et de maîtrise hautement qualifié et expérimenté attestent un manque remarquable dans tous les domaines.

En cas de nécessité (pannes, pièces de rechange ...) le recours à une assistance technique étrangère est indispensable et marque l'aspect dominant de la dépendance technologique et de la non maîtrise de l'utilisation des moyens de productions. Chaque fois qu'une telle opération est nécessaire, des moyens financiers considérables sont débloqués et notamment en devises étrangères. L'analyse financière fait ressortir qu'un taux de change fortement surévalué est supporté dans toute opération d'importation, ce qui suppose une mobilisation de moyens financiers de plus en plus importants que ce soit en dinars algériens ou en devise étrangère (1). Dans les relations économiques internationales, cet aspect se traduit par " la détérioration des termes de l'échange ".

Il en résulte que le coût de production du médicament est surmultiplié par l'ensemble des facteurs énumérés d'où au prix parfois plus élevé que celui de l'importation. Ceci est d'autant plus marqué par le fait que les principaux médicaments et antibiotiques en particulier accusent une tendance à la baisse sur les marchés étrangers. Cette situation est justifiée par une meilleure maîtrise de la technologie et des facteurs de production(2). Parfois la stratégie des firmes internationales vient s'ajouter donc pour décourager tout projet de production local non contrôlé directement par elles(3).

(1) F.Z. OUFREHA "Essai sur le système de soins en Algérie" *CREAD*, 1^{er} trim 1988.

(2) PETER S., HELLER et HEMMING R. " Troisième âge et dépenses sociales dans les grands pays industrialisés", *Finance et développement*, Décembre 1980

(3) D.BENSEBA, "Les firmes multinationales pharmaceutiques et les pays en voies de développement", OPU, 1990.

L'ensemble de la production nationale en quantité et en valeur peut être résumée à travers le tableau suivant:

EVOLUTION DES PRINCIPAUX AGREGATS DES ENTREPRISES PUBLIQUES SOUS TUTELLE

TABLEAU N°24

entreprises sous tutelle	1984		1985		1986		1987	
	ventes	V.A.	ventes	V.A.	ventes	V.A.	ventes	V.A.
ENAPHARM	1178633	295165	1258940	5440185	1250000	316000	1212175	347234
ENCOPARM	793951	346189	849946	547289	992000	381841	878639	360853
ENOPHARM	443835	184008	495819	236924	503000	189212	544600	213016
ENEMEDI	351234	61602	3227318	91917	320000	73200	345000	905400
THALASSOTHE RAPIE	22232	18054	23776	18410	22452	17976	25687	19800
IPA	60000	28000	67000	29000	63300	29000	76000	30000
TOTAL	2849885	933018	3017799	1467552	3150752	1007229	2537501	106

source: rapport général sur le système de santé:
Rapport des activités des entreprises publiques Algériennes.

La production de médicaments a subie une paralysie partielle. Il en reste que les problèmes internes caractérisés par les nombreuses perturbations, la non maîtrise des facteurs de production et une absence de règles de gestion stricte, face à une demande de médicaments peu maîtrisable font que ces éléments vont transmettre les séquelles à l'ensemble du système de soin. Devant une telle situation, le recours aux importations demeure la solution finale pour remédier à la défaillance du marché national et la prise en charge de l'ensemble des risques résultant de toutes les opérations d'importations.

II.2 L'IMPORTATION DES MÉDICAMENTS EN ALGERIE

Les dépenses de fonctionnement effectuent une part de plus en plus importante de la rubrique des médicaments. Etant donné la dominance du phénomène de

l'importation, les dépenses en médicaments font ressortir d'une part l'effort fourni par l'Etat en vue de faciliter la disponibilité de cette matière par le recours à l'importation et d'autre part justifie une mobilisation croissante des moyens financiers faisant face à un accroissement de consommation impulsée par plusieurs facteurs notamment: l'urbanisation de la population, la médicalisation et l'expansion démographique en général.

EVOLUTION DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS ENTRE 1974-1984

TABLEAU N°25

Unité: Millier de D.A

Années	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83
total du budget des secteurs sanitaires	847300	889000	1000000	1146000	1340500	1852000	2597000	3206500	3795000	4278750
total des dépenses de médicaments	150000	234000	234000	260000	300000	327500	375000	448000	4800000	590000
%	17,7	26,32	23,40	22,68	22,4	17,68	14,44	13,97	12,65	13,79

Source T. HOCINE, BENBOUZIO A., Financement de la santé Annexe page 244

Le tableau atteste une augmentation très nette en valeur.

Cependant la diminution du pourcentage exprime l'importance de l'accroissement d'autres postes du budget par rapport à la rubrique des médicaments. Ce taux d'accroissement n'a cessé de prendre de l'importance pour présenter dans les années 90 un taux nettement plus élevé allant de paire avec l'accroissement du budget destiné à la santé et la protection sociale. Néanmoins, cette charge devient lourde du fait de la gratuité, du changement de la conjoncture économique et de l'affaiblissement des moyens financiers notamment en devise étrangère. Par dessus tout, le budget de fonctionnement en 1988 atteste l'effort de maintenir une situation sanitaire équilibrée dans l'ensemble du pays.

Cette importance se dégage à partir de la comparaison du volume des dépenses de médicaments avec les autres postes du bilan. Ceci peut être recueilli dans le tableau suivant:

DÉPENSES DES MÉDICAMENTS PAR RAPPORT AUX AUTRES POSTES DU BILAN

TABLEAU N°26

Dépenses	en millions DA	%
personnel et charges sociales	8100	70,80
Formation	729	6,37
Alimentation	456	3,99
Materiel et outillage médicaux	775	2,99
Entretien et infrastructures	280,5	2,45
Dépenses spécifiques de prévention	215	1,88
dépenses de recherches	22	0,19
Autres dépenses	510,325	4,46
Total	11441	100
AGI	en millions DA	%
Monopole	1445	86,27
Médicaments	1245	74,33
Equipements	200	11,94
Fonctionnement	200	11,94
Objectifs planifiés	30	1,79
total	1675	100

Source : M. KHIATI, "Quelle santé pour les algériens ?"
OP CITE, p. 22

L'autorisation globale d'importation (AGI) qui est une enveloppe en devise a consacré 410 millions de dinars à l'achat de médicaments entre 1970-1974. Cette somme a dû se multiplier pour atteindre 1245 millions de dinars en 1988, en 1989 elle atteint les 180 milliards de centimes. L'importation des médicaments en Algérie se caractérise par le monopole d'Etat dans la matière. Toutes les entreprises privées en ont été éloignées jusqu'à révision de la question depuis 1989. Les entreprises et organismes publics sous tutelle laissent apparaître une évolution dans leur importation.

Cette évolution est retracée par le tableau suivant:

EVOLUTION DES IMPORTATIONS RÉALISÉES DIRECTEMENT PAR LES ENTREPRISES ET ORGANISMES PUBLICS SOUS TUTELLE

TABLEAU N° 27

entreprises et organismes publics sous tutelle	1984	1985	1986
ENAPHARM	655.000	571487	657000
ENOPHARM	238.246	274410	227273
ENCOPHARM	489.578	501067	419763
ENEMEDI	326468	162495	180.300
IPA	82507	48.058	28000
secteurs sanitaires	69517	72000	70857
CNMS			
THALASSOTHERAPIE	692	1632	100
TOTAL	1862.000	1631.153	1583.293

Source: Rapport général des activités des entreprises
nationales en 1987.

Dans le but d'apporter une meilleure gestion aux établissements de santé notamment "*les hopitaux*" et réactiver l'opération de distribution des soins, l'importation confiée aux entreprises sous tutelle couvre 85% des besoins en médicaments, le complément des besoins étant couvert par le biais de l'AGI attribuée à certains établissements hospitaliers. Il en résulte donc que les entreprises et organismes publics sous tutelle ne sont plus les seuls concernés par l'importation. Les centres hospitalo-universitaires (CHU) et les hôpitaux spécialisés disposent d'une AGI spécifique qui leur permet de répondre rapidement à certains de leur besoins. Les médicaments occupent la part prépondérante dans la consommation des établissements de leur AGI. L'AGI des CHU et hopitaux se chiffrait à 30 milliards de centimes en 1989. Cette somme s'ajoute à l'ensemble des dépenses en devises attribué au monopole de l'importation des médicaments.

II.2.1. Evolution de l'importation

Les importations de médicaments ont toujours dominé l'approvisionnement du marché national. Sans exagérer, le phénomène a persisté depuis l'indépendance, mais il est devenu plus important et plus coûteux depuis la mise en oeuvre de la gratuité des soins. Beaucoup d'efforts ont été faits jusque là. Mais certains facteurs sont persistants, (démographiques, extension du tissu sanitaire, accroissement du nombre de prescripteurs et de spécialités médicales). Ils favorise une demande progressive de la quantité de médicaments. Il s'agit de répondre par tous les moyens à la demande des soins afin de protéger l'état sanitaire du pays et assurer le fonctionnement normal des établissements de santé. Le caractère même de l'importation des médicaments devait être protégé contre les perturbations du marché extérieur et les ruptures subites d'approvisionnement.

En 1971, juste au moment des nationalisations des sociétés pétrolières françaises, l'embargo qui a suivi les décisions historiques a touché également les médicaments en usage d'à peine 5% du stock de sécurité de la PCA. Depuis les mesures prises faisaient l'obligation d'adopter la politique de diversification. Ce qui signifie l'achat des médicaments auprès de plusieurs fournisseurs de pays différents. Cette mesure ne devait en aucun cas nuire à la qualité du produit précisent néanmoins les textes. Les médicaments et produits doivent garder la même composition chimique même si leur acquisition s'effectue plusieurs fois par an. Ceci afin de protéger le mode de consommation et les habitudes de prescription médicale pendant une période déterminée.

D'autres mesures concerent le dédoublement du volume du stock de sécurité, prévoyant ainsi tout aléa ou rupture de stock causé volontairement ou involontairement par les firmes étrangères. Cette mesure répond également à certains facteurs internes, notamment la croissance de consommation de médicaments à travers le système de gratuité qui met continuellement en évidence une demande nouvelle.(1)

(1) "gratuité des soins", Revue de presse, OP CITE, N= ° 181 .

II.2.2 Le caractère de l'importation médicamenteuse en Algérie

Les efforts déployés dans le sens de la diversification ont abouti à un approvisionnement auprès de 384 fournisseurs, originaires de 28 pays. L'analyse de ces chiffres fait ressortir que 4 pays socialistes, 7 pays de l'Europe de l'Est et 17 autres pays assurent l'approvisionnement. Au cours des dernières années notamment depuis 1980, l'action permanente se fixa sur la consolidation et l'élargissement de la gamme des produits importés des pays socialistes, d'où certains coûts plus bas et des relations politico-économiques apparemment sûres et solides. L'expérience a montré que les marchés socialistes étaient caractérisés par une meilleure transparence.

Le souci de la diversification des sources d'approvisionnement qui fut un objectif majeur sur lequel repose toute une stabilité du système de soins en Algérie nécessite la résolution de plusieurs pesanteurs parmi elles :

- *La connaissance du marché international: le comportement des firmes par les outils de prix, quantité, modalités d'approvisionnement, facilités de paiement etc ...*

- *L'expérience a montré que les multinationales tendent à renforcer " la mondialisation de leur pouvoir " à travers leurs exportations vers les pays du tiers monde. Phénomène que les pays en voie de développement cherchent à éviter dans leurs opérations d'importation.*

- *La diversification implique le choix des opérateurs économiques ou des partenaires qui se distinguent par leur sérieux, leur régularité dans la livraison sur le plan qualitatif et quantitatif(1).*

En dépit de tous les efforts visant à diversifier les sources d'approvisionnements, les statistiques attestent que 96% des médicaments sont achetés auprès des pays occidentaux (Suisse, RFA, GBR...) avec une part prépondérante pour la France.

Cette deuxième pesanteur est évoquée comme indispensable à résoudre dans le but de réussir une diversification des sources d'approvisionnements. Sur les 384

(1) M.KADDAR, "La gestion du médicaments", OP CITE, CENEAP, p 131.

fournisseurs, 119 sont français et couvre plus de 57% de l'ensemble des importations algériennes jusqu'en 1981. Ce taux a augmenté pour représenter 75% de l'ensemble des importations en 1984. Ce dernier a du être révisé pour ne représenter que 66% en 1988, la différence fût en faveur des laboratoires Yougoslaves, certains pays de l'Est et du tiers monde. 205 fournisseurs des sept autres pays européens dont la RFA, la Belgique, les Pays Bas, la Suisse et la Grande-Bretagne assurent 16% des besoins nationaux en médicament. Par ailleurs 60 fournisseurs proviennent de différents pays de l'est et arabes qui couvraient jusqu'à 1988, 18% des besoins avec une prépondérance des laboratoires des pays de l'est, Yougoslave notamment.

IMPORTATION PAR GROUPE DE PAYS

TABLEAU N°28

pays	1975	1978	1979	1983
1/ pays occidentaux dont la France	98,26 87,80	97,10 77,62	96,90 64,85	96,29 77,62
pays socialistes	1,13	2,61	2,81	2,81
pays du tiers monde	0,61	0,29	0,29	1,01

Source: Rapport d'activité de la PCA cité par BOUAZZA Diden: la distribution des médicaments en Algérie: Doctorat de 3^{ème} cycle 1988,p.'83

Les statistiques attestent que les quantités importées sont en croissance continue et les prix ont doublés sinon quadruplé en référence du taux de change. La charge est devenue de plus en plus lourde et l'effort de conclure l'achat n'est pas toujours gagné auprès de certaines firmes et laboratoires. Pour cela, les médicaments français importés par l'Algérie (étant donné la prédominance de ces firmes) requierent des moyens financiers de plus en plus importants. Ceci est mis en évidence par le tableau suivant:

MÉDICAMENT FRANÇAIS IMPORTÉS PAR L'ALGÉRIE:

TABLEAU N° 29

	1985		1986		1987	
	quantité	prix F.F	quantité	prix F.F	quantité	prix F.F
Médicaments non conditionnés pour la vente au détail	365	14531	179	27532	52	18228
Médicaments conditionnés pour la vente au détail	28391	1311889	241146	1110136	11804	571616

Source: INSEE

Malgré le souci de diversification, l'Algérie se place au 1^{er} rang des clients de la France en matière de produits pharmaceutiques importées. Ceci s'explique par la connaissance des prix qui sont relativement compétitifs, de la qualité des produits et des facilités de paiement.

La prépondérance des laboratoires français s'explique également par certains facteurs comme:

- *La formation du corps médical est toujours faite en langue française. Ce qui explique relativement cette orientation d'achat vers ce pays.*

- *L'automédication: est un facteur qui accroît la consommation de médicaments. Ce qui favorise ce phénomène, c'est l'expression du consommateur en langue française.*

Il demeure alors que le marché algérien est le plus large et le plus favori des firmes et laboratoires français. Aussi en 1978, la France a exporté pour 1546 millions de francs de produits pharmaceutiques vers l'Afrique, l'Algérie en avait importé pour 493,4 millions de FF, soit le tiers du marché africain. L'Algérie occupe donc le 1^{er} rang parmi les clients de la France. La persistance et la prépondérance des laboratoires Français marque également les années 90.

En dépit de tous les efforts d'instaurer une politique claire en matière de médicaments, les importations ont pratiquement gardé la même importance. Elles constituent jusqu'à nos jours une des variables les plus difficiles à maîtriser. Une gestion performante des médicaments en est loin d'être atteinte. Surtout que la consommation pèse lourdement sur les acteurs du système de soins.

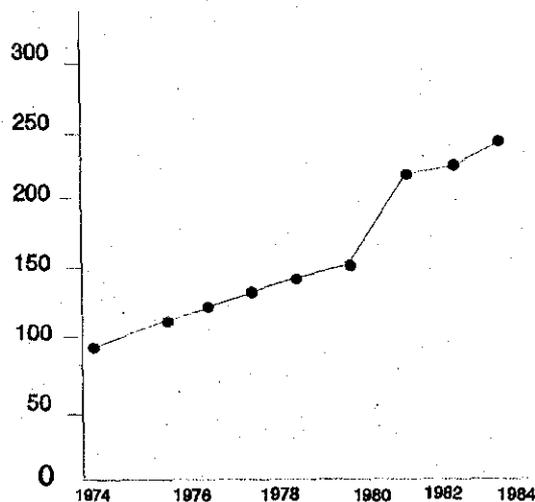
SECTION III. CONSOMMATION ET GESTION DES MEDICAMENTS EN ALGERIE

III.1- LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS

Le plus marquant dans la politique du médicament en Algérie est l'importance de la demande qui doit être satisfaite. L'indice de consommation pour ce produit révèle une croissance continue. L'accélération de la consommation est en fait générée par plusieurs facteurs étroitement liés au système de soins instauré en 1974.

Cette date marque une intensification de la consommation qui a enregistré une augmentation de 25,82% en 1975. Depuis une augmentation moyenne de 1,44% par an est enregistrée jusqu'en 1979. Le phénomène s'est développé selon la courbe suivante:

CONSOMMATION DES MEDICAMENTS (en millions d'unités de ventes)



Source : M.KHIATI, op cité p. 101

Les facteurs justifiant l'accroissement de la consommation sont de nature sociale: L'explosion démographique, la salarisation de la population, l'urbanisation et l'analphabétisation.

D'autres facteurs sont d'ordre médicaux et résultent de l'extension du tissu sanitaire, de la multiplication des spécialités médicales et de l'accroissement du nombre des prescriptions. Ce dernier phénomène a acquis une ampleur considérable depuis l'introduction des soins spécialisés en Algérie à l'issue du 1^{er} plan quinquennal. Les médicaments prescrits par les praticiens médicaux exprimaient de plus en plus une croissance quantitative dans un premier temps puis qualitative dans un second.

Certains facteurs justifiant l'accroissement de la consommation des médicaments résident aussi dans la volonté de l'Etat de multiplier les efforts de protections contre les perturbations que connaît la distribution des produits pharmaceutiques liées à un changement dans le mode d'approvisionnement externe. Ces efforts se sont traduits par le dédoublement des stocks de sécurité engendrant ainsi des coûts financiers considérables.

III 1.1 *Les indices de la croissance de consommation*

Les taux de croissance vertigineux justifient aussi l'importance de la question du médicaments en Algérie. Ceci est recueilli dans le tableau suivant:

CONSOMMATION DU MÉDICAMENT PAR HABITANT (EN DA)

TABLEAU N°30

1970	1972	1974	1976	1978	1979	1980	1984	1989
20	33	47	53	55	71	84	100	80

Source : D.BENSEBA, op cité p.98

Ces chiffres rangent l'Algérie parmi les plus grands consommateurs d'Afrique et le 12^{ème} pays des Pays en voie de développement (PVD).

CONSOMMATION EN MILLIONS DE DOLLARS.

TABLEAU N°31

Pays	Année	1980	1990
Algérie		190	2400
Amérique centrale		235	2255
Maroc		135	1655
Philippines		370	1640

Source: D. BENSEBA , OP CITE, p 261.

En examinant ces tableaux, on remarque que :

1/ Ces chiffres n'incluent pas les dépenses pharmaceutiques occasionnées par les soins à l'étranger et pris en charge par la sécurité sociale ou par les ménages eux-mêmes.

En conséquence, les chiffres seront nettement plus importants si l'ensemble des paramètres était pris en compte.

2/ La consommation de médicaments par habitant serait en fait plus élevée si elle était imputée uniquement à la population qui a pu en disposer.

III.1.2 Aspects quantitatifs et qualitatifs de la consommation de médicament en algérie

Il est admis qu'en matière d'importation de médicaments, le monopole n'a été concédé qu'à la seule PCA, ceci dans le cadre de la nomenclature arrêtée par une commission nationale.

En conséquence le secteur privé ou tout autre organisme était tenu à l'écart de cette opération. La souveraineté de l'Etat dans ce domaine est alors évidente.

L'ensemble des stocks distribués par les principaux réseaux de distributions qui sont limités aux 3 entreprises (ENCOPHARM, ENAPHARM, ENOPHARM), représentent les quantités de médicaments réellement écoulées sur le marché national. Ils illustrent par la même occasion les aspects quantitatifs et qualitatifs de la consommation locale(1).

Le processus d'approvisionnement pharmaceutique ne peut donc être étudié qu'au niveau de deux entreprises différentes:

- Au niveau de la PCA seule entreprise détentrice du monopole d'importation, d'orientation et de la production pharmaceutique locale.
- Au niveau de l'ensemble du territoire où les pharmes sont les seules entreprises chargées de la distribution des médicaments.

Le processus d'approvisionnement appelle les remarques fondamentales suivantes qui illustrent quantitativement le phénomène de la consommation.

1/ Tous les médicaments vendus par les centres de distribution de la PCA sont utilisés par les consommateurs. En réalité il existe une relation étroite entre la vente de la totalité des médicaments et leur utilisation du moment que ces médicaments sont inclus dans la nomenclature qui tient compte des besoins de la population et de son état pathologique. Dans un même ordre d'idées l'utilisation des médicaments est marquée par certains phénomènes tels que le gaspillage dû à la mauvaise gestion ou encore à l'automédication qui n'entre pas en ligne de compte en raison de la difficulté de mesure de chaque facteur. L'évolution des facteurs suivants illustrent le phénomène d'accroissement de la demande de médicaments.

NOMBRES D'OFFICINES PRIVÉES ET AGENCES DE LA P.C.A.
TABLEAU N°32

Désignation	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Agences P.C.A	193	309	337	352	394	436
Officines privées	222	246	268	310	315	309
TOTAL	515	555	605	662	709	745

Source: A.HELLALI, S.HÖFFARESSAS, K.BESSEGHIR, OP CITE, p 253

(1)- A. Hellali, S. HAFFARESSAS, K. BESSEGHIR

"La consommation des médicaments en Algérie", Seminaire sur le développement de la santé, pp 253-257.

EXTENTION DU TISSU SANITAIRE

TABLEAU N°33

Année	Secteurs sanitaires	nombre d'hopitaux	polycliniques	centre de santé
1974	143	163	106	558
1979	161	167	157	644
1984	195	215	285	914
1986	195	261	370	1147

Source: M.KADDAR, "Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie, CREAD, 1^{er} trim, 1988, p 48.

ACCROISSEMENT DU NOMBRE DE PRESCRIPTEURS
(Effectif des hospitalo-universitaires exclu)

TABLEAU N°34

	1972	1982	1988
- Médecins algériens	784	7350	12382
- Pharmaciens	317	1093	1114
- Chirurgiens dentistes	211	2171	5753
Total	1312	10614	19249
- Médecins étrangers	1201	2401	1460
- Pharmaciens	97	82	5
- Chirurgiens dentistes	38	148	14
Total	1336	2631	1479

Source: Annuaire statistique, Ministère de la Santé Publique, p. 13

2/ Les chiffres de vente de la PCA représentent la couverture exacte de la demande en médicament étant donné l'écoulement de la totalité du stock. Reste que le critère de satisfaction soit prouvé par certains indicateurs tel la disponibilité à tout moment et une qualité vérifiée des produits.

3/ Les ventes pendant l'année représentent la consommation de l'année autrement dit, les stocks du début et de fin d'année se compensent au niveau des opérateurs de distribution.

La distribution du médicament fait ressortir une différence assez large entre les principaux organes consommateurs que ce soit du point de vue quantitatif ou qualitatif. En 1977 la répartition de la consommation entre les secteurs juridiques (secteurs sanitaire, officines privées, agences d'Etat ...) était la suivante:

- Les secteurs sanitaires 21%
- Les agences de la PCA 39,4%
- Les officines privées 39,6%

La consommation globale par secteur a progressé d'une manière remarquable depuis 1973, telle qu'elle ressort de la lecture du tableau suivant:

TABLEAU N° 35

	1974	1976	1977
secteurs sanitaires	251.705.155	241.184.313	238.763.509
agences de la PCA	229.799.908	345.532.484	442.096.706
officines privées	257.994.371	387.863.914	447.109.561

Source : M.KADDAR, Thèse de Magistère, OP CITE, p. 240

En 1987 les parts ont évoluées mais en proportions différentes. Les secteurs sanitaires consomment 29% de la totalité des médicaments. Par contre les officines privées et celles de l'Etat représentent 71% de la consommation nationale des médicaments. Les parts du privé et de l'Etat étant presque similaires.

La consommation de médicaments de l'ensemble des régions sanitaires est également disparate. Le phénomène est justifié par un ensemble de critères, démographiques, pathologiques et sociaux. Ceci est mis en évidence par quelques chiffres de la consommation nationale par région sanitaire.

TABLEAU N° 36

Région d'ALGER	Région d'ORAN	Région de constantine
29%	19%	23%

Source: "Séminaire sur le développement du système de santé en Algérie", OP CITE, p 249.

L'aspect qualitatif de la consommation de médicaments en Algérie ressort dans le tableau suivant :

TABLEAU N°37

Médicaments par classe thérapeutiques	Au niveau des hopitaux %	Au niveau des officines %
Anti-inféctieux	19,48	23
Électrolytes diurétiques	15,19	0,8
Hormones et substituts	14,06	5,5
ORL ophtalmo	11,19	8,00
Système nerveux	11,50	12,00
Peau et muqueuses	7	8,00
Voies respiratoires	3,49	9,00
Vitaminiques	4,22	5,00
Gastro intestinal	2,8	8,00
Médicaments du sang	2,34	1,00
Cardio vasculaire	2,08	2,00
Spasmolytiques	1,85	2,50
Antihistaminiques	1,26	2,00
Alimentation de synthèse	0,63	-
Anesthésiques locaux	0,49	2,00
Médicaments à effet métabolique	-	2,50

source : Mostéfa KHIATI, OP CITE, p 104

III.2. LA GESTION DU MEDICAMENT PAR LA NOMENCLATURE

A travers la socialisation du système de soins et l'élargissement du champ de la médicalisation et la pression de certains problèmes de gestion, le système de gratuité instauré au début des réformes sociales s'est traduit par des effets pervers notamment une croissance illimitée et non maîtrisée de la consommation des médicaments.

En partant du constat que le médicament est un produit qui devient de plus en plus coûteux que ce soit sur le marché national (élévation du coût de production et de gestion) ou sur le marché international (conjoncture économique, comportement de la firme ...) et vu l'augmentation progressive des dépenses qu'il entraîne, un certain nombre de mesures ont été prises en vue de normaliser, stabiliser et

rationaliser la situation. On envisageait par la suite de favoriser une meilleure gestion des ressources sans toute fois léser le prescripteur ou le consommateur.

A cet effet, une nomenclature nationale de médicaments destinée à la médecine humaine a été arrêtée.

Cette nomenclature est définie par une commission centrale instituée par décret.

Il est tenu compte dans l'élaboration de la nomenclature, des moyens de reconstitution quantitative du stock et de paramètres quasi-permanents, tels que la démographie, l'augmentation continue du nombre de praticiens, la densification et l'extension du réseau sanitaire etc...

III.2.1. Les fondements et les objectifs de la nomenclature

La nouvelle gestion du médicament prévoit une meilleure maîtrise de la consommation par la lutte indirecte contre les prescriptions inconsidérées, éviter la surconsommation et atténuer de façon importante le phénomène du gaspillage qui présente une préoccupation non négligeable dans l'ensemble du problème.

Les médicaments fréquemment utilisés sont les antibiotiques qui représentent près du 1/5 des médicaments consommés dans les hôpitaux et du 1/4 des produits délivrés par les officines. L'étude des classes thérapeutiques a montré que la plus grande partie de la dépense en médicament est représentée par les anti-infectieux, soit 1/3 des dépenses des secteurs sanitaires et le 1/4 des dépenses des officines.

Cette différence dans la consommation des médicaments est due à plusieurs causes: Les maladies représentant des affections graves nécessitant des traitements coûteux et prolongés sont plus nombreux en milieu hospitalier qu'en milieu extra-hospitalier.

C'est la raison pour laquelle certains médicaments comme les anti-tuberculeux ne sont prescrits généralement que par les secteurs sanitaires car leur utilisation implique l'hospitalisation. Ils ne peuvent en général être l'objet d'une consommation anarchique en raison du caractère dangereux qu'ils représentent.

Ainsi, 20% de la consommation globale des anti-infectieux se fait en milieu hospitalier. Le caractère dangereux de certains médicaments réserve l'utilisation exclusive aux hopitaux par exemple l'alimentation de synthèse.

La nomenclature vise la recherche constante de la diversification et la sélection des sources d'approvisionnement des produits arrêtés par la commission. Ceci dans le but d'éviter les pressions politiques et d'atténuer la dépendance vis à vis des multi-nationales.

La nomenclature facilite le contrôle de l'opération d'importation quantitativement et qualitativement. En effet, et du point de vue qualitatif, les gestionnaires définissent un produit (médicament) en fonction de quatre paramètres, à savoir: sa dénomination ou sa formule chimique, sa forme gallénique, son dosage et son conditionnement.

En délimitant la quantité à importer et en précisant la qualité du produit recommandé, toute déformation sera facile à détecter.

A travers la nomenclature on vise également :

- de réduire le nombre de spécialités importées et commercialisées et adapter les dénominations communes internationales (DCI) recommandées par l'OMS.

- Mettre sur pied une politique du médicament qui prévoie l'adoption et l'application d'une nomenclature unique valable pour tous les services de santé.

Cela mettra fin au système de la double nomenclature et concrétisera le principe fondamental de l'égalité de tous les citoyens devant les soins disponibles dans le pays.

- la réduction des coûts par la diversification des sources d'approvisionnement sur le marché international: le nombre de médicaments étant fixé par la nomenclature, la recherche des meilleurs marché, des prix et des conditions d'approvisionnement sera plus facile.

- Par ailleurs, la nomenclature vise non seulement l'organisation de l'opération d'importation mais également et principalement celle du marché national.

- La PCA étant un organe assurant la fonction d'approvisionnement national en médicament a été doté d'une responsabilité lui permettant ainsi de mieux organiser

ses fonctions d'approvisionnement de stockage et de distribution. La production pharmaceutique locale trouvera également un nouvel élan en fabriquant des produits retenus par la nomenclature.

- Se présentant comme produit stratégique et sous forme marchande d'une très grande valeur, la nomenclature s'insère parmi les objectifs globaux du système de soins étant donné que le médicament touche des intérêts socio-économiques puissants.

La nomenclature s'étendra également à la politique de formation étant donné que tout le corps des prescripteurs sera formé en conséquence et informé par la suite des objectifs lointains prévus par ce document.

III.2.2 *Présentation critique de la nomenclature*

La nomenclature, document apparemment parfait et cohérent dans ses objectifs est vu comme un remède miracle à une situation en déséquilibre de la consommation et de la gestion du médicament. Dès son application, la nomenclature n'a pu donner tous les résultats escomptés pour des raisons résidant aussi bien dans le système de soins que dans la conjoncture économique variable et épineuse. Le principe lui-même a été l'objet de plusieurs critiques pouvant se résumer comme suit:

Au lieu de chercher uniquement des avantages de coût et de qualité, il aurait été prioritaire de chercher à travers l'établissement de la nomenclature des modalités plus capables de faciliter l'approvisionnement, le stockage et la distribution des produits.

Encore une fois, la proposition de certains critères de gestion performante n'a pas été concrétisé.

Aussi, l'ensemble des prescripteurs (médecins, pharmaciens ...etc) devaient réviser la liste des médicaments chaque fois que la nomenclature se voit changer, le phénomène appelle à un recyclage permanent. Ceci explique que l'aspect médical est largement écarté du problème de la nomenclature.

Le médicament par les fonctions qu'il remplit est au service de la production d'un système de santé. Or, sans définition clairement explicite d'une politique sanitaire: (établissement des besoins à satisfaire, leur hiérarchie, les moyens de concrétisation et de régulation ...), une politique partielle en matière de médicament subie les distorsions et les pesanteurs de la logique de l'ensemble du système de santé mis en place. Pour cela la nomenclature ne pouvait se présenter comme une solution miracle car son efficacité aurait résidé largement dans la résolution des problèmes du système de santé mis en place. De cette manière, la nomenclature à travers ses objectifs recherchés négligea un aspect fondamental celui de la définition d'une politique en matière de médicaments sans déterminer simultanément des objectifs clairs et cohérents d'une politique sanitaire globale (1).

- La nomenclature est donc loin de concrétiser ses objectifs puisque jamais des études systématiques et continues des besoins réels n'ont été entreprises. Les objectifs étaient basés plutôt sur des considérations scientifiques, économiques et regroupant un certain nombre de besoins médico-sanitaires devant être satisfaits: tel que la fixation des normes médecins/habitants.

Il en résulte que la connaissance des besoins réels dans tout le domaine de la santé en est un problème de base jamais pris en considération.

L'adoption des fondements de la nomenclature sans essais préalables suffisants, sans programmation rigoureuse, réduit la nomenclature à un simple document difficile à appliquer intégralement.

La réalisation de la procédure d'appel d'offre international a rencontré de nombreuses difficultés.

Les délais d'étude et les lancements d'appels d'offres non réalisés à temps ont ouvert la voie à des multinationales qui offre des produits de qualité douteuse et avec des délais de livraisons peu réguliers.

(1) M. KADDAR: Système de santé et médicament en Algérie, op cité

L'échec de la nomenclature semble résider aussi dans la sous estimation relatif du poids des firmes multinationales. Elles entraînent une influence totale et directe sur l'ensemble de la politique du médicament en Algérie. Le marché international considéré comme épineux et caractérisé par un partage entre les firmes multinationales et se singularise par un refus de celles-ci à livrer leurs produits au même prix et dans les mêmes conditions en dehors des zones de distribution fixées par elles-mêmes.

En confirmant avec la politique globale de santé, la suppression des délégués médicaux suite à la promulgation de la loi portant sur le monopole de l'Etat sur le commerce extérieur était la mesure la plus urgente prise dans le domaine. Un relâchement des liens entre les prescripteurs et les firmes pharmaceutiques se produit.

Devant l'importance grandissante du secteur privé, cette question avait pris une ampleur de plus en plus forte. Or, l'ensemble de ces éléments n'était pas pris en compte lors de l'établissement de la nomenclature; ce qui s'est traduit par une faiblesse du document.

Comme pour les prescripteurs, les consommateurs représentent également une force d'appui. En effet, la demande de médicaments, français notamment exprime une évolution importante par rapport à la demande globale compte tenu de certains facteurs internes et externes du système de soins.

La nomenclature a connu son application du début de l'année 1979. La même année une perturbation considérable a marqué le marché intérieur. Ce qui a conduit les autorités à revenir sur certaines mesures concernant la nomenclature, en introduisant certains médicaments demandés et en effectuant de grosses commandes auprès de certains fournisseurs occidentaux, français particulièrement.

Le choix des médicaments réintroduits était basé sur leur niveau de consommation antérieur et leur disponibilité immédiate auprès des fournisseurs traditionnels. Ce qui a dévoilé les difficultés d'une nomenclature dans un marché peu étudié et peu maîtrisé.

L'aspect contradictoire dans le choix des principes de la nomenclature réside également dans la volonté de répondre à l'ensemble de la pathologie Algérienne aussi variables, diverses et croissantes à travers une nomenclature des médicaments mise à jour périodiquement.

Cependant cet objectif fût détourné attestant une inscription d'un nombre de plus en plus faible de médicament alors que l'état sanitaire du pays nécessite une amélioration successive. Dans ces conditions l'évolution de la nomenclature exprimait le suivant:

1962 - 1963	10.000 à 15000 formes
1973	4000
1977	2400
1979	1200

En 1977, une seconde nomenclature relativement plus réduite avec 1500 formes pour la liste hospitalière et 2000 formes pour les officines était retenue. En 1978 une troisième nomenclature est apparue plus réduite encore avec une liste unique de 800 produits correspondant à 1200 formes dont 98 à usage hospitalier exclusif. L'application de la nomenclature en 1979 a conduit à son abandon et à la création d'une commission nationale des médicaments. Cette dernière parraine une nouvelle nomenclature avec une liste unique de 1500 médicaments.

Remise à jour périodiquement, la nomenclature comptait 1480 produits en 1989. La réalité est plus choquante encore, entre 1973 et 1979, le pays a changé quatre fois de nomenclature sans résoudre l'ensemble des problèmes d'approvisionnement et de distribution. A partir de 1980, le choc pétrolier bouleversa de nouveau l'ensemble de la politique du médicament. Les dépenses ont augmenté d'une façon spectaculaire. Cette hausse se présente comme suit : (1)

1982	1100 Millions de DA
1985	1203 Millions de DA
1987	1560 Millions de DA
1989	1741 Millions de DA

(1) MOSTEFA KHIATI, OP CITE, p. 89

L'enveloppe globale en AGI dépasse les 2000 millions de dinars en 1990 si on y inclue les dépenses spécifiques dans le domaine des CHU et de l'IPA.

Théoriquement, l'importation des médicaments se fait sur la base de la nomenclature, mais la réalité prouve que beaucoup de médicaments importés n'ont jamais figuré sur la nomenclature. Certains figurent sur la liste et ne répondent même pas à un besoin réel, d'autres ne sont plus fabriqués.

En 1989, les responsables se sont rendus compte qu'une vingtaine de médicaments figurant sur la liste de la nomenclature n'existent plus sur le marché international ou du moins qu'un coût d'arrêt a été donné à leur production pour des raisons scientifiques. Il en résulte que la scientificité de la nomenclature largement recherchée par les responsables demeure un grand point d'interrogation.

Ce qui a longtemps marqué la politique du médicament en Algérie, c'est l'absence d'une gestion efficiente des stocks. Les techniques et normes de gestion sont loin d'être respectées et encore moins appliquées. En conséquence le médicament en Algérie ne cesse de connaître une série de perturbations entraînant de jour en jour un ensemble de pénuries tenaces. Les taux de ruptures accusent une croissance continue. Ils ont été estimés à 14,5% pour le mois de Mai 1988. En 1990, le taux semble être plus faible ne représentant plus alors que 2,24% (1). Mais le phénomène sera nettement plus important et plus grave si on y associe les taux de rupture enregistrés par les officines, agences, CHU et secteurs sanitaires par produit ou classe de produits. Le taux de rupture s'analyse en terme de disponibilité du médicament à l'achat sur le comptoir à une officine ou au moment de son utilisation dans un service médical. La pénurie en 1993 a entraîné l'arrêt des activités de certains services de chirurgie et de soins dentaires(2). Pire encore, la mauvaise gestion s'est traduite par un aspect contraire au premier phénomène. En effet, si la pénurie signifie la non disponibilité du médicament pour des raisons données, le second phénomène traduit une surabondance de produits entraînant des quantités de médicaments périmés tout

(1) Ces taux ont été calculés par l'ENAPHARM et ne concernent que sa rupture de stock.

(2) N. BENALI, Révolution africaine N° 1399, Décembre 1990.

à fait inacceptables. Certains établissements hospitaliers sont arrivés à enregistrer un état de périmés variant entre 4 et 4,5 milliards de centimes sur l'ensemble des médicaments en stock.

Le tableau suivant illustre le phénomène en terme de valeur:

ETAT DES PÉRIMÉS SUR STOCKS DES HOPITAUX
TABLEAU N°38

	1988	1989
- Médicaments	8.680.665,03	11.540.626,74
- Médicaments cassés	22554,00	37.761,36
- Produits dentaires	28.755,20	-
- Produit chimiques	178.448,39	1.702.109,60
	<hr/>	<hr/>
	8.910.422,62	13.280.497,70

Source: M. KHIATI, OP CITE p. 106

La mauvaise gestion persiste pendant longtemps. Cela est attesté par plusieurs indicateurs surtout qu'il s'agit d'un produit stratégique et indispensable à la santé et au bien être collectif. Sa non disponibilité cause des dégats graves.

III.3. LIBÉRALISATION DES PRIX DE MÉDICAMENT EN ALGÉRIE

Le médicament, avec toutes les conséquences qu'il implique, a été l'objet de décisions continuelles, très importantes concernant son rationnement, sa production et sa distribution. Une dernière solution parmi toute une série avancée par les responsables a été celle de l'augmentation des prix du médicament. Cette mesure a été justifiée par le constat selon lequel des prix bas favorisent l'auto-consommation. En même temps d'autres arguments soutiennent que l'accroissement des prix de médicaments ne peut s'expliquer que par la volonté de contribuer à un équilibre du budget des entreprises de distribution, imposant ainsi au consommateur, de supporter les conséquences d'une mauvaise gestion. La première hypothèse s'infirme devant la proposition suivante:

La demande de médicaments ne peut se manifester que par un état pathologique donné, il ne peut être voulu ou recherchée.

L'augmentation subie par les médicaments a atteint les 37% au début de l'année 1990. Ce taux ne concerne pas l'ensemble des médicaments. A titre d'exemple le *Calcibronat* facturé en Juin 1989 à 9,95 DA est livré à 20,20 DA en Juillet 1990, le *Duspalatin* passe de 20 DA à plus de 40 DA, ceci montre que l'augmentation est supérieure à 100%.⁽¹⁾ Ce qui justifie que l'augmentation des prix n'a été que le recours ultime pour renflouer un déficit chronique généré par la mauvaise gestion et non pas un moyen limitatif de la surconsommation, c'est précisément la persistance de cette mauvaise gestion. Ce phénomène est aussi marqué par l'existence de certains médicaments identiques provenant du même fournisseur mais affichant des prix variant du simple au triple.

Par exemple le *Glibenclanide "5mg"*, boîte de 60 comprimés est vendue à 4,40 DA alors que le même produit à moitié dosé et avec le même nombre de comprimés est livré à 20,15 DA. D'autres exemples concernent des médicaments similaires provenant de fournisseurs différents et facturés aux prix largement variable. EX l'*Adalate "10mg"* d'origine italienne est vendu à 4,35 alors que le même produit provenant de la France dosé à 20 mg est facturé à 70,25 DA soit 16 fois plus⁽²⁾. Nous sommes ici en présence d'une logique difficilement tolérable sachant que les produits d'usage courant n'ont pas été épargnés par cette augmentation. C'est ainsi que cette pratique a permis de multiplier par trois le prix de vente de la pénicilline et par quatre celui de l'aspirine. Il en résulte que cette augmentation a non seulement pénalisé les catégories les plus démunies mais aussi les malades souffrant de maladies chroniques et dont la protection reste encore limitée. A ce moment la distribution de médicaments reste caractérisée par une série de pénuries n'épargnant aucune catégorie. L'exemple de l'*Insuline* au courant de l'été 1990 est le plus flagrant. Malgré tous l'argent englouti dans ce marché l'Algérie n'a jamais bénéficié d'aucun investissement ni transfert de technologie, mais en outre jamais les ruptures de stock ni les penuries n'ont réellement

(1) M. KHIATI, " Quelle santé pour les Algériens ", OP CITE, p 106

(2), A. LIANE "Dose ou over dose?", Révolution africaine N° 1399, Décembre 1990.

disparu du marché même si l'on considère la période où le baril de pétrole se valait environ 40 dollars(1).

(1) F.CHAOUJ, "Quel traitement pour la crise?", EL WATAN, Septembre 1992.

CONCLUSION

Les étapes caractérisant la politique du médicament coïncident avec les différentes mutations politico-économiques du pays. Les faits les plus caractéristiques sont cette multitude de lois et de résolutions venant s'appliquer sans toute fois tenir compte des problèmes réels de gestion et d'approvisionnement. De même que les défaillances enregistrées au niveau de chaque période n'ont jamais été réctifiées. Les problèmes de gestion et d'organisation persistent et marquent l'ensemble des phases.

L'vacation des trois "*pharms*" limitée initialement à la distribution du médicament et des produits apparentés et disposant d'un monopole exclusif dans la matière a rendu le problème plus complexe.

De son coté l'importation de médicaments en qualité de plus en plus importante et en valeur de plus en plus couteuse n'a su générer une gestion rationnelle de l'importation, du stockage, du contrôle, de la distribution et du prix de vente. Le résultat en est une dépendance totale dans la matière. Enfin l'ensemble des lois et résolutions promulguées oeuvraient vers une maîtrise totale de la gestion du médicament sans tolérer une quelconque participation d'organismes privés (1). La souveraineté de l'Etat était immuable. De ce point de vue, la gestion du médicament reste marquée par une contradiction majeure: Au moment où la PCA puis les *pharms* achetaient jusqu'à une date récente pour plus de 200 millions de centimes de médicaments en grande partie chez des privés occidentaux, Indiens, Jordaniens et Marocains, les entreprises nationales produisaient à peine le dixième de ce que consomme le pays et mobilise des moyens financiers considérables notamment en devises pour importer le reste. Jusqu'ici le secteur privé en Algérie était totalement écarté de la production de médicaments, alors que beaucoup de pays en voie de développement ont réalisés des miracles dans ce domaine.

(1) Loi N°85-05: portant sur la protection et la promotion de la santé

CHAPITRE III

Les dépenses d'équipements sanitaires

SECTION I- LE NOUVEAU SYSTEME DE SOINS ET ÉQUIPEMENTS SANITAIRES

Ce qui caractérise la politique sanitaire algérienne c'est sa volonté d'édifier un système de santé efficient et moderne. Son efficience se résume par son rapprochement des normes ou des standards de santé reconnus par les organisations mondiales de santé comme les meilleurs et les plus développées. Le modernisme d'un système de santé repose d'abord sur la compétence du personnel médical.

Le monde moderne basé sur la recherche technique et scientifique favorise la pratique médicale par l'usage des moyens techniques sophistiqués.

Pour cette raison, le mouvement d'édification d'infrastructures dans le pays a inclu dans les différents plans de développement la dotation de toutes les unités de soins en équipements modernes (1).

L'acquisition des équipements les plus performant sur le marché international constituait jusqu'à une date récente une action prioritaire pour le gouvernement car, c'est sur cet objectif que repose le bénéfice de la population des soins de qualité.

Tous les efforts et les moyens de l'Etat sont déployés pour atteindre ce but. Ceci facilitera toute la distribution des soins : c'est le moyen par lequel se verifie ou s'infirmes un diagnostic donné. D'autre part l'usage des moyens techniques modernes favorise l'acquisition de l'expérience professionnelle et une meilleure formation pour les futures générations car la préservation de la santé de toute la population algérienne est un principe fondamentale défendu par le gouvernement. Il considère que "*la valeur d'un système de santé ne s'apprécie pas seulement par la qualité des soins qu'il dispense, mais surtout par sa capacité de préserver la santé des citoyens en les soustrayant à la maladie et aux nuisances*" (2).

(1) Ministère de la santé: mesures prises et tâches accomplies en applications de la résolution sur la santé, adoptée par le comité central du FLN en sa 4^{ème} session- Décembre 1980.

(2) "Le service de santé en Algérie, situation et perspectives", op cité, p. 12.

Les moyens techniques sont l'outil de base du succès de tout acte médical, acte chirurgical ou de diagnostic. Ils représentent le degré de maîtrise technologique d'une génération donnée.

Dans le domaine de la santé, et dans le but de réduire le décalage existant entre les pays développés et ceux en voie de développement, l'Algérie inclue dans son ambition l'acquisition des moyens techniques parmi ceux qui permettent le développement général et équilibré du pays. Comme l'hôpital est la cellule centrale autour de laquelle s'effectue la distribution des soins, son efficacité ne s'évalue plus par le nombre de lits seulement, mais par la performance des services qu'il peut assurer à l'aide d'un plateau technique efficace.

La nature et la qualité du plateau technique facilitent et développent donc la capacité fonctionnelle d'une suite sanitaire donnée. Ainsi, il a été mis en oeuvre une politique de *normalisation* du matériel médical tout en insistant sur le principe de sa rationalisation et de sa répartition, répondant ainsi aux appels de l'équilibre régional en matière sanitaire.

Ainsi, toutes les unités de base sont dotées de mêmes équipements et appareillages, ceci pour faire bénéficier toute la population des soins par l'usage du même plateau technique. L'utilisation rationnelle du matériel est recommandée afin de protéger l'offre des soins dans tout établissement. Une meilleure maintenance et entretien sont nécessaires pour rentabiliser le matériel et lui permettre une utilisation durable.

Dans le but d'assurer une meilleure utilisation des équipements importés, il a été recommandé d'apporter une coopération nationale.

C'est ainsi donc que la nouvelle politique mise en oeuvre était axé sur le développement de la production nationale de certains équipements. Promouvoir cette dernière de façon à ce qu'elle soit basé sur les besoins prioritaires et que le transfert technologique soit un outil d'apprentissage, de développement général et d'épanouissement sanitaire particulièrement.

Ainsi, l'analyse du volume des dépenses allouées à l'acquisition des équipements nous permet de relever certaines données à savoir:

- La nature des équipements importés étaient une des plus modernes sur le marché international.

- La valeur de ces équipements scientifiques et techniques présentait une très grande performance. Toutes ces dépenses mettent en évidence les objectifs fondamentaux de l'Etat en matière de disponibilité des soins.

SECTION II. EVOLUTION DES DEPENSES DES EQUIPEMENTS SANITAIRES

Dans cette section, l'analyse concernera surtout les dépenses d'équipement depuis le premier plan quadriennal qui coïncide d'une part avec la mise en oeuvre de la politique de gratuité des soins, d'autre part c'est la période au cours de laquelle des dépenses d'équipement marquent leurs début d'accroissement.

Ainsi, à la veille de l'élaboration du premier plan quadriennal, les services de santé et les moyens existants se caractérisaient par une inadéquation quasi-totale par rapport aux besoins de la population. Les causes résident dans la conception même de ces services durant l'époque coloniale.

Cette situation n'a guère évolué durant les 8 premières années d'indépendance et aucun investissement important en soins médicaux n'a été noté avant l'application de la médecine gratuite. Le premier plan quadriennal a consacré une enveloppe de 68.368.000 DA pour répondre aux besoins les plus urgents des hôpitaux. Un travail de standardisation des équipements des différentes unités avait été effectué et des nomenclatures ont été établies. Ces dernières représentaient un outil de travail mis à la disposition des gestionnaires (1).

(1) Rapport sur le premier plan quadriennal, Ministère de la santé publique, Alger 1979.

La commande du matériel répondait donc à une politique de normalisation et une discipline à respecter.

Le bilan d'équipement regroupait des opérations importantes telles que : le renouvellement et l'installation de nouveaux fauteuils dentaires et radios, la dotation en équipements médicaux de 10 hopitaux nouvellement édifiés, l'acquisition de 15 centres mobiles et de transfusion sanguine et de véhicules sanitaires assurant le transfert des malades d'une unité vers une autre.

De toutes les opérations inscrites dans le premier plan quadriennal, un taux de réalisation de 80% a été enregistré. Il ya lieu de signaler que cet effort d'investissement avait pour effet immédiat de permettre aux hopitaux de répondre aux besoins les plus cruciaux. Il n'en demeure pas moins que cette enveloppe était loin de répondre aux besoins réels de la population.

Pour cette raison, le deuxième plan quadriennal avait multiplié le montant même des crédits d'investissement par dix (10).

Les crédits d'équipement dans ce plan étaient répartis comme suit.

- CHU	154.700.000 DA	
- Secteurs sanitaires	136.040.000 DA	(équipements médicaux)
	<u>175.738.000 DA</u>	(équipements collectifs)
total	466.478.000 DA	
- Polycliniques	45.430.000 DA	

Cet investissement a permis de réaliser des opérations importantes telles que : l'équipement et le rééquipement de toutes les unités sanitaires, universitaires, des écoles de formation Paramédicales, le renouvellement des équipements de radiologie, l'équipement des unités de soins nouvellement construites et la dotation des hopitaux en matériel de buanderie et cuisine.

Les crédits d'équipements et de rééquipements pour l'ensemble des secteurs sanitaires et universitaires s'élèvent à 446.478.000 DA y compris les crédits destinés à trois services spécialisés.

- Lutte contre le cancer (4 000.000 DA).

- Equipements d'angiographie (11 000.000 DA).
- Equipements de deux services de chirurgie cardio-vasculaire à Oran et Constantine (10.000.000 DA).

Une enveloppe de 30.000.000 DA a été consacrée uniquement au renouvellement du parc radiologique ou a des extensions de services pour de 60 hopitaux en Algérie, surtout qu'il a été démontré que les installations en matériel de cuisine et de buanderie étaient en grande partie vetustes et sans rapport avec les besoins libérés par le système de gratuite des soins (1).

Pour cela le deuxième plan quadriennal avait attribué une priorité à ce chapitre avec une enveloppe de **175 73 8000 DA**. Le taux de réalisation a atteint les 70% et a permis la dotation en équipements d'un nombre important de secteurs sanitaires (équipements de cuisine, buanderie, reseau électriques et chambres froides).

II.1. PREMIER PLAN QUINQUENNAL ET ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX.

Compte tenu des exigences croissantes de la population en matière de soins médicaux et vu l'importance de l'investissement sanitaire réservé à cet égard, il était devenu impératif de mettre en oeuvre une politique cohérente basée sur des objectifs clairement définis, une programmation d'acquisition des équipements répondant à des critères efficaces, parceque l'expérience requise par le ministère de la santé à la lumière des plans de développement précédement élaborés a montré l'incapacité des cadres gestionnaires des secteurs sanitaires de planifier et programmer les besoins des structures en équipements. Il a été remarqué aussi que les responsables avaient des connaissances superficielles sur les équipements médicaux et collectifs car leur préoccupation de la gestion courante de leurs services les plaçaient hors de la perception future. A cela s'ajoute une tendance constatée chez les professeurs, chefs de services à demander des équipements souvent disparates impliquant parfois des difficultés de programmations et d'utilisations.

(1) Rapport du deuxième plan quadriennal, Ministère de la santé publique, Alger 1980.

A cet allure, il était urgent d'entreprendre sérieusement la normalisation des équipements selon des paramètres préalablement fixés, car la politique d'acquisition groupée sous forme de contrat important faisait jouer pleinement la compétition commerciale parmi les fournisseurs. Comme point de départ, la direction de l'infrastructure et de l'équipement avait établi une nouvelle réglementation en matière de programmation des besoins. Ainsi concernant les équipements collectifs, il a été décidé de décentraliser leur gestion et ce à l'initiative des wilayas.

En ce qui concerne les équipements lourds, il a été jugé utile de maintenir leur gestion centralisée au niveau du ministère de la santé. Les directions de la santé des wilayas (DSW) conserveront un pouvoir important dans l'expression des besoins des secteurs sanitaires. En 1981 une nouvelle procédure relative à la programmation des équipements médicaux lourds a été établie. Cette procédure sous forme d'instruction avait fixé une nomenclature type d'équipement médicaux dits "*lourds*" dont la prise en charge relève du budget d'investissement du ministère de la santé. T o u t équipement ne figurant pas dans la nomenclature restera à la charge du budget de fonctionnement des secteurs sanitaires.

Au titre de l'année 1981, le ministère de la santé avait entamé une vaste opération d'équipement et de rééquipement.

Ainsi, une enveloppe de 50 Millions de dinars a été consacrée pour la satisfaction des besoins des différents secteurs sanitaires en scopies (100 unités) et en équipements de radiologie (47 unités). A la même date, une enveloppe de 58 Millions de dinars a permis l'acquisition de 550 fauteuils dentaires et 60 appareils de radiographie.

L'effort d'investissement est devenu plus important en 1982 avec une enveloppe de 34 Millions de dinars pour l'acquisition de cinq (5) scanners pour les secteurs sanitaires : Alger, Annaba, Oran et Tlemcen. Comme complément médical de cet équipement, 93 échographes ont été installés leur montant était 38 Millions de

dinars. Tandis que pour l'acquisition du matériel ORL, il a été utilisé un montant de 3 500 000 DA (1).

Pour permettre la continuité dans le développement du secteur de la santé en Algérie, les investissements consacrés aux équipements ont connu une augmentation constante. En 1984 une enveloppe de 613 Millions de dinars était nécessaire pour renforcer les structures existantes et continuer le renouvellement des équipements.

Au titre du deuxième plan quinquennal le montant des investissements à réaliser était de 600 Millions de dinars se répartissant ainsi :

- *Equipements médicaux: 200 Millions de dinars.*
- *Equipements collectifs: 150 Millions de dinars.*
- *Moyens de transports : 250 Millions de dinars.*

II.1.1 Equipements médicaux

Durant ce plan il a été introduit en Algérie des équipements relatif à la pratique de la médecine spécialisée suite à la décision prise par le ministère de la santé de limiter (sauf pour des cas exceptionnels), le transfert des malades à l'étranger. Pour remplir efficacement la mission de distribution des soins spécialisés, il était indispensable de doter les secteurs sanitaires des équipements et moyens matériels adéquats. Parmi les différents types de médecines spécialisées introduites en Algérie on peut citer: la dialyse, la chirurgie cardio-vasculaire, la rééducation fonctionnelle et radiologie spécialisée.

II.1.2 Moyens de transports

L'importance des infrastructures hospitalières et extra-hospitalières nécessite des moyens de transport pour transférer des malades d'un établissement à un autre.

D'autre part la réception et la conservation des médicaments demande une rapidité. Il a été estimé que les besoins en moyens de transport jusqu'en 1990 sont de 23080 unités. Ce matériel se composait d'ambulances ordinaires, d'ambulances

(1) Hartane, D.Saihi, J.Boudiaf, "Le développement des ressources matérielles, infrastructures, équipements et médicament", Seminaire sur le développement d'un système national, op cité, pp. 30-42.

médicalisée etc... Les crédits nécessaires pour l'acquisition de ces véhicules sont près de 2.500.000 DA. Cette somme est très importante et dépasse les moyens de l'Etat surtout après changement de la conjoncture économique et la chute du prix de pétrole. Les moyens de transports en plus des frais de leur acquisition requièrent des pièces de rechange et un coût de maintenance relativement élevé. Pour cela l'Etat avait limité son choix à l'acquisition des moyens de transports prioritaires tels que les ambulances.

II.1.3 Les équipements collectifs

Dans un programme établi jusqu'à 1990, un montant de 150 Millions de dinars était accordé dans le but du renouvellement intégral des équipements sanitaires vetustes. Il se répartit comme suit :

a) Structures de formations : Pour assurer la formation de l'effectif prévu et prendre en charge la mise en activité des structures sanitaires nouvellements édifiées, l'inscription d'une opération de 10 Millions de dinars a été prévue afin de doter l'ensemble des structures de formation en équipements technico-pédagogiques. Cependant, ce montant reste insuffisant pour couvrir l'ensemble des charges d'équipements de ces structures.

b) Structures de prévention : Elles constituent une part très importante de la politique sociale du pays : prévenir une maladie par un simple acte de vaccination coûte beaucoup moins chère que de traiter une maladie quelconque.

Partant aussi du principe de la prévention sociale, deux opérations importantes ont été entamées au cours du deuxième plan quinquennal: Il s'agit de l'acquisition du matériel de désinfection et de désinsectisation d'un montant de 7750.000 DA. De même mille réfrigérateurs à gaz évalué à 3 876.900 DA ont été acquis.

En dépit de ces efforts, l'opération de la programmation consistait à entreprendre des études et des recherches permettant une meilleure connaissance des besoins d'équipements . De même cette opération devait contribuer à une coordination des services de santé en matière de programmation et d'acquisition des équipements collectifs. Ce vide a donné l'occasion aux gestionnaires et utilisateurs du matériel

d'effectuer plusieurs commandes ce qui a créé un gaspillage énorme évalué à des milliards. La procédure à des expérimentations du matériel était nécessaire en vu de déterminer un choix judicieux et conforme aux normes préalablement fixées.

II.2 LA PARTICIPATION DES ENTREPRISES NATIONALES À L'OPÉRATION D'ÉQUIPEMENT DU SECTEUR SANITAIRE

L'équipement des infrastructures sanitaires n'a pas été effectué seulement par la participation des entreprises étrangères, mais cette opération était réalisé aussi par le concours des entreprises nationales d'une manière limité. Dans la plupart des cas la participation nationale venait combler le vide laissé par les fournisseurs. Elle est devenue croissante en raison de l'importance des économies en devises qu'elle pouvait réserver à l'Etat(1). C'est l'exemple de l'unité de télécommunication EX DNC qui est une entreprise publique chargée de la réalisation de certains lots d'équipements tels que les installations de téléphone, d'alarme et d'éclairage de ville. On peut citer également le rôle de l'ONECH en matière d'examen détaillé de toutes les demandes des hôpitaux réalisés en préfabriqué car il est nécessaire et fondamental que des caractéristiques précises soient respectées dans l'acquisition de ces équipements tel est le cas pour les blocs opératoires d'exploration fonctionnelle et les laboratoires de soins intensifs.

La création de l'ONECH répondait à une nécessité urgente car la masse des biens à acquérir est devenue de plus en plus importante avec le vaste programme de renouvellement des équipements collectifs et de reception des unites nouvelles au courant du plan quinquennal. Ces équipements suivant le progrès technologique deviennent de plus en plus sophistiqués. Dès lors la mise en place d'un organisme spécialisé doté de tous les moyens matériels et humains devenait une question impérative car la fonction d'approvisionnement exigeait des connaissances poussées des équipements à acquérir. La planification des besoins en équipements pour les années à venir devenait également plus rigoureuse.

(1) "Développement de la santé", op cité, Ministère de la santé publique, p. 110.

Ainsi, le rôle dévolu à l'ONECH en relation avec les fournisseurs est considéré comme fondamental car ce sont ces relations qui déterminent le succès de l'acquisition du matériel.

Il incombait à cette entreprise d'assurer les opérations suivantes:

- Veiller dans les clauses du contrat à assurer la mise en place et le montage des appareils livrés.
- Veiller sur la réparation de toutes les détériorations causées par les opérations de mise en place.
- La mise à la disposition du centre hospitalier d'un technicien pour donner les explications sur le bon fonctionnement des équipements.

Suivant les clauses du marché et à compter de la réception du matériel, le marché est considéré comme étant sous la garantie totale du fournisseur. L'ONECH devrait intervenir immédiatement en cas d'anomalie de fonctionnement signalé par le service utilisateur.

La maintenance du matériel est nécessaire, d'ailleurs ce problème a toujours été une des préoccupations du gouvernement après son acquisition et sa mise en marche.

Dans ce but une entreprise nationale (l'ENEMEDI) a été créée afin de remédier à la question des équipements médicaux, l'handicap constaté au cours des années précédentes est caractérisé par l'absence de marchés encadrant d'une façon systématique l'ensemble du matériel(1).

Dans les clauses du contrat passé entre le fournisseur et l'entreprise, il a été précisé qu'une assistance technique après vente est assurée, cette disposition concerne notamment les équipements lourds.

Même avec la mise en place du service technique et l'accentuation du contrôle administratif des équipements, les coûts de maintenance du matériel n'ont pu être évalués de façon précise.

(1) Les recommandations du comité central du FLN en sa 4^{ème} session " mesure à prendre en vue de rentabiliser le matériel ".

Le rôle de l'ENEMEDI était très limité car elle n'a pu prendre en charge les nombreux problèmes liés à la maintenance de tous les équipements médicaux, souvent il a été procédé à une renégociation des montants de certains marchés.

II.3 LES RESULTATS DE LA POLITIQUE D'ÉQUIPEMENT SANITAIRE EN ALGÉRIE DÈS LES ANNÉES 80

L'importance des crédits demandés par la direction de l'infrastructure et de l'équipement a permis de doter la majorité des secteurs sanitaires d'un équipement moderne. Ceci a permis d'atténuer les tensions existantes dans la majorité des services hospitaliers en raison de l'importance de la demande des soins. Il a été observé que depuis 1981 toutes les demandes d'équipements justifiées par les secteurs sanitaires n'ont pas été satisfaites. De ce point de vue, l'objectif assigné par le ministère de la santé en vue de la dotation nécessaire des hôpitaux en moyens d'équipement manquant et celui concernant le renouvellement systématique du matériel réformé n'a pas été atteint (1). L'expérience tirée de cette opération (généralisation de dotation en équipement) a permis de déceler des insuffisances notables constatées au niveau des secteurs sanitaires et des directions de santé de wilaya.

De plus, il a été constaté dans beaucoup de secteurs une ignorance caractérisée de l'usage des équipements aussi bien collectifs que médicaux. Il est évident que de telles carences aggravées parfois par l'incompétence ont conduit à des erreurs fatales.

Un rôle important a été attribué aux directions de santé de wilayas (DSW) en matière de programmation des équipements et de réalisation de l'équilibre entre les infrastructures. Il semble toutefois que ce rôle n'a pas été sérieusement perçu, car dans l'élaboration de leur prévision de détermination des besoins des secteurs, des erreurs importantes sont enregistrées(2). Il semble d'autre part que c'est le manque du personnel compétant qui n'a pas permis à la DSW de jouer pleinement son rôle.

(1)(2), "Rapport du premier plan quinquennal", Ministère de la santé publique, Alger, 1985.

Devant cette situation, l'administration centrale et notamment la direction des services hospitaliers, de l'infrastructure et de l'équipement s'est vue contrainte de jouer son rôle en éliminant des demandes jugées exorbitantes. Il est de ce fait important de signaler que l'administration centrale ne peut avoir une connaissance parfaite des besoins des secteurs, de plus elle ne peut permettre un contrôle rationnel sur l'ensemble de la demande.

Les procédures d'acquisition des équipements ont changé depuis la mise en oeuvre du deuxième plan quinquennal, car l'opération du contrôle devenait un problème crucial. C'est ainsi qu'une procédure de distinction entre les équipements médicaux dits *lourds* et *légers* a été établie. La programmation des équipements lourds est à la charge du budget d'investissement du ministère de la santé et les équipements dits *légers* sont à la charge du budget de fonctionnement des secteurs sanitaires.

Aussi, un classement d'ordre de priorité en matière d'équipement est assuré en fonction de l'urgence des besoins. Mais la réalité montre clairement une mobilisation croissante et spectaculaire des dépenses, elles sont justifiées par la consommation d'AGI depuis 1979.

TABLEAU N°39

en Millions de dinars

Année	AGI consommées
1979	88
1980	147
1981	280
1982	845

Source : M.S.P, 1982

La poursuite de la réalisation du programme d'acquisition, d'installation et de révision périodique du matériel retenait l'attention des responsables car le principe des plans quinquennaux élaborés était d'achever d'abord le non réalisé durant les précédents plans de développement, ensuite de développer les capacités des unités sanitaires et hospitalières par de nouveaux équipements susceptible d'apporter une amélioration dans les modalités d'attribution des soins. Cette suraccumulation de projets a conduit

à un gaspillage de ressources. Compte tenu de l'expérience acquise au cours des plans précédemment élaborés, il a été démontré la nécessité de porter attention sur l'amélioration des conditions de conservations du matériel, non installé ou emmagasiné dans de mauvaises conditions.

L'Entreprise nationale (l'ENMEDI) qui été chargée de la maintenance des équipements réceptionnés n'a pu remplir pleinement sa fonction. Cette situation s'explique par l'importance des problèmes relatifs à l'acquisition et à l'entretien du matériel, car le fonctionnement des équipements est conditionnée par la présence d'un personnel qualifié et ayant une responsabilité dans la gestion du secteur sanitaire.

Comme la maintenance d'un équipement constitue une part importante de sa rentabilité, il était nécessaire de mettre sur pied des structures appropriées pour la formation de techniciens qualifiés en maintenance. La question des équipements en général et médicaux en particulier est sérieusement posée aujourd'hui.

L'importance de la demande des soins a conduit à la sur-utilisation du matériels. L'absence de toute maîtrise est génératrice de pannes répétées et longues. Ceci a créé une détérioration rapide des équipements et une inactivité forcée pour certains service, notamment la chirurgie et les soins dentaires (1). La régularité de l'offre des soins est menacé de ce point de vue : ce sont des hospitalisations plus longues pour les malades, des rendez-vous sans cesse reportés pour les consultants et part conséquences des services médicaux saturés.

Même, dans un climat caractérisé par la récession économique, l'Algérie a mobilisé quarante milliards de centimes en 1990 pour l'importation d'équipements et d'instrumentation (2).

Malheureusement, toutes ces acquisitions manquent de rigueur dans leur installation en temps, dans leur gestion et leur entretien. Aussi, il convient de souligner le haut degré d'extraversion de notre système de santé puisque la totalité des

(1) N. BENALI, "Santé/ la stratégie alternative" El Watan, Janvier 1994.

(2) M. KHIATI, op cité, p 116.

équipements est importée. La possibilité de produire localement certains équipements médicaux a souvent été discuté, mais peu de projets sont réalisés avec des résultats peu intéressants.

L'état actuel du matériel nécessite une mobilisation de ressources supplémentaires en devise étrangère surtout. Même, l'effort n'est pas toujours gagné au près des firmes étrangères pour les pièces de rechanges ou l'assistance technique.

Pour cette raison le parc technique est menacé d'un vieillissement continu. Il observe un taux de réforme de 20%(1). Le taux d'immobilisation (matériel en panne) vari entre 30 et 50% (2). Certaines statistiques montrent que la réparation d'une panne coûte en moyenne 60 millions de dinars.(3)

(1) Annuaire statistique, Ministère de la santé publique, Alger 1989.

(2) F.Z. OUFREHA, "Cette chère santé", op cité, p 259.

(3) A. BENNAOUI "Améliorer le fonctionnement des services" Algérie actualité, 1983.

CONCLUSION

Ce chapitre montre brièvement l'importance des dépenses allouées à l'acquisition et la mise en place des équipements sanitaires. Mais, dans les conditions actuelles du système de soins les contraintes financières imposent de chercher les meilleurs moyens pour une utilisation rationnelle, efficace et optimale des équipements. Car, dans une grande proportion le parc technique est atteint de réforme du fait de sa sur-utilisation. Cette situation se justifie également par l'insuffisance des services d'entretien.

Compte tenu du coût de plus en plus élevé des équipements, la situation de dépendance vis à vis des fournisseurs devient plus grande. Dans ces conditions, il devient nécessaire d'envisager la fabrication d'un certain matériel et outillage de consommation courante et de technologie très simple et trouver par la même occasion des solutions meilleures au problème de la maintenance.

TROISIEME PARTIE
DETERMINATION DES COUTS
DES PRESTATIONS DE SOINS

Les expériences dans le monde montrent qu'il existe différentes manières de gérer la progression des dépenses de soins. Ces comportements reviennent principalement aux nombreuses particularités existantes dans les différents systèmes de soins.

Pour le cas algérien, l'augmentation des dépenses de soins peut être maîtrisé grâce à une efficacité dans la gestion des ressources. Or, cette efficacité doit obligatoirement se réaliser au niveau de l'*amont* et de l'*aval*.

Dans les chapitres précédents toute l'attention était accordée au choix des critères de performances au niveau de l'*amont*. Cependant, nous restons bien convaincus qu'une part importante de la rationalité doit s'effectuer au niveau de l'*aval*. C'est à dire au niveau des structures sanitaires productrices des soins et utilisatrices des ressources. La rationalité doit être recherché dans le lieu de *dispense* des soins, car, c'est là que se détermine le volume globale de production par rapport au budget de l'Etat.

le coût de la santé croît rapidement, pour cette raison il est temps de déterminer le coût des différentes prestations de soins et cela pour planifier et décider de l'activité sanitaire future .

SECTION I. UNE ÉVALUATION CENTRÉE SUR L'HÔPITAL

Le choix de l'hôpital pour concrétiser un tel objectif (évaluation des coûts) n'est pas arbitraire. Au contraire, il trouve ses raisons dans des critères internes et externes du système de soins.

I.1. CRITERES EXTERNES : L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE DANS LES SYSTÈMES DE SOINS UNIVERSELS

L'activité hospitalière est assez voisine dans le monde parcequ'elle défend les mêmes objectifs médicaux, sociaux et économique. Seulement, les différences se manifestents sur l'accueil des malades ambulatoires, sur les ressources financières et

les statuts des personnels médicaux et paramédicaux.

Au Royaume-Uni et aux pays Bas, l'hôpital est pratiquement le seul lieu d'exercice de la médecine spécialisée et ambulatoire.

En Allemagne Fédérale, les soins ambulatoires sont donnés dans des cabinets privé, l'hôpital reste un lieu exclusif d'attribution des soins spécialisés. Cependant, il y ait presque une règle générale dans le fonctionnement des établissements hospitaliers, une règle montre que: "*quelque soit le statut juridique de ces établissements, ils doivent respecter les normes de fonctionnement surveillés par les autorités sanitaires de l'Etat*" (1).

Leur importance distinguée dans la distribution des soins leurs attribue certaines caractéristiques.

Chaque caractère vu sa dimension économique et sociale constitue un cadre de réflexion et un argument suffisamment justifié pour rechercher les critères de rationalités dans cette structure plutôt qu'ailleurs. Ces caractéristiques sont résumées au nombre de quatre : (2)

1.1.1 C'est un établissement ouvert en permanence et assurant une continuité dans ses activités

L'hôpital est une structure qui offre toute nature de soins spécialisés ou même ambulatoire. Il répond à une demande très variable et caractérisée (grave, incurable,...) car son intervention concerne généralement des pathologies très complexes.

L'importance de cette activité fait que l'hôpital réunit dans la plupart du temps un effectif médical et paramédical très diversifié. En contrepartie, la masse salariale dans les budgets hospitaliers c'est régulièrement accrue dans l'environnement économique actuel, dans une moyenne de 60 à 66% des dépenses globales. Dès lors "*La poursuite des investissements nécessaires pour adapter l'hôpital au progrès de la médecine dépend sans doute de sa capacité à mieux gérer son personnel*" (3).

(1) S. SIMONE, "L'organisation des systèmes de santé dans quelques pays" les politiques de santé étrangères, Paris, La documentation française 1987, pp. 39-46.

(2) L.LAMRI, "Faut-il réinventer l'hôpital" , le bulletin de l'Economie de la santé, Mai 1993, p 3.

(3)JP. ETIENNE, S.CHATEREAU, A.CORDIER, "Etablir des priorités",Problèmes politiques et sociaux, N° 627, pp. 53-56

1.1.2. L'accès aux hôpitaux est libre et plus ou moins équitable

Dans tous les systèmes au monde l'accès aux soins hospitaliers est non discriminatoire. En effet, la tradition et la loi conduisent les hôpitaux à accueillir et à soigner toute personne en situation de détresse médicale grave et quelques soient ses capacités à payer.

Mais cette "générosité" ne doit pas masquer les difficultés financières qui naissent d'une telle situation. Car, *"l'hôpital se trouve à l'égard des malades accueillis dans la même position que l'entreprise à l'égard de ses clients : le paiement régulier des salaires du personnel, les fournisseurs du matériel médical..."* (1). Là encore une réflexion très avancée sur les méthodes qui peuvent être développées sur la rationalité des dépenses a partir de cette caractéristique seulement.

1.1.3. L'hôpital est un lieu de recherche

L'hôpital reçoit des malades présentant des pathologies très graves et très urgentes. Comme c'est la structure de soins la plus lourde, elle doit obligatoirement trouver les moyens d'interventions nécessaires. Mais, il existe que ces moyens soient limités par un manque de savoir faire. Justement, on assiste ces dernières années a une évolution très rapide du rythme de la recherche. D'ailleurs elle met fin à beaucoup de difficultés médicales.

La recherche (médicale surtout) est concrétisé dans la majorité du temp dans les hôpitaux : c'est un lieu favorable pour les essais et l'expertise ; d'où l'appelation des *"centres hospitalo-universitaires"*

Cette situation explique par voie de conséquence le recur massif et continu à des techniques médicales qui sont aujourd'hui très coûteuses. Ceci se répercute d'une manière directe sur les coût des services rendus et sur l'équilibre budgétaire de l'hôpital.

La recherche soulève aujourd'hui la question de la généralisation de certains actes médicaux en raison de l'importance de leur coûts.

(1) J.REVOL, H.STROHI, "Les exclus du système", Problèmes politiques et sociaux, N° 627, pp 30 - 31.

Aussi, l'usage de plus en plus large des appareils et des techniques de soins très performantes fait souvent appel à une mobilisation croissante des moyens financiers. Comme les ressources de la communauté sont limitées, l'accès égalitaire aux soins est une question difficilement maîtrisable dans beaucoup de pays au monde(1)

1.1.4 C'est un lieu de hautes compétences et où les technologies se diffusent massivement

L'apparition du plateau technique dans la terminologie administrative et la réalité de la vie hospitalière a marqué l'importance croissante des équipements médicaux. Ceci a entraîné un accroissement rapide des actes médicaux et une amélioration sensible dans la qualité des soins.

L'usage des techniques les plus modernes reste une caractéristique fondamentale de l'activité hospitalière. Mais cette technologie pèse lourdement sur les coûts des actes médicaux. Ce qui laisse encore une fois toutes les demandes d'évaluation se concentrées sur l'hôpital.

1.2 CAUSES INTERNES : L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE DANS LE SYSTÈME DE SOINS ALGERIEN

En plus des caractéristiques précédemment citées dans les systèmes de soins universels, l'activité hospitalière en Algérie a certaines particularités qui méritent d'être évoquées parcequ'elles justifient notre choix pour cette structure de soins pour déterminer les coûts des prestations nécessaires pour une prise de décision future.

1.2.1 Le rôle de l'hôpital dans la politique de la santé publique en Algérie

Le schéma de la distribution des soins introduit dans les fondements de la carte sanitaire en 1981, montre qu'une importance particulière est accordée aux hôpitaux. Nous distinguons d'ailleurs des hôpitaux à trois niveaux I, II et III (2). Médicalement, ils sont organisés de la manière suivante :

(1) JP.MOATTI "L'économie de la santé à la croisée des chemins", Les cahiers du LERASS, N° 22, Février 1991, pp 35-42.

(2) "Service de santé en Algérie, situation et perspectives", OP cité p 12.

a- L'hôpital de Daïra: c'est une structure sanitaire plus lourde et mieux équipée que les polycliniques et les centres de santé. Il fait face aux malades nécessitant l'hospitalisation (urgences chirurgicales, médicales et traumatismes) ainsi que pour répondre aux demandes d'examens complémentaires des médecins de polycliniques et de centres de santé (examens wdiologiques, biologiques etc...).

b- L'hôpital de wilaya: (niveau II ou III)

Selon la fréquence des maladies observées dans notre pays, on distingue deux types d'hôpitaux de wilaya différents chacun d'eux de services médicaux dont ils disposent. Ils sont chargés d'attribuer des soins hautement spécialisés ou la mise en oeuvre de moyen de diagnostic plus précis.

b₁- L'hôpital de niveau II: Il est créé dans les wilayas les moins peuplées et en fonction des distances dans le sud du pays.

Ils sont dotés des mêmes services médicaux que les hopitaux de niveau I plus les services suivant:

- Des services d'hospitalisation spécialisés (ORL, ophtalmologie, psychiatrie).
- Une banque de sang.
- Des services de radiologie et de biologie.

b₂- L'hôpital de niveau III: Il est doté des mêmes services que les hôpitaux de niveau II, plus les services suivants:

- Les services d'hospitalisations spécialisés (orthopédie, chirurgie infantile, neuro-chirurgie rééducation fonctionnelle, neurologie, dermatologie, réanimation, hémodialyse etc...)
- Un centre de transfusion sanguine
- Un service de médecine légale
- Un laboratoire d'anatomie-pathologie

Ils peuvent aussi comporter les sous spécialités suivantes:

- Radiologie
- gastro-entérologie
- Hématologie
- Urologie etc....

Les hôpitaux de niveau III sont généralement des centres d'enseignement et de recherche. Ils constituent un milieu idéal pour la formation clinique du personnel médical, para-médical et promouvoir la recherche scientifique.

"La structure hospitalière est donc le noyau central dans la distribution des soins et la canalisation par laquelle s'effectue les différentes dépenses sanitaire susceptible d'affecter les objectifs finaux de la politique de santé en Algérie" (1).

Organiser l'activité hospitalière à travers une évaluation des coûts qu'engendre les prestations des soins est une organisation d'une part non négligeable du marché des soins publics et ceci pour les raisons suivantes :

1.2.2 La demande des soins en milieu hospitalier

La demande des soins est libre et gratuite, mais elle se concentre le plus dans les hôpitaux. L'hospitalisation est donc la forme la plus courante de distribution des soins, généralement elle ne concerne que les formes sévères graves ou encore incurables. Contrairement à certains systèmes dans le monde (la majorité), l'hôpital en Algérie n'est pas appelé à remplir uniquement cette fonction de soins lourds, mais assure également et particulièrement des soins ambulatoires. Cette situation a conduit à une concentration de la demande des soins dans les hôpitaux. Cependant, nous enregistrons une sous activité des autres structures extra-hospitalières et ceci malgré les moyens de consultations et de soins généraux largement disposés à leur niveau.

(1) FZ. OUFREHA, "Coût et surcoût du système de soins en Algérie", Revue du CENEAP, 1989 p.28

1.2.3 Les dépenses budgétaires en milieu hospitalier

La structure des dépenses budgétaires fait ressortir que les dépenses en milieu hospitalier totalisent presque les 80% de l'ensemble, alors que les 20% sont dévolus aux soins préventif (1). Certainement, cet écart est assez large entre les deux proportions ce qui justifie la faiblesse de l'action préventive qui favorise à son tour le recours à l'hospitalisation. Il est donc nécessaire d'introduire un moyen régulateur pour rétablir les deux proportions à travers une connaissance assez juste des coûts de soins hospitaliers puisqu'ils absorbent la masse la plus importante des dépenses.

1.2.4 Sécurité sociale et dépenses hospitalières

La loi du 31/12/73 relative à la promulgation de la gratuité des soins dans toutes les structures sanitaires publiques, portait également sur un forfait hospitalier. Il constitue la contribution de la sécurité sociale au financement des secteurs sanitaires.

Depuis très longtemps cette contribution croît à un rythme extraordinaire. Cela signifie que les assurés sociaux financent la plus grande partie des soins hospitaliers en particulier. Ceci est recueilli dans le tableau suivant :

TABLEAU N° 1 en Milliard de dinars

Année	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
forfait hôpitaux	2,10	3,13	4,0	5,0	6,50	7,97	9,13

Source : FZ. OUFREHA, 1991, op cité p 176.

Les non assurés sociaux ne sont guère exclus du système. Ce qui crée une forme d'inégalité entre les deux catégories (cotisante et non cotisante) et une charge lourde pour la sécurité sociale.

(1) FZ.OUFREHA, 1991, op cité p. 214.

Face à cette situation le déficit budgétaire de la sécurité sociale s'élargie, il menace la prévoyance sociale qui constitue une part de la santé du pays.

TABLEAU N° 2

unité : 10⁹ DA

Année	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Déficit et excédent budgétaire de la sécurité sociale	+1,86	+2,05	+2,58	+2,62	+0,65	-0,07	+2,24	+0,26	-1,21	-0,09

Source: FZ. OUFREHA, 1991, op cité p 175.

Tous ces éléments prouvent que le financement hospitalier ne peut incomber à l'organisme de la sécurité sociale seulement. Il est donc nécessaire de trouver les ressources correspondante pour couvrir les dépenses hospitalières. La détermination des coûts et alors impérativement posé.

1.2.5 Coût et réorganisation du marché des soins

Les conditions actuelles du marché des soins se caractérisent par leur partage entre le secteur privé et public. Aussi on ne peut négliger l'importance de l'expansion rapide et extraordinaire du secteur privé ces dernières années. Les statistiques montrent également une augmentation très nette des dépenses des ménages. Selon une étude réalisée par l'O.N.S les ménages Algériens consacrent 2,1% de leur budget pour les dépenses de santé soit 64,4 Dinars par an et par tête (1). En 1990, cette proportion est plus importante puisque le secteur privé couvre une part très importante des soins dans le pays.

Le marché des soins est alors concurrentiel. Il est temps pour les structures sanitaires publique et en particulier l'hôpital d'adopter les comportements efficaces : qualité des soins, maîtrise des coûts etc... . Or si de telle paramètres ne sont pas présent, la situation risque virer vers l'ouverture des grandes portes de la "médecine marchande" en Algérie.

(1) J. MOUAFEG, "Les dépenses de santé des ménages Algériens"(1979-1980), Revue statistique N° 14, O.N.S, Septembre 1984.

1.2.6 Coût et réajustement des parts de financement entre les agents du système de soins

L'hospitalisation nécessite la mobilisation de moyens financiers très important. Elle demande une participation de tous les agents économiques par diverses formes.

L'évaluation permettra à la sécurité sociale de connaître les dépenses relative à ses assurés sociaux et leur ayants droits. A son tour l'Etat doit obligatoirement trouver un moyen pour couvrir les dépenses des prestataires non couvert par un quelconque régime d'assurances et des catégories sociales les plus démunies.

L'évaluation sera donc le moyen de rétablir de nouvelles parts de responsabilité entre l'Etat, la sécurité sociale et les ménages dans le financement du système de soins.

1.2.7 Coût et gestion du service public

L'Etat est l'agent suprême chargé de protéger les intérêts supérieurs de la collectivité. Cette protection se concretise grâce a son service public. Or, pour assurer la durabilité fonctionnelle du service public ce dernier doit être rattaché à la notion d'évaluation parceque d'une part, il s'agit de faire bénéficier le prestataire d'un service a un prix bas que possible et d'une qualité assez élevé. D'autre part, la détermination du coût permet d'écarter les depenses additionnelles qui peuvent (gonfler) ou surevaluer le prix des prestations de soins. L'évaluation ici proposée ne peut donc s'opposer aux intérêts de la communauté.

1.2.8 Coût et prise de décision

La fixation des coûts est une opération fondamentale pour une quelconque prise de décision. Cependant, les caractéristiques de l'activité hospitalière demandent en permanence de nouvelles prises de decision, soit en matière d'investissement (Extension d'activité médicales, acquisition de novuels équipements ...) soit en matière de planification (introduction future de nouvelles spécialités médicales ...) soit en

matière de gestion.

Toute prise de décision suppose d'abord une connaissance parfaite des coûts, de leur formation et de leur évolution à long terme; car l'objectif à atteindre reste celui d'une maîtrise des coûts et des facteurs de production pour assurer une meilleure couverture globale des soins.

Ainsi tous les gestionnaires concourent à prendre les décisions les plus efficaces et rendre la gestion plus transparente par l'introduction de la comptabilité analytique afin de rendre l'accès aux soins beaucoup plus facile, égal et d'une qualité meilleure.

SECTION II. UN EXEMPLE DE CALCUL DE COUT AU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE TLEMCEM (C.H.U)

Pour atteindre le but de détermination des coûts deux points fondamentaux seront étudiés.

- 1) Présentation générale du C.H.U. de Tlemcen.
- 2) Calcul du coût d'hospitalisation en 1990.

Ce dernier point sera étudié de la façon suivante:

- 1) Présentation des dépenses d'exploitation par titre
 - a) Dépenses du personnel
 - b) Dépenses hôtelières
 - c) AGI
 - d) Médicaments
 - e) Travaux de sous traitance
 - f) Acquisition d'équipements et mobiliers
 - g) Entretien des équipements.
- 2) Répartition des charges directes
 - a) des services médicaux
 - b) des services de soutien
- 3) Dépenses de fonctionnement et autres
 - a) Charges communes
 - b) Charges de la formation

- c) Charges de la recherche médicale
- d) Opérations d'investissement
- 4) Répartition des charges des services de soutien
 - Répartition des charges communes
- 5) Différents coûts des services médicaux
 - a) Le coût de la journée d'hospitalisation dans chaque service médical.
 - b) Le coût du malade dans chaque service
 - c) Le coût des différents examens médicaux.

II.1 PRESENTATION GÉNÉRALE DU C.H.U. DE TLEMCCEN

Le C.H.U. de Tlemccen est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il concourt non seulement aux soins, mais aussi à l'enseignement universitaire médical, à la formation du personnel para-médicale et à l'éducation sanitaire.

Le contrôle de tutelle est assuré par le ministère de la santé pour toutes les activités relevant d'ordre médical, d'autres part le contrôle de tutelle pédagogique est assuré par le ministère de l'enseignement supérieur.

II.1.2 Les structures:

Le CHU Tlemccen dispose d'une direction de l'administration générale et d'une direction des activités pédagogiques et médicales.

A) La direction de l'administration générale des équipements et des infrastructures comprend (04) sous-directions.

- 1) La sous-direction des personnels qui comporte (2 bureaux)
 - a/ Le bureau du personnel médical.
 - b/ Le bureau du personnel para-médical.
- 2) La sous-direction des services économiques qui comporte (2 bureaux)
 - a/ Le bureau des approvisionnements.
 - b/ Le bureau de la restauration et de l'hébergement.

- 3) La sous-direction du budget et de la comptabilité qui comporte 2 bureaux
 - a/ Le bureau du budget.
 - b/ Le bureau de la comptabilité.
 - 4) La sous-direction des infrastructures et des équipements qui comporte trois (03) bureaux.
 - a/ Le bureau des infrastructures.
 - b/ Le bureau de l'entretien et de la maintenance.
 - c/ Le bureau des équipements.
- B) La direction des activités pédagogiques et médicales: comprend deux (02) directions:**
- 1/ La sous-direction des activités pédagogiques qui comprend (02) directions
 - a/ Le bureau de la formation.
 - b/ Le bureau de la programmation et du suivi.
 - 2/ La sous-direction des activités médicales qui comprend (deux bureaux):
 - a/ Le bureau de l'épidémiologie et de la prévention.
 - b/ Le bureau des urgences et des gardes.

II.1.3 Activités des services médicaux:

Les CHU Tlemcen est la seule structure hospitalière du chef lieu de wilaya. Il est composé de l'hôpital civil construit en 1954 auquel ont été jointes différentes structures après 1969.

La capacité totale en lits techniques est de 730 lits pour une ville de 200.000 habitants soit 1 lit / 2750 hab.

Un bloc chirurgical de 120 lits est joint à l'ensemble des services pour avoir une capacité de 850 lits.

La répartition de lits sera alors: 300 lits médicaux

350 lits chirurgicaux

140 lits obstétricaux

60 lits pédiatriques

Ces lits sont répartis en 18 services d'hospitalisation qui sont:

- Gastro-entérologie
- Pneumo-phtisiologie
- Cardiologie
- Néphrologie
- Hémodialyse
- Chirurgie générale
- Médecine légale
- Urgences médico-chirurgicales
- Réanimation
- Médicaux interne
- Dermatologie
- psychiatrie
- Gynécologie-obstétrique
- ORL
- Ophtalmologie
- Médecine de travail
- Neuro-chirurgie
- Pédiatrie.

* Le plateau technique est composé de 5 (cinq) laboratoires qui sont:

- Biochimie
- Microbiologie
- Anatomie et C.T.S.
- Anatomie, pathologie et cytologie
- Laboratoire d'hygiène de wilaya.

* Le service de radiologie est composé de deux (2) unités

- 1/ Radiologie conventionnelle - 8 appareils
 - 5 échographies
 - monographie.

2/ Scanner.

* Le service de médecine nucléaire et de radio-isotope

* La clinique dentaire est composée de 21 fauteuils.

II.2 CALCUL DU COÛT D'HOSPITALISATION AU CHUT EFFECTUÉ EN 1990

La répartition des dépenses se fait suivant les chapitres définis par le processus de la budgetisation, ainsi nous aurons:

1.2.1 Les dépenses du personnel: Au 31/12/1990, le CHU Tlemcen comptait Mille deux cent vingt et un (1221) agents repartit comme suit:

- personnel médical	—————	234
- personnel para-médical	—————	485
- personnel en formation	—————	88
- personnel enseignant	—————	06
- personnel administratif	—————	101
- personnel technique	—————	308

Les rémunérations du personnel hospitalier ont représenté en 1990 64,47% du budget global de l'établissement, ces dépenses s'élevaient pour cet exercice à 91.132.000,00 dinars soit une augmentation globale de 10,92% par rapport à l'année 1989.

Ces rémunérations ont connu un accroissement en 1991 en raison de l'application des nouveaux textes d'intégration, le reclassement des agents et les avancements en cours.

Le service de comptabilité au CHUT nous a fourni le tableau suivant concernant l'ensemble des dépenses de personnels en 1990.

TABLEAU N°3

Services médicaux		Services de soutiens	
chirurgie	8956.267,20	Radio	4817.325,72
gynécologie	10.834.815,60	Médecinenucléaire	456.955,00
Ophthalmologie	3939.923,04	Médecine légale	192.899,88
Cardiologie	3535.179,16	Médecine de travail	390.751,80
Gastrologie	2385.199,56	Administration	10.528.586,64
Traumatologie	3021.839,64	Pharmacie	1065.031,92
Pédiatrie	2286.315,00	Laboratoires	6720.765,00
O.R.L	3688.367,52		
Dermatologie	2000.883,24		
Médecine interne	3675.454,32		
Psychiatrie			
M.Infectieux	2944.508,64		
Pneumo-phtisio	692.841,00		
Urgences	1998.697,44		
Néphrologie	3735.228,00		
Clinique dentaire	2059.008,48		
	1.774.556,04		
Total	57.519.083,88	Total	2417.2315,96

II.2.2 Bilan de consommation annuelle (1990) représenté par le tableau suivant :

TABLEAU N°4

Services	Alimentation	produit d'entretien ménager	Fourniture de bureau et imprimé	Lingerie/literie
(Chirurgie chirurgie bloc)	847.863,73	25874,81	26199,43	170761,59
(Maternité gynécologie)	978.280,63	34367,34	16828,03	359925,30
(Ophtalmologie ophtalmo-bloc)				
Cardiologie				
Gastrologie	497.763,76	15115,16	33932,22	29280,81
Traumatologie	237.304,33	12447,16	12788,22	51566,96
Pédiatrie	463.908,15	16555,12	30159,42	96437,65
Médecine interne	399.551,83	10974,55	11010,55	29360,88
O.R.L.	322.392,35	11080,74	18479,32	50996,48
Dermatologie	389.510,55	18996,18	43838,93	36423,90
Radiologie	142.186,16	14023,38	16243,37	50712,00
Laboratoire		8125,20	6433,77	26568,63
Urgences		33110,70	20518,66	31938,49
Hémodialyse				
ANAPATH	140.298,24	12158,92	138988,31	27719,10
Pharmacie		7077,97	2441,40	4334,49
Clinique dentaire		7928,57	14346,72	21407,95
Pneumo-phtisio		9036,09	9911,23	15888,02
Infectieux	245.537,84	5889,74	9035,76	23623,03
Psychiatrie	196.301,98	14035,31	5640,01	23017,32
Médecine nucléaire	527.680,38	18040,52	106129,08	55609,32
Neuro-chirurgie		2026,78	3060,98	3953,72
CMS + Méd.de travail		2194,45	7149,42	54425,65
Médecine légale		5436,10	3584,15	18766,36
Stomatologie		7996,36	1093,07	41306,10
Banque du sang	24.003,68	3622,52	631,35	5120,07
DAPM(collecte sang)	3940,10			
Cantine				
Administration	435.285,88			
Technique population		51558,35	142120,75	
		80060,42	5105,81	216917,25

L'ensemble des dépenses (Alimentation + produit d'entretien ménager + fourniture et imprimé + lingerie/literie) constituent ce qu'on appelle les dépenses hôtelières, et ceci par le fait que chaque malade admis en hospitalisation est directement concerné par ce type de dépense.

- Nourriture durant son séjour.
- Entretien quotidien des chambres.
- Changement permanent de literie (couverture, draps ...etc).

On introduit parmi ces dépenses, les fournitures de bureau et imprimé parce que chaque malade hospitalisé a des fiches de suivis, ordonnances, carnets, cartes de rendez-vous ...etc.

Pour cela, les dépenses hôtelières dans chaque service médical représentent le suivant (les services de soutien ne sont pas concernés par les dépenses d'alimentation).

DÉPENSES HÔTELIÈRES

TABLEAU N°5

Services médicaux		Services de soutiens	
(Chirurgie + chirurgie bloc)	10.70699,56	Radio	41127,60
(maternité + gynécologie)	1540.859,60	Médecine nucléaire	9041,43
(Ophtalmologie + blocs)	574.911,40	Médecine légale	50486,03
Cardiologie	576.092,55	Médecine de travail	27.786,61
Gastrologie	314.106,67	Administration	934.988,56
Traumatologie	607.070,34	Pharmacie	43.683,24
Pédiatrie	450.997,81	Laboratoire	123.424,76
O.R.L	488.769,56		
Dermatologie	223.164,91		
Médecine interne	402.948,89		
Psychiatrie	707.459,85		
M - infectieux	238.994,76		
Pneumo-phtisio	284.086,37		
Urgences	75.319,63		
Néphrologie	319.164,57		
Clinique dentaire	44.260,68		
Total	7918.907,15	Total	1230588,23

II.2.3 L'A.G.I: c'est une enveloppe en devises, accordée annuellement par le ministère de la santé aux établissements hospitaliers afin de leur permettre d'acquiescer à titre de besoin les médicaments, les réactifs et les pièces de rechanges. Les besoins recensés ont généralement un caractère d'urgences, l'AGI est accordée au différent services médicaux, chirurgicaux ou de soutien sous preuve d'un besoin réel, pour cela sa répartition entre les services n'obéit à aucune règle précise de gestion. S'agissant

d'une enveloppe en devise convertie au taux de change courant en 1990, le tableau suivant illustre le montant total en valeur (DA) ainsi que les différents services bénéficiaires. (voir tableau 6 et 7).

II.2.4 Médicaments travaux sous traitance, acquisition des équipements , mobilier et entretien du matériels

1 - Les médicaments: sont des produits usuellement utilisés dans l'opération de prestation des soins médicaux, chirurgicaux ou encore examens biologique et exploration quand il s'agit des services de soutiens. Le montant total des dépenses est reporté dans les tableaux 6 et 7.

2 - Entretien des équipements: c'est des dépenses effectués pour assurer la mise en service permanente de l'ensemble des équipements médicaux et de services.

L'entretien des équipements suscite des moyens financiers important car d'une part

a/ Un certain nombre d'équipements sont vétustes et date de 1960.

b/ L'utilisation exagéré des équipements dues à la centralisation de la demande des soins en milieu hospitalier entraine l'augmentation du nombre de pannes techniques et par la suite une mobilisation de plus en plus importante de dépenses pour l'entretien et la réparation.

3 - Acquisition des équipements et mobilier: La mise en marche régulière des services médicaux et de soutiens suscite des moyens. L'acquisition du matériel au CHUT concerne généralement le renouvellement d'un matériel déjà reformé. L'investissement est rare compte tenu les conditions financières existante.

Le tableau 6 illustre l'ensemble des charges directes concernant les services médicaux.

Masse salariale + médicaments + dépenses hôtelières + les dépenses d'acquisition des équipements et mobilier + dépenses d'entretien des équipements.

Remarque:

- l'AGI et les dépenses des travaux de sous traitance ne concernent pas tous les

services médicaux et de soutiens.

- Le total (80.037.609,57 DA) constitue le montant des charges directes des services médicaux.

- On exclu du calcul du coût d'hospitalisation la clinique dentaire car cette dernière n'est pas concernée par l'hospitalisation des malades.

- Le montant des charges directes des services médicaux sera alors le suivant:

$$80.037.609,57 - 2468.627,24 = 77568.982,33$$

Voir tableau 6.

Le tableau 7: Il illustre le montant des charges des services de soutien. Les remarques suivantes sont à faire.

- L'AGI et les dépenses de travaux de sous traitance ne concernent pas tous les services de soutiens (pour les raisons précédemment évoqués)

- Les dépenses hôtelière dans les services de soutiens constituent: les produits d'entretien ménager et les dépenses de fournitures de bureau et imprimé.

Les dépenses d'alimentation et de lingerie/literie concernent uniquement les services médicaux parcequ'ils sont directement touchés par l'hospitalisation des malades.

RÉPARTITION DIRECTES DES SERVICES MÉDICAUX

TABLEAU N°6

services	masse salariale	médicaments	AGI	Dépenses Hôtelière	travaux S/traitan.	acqui. équip. et mobilier	entretiens équipement	Total
Chirurgie	8.956.267,20	2.184.249,12	149.078,86	1.070.699,56	198.357,94	341.811,25	12.266,05	12.912.729,98
Gynécologie	10.834.815,60	806.175,21	28.092,74	1.540.859,60	126.670,00	540.730,39	7.101,89	13.884.445,93
Ophthalmologie	3939.923,04	256.526,26	31.271,69	574.911,40	71.491,75	5.223,66	1.581,48	4880.929,28
Cardiologie	3525.179,16	366.415,10	3.528,40	576.092,55	71.803,41	149.491,47	482,24	4692992,33
Gastrologie	2385.199,56	697.066,17		314.106,67	70.003,41	20586,52	3672,45	3499.634,78
Traumatologie	3.021.839,64	814.135,91		607.070,34		62.260,85	2577,63	4.507884,37
Pédiatrie	2.286.315,00	281.560,64	192.221,64	450.997,81		16.463,00	3558,46	3231116,55
ORL	3688.367,52	283.758,81	111.566,00	488.769,56	122.174,04	14.15,85	2847,98	4711635,76
Dermatologie	2000.883,24	72.545,77		223.164,91	55845,50	4.207,88	5600,23	2363.247,53
Médecine interne	3.675.454,32	418.504,36	36.968,86	402.948,89	74.405,50	14.657,39	1297,99	4624237,31
Psychiatrie	2944.508,64	599.785,81		707.459,85	72.519,80	7.702,90	27212,90	4359162,90
Infectiologie	629.841,00	158.783,81		238.994,76		1199,30	4142,61	1095.961,48
Pneumo- phtisiologie	1998.697,44	234.976,74		284.086,37	28306,75	935,30	4142,61	2591145,21
Urgences	3735.228,00	597.027,39		75.319,63		28.059,54	2533,51	4438.168,07
Néphrologie	2059.008,48	3.186.845,83	204.656,02	319.164,57	2940,00	2962,80	1.113,15	5776.690,85
Clinique dentaire	1.774.556,04	44.712,87	280.660,85	44.206,68	106.744,00	212.190,64	5502,16	2468.627,24
Total	57519.083,88	11.003.042,80	1.038.045,06	7918.907,15	1.041.262,10	1.431.635,24	85.633,34	80.037.609,57

**RÉPARTITION DES CHARGES DIRECTES DES SERVICES DE SOUTIEN
(PLATEAU TECHNIQUE)**

TABLEAU N°7

Services	Masse salariale	médicaments	AGI	hôtelière	Travaux S/traitance	Acquisit. équip et mobilier	Entretiens équipement	Total
Radiologie	4.817.325,72	496.843,68	553.690,00	41.127,60	-	56.780,22	320,26	5966.087,48
Médecine nucléaire	456.955,00	13.045,60	185.423,50	9.041,43	-	13.223,77	395,85	678.085,15
Médecine légale	192.899,88	998,32	-	50.486,03	45.310,00	6313,09	945,84	296.953,16
Médecine de travail	390.751,80	1199.682,11	-	27.786,60	-	-	-	1618.220,52
Administration	10.528.586,64	-	1399.381,18	934.988,56	955.788,70	302.201,79	16.834,89	14.137.781,76
Pharmacie	1065.031,92	-	7825.79,00	43.683,24	47.500,66	17.264,14	2575,99	1958.634,95
Laboratoire	6.720.765,00	602.675,99	811.100,77	123.424,76	34.785,00	64.872,33	2932,55	8360.556,40
Total	24.172.315,96	2313.245,70	3732.174,45	1.230.588,23	1083.384,36	460.655,34	24.006,38	330.16.319,42

II.3 DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT ET AUTRES (en millier en DA)

A- Charges communes

- Chauffage	78.000,00
- Echange	338.604,09
- Fournitures d'eau	20.900,00
- Assurances	924.122,14
- Accessoires des salaires	12.803.204,89
- Lubrifications + carburants	229.828,47
- Pneumatiques	78.900,00
- Frais de postes et télécommunications	165.591,73
- Fournitures de gaz	559.665,45
- Frais de déplacements	300.000,00
- Frais de transport des marchandises	90.000,00
- Honoraires des experts	90.000,00
- Entretien des espaces verts	770.798,80
- Travaux en dehors des services
- Achat de matériaux (concernant tous les services (chaudière etc...)).	250.000,00

T O T A L : 16.759.615,57

B) Charges de la formation	7.075.970,33
C) Charges de la recherche médicale	237.000,00
D) Opérations d'investissements	1.680.839,86

T O T A L F I N A L : 25.753.425,73

Le montant des charges communes est de **25.753.425,73 DA**.

Dès lors il y a lieu de répartir les charges des services de soutiens.

*** La clé de répartition est : les lits d'hospitalisation de chaque service médical.**

Pour cela le montant des charges des services de soutiens sera affecté à chaque service médical proportionnellement au nombre de lits d'hospitalisation de chaque service:

Le montant des charges communes sera réparti également en se référant à la clé de répartition (% de lit d'hospitalisation dans chaque service médical (Voir tableau 8)

ETAT DES COÛTS GLOBALISÉS

TABLEAU N°8

Services	nombre de lits	% des lits	M des charges directes	M des charges des services de soutien	Mont. charges communes	Coût global des services médicaux
Chirurgie	94	64	12.912.729,98	4503.425,97	3512.767,27	20928.923,22
Gynécologie	107	15,53	13884.445,93	5127.434,41	3999.607,02	23011.387,36
Ophthalmologie	50	7,26	4880.929,29	2396.984,79	1869.698,71	9.147.612,78
Cardiologie	50	7,26	4692.992,33	2396.984,79	1869.698,71	8959.675,93
Gastrologie	64	9,29	3499.634,78	3087.216,07	2392.493,25	8959.344,10
Traumatologie	45	6,53	4507.884,37	2155.965,66	1681.698,70	8345.548,73
Pédiatrie	42	6,10	3231.116,55	2013.995,48	1570.958,97	8816.071,00
Dermatologie	23	3,34	2362.247,53	1102.745,07	860.164,42	4325.167,02
O.R.L.	41	5,95	4711.635,76	1964.471,01	153.2328,83	8208.435,60
Médecine interne	30	4,35	4624.237,31	1436.209,89	1120.274,02	7180.721,22
Psychiatrie	60	8,71	4359.162,90	2873.721,42	2243.124,38	9478.007,70
Médecine infectieux	36	5,22	1095.961,48	1723.451,87	1344.328,82	4163.742,17
Pneumo phtisio	30	4,35	2591.145,21	1436209,89	1120.274,02	5147.629,12
Urgences	06	0,67	4436.166,06	287.241,98	224.054,80	4949.464,85
Néphrologie	11	1,60	5.776.690,85	528.261,12	412.054,81	6717.006,78
Totaux	689	100	77.568.982,33	33.016319,42	26.753.425,73	136.338.720,48
			tableau 6	tableau 7	III.3	

* En divisant le coût global (de chaque service obtenu dans le tableau 8) par le nombre de malades admis en hospitalisation nous obtenons:

**Le coût moyen d'un malade hospitalisé
au CHU Tlemcen.**

* Par contre si on divise le coût global (obtenu dans le tableau 8) sur le nombre de journées d'hospitalisation nous obtenons:

**Le coût moyen d'une journée
d'hospitalisation au CHU Tlemcen**

Voir tableau 9.

Remarque:

Tous les malades admis en hospitalisation ne sont pas concernés par tous les examens médicaux (scanner, radio, examens biologiques etc...).

Pour cela le coût de chaque malade hospitalisé varie selon les types d'examens subi. Ainsi, le tableau 10 illustre le coût de chaque examen médical.

* Dans le tableau 10, la répartition des charges des services de soutien et le montant des charges communes est fonction du pourcentage d'examens effectués.

DIFFERENTS COÛTS MÉDICAUX

TABLEAU N°9

Sarvicaa	nb. de lits	nb. de malades	nb. de journées d'hosp.	durée moyenne de séjour	taux d'occupation moyen	coût global	coût de la journée d'hosp.	coût du malade
Chirurgie	94	2355	26241	10,01	68,72	209.28923,22	797,56	8887,01
Gynecologia	107	8592	29.707	3,46	76,06	23011387,36	774,61	2633,78
Ophtalmologie	50	1672	14.452	8,30	76,08	914.7812,78	632,96	5471,06
Cardiologia	50	1056	13.388	11,87	78,72	895.9675,83	669,23	8484,54
Gastrologie	64	424	10945	24,85	45,11	8959.344,10	818,57	7378,91
Traumatologie	45	1131	14938	12,64	82,94	8345.548,73	558,67	7378,91
Pédiatrie	42	1894	15344	5,30	58,61	6816071,00	444,21	4023,65
ORL	41	1064	11.050	9,62	68,51	8208435,60	742,84	7707,45
Dermatologie	23	278	4254	14,65	49,20	4325157,02	1016,72	15.558,11
Médecine interne	30	664	9795	13,12	79,56	7180721,22	713,10	10914,33
Psychiatrie	60	645	11.272	17,47	51,47	9479.007,70	840,84	14894,58
Médecine infectieux	36	453	5553	12,21	42,10	4163742,17	749,81	9191,48
Pneumo-phtisio	30	634	7.333	11,54	66,84	5147629,12	701,98	8119,28
Urgences	06	665	45.625	1,23	37,44	4949464,85	108,48	7.442,80
Hémodialyse	11	186	6748	7,98	36,91	6717.006,78	995,40	36.112,93
Total	689	21659	177.286	-	-	136338727,48	769,03	6.294,78

DIFFÉRENTS COÛTS DES EXAMENS

TABLEAU N°10

Services	nombre d'examens	%	M. charges directes	M.charges des services de soutien	M. charges commune	coût	coût P/Exam en
Radio	47170	14,36	5.966.087,48	2030.185,46	3698.191,93	11.694.464,87	247,92
Laboratoire	240.689	73,31	8360.56,40	10.364.407,80	18.879.836,40	37.804.800,60	156,23
Clinique dantaire	40.457	12,32	2468.827,24	1743.188,50	3175.397,40	7.387.213,14	182,59
Total	329.316	100	16.795.271,12	14137.781,76	25753.425,73	56.686.479,61	172,65

47170 est le total des examens radiologiques internes et externes (scanner et médecine nucléaire sont exclus).

Au laboratoire, 240689 examens de biochimie, hématologie, micro-immunologie et cyto-pathologie ont été effectués.

SECTION III. LA DÉTERMINATION DES COÛTS DE PRESTATIONS DE SOINS EN MILIEU HOSPITALIER REVIENT A RECONSIDERER LES ELEMENTS IMPORTANT SUIVANT INCOMBANT LE BUDGET

III.1 DOUBLER LES EFFORTS DE PRÉVENTIONS

Malgré l'importance des moyens fournis par l'Etat en matière de santé, la prévention reste un problème sérieusement posé en Algérie. Annuellement les statistiques montrent que le recours à l'hospitalisation reste largement dominé par des maladies à caractère épidémiologique.

Le tableau suivant illustre clairement la question.

Le tableau comparatif des maladies à déclaration obligatoire notifiées au CHU Tlemcen.

TABLEAU N° 11

Maladies	nombre de cas		
	1988	1989	1990
Fièvre typhoïde	259	164	123
Hépatite A et B	35	20	35
Choléra	16	00	04
Dysentrie Bacillaire	01	01	01
Brucellose	76	47	77
Kystes hydatiques	53	44	29
KALA AZAR	01	02	05
Rage	01	00	01
TETANOS	02	06	02
Méningites	40	70	100
Toxi-infections alimentaire	85	25	153
Tuberculose		106	157
	111		

III.2 Recenser la pathologie la plus dominante dans les milieux hospitalier. Il s'agit de développer les moyens préventifs nécessaires et faire en sorte qu'ils soient largement disponible et facile à accéder. Les maladies auxquelles nous faisons allusion dans ce cas sont les maladies qui ont un caractère non transmissible (cancer, diabète).

III.3 L'évaluation ici proposée montre que certaines activités de soins resteront opérationnelle uniquement dans les centres de santé ; PMI et polycliniques afin de prendre en charge les nombreux problèmes relatif à la prévention, aux soins de routines, consultations etc... .

L'objectif est de protéger le caractère de l'activité hospitalière car nous pouvons dévoiler de ce point de vue une difficulté de l'activité hospitalière dans son partage entre les soins lourds et ambulatoires et ceci a travers les tableaux suivants:

TABLEAU N° 12 : L'exemple du CHU TLEMCCEN

Services hospitaliers	Nombre de consultations externes					total annuel
	1 ^{ER} trim.	2 ^{eme} trim.	3 ^{eme} trim.	4 ^{eme} trim.		
Gastro-entérologie	2579	2843	2853	2915		11190
Cardiologie	4128	2906	3842	4201		15077
Pédiatrie	1116	1402	1798	1495		5811
Dermato-vénérologie	2461	1596	2330	2597		8984
Psychiatrie	3024	2773	2423	2734		10954
Maladies infectieuses	153	136	72	51		412
Pneumo-phthisiologie	2285	2578	2146	2120		9129
Urgences	9324	10464	12010	3827		45625
Médecine interne	739	402	450	530		2121
Stomatologie (bouche)	1423	2327	1663	682		7095
Clinique dentaire	4868	3894	4466	4409		17637
Néphrologie	288	386	489	558		1721
Médecine de travail (CMS)	1044	1290	1293	1209		4836
Neuro-physiologie	360	336	353	349		1398
Endocrino-diabeto	CONFONDU	AVEC	MEDECINE	INTERNE		
Chirurgie générale	1184	739	1032	1274		4229
Ortho-traumatologie	984	940	1182	1605		4711
Gynéco-obstétrique	1764	1939	1726	1809		7238
Ophthalmologie	350	484	1796	875		3505
ORL	3396	2338	2093	748		8575

TABLEAU N° 13

Services radiologiques	nombres des examens de radiologie											
	1 ^{er} trim.		2 ^{eme} trim.		3 ^{eme} trim.		4 ^{eme} trim.		total annuel général			
	int.	ext.	int.	ext.	int.	ext.	int.	ext.	int.	ext.		
Radiologie générale	4309	7158	4064	6996	4777	7792	4305	7769	17455	29715		
Urgences		535		624		580		579		2318		
Scanner		282		83		182		392		1239		
Médecine nucléaire		97		153		61		226		537		

Services radiologiques	Nombres des examens de de radiologie											
	1 ^{er} trim.		2 ^{eme} trim.		3 ^{eme} trim.		4 ^{eme} trim.		total annuel général			
	int.	ext.	int.	ext.	int.	ext.	int.	ext.	int.	ext.		
Biochimie	20914	16155	14317	19833	14562	14041	16624	16672	132922			
Hématologie	10258	11874	9760	11004	10080	11990	8596	3644	79906			
Micro-Immunologie	899	4706	745	3971	688	4547	4208	3010	20442			
Cyto-pathologie	74	587	99	508	53	478	591	508	5344			
Hémodialyse	2540	1390	1662	1030	1634	1055	1327	8294	13096			

Nous pouvons ainsi recueillir la marginalisation des soins lourds à travers le tableau suivant :

TABLEAU N° 14

Services hospitalier	nombres de consultation externes	malades hospitalisés
Gastro_entérologie	11190	424
Cardiologie	15077	1056
Pédiatrie	5811	1694
Dermato-vénérologie	8984	278
Psychiatrie	10954	645
Maladies infectieuses	412	453
Pneumo-phtysiologie	9129	634
Urgences	45625	665
Médecine interne	2121	664
Stomatologie	7095	
Clinique dentaire	17637	
Néphrologie	1721	
Médecine de travail	4836	
Neuro-physiologie	1398	
Chirurgie générale	4229	2355
Ortho-traumatologie	4711	1131
Gynéco-obstétrique	7238	8737
Ophthalmologie	3505	1672
ORL	8575	1065

III.4 REEXAMINER LE PROCESSUS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.

Il s'agit de ce point de vue de rétablir le lien entre l'organisme de la sécurité sociale et les différentes structures hospitalière et revoir par la même occasion la loi du *forfait hospitalier* promulgué par l'ordonnance du 31-12-73.

L'établissement des modalités de financement et de remboursement devant régir les deux organismes apportera une nouvelle gestion au système de soins public en Algérie.

III.5 CRÉATION DES CENTRES DE REPOS :

Les soins en milieu hospitalier sont dégressifs. Il est remarqué que généralement ils sont plus intenses les premiers jours hospitalisation du malade et diminuent progressivement avec son rétablissement. Durant une même période de séjours les

coûts de soins sont différents. Ceci donne une réflexion à la création des centres de repos en Algérie pour recevoir les malades convalescents. L'hôpital gardera alors sa fonction de prestations des soins lourds.

III.6 PRISE EN CHARGES DES MALADES DE LONGUE DURÉE :

L'hospitalisation concerne les soins lourds. Aussi, certaines maladies sont dites de longues durées : ces maladies demandent une présence et des soins quotidiens à l'hôpital. Ils s'étalent sur une période assez longue (parfois à vie) et dépassent de très loin la durée moyenne de séjour.

Cette catégorie de malades (Cancéreux, diabétiques, insuffisants rénaux, ...) génèrent des charges très lourdes pour l'hôpital. Pour cela il est très important d'établir des modalités de prise en charges très claires entre l'Etat et la sécurité sociale de façon à garantir la disponibilité et l'accès égalitaire à ce type de soins.

III.7 INTRODUIRE DE NOUVELLES SPÉCIALITÉS MÉDICALES

Il faut noter que dans nos établissements de soins, hospitalier en particulier beaucoup de spécialités médicales font défaut encore, pour cette raison l'Etat mobilise annuellement des sommes considérables en devise pour le transfert des malades vers des établissements étrangers: greffes rénales, chirurgie cardio-vasculaire etc... Cette situation va constituer un nouveau cadre de réflexion pour les prises de décision future en matière d'investissement sanitaire.

III.8 RÉORGANISATION DU SERVICE DES URGENCES

La réorganisation du service des urgences est très importante, parceque c'est la porte d'entrée aux soins hospitaliers. Aussi, la rapidité dans les prestations de soins dans ce service est une épargne de vie humaine et une économie importante de moyens financiers.

CONCLUSION

On en déduit que les coûts dans les différents services médicaux sont variables. Ceci justifie l'importance des moyens humains et matériels dans certains services par rapport à d'autres. Cette logique s'explique par le coût élevé de certaines actes médicaux, c'est le cas de la chirurgie ou l'Hémodialyse. Elle se justifie aussi par l'importance de la demande, la gynécologie par exemple et par la longue durée de traitements dans certains services médicaux : Traumatologie et Psychiatrie . La variabilité du coût est déjà une première orientation sur les prises de décisions futures.

Le cas d'étude fait ressortir globalement deux coûts différents : par malade et par journée d'hospitalisation. Seulement, le coût de la journée est nettement plus élevé que celui du malade. Cela veut dire qu'il faudrait trouver les moyens nécessaires de prodiguer les soins hospitalier dans les délais les plus court. Aussi, d'autres mesures devraient concerner les modalités de reception et d'admission des malades en hospitalisation de façon à ce que l'offre concernera uniquement les soins lourds ; les soins de routines seront dispensés dans les structures extra-hospitalières. Aussi, il est très important de rappeler que l'évaluation ne peut en aucun cas revêtir un caractère marchand. L'objectif n'est pas de faire supporter l'usager un prix au delà du coût du service qu'il perçoit. Seulement, il s'agit aujourd'hui de trouver une méthode de gestion qui repartie les coûts d'une façon rationnelle et les affecte directement ou indirectement aux agents bénéficiant, d'où une redéfinition des rôles des agents de financement des soins : Etat, Sécurité Sociale et Ménages.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Nous pouvons conclure en définitif que la gestion des systèmes de soins universels est limitée par les ressources de la communauté, mais défend des objectifs sociaux de plus en plus nombreux en raison de l'extention du domaine du service public (chapitre préliminaire). Pour le cas algérien, cette limite se pose plutôt dans le choix des critères de gestion fiables.

Ainsi, toute la gestion se résumée initialement dans la réalisation d'un ensemble d'objectifs fixés par les plans, sans pour autant chercher les outils de performance pouvant mener le système à une meilleure réalisation d'objectifs.

Le problème est ainsi reconduit d'année en année pour constituer actuellement une véritable crise du système de soins (partie 1-chapitre 1). Les principaux services médicaux correspondent à un droit qui ne doit pas être restreint par l'insolvabilité de l'intéressé, ce poids prend un relief particulier quand on sait que beaucoup de personnes ne disposent jusqu'à présent d'aucune couverture médicale. Dès lors, il est important d'entreprendre à l'heure actuelle une profonde réforme de l'organisation financière de la sécurité sociale. Car, la part qui lui revient dans le financement du système de soins détériore la prévoyance sociale en Algérie. Il est donc essentiel de mettre rapidement en place un système d'assurance sociale pertinent par rapport aux objectifs de santé et répondant aux normes d'une gestion moderne, transparente et responsable (partie1-chapitre2).

Dans les mêmes conditions, notre système de formation devra trouver rapidement de nouvelles adaptations à de nouvelles règles de gestion, car on estime que les progrès quantitatifs réalisés dans ce domaine sont très appréciables.

Plus encore, la part prépondérante des rémunération du personnel dans la structure des dépenses de fonctionnement sous-entend qu'une utilisation meilleure du capital humain est recommandée dans toutes les unités de soins, ceci dans le cadre d'une meilleure organisation du travail et des règles de gestion plus efficace, ce qui permettra par la même occasion de gérer plus rigoureusement les moyens disponibles (partie2-chapitre1).

La politique du médicament organisée à l'aube de la gratuité doit être révisée à son tour. Car, il est bien clair que face à une progression sensible de la consommation médicamenteuse, une offre sérieusement limitée émanant de la production nationale (1/10 des besoins du pays) et une couverture quasi-totale des besoins par les importations font que la politique du médicament à elle seule devient un argument suffisant de la progression des dépenses de soins en Algérie. (partie2-chapitre2).

L'orientation de la médecine nous impose des mutations qualitatives tant sur le plan des compétences humaines que sur celui des technologies nouvelles.

En effet, dans le domaine des équipements médicaux et sur le plan de leur acquisition ou de leur maintenance, le pays exprime une dépendance totale de l'étranger ; l'apport des sociétés nationales reste encore très réduit. Le problème deviendra plus sensible en raison de l'importance du parc national d'une part et de la nécessité d'importation de nouvelles technologies d'autre part.

Dans ces conditions, comme pour le médicament, une politique de fabrication du petit matériel et du consommable devrait être initiée dans le cadre national.

Toute fois, il ya lieu de faire observer que le système de gratuite tel qu'il est en oeuvre ne peut produire ses pleins effets à long terme, compte tenu du fait qu'il sera chaque fois nécessaire de mobiliser des moyens financiers plus important.

La règle devrait être constamment que les dépenses additionnelles devront trouver les ressources correspondantes. Pour cela, le concept de gratuite lui même doit être révisé et gardé dans la limite des coûts de gestion qu'engendre le système de soins. Les études entreprises dans les chapitres précédents démontrent l'urgence de la maîtrise des coûts de la santé, hospitalier en particulier. Ils exigent des solutions en parallèle, des actions cohérentes et rapides dans ce domaine. Ainsi, cette étude de cas qui se veut une modeste contribution parmi de nombreuses autres, et susceptible d'apporter aujourd'hui des solutions concrètes aux problèmes de la gestion du système de soins. Elle montre les points de concentration des dépenses, les coûts, leur formation et leur variabilité, les prix de journées

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- ANASTASSOPOULO JP., BLANC G. et DUSSAUGE P., "les multinationales publique", DALLOZ, Paris 1980.
- BELANGER G., "L'économique du secteur public", Canada, 1982.
- BENSEBA D., "Les firmes multinationales pharmaceutiques et les pays en voie de développement" OPU, Alger 1988.
- BOUSSOUF R., "Géographie et santé en Algérie", OPU, Alger 1991.
- GREFFE X., "Analyse économique de la Bureaucratie", Edition economica, 1981.
- KHIATI. M. : "Quelle santé pour les Algériens", ED. Maghreb relations, 1990.
- LEVY E., "Le coût de la maladie", Paris 1983.
- Rapport sur le développement dans le monde, "Investir dans la santé", Banque Mondiale, Washington 1993.
- SATO J., : "Les grands services publics et entreprises nationales", PARIS 1975.
- OUFRIHA FZ., "Cette chère santé" : une Analyse économique du système de soins en Algérie", OPU, Alger 1992.

PERIODIQUES:

- ALIOUANE H., "La santé n'a pas de prix", Actualité économique 1980.
- BELANGER G., "L'université, organisme à but non lucratif"
Revus d'économie politique, Juillet - Août 1977, pp. 574-590.
- BENALI N., Révolution Africaine N° 1399, Décembre 1990.
- BENNAOUI A., Améliorer le fonctionnement des services de santé, Révolution Africaine, Juillet 1984
- BENNAOUI A., "Préparer aujourd'hui le système de santé de l'an 2 000 , Révolution Africaine, Août 1984

d'hospitalisation ... enfin, un ensemble d'éléments qui rendent possible la gestion plus efficace et les prises de décision futures plus cohérentes. Il est vrai que cette étude a apporté un plus à la gestion du système de soins, hospitalière notamment, mais elle reste limitée par un certain nombre d'éléments : les outils d'analyses, le champ d'étude etc

Elle appelle ainsi à un approfondissement des notions de la gestion hospitalière. Car, grâce aux nombreuses recherches effectuées dans le domaine de l'économie de la santé nous savons aujourd'hui que les coûts hospitaliers représentent la part la plus importante du coût global de la santé et celle qui progresse le plus rapidement. La maîtrise de cette croissance nécessite une connaissance approfondie du contenu réel de l'activité et donc du produit hospitalier.

En effet, mesurer le produit hospitalier et l'appréhender dans toute sa complexité est une étape indispensable pour l'analyse du processus de formation des coûts, ceci afin de poser les bases d'un système rationnel de gestion hospitalière.

Les mesures courantes obtenues à partir de l'offre de soins telles que le nombre de journées, le nombre de lits, les coefficients d'occupations etc.... renseignent mal sur le contenu réel de l'activité. C'est à partir de ces données que se dessine le nouveau système de gestion (à l'état expérimental aux Etats-unis, la France ...) appelé "**système Fetter ou Groupe Homogène de malades (G.H.M)**". Des résultats appréciables sont retenus, il connaît même des applications de plus en plus large. Ainsi, nous nous interrogeons sur les possibilités d'une gestion, hospitalière notamment basée sur le système Fetter et sur les conditions offertes aujourd'hui pour son application.

- BIENAYME A., "Décisions publiques et marchés" Extrait de Entreprises, Marchés, Etat, PUF, 1982, pp 105-129.
- BOULBINA S., "Traitement de choc en Algérie", Algérie actualité, Octobre 1989
- BOURAS D., "Tentative d'évaluation du programme d'investissement du secteur de la santé", CREAD 1986.
- Cahiers de la réforme, "L'organisation du système de santé et de sécurité sociale", N°3.
- Cahiers du LERASS, "Recherche en sciences de la société", N° 22, 1991.
- Cahiers du CREAD, "Contribution à l'étude de l'économie de la santé en Algérie", Economie appliquée et développement N° 13, 1^{er} trim 1988.
- N° 31/36, 3^{ème} et 4^{ème} trimestre 1993.
- Centre d'étude des revenus et des coûts (CERC), "Le coût de l'hospitalisation : Comparaisons internationales", Paris, 1979.
- CHAOUI F., "Système de santé en Algérie, une vision et des objectifs nouveaux" : EL-MOUDJAHID, 8 Février 1990
- CHAOUI F., "Quel traitement pour la crise ?" EL WATAN Septembre 1991.
- CORDIER A , "La santé est-elle un marché?" problème politique et sociaux N° 627, Mars 1990.
- El Moudjahid, "Un système décentralisé autonome", Décembre 1989.
- FENASSE A, "Sciences de gestion et santé publique, un exemple : la mesure du produit hospitalier", CNRS, Février 1991, pp 53 - 70.
- FERVEL J, "Les chances de l'hôpital moderne en Algérie" Opinions et critiques, pp. 49-53.
- Hamel B, "Politique et système de santé" Système productif et indépendance nationale, Tome II, OPU, Alger, 1983, pp. 402-480.
- L'HERITEAU MF, "Pourquoi des entreprises publiques ?", La cohérence de l'économique publique, le plan et le marché, PUF, 1972 PP 59-63.
- Institut national de la santé publique, "Relevé épidémiologique" Alger, 1990.

KHIATI M., "Santé et horizon 2000", El Moudjahid, Décembre 1989.

JAILY J-B, "La dispersion des coûts entre les hôpitaux publics", Revue économique,
Centre National de la recherche scientifique (CNRS),

LAMRI L, "Faut-il Reinventer l'hôpital", Le bulletin de l'économie de la santé,
Mai 1993, pp. 3-5.

LEVY E, "La demande en économie de la santé", REVUE d'économie politique,
Juin 1988.

LIANE A, "Dose ou overdose", Révolution Africaine N° 1399, Décembre 1990.

MOUAFEG J., "Les dépenses de santé des ménages Algériens", Revue statistique
N°4, 1979.

Ministère de la santé, "Préparation du plan quinquennal 1980-1984
(Séminaires régionaux), Mars, Avril 1980.

- "Les fondements de la carte sanitaire", 1982.
- "Développement de la santé", Alger 1983.
- "Le service de santé en Algérie, situation et perspectives",
Novembre 1983.
- "Mesures prises et tâches accomplies en application de la résolution
sur la santé", Juin 1983.
- "Bilan du plan 80-84".
- "Rapport général du plan quinquennal 1985 - 1989.
- "Rapport général sur l'organisation du système de santé,
Janvier 1990.

Ministère de la planification et de l'aménagement du territoire, "second plan
quinquennal, Objectifs et résolutions".

Ministère de la protection sociale, "Circulaire précisant les modalités d'application des
lois de la sécurité sociale", Mai 1985.

RAY J-C, MM. Dupuis et B. GAZVER " Analyse économique des politiques sociales"
PUF, PARIS, 1988.

Revue de presse, "Gratuite des soins", N° 181, Janvier 1974.

Revue du CENEAP, "Aspects économiques de la santé en Algérie", numéro spécial, Alger 1988.

TERNY G., "Essai sur une théorie économique de l'offre et de la demande et du marché public non marchand", REVUE d'économie Politique N°2, 1982.

PETER S., HELLER et HEMMING R., "Troisième âge et dépenses sociales, dans les grands pays industrialisés" Finance et développement, Décembre 1980.

Problèmes économiques, "Problème de l'extension des dépenses de santé : un point de vue", N° 1616 Mars 1979.

THESES ET MEMOIRES:

BOUAZZA D., "La distribution des médicaments en Algérie", Doctorat 3^{ème} cycle, 1988.

KADDAR M., "Système de santé et médicament", Thèse de magister 3^{ème} cycle, Oran 1983.

MAKHLOUFI A., "Système de soins et politique de santé en Algérie", Doctorat 3^{ème} cycle en sciences économiques, Paris IX 1987.

LISTE RECAPITULATIVE DES TABLEAUX

CHAPITRE PRELIMINAIRE

Tab. N° 1 : Les composantes de la politique de santé 29

PARTIE I

Tab. N° 2 : Evolution de la depense nationale de santé	46
Tab. N° 3 : Programmation sanitaire durant les premiers plans de développements	50
Tab. N° 4 : Nombre de praticiens médicaux formés annuellement	54
Tab. N° 5 : Modification des cotisations globales de la sécurité sociale	77
Tab. N° 6 : Opérations de la sécurité sociale de 1981 à 1984	82
Tab. N° 7 : Part du budget d'équipement revenant à la santé	88
Tab. N° 8 : Budget des secteurs sanitaires	89
Tab. N° 9 : Développement des budgets de la santé	91
Tab. N° 10 : Part de financement du système de santé	92
Tab. N° 11 : Dépenses des structures para-publiques	93
Tab. N° 12 : Evolution de l'offre publique des soins	98
Tab. N° 13 : Nombre d'admissions dans les structures publiques	98
Tab. N° 14 : Nombre d'assurés sociaux couvert par la sécurité sociale dans l'ancien régime	101

PARTIE II

Tab. N° 1 : Développement du personnel de la santé	113
Tab. N° 2 : L'évolution des médecins spécialistes exerçant dans la santé publique	114
Tab. N° 3 : Effectif des pharmaciens et chirurgiens dentistes	115
Tab. N° 4 : Etat global du personnel administratif	119
Tab. N° 5 : L'évolution de l'effectif du personnel médical étranger	120
Tab. N° 6 : Evolution des traitements moyen du personnel de la santé	127
Tab. N° 7 : Effectif des hospitalo-universitaires exerçant dans les CHU	129
Tab. N° 8 : Effectif des hospitalo-universitaires exerçant dans les EHS	129
Tab. N° 9 : Dépenses du personnel médical algérien	132
Tab. N° 10 : Dépenses du personnel médical étranger	132
Tab. N° 11 : Evolution de l'effectif des techniciens supérieur de la santé	134
Tab. N° 12 : Effectif des techniciens de la santé	135
Tab. N° 13 : Effectif des agents techniques de la santé	135

Tab. N° 14 :	Evolution des dépenses du personnel para-médical	136
Tab. N° 15 :	Evolution de l'effectif du niveau I	137
Tab. N° 16 :	Evolution de l'effectif du niveau II	137
Tab. N° 17 :	L'évolution de la part des dépenses des différents types de personnel médicaux	138
Tab. N° 18 :	Etat global des effectifs para-médicaux en 1990	139
Tab. N° 19 :	Etat des effectifs médicaux du secteur privé en 1990	144
Tab. N° 20 :	Effectif du personnel médical exerçant dans la fonction publique	145
Tab. N° 21 :	Les parts du marché des soins (secteur para-public non compris)	145
Tab. N° 22 :	Les parts du marché des soins (secteur para-public y compris)	146
Tab. N° 23 :	Production locale de médicaments	157
Tab. N° 24 :	Evolution des principaux agrégats des entreprises publiques sous tutelles	160
Tab. N° 25 :	Evolution des dépenses de médicaments entre 1974 et 1986	161
Tab. N° 26 :	Dépenses des médicaments par rapport aux autres postes du bilan	162
Tab. N° 27 :	Evolution des importations réalisées par les organismes et entreprises publiques sous tutelle	163
Tab. N° 28 :	importation par groupe de pays	164
Tab. N° 29 :	Médicaments Français importés par l'Algérie ...	167
Tab. N° 30 :	Consommation de médicament par habitant	169
Tab. N° 31 :	Consommation en millions de Dollars	170
Tab. N° 32 :	Nombres d'officines privées et agences de la PCA	171
Tab. N° 33 :	Extension du tissu sanitaire	172
Tab. N° 34 :	Accroissement du nombre de prescripteurs	172
Tab. N° 35 :	Consommation globale par secteurs	173
Tab. N° 36 :	Consommation par region sanitaire	173
Tab. N° 37 :	L'aspect qualitatif de la consommation de médicaments en Algérie	174
Tab. N° 38 :	Etat des perimés sur stocks des hôpitaux	182
Tab. N° 39 :	Le montant d'AGI consommée	198

PARTIE III

Tab. N° 1 :	Evolution du forfait des hôpitaux	209
Tab. N° 2 :	Déficit et exedent budgétaire de la sécurité sociale	210
Tab. N° 3 :	Les dépenses du personnel au CHU Tlemcen	216
Tab. N° 4 :	Bilan de la consommation annuelle au CHU	217
Tab. N° 5 :	Les dépenses hôtelières au CHU	128
Tab. N° 6 :	Répartition des charges directes des services médicaux	221
Tab. N° 7 :	Répartition des charges directes des services de soutien	222
Tab. N° 8 :	Etat des coûts globalisés	224
Tab. N° 9 :	Différents coûts médicaux	226

Tab. N° 10	: Différents coûts des examens	226
Tab. N° 11	: Tableau comparatif des maladies à déclaration obligatoires notifiées au CHU Tlemcen	227
Tab. N° 12	: Nombres de consultations externes au CHU Tlemcen	229
Tab. N° 13	: Nombres d'examens radiologiques au CHU Tlemcen	230
Tab. N° 14	: Marginalisation des soins lourds	231