

MC PAKE B et al. (). *Implementing the Bamako Initiative in Africa, a review and five case studies*. London School of Hygiene and Tropical Medicine PHP Department Publication.

MERRIEN F-X. (). *L'État-providence*, ^{ème} édition. Paris, Presse Universitaire de France.

MERRIEN F-X. (). « La nouvelle gestion publique : un concept mythique », *Lien social et politiques- RIAC*, , p.-.

MÖNKS J. (). « La nouvelle gestion publique : boîte à outils ou changement paradigmatique ? », in M. Hufty (éds), *La pensée comptable : État, néolibéralisme, nouvelle gestion publique*, PUF et les nouveaux cahiers de l'IUED. , Paris et Genève, pp.-.

PERROT J, De ROODENBEKE E. (). *La contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée*. Paris : Karthala.

PERROT J, FONTENEAU R. (). « La contractualisation, une option stratégique pour améliorer les systèmes de santé », *Journal d'économie médicale*, Vol. (). p.-.

PETERS B.G. (). *The future of Governing*, Lawrence (Kan.), University Press of Kansas.

OMS (). *Revue de l'Initiative de Bamako*, - mars à Bamako (Mali) Recommandations générales et rapports des gouvernements du Mali et du Niger, OMS (Afrique).

ONORI A. (). *Propriété intellectuelle et accès aux médicaments*, Genève, Centrale de Suisse Romande.

OSBORNE D, GAEBLER T. (). *Reinventing Government: How the entrepreneurial Spirit Is Transforming The Public Sector*, Reading (Mass), Addison-Wesley.

REPUBLIQUE ALGERIENNE. Arrêté du juillet fixant les tarifs des actes professionnels n°.

REPUBLIQUE ALGERIENNE. Arrêté interministériel du juillet fixant la valeur monétaire des lettres-clés relatives aux actes professionnels n° di janvier .

RIDDE V. (). *L'Initiative de Bamako, ans après*, in HPN Discussion Paper, Washington DC : Banque Mondiale.

SCHEDLER K, PROELLER I (). « La gestion publique au service du marché », in M. Hufty (eds), *La pensée comptable : État, néolibéralisme, nouvelle gestion publique*, PUF et les nouveaux Cahiers de l'IUED. Paris et Genève, p.-.

SHUGART W-F, TOLISON R.D. (). « Public choice in the new century », in *Public choice*, , p.-.

TIZIO S. (). « Trajectoires socio-économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle », *Monde en Développement*, Bruxelles : De Boeck, ().

UNICEF (). *Implementing health sector reforms: a review of eight country experiences implementing in Africa*. New York, UNICEF, Division of Evaluation, Policy and Planning.

chiffrés précis sur le dispositif de la contractualisation, il est extrêmement difficile de dresser un bilan exact. Par ailleurs aucune analyse ou étude rigoureuse n'a été réalisée sur l'impact de la contractualisation sur l'accès aux soins et aux médicaments. Les préconisations des IBW ont contribué grandement au creusement de ces inégalités. Cette crise de légitimité – la fourniture de services publics – s'est par ailleurs traduite par un manque de vision globale de la part des Pouvoirs publics quant à l'élaboration d'une politique sanitaire basée sur des déterminants institutionnels majeurs. Ces déterminants institutionnels seraient basés selon nous, sur des critères « éthiques » prenant en compte la dimension humaine.

Bibliographie

ACHOUCH M, ZIANI L. (), « Analyse des dépenses de santé en Algérie », Colloque international : cinquante ans d'expérience de développement, CREAD, Alger.

ACHOUR N et al (), Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie : défis nationaux et enjeux partagés. *Les notes de l'Institut de Prospective Economique Méditerranéen (IPEMED)*, Paris.

AUCOIN P. (), « Administration reform in public management: paradigms, paradoxes and pendulums ». *Governance*, :-.

BOSSERT T. (), "Decentralization of health systems: decision space, innovation and performance", in LAC Health Sector Reform Initiative; .

CANAVAN A, TOONEN J, ELOVAINO R. (), *Performance based financing an international review of the literature*. Amsterdam: KIT

CHEVALLIER J, LOCHAK D. (), « Rationalité juridique et rationalité managériale dans l'administration française », *Revue Française d'administration*, p.-.

CHRISTENSEN T, LAEGREID P. (), "New Public Management: the transformation of ideas and practice", Aldershot, Ashgate, p.-.

CHOUGRANI S, KADDAR M. (), « Expériences de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie ». *Journal d'économie médicale*, (), p.-.

FAVEREAU O. (), « L'incertain dans la "révolution keynésienne" : l'hypothèse Wittgenstein », *Economies et sociétés*, Série Oeconomica, (), p.-.

HOOD C. (), "New Public Management", dans Neil J.Smeler et Paul B.Bates (eds), *International Encyclopedia of The Social and Behavioral Sciences*", Amsterdam, Elsevier, p.-.

LE GALES P. (), « Le desserrement du verrou de l'État ? », *Revue internationale de politique comparée*, (), p.-.

santé connaît de graves problèmes de fonctionnement, si bien que la population est de plus en plus contrainte de recourir au secteur privé, lequel n'est pas conventionné avec l'assurance maladie, ce qui explique la charge de plus en plus conséquente des dépenses de santé sur les revenus des ménages. De nombreuses défaillances liées à la mise en oeuvre de cette NGP demeurent telles que la coordination entre les différents acteurs du secteur, entre prestataires et usagers. La plupart des praticiens du privé n'est pas conventionné avec l'assurance maladie et les tarifs des actes pratiqués par le secteur privé sont supérieurs aux barèmes de remboursement en vigueur qui n'ont pas été réévalués. De fait, la quasi-totalité des dépenses de santé sont supportées directement par les ménages. La situation actuelle de la politique de santé en Algérie est confrontée à de nouveaux défis et enjeux sanitaires qui sont les résultats d'une double transition : transition démographique et transition épidémiologique. D'un côté, la transition démographique se traduit par une croissance rapide de la population couplée à un vieillissement (forte progression de la tranche des 65 ans et plus). De l'autre, la transition épidémiologique se traduit par une augmentation des maladies chroniques (diabète, cancer, HTA) avec un recul des maladies transmissibles (Paludisme, tuberculose). Ce changement a créé des inégalités d'accès aux soins et aux médicaments pour les personnes les plus démunies. Ces inégalités sont d'ordre financier (prix des soins) et géographiques. Malgré l'existence d'une couverture sociale et médicale de plus en plus élargie, certaines couches sociales payent à leur charge des frais de soins estimés à 10-15 % de la dépense de santé (IPEMED, 2010). Une implantation inégale des infrastructures hospitalières sur le territoire avec une forte concentration en zone littorale et urbaine et une faible dans les régions Sud du pays. L'évolution du système de santé algérien depuis 2000, est caractérisée par la progression rapide du secteur privé et par le report progressif d'une part du financement sur les ménages (participation financière). A défaut de disposer d'éléments

des actes avait recensé environ actes, contre en ¹² soit plus % d'augmentation d'actes (chirurgicaux, médicaux, imageries). Les négociations au sein de la commission de tarification qui devait s'achever en , n'ont pas abouti à ce jour. La question de la tarification se pose toujours en faisant l'objet de négociations entre acteurs. D'une façon unilatérale et sans concertation, le Ministère de la Santé a introduit un nouveau barème pour les consultations médicales pour la simulation de la facturation au niveau des caisses de la Sécurité sociale. La grande réalisation de ce processus de contractualisation est la mise en circulation de la « Carte Chifa », l'équivalent de la *carte Vitale* française. Cette carte, utilisée par les organismes de Sécurité Sociale, les structures de soins publiques ou privées et tous les prestataires de soins (médecins, pharmaciens, dentistes), permet la prise en charge des malades dans le cadre du tiers-pays.

Conclusion

De à ce jour, on est passé d'une offre sanitaire majoritairement publique à une offre privée. La Nouvelle Gestion publique est privilégié en tant que modèle de gestion du secteur de santé en Algérie, par les Pouvoirs Publics, notamment depuis la vague de libéralisation de l'ensemble de l'économie. Cette libéralisation s'est déroulée sans la préparation au préalable d'un cadre institutionnel et politique assurant la transition. Entre étatisation et libéralisme, l'Algérie, dans la configuration actuelle de leur système de santé, n'a pas clairement opté pour une voie ou l'autre, ni positionné le curseur entre les deux logiques. Si les discours officiels mettent l'accent sur la solidarité et l'intervention de l'Etat pour la protection sanitaire de toute la population, la réalité du terrain montre une ambiguïté plus forte. le secteur public de la

¹²Arrêté interministériel du 4/07/1987 fixant la valeur monétaire des lettres-clés relatives aux actes professionnels, Journal officiel n°1 du 06/01/1988.

de paiement des prestations hospitalières : le premier fondé sur le coût moyen de la journée d'hospitalisation pondéré par le type d'établissement et le groupe de spécialité (médicale, chirurgicale, maternité, etc.) et le deuxième fondé sur le forfait par pathologie. Cependant, de nombreux problèmes à la mise en application de ces deux modes sont restés sans réponses, ceci étant dû essentiellement à l'incapacité à mobiliser l'expertise dans ce domaine. À la fin de , le comité ministériel a estimé que l'étape d'expérimentation avait été achevée et qu'il était possible de généraliser le dispositif de contractualisation dans les structures sanitaires à l'ensemble du territoire national¹¹. Pour ce faire, deux commissions sont créées, l'une chargée de la nomenclature des actes (sous tutelle du Ministère de la Santé) et l'autre de la tarification (sous tutelle du Ministère de la Sécurité Sociale). Dans le sillage de la mise en œuvre de la contractualisation, un service de la protection sociale de catégories défavorisées a été mis en place, au sein des directions de l'action sociale des wilayas, ayant pour mission la reconnaissance et la prise en charge des laissés- pour-compte sociaux. Le processus a connu une avancée décisive selon le Ministère de la Sécurité dans le sens où toutes les phases préparatoires ont été parachevées : la mise en place des instruments nécessaires au niveau des bureaux des entrées des hôpitaux et au niveau des organismes de Sécurité Sociale ; la formation des personnels ; la connexion et l'interopérabilité des systèmes d'information des secteurs concernés. En revanche, les mécanismes régissant la contractualisation dans le domaine de la santé restent encore à définir impliquant des groupes de travail (Ministère de la Santé, Sécurité Sociale, Centres hospitaliers publics et privés). Fin , la commission chargée d'élaborer la nomenclature

¹¹ Note du cabinet 1026/30-12-2004 pour la mise en œuvre contractualisation au 01/01/2005, conformément au décret exécutif n°04-101 du 1^{er} avril 2004 fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de Sécurité Sociale au financement des budgets des établissements publics de santé.

acteurs (Sécurité Sociale, Bailleurs de fonds, État); améliorer la qualité de la prestation et l'efficacité du fonctionnement du secteur public.

Plusieurs tentatives de mise en place de la contractualisation des prestations de santé ont été entreprises à titre expérimental dans des unités pilotes du pays. En , une modification de l'article de la loi -, par l'ordonnance - du juillet stipule que : « *les frais de soins et de séjours dans les structures sanitaires publiques sont pris en charge sur la base de conventions conclues entre les organismes de sécurité sociale et les établissements de santé concernés* ». Ces initiatives menées durant les années et début , n'avaient toutefois pas abouti d'une façon étendue à tout le pays. En , une instruction interministérielle initie l'introduction d'un nouveau système de gestion dans certains établissements publics, à savoir le CHU d'Alger et celui de Tizi-Ouzou. Un autre arrêté interministériel précise les missions et les attributions des établissements publics de soins et de la CNAS. Ces deux textes avaient pour objectif premier l'évaluation des activités et des coûts hospitaliers (Chougrani et Kaddar, , p.). Les premières recommandations de l'expérimentation, pendant cette année, ont concerné le « *bureau d'entrée* »⁹, c'est-à-dire l'admission à l'entrée de l'hôpital, constituant la pierre angulaire du dispositif contractuel. L'année s'est caractérisée par la mise en place d'une commission interministérielle de coordination en ¹⁰ chargée du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du dispositif de contractualisation. En , les Pouvoirs Publics ont insisté sur le rôle que pouvaient jouer ces bureaux d'entrée dans le dispositif de contractualisation en suggérant deux modes

⁹ Parmi les missions de ce bureau, on note la gestion des données liées à l'admission et au séjour, l'évaluation des activités, l'analyse des coûts, la facturation.

¹⁰ Décision interministérielle du 14 janvier 2003 portant création, composition et attribution du comité interministériel chargé du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale de wilaya.

d'une part à améliorer la prise en charge des citoyens au niveau des structures sanitaires qu'elles soient publiques ou privées et d'autre part, à établir un mode de financement plus efficace pour une meilleure rationalisation des dépenses. Pour comprendre l'origine de cette mise en œuvre, il faut remonter à l'époque de l'institutionnalisation de la gratuité dans le secteur public qui ne s'est accompagné d'aucun lien avec les activités réelles et les prestations offertes. Par conséquent, la question du lien entre le financement et la prestation est devenue l'une des principales composantes du contentieux entre le secteur public de soins et la Sécurité Sociale (Chougrani et Kaddar, , p.). L'objet du contentieux a porté sur plusieurs volets touchant à la prestation de soins tels que le forfait hospitalier, le financement de soins à l'étranger, les remboursements de médicaments et le recours des usagers aux services du secteur privé en pleine croissance. Le système de gratuité tel qu'il fonctionnait depuis son institutionnalisation, sans aucune définition préalable des obligations et responsabilités de chaque acteur, avait montré ses limites (*Ibid*, p.). En , le concept de contractualisation fait son apparition dans le discours des autorités sanitaires et sera concrétisé dans la loi de finances de comme une nouvelle modalité de financement des prestations de soins en remplacement du « forfait hôpitaux » en vigueur depuis . On peut lire dans le texte de cette loi : *« la contribution des organismes de Sécurité Sociale aux budgets des secteurs sanitaires, des Etablissements Hospitaliers Spécialisés et des Centres Hospitalo-Universitaires est destinée à la couverture financière de la charge médicale des assurés sociaux et de leur ayant droits. La mise en œuvre de ce financement sera effectuée sur la base de rapports contractuels liant la Sécurité Sociale et le Ministère de la Santé, suivant les modalités fixées par voie réglementaire »*. Pour la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNAS), les objectifs sont multiples : Identifier tous les actes faits lors de l'accès des patients aux soins et aux médicaments et rémunérer la structure ou le professionnel fournisseurs des services ; freiner la croissance rapide des dépenses de soins ; assurer une plus grande transparence dans les relations entre les

moyen pour redéfinir les relations entre les principaux acteurs du système de santé en vue d'atteindre une plus grande efficience (Perrot, Fonteneau,). L'approche contractuelle conceptualise un système de santé par les interactions des acteurs et par les rôles qu'ils jouent. La contractualisation émerge alors comme un nouveau cadre à mettre en œuvre dans les systèmes de santé des pays africains (notamment sub-sahariens). « *Ces interactions se matérialisent peu à peu par des contrats passés entre les différentes entités composant le système de santé* (Tizio, , p.). Dans cette nouvelle conception, l'Etat n'est plus vu comme un facteur de dysfonctionnement du système de santé mais plutôt comme un acteur au même titre que les autres acteurs privés quant à l'organisation et le financement. La présence simultanée du secteur public et du secteur privé dans un même système sans qu'ils soient interdépendants ressemble moins à la réalité. L'entrée en contact des deux acteurs favorise l'émergence des formes de coordination. L'approche contractuelle qui est une approche médiane entre l'Etat et le privé, cherche une troisième voie entre l'étatisation et la marchandisation, qui toutes les deux sont considérées de par le passé être à l'origine des dysfonctionnements dans la fourniture des services de santé. La politique de contractualisation dans le domaine de la santé, sous l'égide de la Banque Mondiale, a pour finalité le recouvrement des coûts. Cependant, la concrétisation de ce concept dans les pays en développement s'est avéré une tâche difficile pour les Pouvoirs Publics. L'intégration de la contractualisation dans les politiques nationales de santé et de prestation des services de santé devient de plus en plus complexe (Perrot, De Roodenbeke,).

... Une contractualisation inachevée ?

En Algérie, le thème de la contractualisation est sur l'agenda des Pouvoirs Publics depuis maintenant vingt ans. Elle constitue une réforme récente qui concerne principalement la relation entre les prestataires de tout le secteur de la santé (hôpitaux publics et privés, pharmaciens, médecins, dentistes, malades) et la Sécurité Sociale. Elle vise

autorités de mettre en place des marchés locaux de la santé et de l'assurance maladie dès que possible. Globalement, ces changements survenus au niveau des politiques économiques, au début des années , ont redéfini le rôle de l'Etat et son fonctionnement. Le retrait de l'Etat des politiques économiques a laissé la place à un dispositif qui a fait son apparition dès le début des années , à savoir la décentralisation⁸. La Banque Mondiale, à travers le PAS, recommande aux pays en développement en phase de crise de déléguer une partie des prérogatives, appartenant anciennement à l'Etat, au privé la fourniture et la gestion des services de santé. Parmi les mécanismes de décentralisation des services publics, il y a le concept de contractualisation.

.. La contractualisation

Ce deuxième mouvement d'évolution des systèmes de santé des PED est marqué par la diversification des acteurs et la séparation des rôles. Cette évolution s'est traduite par l'émergence du concept de contractualisation dans le domaine de la santé.

... Origine et définition

La contractualisation fait son apparition dans le langage économique et les discours politiques des pays en développement en matière de santé. Elle a aussi été promue et portée, au niveau international, par les *Institutions de Bretton Woods* (BM, FMI) avec le financement basé sur la performance des politiques de développement (Canavan et al.). En outre, elle fait l'objet de réformes des systèmes de santé et présentée comme un

⁸ Plusieurs définitions peuvent être données à la décentralisation : elle accroît les inégalités, accentue le désengagement de l'État, de renvoyer les régions et populations pauvres à leurs situation d'origine (Bossert, 1999). Elle se manifeste souvent par un recul des institutions et de services publics. Elle peut consister uniquement en le transfert de certaines fonctions et ressources au niveau régional ou provincial.

malade doit payer un ticket modérateur qui représente % des achats des médicaments, Dinars pour des consultations hospitalières et Dinars par jour d'hospitalisation. Si le ménage va chez un médecin privé pour une consultation ou dans une clinique privée, il sera remboursé sur un barème de remboursement datant des années ne prenant pas en compte les réalités économiques. D'autre part, les Pouvoirs Publics ont procédé à la suppression des subventions des prix des médicaments essentiels.

.... La participation communautaire

La thématique de la participation communautaire n'est pas nouvelle dans le champ de la santé. Dès les années , elle a été préconisée par les Institutions de Bretton Woods, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF dans le but d'impliquer les populations des pays en voie de développement dans les programmes de santé. Pour Tizio (), ce recul des mécanismes obligatoires et publics du financement de la santé induit un certain nombre de modifications dans l'organisation des systèmes de santé et de protection sociale maladie. Les politiques sanitaires de la plupart des pays en développement ont évolué, sur les vingt dernières années, dans une perspective de libéralisation, puis de redéfinition sectorielle des rôles respectifs conférés à la puissance publique et aux différents acteurs de la santé. L'Etat algérien s'est progressivement désengagé de son rôle de fournisseur de services de santé, qu'il avait assumé plus de deux décennies auparavant, en cherchant à assurer l'accès pour tous à la santé. Selon Tizio (), ce mouvement de libéralisation, initié par les PED sous les injonctions des Institutions Internationales, avait un double objectif. Tout d'abord, il s'agissait de remplacer le financement public défaillant par un financement au moins en partie privé, que ce financement soit direct ou non (mutuelle de santé). Ensuite, c'est un processus de décentralisation de la politique sanitaire permettant aux

contrainte d'abandonner un grand nombre de programmes de développement, l'Algérie était obligée de recourir aux emprunts internationaux auprès des *Institutions de Bretton Woods* afin de financer des projets en cours de réalisation. Les budgets de l'Etat, tous secteurs confondus, étaient alors au rouge. Celui de la santé connaîtra un net recul, dès les années -, mettant en grande difficulté la gestion du secteur public en termes de prestations de soins et de financement. Face au mécontentement des patients et des personnels de la santé suite à la dégradation rapide des prestations du secteur public, l'Etat s'est retrouvé contraint de promouvoir le secteur privé, lui léguant une partie de la prestation de services sanitaires (hospitaliers et ambulatoires). Par conséquent, les deux sacro-saints principes de l'initiative de Bamako ont immédiatement été mis en application à savoir le financement et la participation communautaire.

.... *Financement communautaire*

La contribution des ménages aux Dépenses Nationales de Santé (DNS) a historiquement commencé en , avec le principe d'une contribution financière des malades non hospitalisés⁷. Puis, cette contribution a été augmentée et étendue aux médicaments en . Elle est constituée de dépenses en soins médicaux (actes médicaux) et des dépenses relatives à l'achat des médicaments. Les Dépenses Nationales de Santé ont connu une constante évolution à la hausse dans la période de à avec un taux de ,% pour deux raisons majeures. D'une part, cette évolution s'explique par la mise en application du financement communautaire préconisée dans le cadre de l'initiative de Bamako, dans le secteur public, à savoir les hôpitaux et les secteurs sanitaires publics. Depuis , le

⁷ En 1981, cette contribution était limitée aux frais d'exploration biologique et d'imagerie à hauteur de 20% du tarif fixé par la nomenclature officielle (arrêté du Ministère de la Santé N° 79 du 27 juillet 1981 fixant les tarifs des actes professionnels).

Encadré 1 : Principes directeurs de l'Initiative de Bamako

1. Les gouvernements doivent faire en sorte que toutes les communautés aient accès aux activités de soins de santé primaires ;
2. Il faut décentraliser la prise de décisions des districts de santé, notamment en ce qui concerne la gestion des soins de santé primaires ;
3. Il faut décentraliser la gestion financière afin que les ressources produites localement soient gérées par les communautés concernées ;
4. Les principes relatifs au financement communautaire des services de santé doivent être appliqués à tous les niveaux du système de santé ;
5.
8. Des objectifs intermédiaires doivent être clairement définis ainsi que des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis.

Source : Mc Pake et al. ; OMS,

En résumé, L'Initiative de Bamako se caractérise par l'application des principes relatifs au financement et participation communautaire. Bien qu'elle ait pour objectif l'amélioration de la qualité des services de santé ainsi qu'une meilleure accessibilité des populations les plus démunies aux soins et aux médicaments, l'Initiative de Bamako vise à sacraliser les principes économiques dans le secteur de la santé : décentralisation, participation des personnes au financement des dépenses de santé et l'évaluation des projets par le biais d'indicateurs de performances.

... Application à l'Algérie

La politique volontariste de développement de l'Etat Algérien, de la période à , va connaître un ralentissement remarquable en raison d'un contexte économique défavorable à l'économie nationale. Comme l'économie algérienne est fortement dépendante des rentes pétrolières, à partir de , la chute des prix du pétrole en dessous de la barre de dollars américains induisait une baisse substantielle des recettes nationales en devises. Sous

a montré ses limites quant aux modalités de financement des services de santé.

... Présentation et contenu

Adoptée en , l'Initiative de Bamako est venue définir et préciser ces modalités de financement tout en cherchant à préserver le principe d'équité. A ce niveau, l'Initiative de Bamako est plus concrète et dépasse la simple intention énoncée par les chefs d'États et les bailleurs de fonds lors de la conférence d'Alma-Ata : « *the BI has become to represent a set of guiding principles and specific mesured* » (UNICEF, , p.). Elle est souvent connue comme une réforme technique du financement des services de santé et est considérée comme le concept initiateur de la libéralisation des systèmes de santé dans les pays en développement. Par ailleurs, elle reconnaît la nécessité d'examiner de nouveau les relations entre les professionnels de santé et les membres de la communauté. L'Initiative de Bamako s'inscrit résolument dans la politique des Soins de Santé Primaires (SSP) et est basée sur une approche communautaire visant plus d'équité et de justice distributive (Ridde, , p.). Dans la logique de l'Initiative de Bamako, chaque individu apporte sa contribution aux coûts du système de santé. Cette logique qui se base sur le principe « *la santé n'a pas de prix mais elle a un coût* » permet d'assurer le bon fonctionnement et la survie du système de santé à long terme (Onori, , p.). Lors de la revue de l'Initiative de Bamako dans la région africaine, faite à Bamako en mars , le bureau africain de l'OMS a souligné de nouveau les principes directeurs (OMS,). Les principes directeurs de l'Initiative de Bamako sont présentés dans l'encadré .

contexte algérien, l'application du PAS (Programme d'Ajustement Structurel) s'est opérée de à , suite au rééchelonnement de la dette extérieure algérienne par les Institutions financières internationales, le secteur de la santé n'a pas été épargné par cette logique marchande. Plusieurs mesures à caractère marchand (dont participation financière, ticket modérateurs, forfait hospitalier etc.) ont marqué le début du modèle NGP dans le domaine de la santé en Algérie. Ce changement institutionnel a marqué le passage d'une logique étatique (modèle wébérien) à une logique marchande. Le passage d'une économie dirigée où le Plan était la seule institution de régulation à une économie de marché, a créé un « vide institutionnel » dans l'économie algérienne et le secteur de la santé en particulier. Suite à l'Initiative de Bamako (), l'Algérie a emprunté le chemin des réformes économiques en introduisant le volet de *recouvrement des coûts* dans sa politique sanitaire. Cette mesure a principalement touché les hôpitaux et les cliniques publics.

.. L'Initiative de Bamako de : présentation et application à l'Algérie

L'Initiative de Bamako est considérée comme un levier politique de relance de la stratégie des soins primaires définie précédemment à la conférence d'Alma Ata en ⁶. Celle-ci contenant uniquement des principes, elle

⁶ La Déclaration d'Alma-Ata, ratifiée en 1978 par les États membres de l'OMS, vise alors à officialiser la stratégie de « santé pour tous en l'an 2000 ». Cette déclaration invite les États à proposer et à promouvoir des plans d'action nationaux afin d'atteindre cet objectif. « La santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé » (Article 1^{er} de la Déclaration d'Alma-Ata, 1978).

contrats de prestations et bénéficient de budgets globaux ;

- 3) Les agences publiques ou privées peuvent et doivent rivaliser pour obtenir des commandes du pouvoir politique ou de l'administration centrale.
- 4) Les agences sont responsables face à leurs clients mais aussi face à leur financeurs publics directs (L'Etat) ou indirects (les contribuables).
- 5) elles sont évaluées en permanence à l'aide d'indicateurs de performance. Il faut passer de la régulation *a priori* à la régulation *a posteriori*.

Ces éléments nous serviront de grille d'analyse, sous l'angle d'une approche historique, pour étudier l'adoption de ces nouveaux instruments de politique publique de santé en Algérie. Nous développons ces aspects en nous appuyant, d'une part, sur une lecture de la législation et de la réglementation élaborées ces vingt dernières années et d'autre part, sur une observation des pratiques en cours dans le cadre de notre enquête de terrain. Dans un premier temps, nous retraçons l'origine et les fondements de l'Initiative de Bamako qui consacrent les deux principes de participation et financement communautaire avec une application à l'Algérie. Dans un deuxième temps, nous présentons l'intégration du concept de contractualisation dans les réformes de politique de santé en Algérie.

2. La libéralisation du secteur de la santé et la fin de L'État-providence (de à aujourd'hui)

Aujourd'hui, l'Algérie qui fait face à des attentes fortes de leurs populations qui demandent l'accès aux soins de qualité au moindre coût ainsi qu'une plus grande participation des usagers et des professionnels à la gouvernance des systèmes de santé (transition démocratique), doit y répondre tout en maîtrisant les dépenses de santé qui augmentent considérablement du fait de l'accroissement des nouvelles pathologies émergentes (maladies non transmissibles). Dans le

L'application de la NGP diffère d'un pays à un autre et d'un secteur à un autre. Quelques termes clés illustrent la révolution managériale dans l'administration publique : quasi-marché, contrats, efficacité, évaluation, rendre des comptes, responsabilisation, décentralisation. Monk () distingue des réformes fortes (Royaume Unis, Nouvelle Zélande) et des réformes plus souples (États-Unis, Allemagne, Suisse). Il n'existe pas un système unique de NGP mais plusieurs dont l'ampleur et le contenu dépendent de la culture et des particularités de chaque pays (Schedler et Proeller, ; Christensen et Laegreid,). Le secteur public se révèle donc essentiellement fondé sur une rationalité juridique alors que le secteur privé est plutôt basé sur une rationalité managériale (Chevalier et Lochak,). L'objectif de la NGP tend à substituer ce dernier type de rationalité à la rationalité juridique. La mise en place de la NGP est susceptible, d'une part, de créer une émulation entre structures publiques (via les indicateurs de performance), d'autre part, entre structures publiques et privées pour la mise en œuvre des politiques publiques. La concurrence, dans ce sens, serait un gage d'efficacité. L'introduction de la NGP permettrait de réaliser des économies substantielles et considéré comme une solution miracle aux problèmes de financements des États. Selon Merrien () la doctrine de la NGP elle-même peut donc être résumée sous forme d'un ensemble de propositions :

- 1) Il est indispensable de créer des marchés ou quasi-marchés dans les secteurs définis autrefois comme appartenant à la catégorie économique des biens publics de nature monopolistique ;
- 2) L'administration doit être décentralisée ; on doit chercher à remplacer les services par des agences fonctionnelles autonomes. Les agences font l'objet de

transaction). Les bureaucrates et les politiques seraient incapables d'opérer des choix rationnels et cherchent avant tout à maximiser leurs propres intérêts. Cette déficience serait renforcée par la capacité des groupes d'intérêts de faire fonctionner l'État en leur faveur en s'octroyant des rentes. L'État est détourné de ses buts et offre davantage indus aux classes moyennes. Dans ce cas, il serait impossible d'améliorer l'efficacité et l'efficience des services du fait du manque de signaux ou d'indicateurs de performance.

Depuis plus d'une décennie, la mouvance de la NGP constitue le paradigme dominant en matière de transformation de l'État. La crise des finances publiques, le mécontentement des citoyens vis-à-vis de la prestation administrative, le développement des TIC ont été autant d'arguments pour affirmer la nécessité de réinventer le gouvernement aux Etats-Unis (Osborne et Gaebler,). Certains dénoncent les dysfonctionnements internes de l'État, soutenant que la concurrence est une condition nécessaire à l'efficacité. Ils recommandent d'introduire les principes de compétition et de responsabilisation au sein des structures et procédures bureaucratiques. D'autres remettent carrément en cause le rôle de l'État-providence. Ils suggèrent de privatiser plusieurs tâches étatiques et de libéraliser au plus vite les secteurs épargnés. Cette vision nouvelle de l'Etat réduit l'Etat à un régulateur neutre, assurant le déroulement sans distorsion du jeu de la concurrence entre opérateurs privés. Le socle théorique de la NGP puise ses racines dans la pensée néolibérale de Hayek et Friedman, soit la condamnation du rôle de l'État dans la vie économique, l'insistance sur l'offre, l'affirmation de la supériorité du marché sur tout système régulé (hiérarchique). La démarche de la NGP part d'une critique de l'administration publique pour aboutir à la nécessité d'introduire du marché au sein même des organisations de l'Etat-providence. La dénonciation de l'administration s'appuie sur des sources théoriques hétérogènes : la théorie économique de la bureaucratie, tout autant que la sociologie des organisations et les modèles de gestion en vogue dans les firmes privées.

Beveridgien⁴. Dans le premier modèle, l'activité professionnelle fonde la protection (cotisations sociales) et les prestations qui représentent généralement un pourcentage du revenu professionnel (Allemagne, France, Algérie). Dans le second modèle, le droit découle de la citoyenneté (financement par l'impôt), ce qui permet à tous de bénéficier des mêmes prestations (Grande-Bretagne). A la fin des années , les modèles d'État-providence commencent à rencontrer des problèmes de soutenabilité. La Nouvelle Gestion Publique trouvant son origine dans les laboratoires d'idées néolibérales des années est venue proposer des réformes des Etats occidentaux principalement en termes de financement. La NGP fait partie d'un ensemble de recommandations destinées à mettre fin à des formes d'États-providences jugées illégitimes et productrices d'effets antiéconomiques. Les premières expérimentations de réformes (États-Unis, Grande-Bretagne, Hollande, Nouvelle Zélande, Allemagne, France) ont pour point commun est de chercher d'introduire des marchés ou des quasi-marchés au sein des institutions de l'État-providence de manière à en renforcer l'efficacité (Aucoin,). L'intérêt porté à l'introduction de mécanismes de marché au sein de la sphère publique est manifestement lié à ce qu'il faut bien appeler une crise de la légitimité de l'action publique ou des frontières de l'action publique. Cette dernière marque une rupture avec une période où la croyance en la capacité d'action des gouvernements et des États sur la société justifiait la croissance des États-providences. Le cœur du programme de la NGP se fonde sur un jugement normatif négatif porté sur le fonctionnement des bureaucrates et sur la volonté d'imposer partout, dans les administrations régaliennes aussi bien que dans les administrations de service, les valeurs et les modes de fonctionnement de l'entreprise privée. L'élément le plus partagé est l'importance accordée au management au sens du secteur public et non plus à son administration (Peters,).

⁴ Le modèle *Beveridgien* cherche à mettre l'homme à l'abri de la pauvreté et cherche à établir une justice sociale. C'est une solidarité de type verticale. On cherche à avoir une société plus égalitaire, plus solidaire.

progressivement introduit les mécanismes de marché au sein de la sphère de la santé publique.

1. État-providence vs Nouvelle Gestion Publique

L'État-providence confère à l'État un rôle important dans la vie économique et sociale répondant à des *besoins* sociaux. Il intervient pour assurer la prise en charge collective des fonctions de solidarité. Selon Merrien (), dans son acception moderne, le concept d'Etat-providence relève de triple généalogie. Il condense trois concepts historiquement et nationalement datés : l'idée française d'État-providence, la notion allemande d'État social (*sozialstaat*) et la notion britannique de *Welfare State*. Quelque soit le modèle, l'ambition était la même quand l'assurance d'une sécurité sociale de tous les citoyens est prise en charge par les gouvernements occidentaux. Sous l'impulsion du courant keynésien, les politiques sociales sont de plus en plus intégrées dans les politiques économiques. L'idée prédominante visait alors à protéger les couches populaires les plus démunies. Les fondements de l'ordre libéral issu des révolutions du ^{ème} siècle sont ici clairement mis en cause (*ibid*, p.). Avec la notion d'Etat-providence, les personnes incapables d'accéder à certains biens sont prises totalement en charge par l'État. Dans le domaine de la santé, il existe deux types de modèles d'État-providence : le modèle Bismarckien³ et le modèle

dépense publique, La réforme fiscale. La libéralisation financière, l'adoption d'un taux de change unique et compétitif, la libéralisation des échanges, l'élimination des barrières à l'investissement direct étranger, la privatisation des entreprises publiques, la dérégulation des marchés pour assurer l'élimination des barrières à l'entrée et à la sortie, la sécurité des droits de propriété. Ces dix préceptes constituent le fondement de la première génération de réformes des PAS menés sous l'égide du FMI et de la Banque Mondiale.

³ Le modèle Bismarckien cherche à stabiliser les statuts sociaux. La solidarité est de type horizontal. L'objectif est d'assurer les salariés contre les risques sociaux par des revenus de remplacement afin de garantir un niveau de vie.

- *La deuxième période commence à partir des années , période à laquelle ont commencé les vagues de libéralisation de l'économie.*

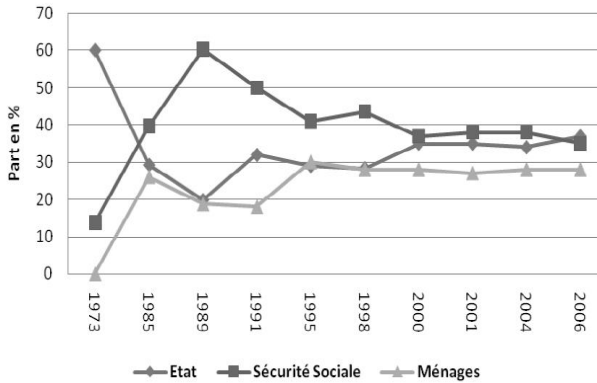


C'est à partir de l'année que l'on a assisté au début du désengagement de l'État des dépenses de santé. Dès la fin des années , une vague de « réforme des systèmes de santé », dans les pays en développement, s'est ainsi enclenchée avec l'adoption de nouveaux concepts économiques appliqués la santé : participation communautaire, contractualisation, décentralisation. Les institutions internationales (Banque Mondiale, FMI, OMS, UNICEF) se sont appropriées ces concepts dans l'espoir de rendre les politiques de santé dans les PED plus « efficaces ».

Ces nouvelles orientations dans la réforme politique de santé reposent sur les principes économiques et managériaux plutôt que sur des orientations « politiques », c'est-à-dire sans aucun regard aux priorités sanitaires (problèmes de santé publiques). Ces réformes contemporaines sont généralement réunies sous l'expression *Nouveau Management Public* (NMP) utilisée à partir des années (Hood,) pour décrire un ensemble de changements dans le secteur public. A l'origine, la Nouvelle Gestion Publique a été promue à toutes les échelles – surtout dans les pays en développement- par les bailleurs de fonds (Banque Mondiale, FMI) à travers leurs discours, suite à la crise de légitimité de l'action publique quant à la fourniture de services publics qu'a connue l'Algérie à la fin des années . A la suite de l'application du « Consensus de Washington² », ce modèle ultra libéral a

² À la fin des années 80, l'éclatement soudain du bloc soviétique a entraîné le rejet des idées socialistes ainsi que de la planification centralisée. Cette situation a permis de faire entériner, sous la pression des Etats-Unis désormais seule puissance mondiale, l'approche néoclassique sous la forme du « consensus de Washington ». Au début des années 90, John Williamson a donné son interprétation du Consensus de Washington à travers dix «commandements : la discipline budgétaire, la réorientation de la

Figure : Évolution des dépenses de santé en Algérie (-)



Source : Graphique construit à partir des données du Ministère de la Planification et de l'Aménagement du Territoire pour à ; du CNES pour les années à et du Ministère de la Santé pour les années à .

Comme tout système de santé, le système de santé algérien s'est organisé selon des aspirations historiques, politiques et morales et a connu deux grandes étapes.

- *La première s'étend de à et correspond à une période caractérisée par une gestion centralisée de la santé.*

Cette période était marquée par la vague de nationalisation des hydrocarbures en qui, améliorant substantiellement les revenus de l'État, va permettre à l'Algérie de se lancer dans un vaste programme de développement de grande envergure touchant tous les secteurs. Dans le domaine de la santé, ce programme s'est traduit par un certain nombre de décisions politiques au regard du contexte international de la santé. Au niveau international, à l'initiative de l'OMS, de nombreux concepts promouvant la santé ont alors émergé à savoir : *santé pour tous, gratuité des soins, médicaments essentiels*. La lutte contre les maladies contagieuses prévalentes constituait la plus grande des priorités durant cette période.

toute la population aux soins et à la protection sanitaire, notamment les couches les plus défavorisées. La politique de santé s'est alors construite autour de deux grands axes : la volonté de l'État d'une prise en charge des besoins de santé de la population (médecine publique) et le financement des dépenses de santé exclusivement par l'État. Concernant le deuxième axe, le secteur de la santé en Algérie est financé essentiellement par trois sources : L'État, la Sécurité sociale et les ménages. La participation de chacun au financement a sensiblement évolué au cours du temps, dont une baisse de celle de l'Etat en faveur de celles de la Sécurité Sociale et des ménages. Les dépenses publiques de santé représentaient % en dont l'Etat et la Sécurité sociale constituaient les seuls financeurs de la santé en Algérie. Elles sont passées à ,% en (Achouche, Ziani, , p.). A partir de , les modalités de financement ont été redéfinies. Date à laquelle la loi de finance de consacre la contractualisation entre les organismes de la Sécurité Sociale et les structures de santé de l'État. Les tendances générales de la contribution de chaque acteur au financement du système de santé (État, Sécurité Sociale et Ménages), sur la période à , sont illustrées dans la figure . On constate une baisse de la contribution de l'État au financement des dépenses nationales de santé l'augmentation de celle de la Sécurité Sociale et des Ménages.

Parallèlement, à partir de , le processus de contractualisation a été enclenché conformément aux injonctions de la Banque Mondiale diligenté conjointement par le Ministère de la Santé et celui des Affaires Sociales ayant pour but initial la mise à contribution de la Sécurité Sociale au financement public de la santé.

on reports from international institutions (WHO, World Bank),) based on reports and studies of various Algerian ministries. In conclusion, we show the limits of this model to the extent that it favors allocation of resources by the market rather than by the intervention of the State as an institution of significant regulation for the promotion of health in Algeria.

Keywords: Algeria, Health Sector, New Public Management, Public Policy, Welfare State.

ملخص

الهدف من هذا البحث هو دراسة تطبيق نموذج الإدارة العامة الجديد في قطاع الصحة في الجزائر منذ عام . التحليل المتبع، تجريبي مبنى على تقارير من المؤسسات الدولية (منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي)، وعن تقارير ودراسات من مختلف الوزارات الجزائرية. نتائج البحث توضح مجموعة من القيود ومحدودية النموذج المتبنى إلى حد أنه يفضل تخصيص الموارد من السوق بدلا من التدخل الحكومي كمؤسسة التنظيم الهادف لتعزيز الصحة في الجزائر.

الكلمات المفتاحية: الجزائر، الإدارة العامة الجديدة، السياسة العامة، الصحة.

Introduction

Depuis l'indépendance, l'Algérie a eu à reconstruire son système de santé, subissant les affres du conflit armé. Dès la période de reconstruction, l'Etat a occupé le devant de la scène comme acteur de développement. Durant cinquante années d'indépendance (-) l'Algérie a réalisé des progrès sanitaires importants. La gratuité, d'abord partielle (vaccination, programmes nationaux, de lutte contre les maladies contagieuses puis totale pour tous les soins préventifs et curatifs, a été instituée au sein du secteur public jusqu' à . A travers cette mesure, les Pouvoirs Publics avaient la volonté d'élargir l'accès à

Politique publique de santé en Algérie : de l'État-providence à la libéralisation

D.Abelkader HAMADI Enseignant-chercheur

abdelkader_hammadi@gmail.com

CLERSE-CNRS, Université de Lille , France.

Aimad DATOUSSAID maître assistant

Membre du labo Management de L'Innovation et Marketing

datou_imad@yahoo.fr

**Faculté des sciences économiques, commerciales et des sciences de
gestion -Sidi Bel Abbes, Algérie.**

Résumé

L'objectif de l'article vise à étudier l'application du modèle de la Nouvelle Gestion Publique dans le secteur de la santé en Algérie depuis . L'analyse est empirique et basée à la fois sur des rapports d'institutions internationales (OMS, Banque Mondiale), ainsi que des rapports et études de différents ministères algériens. Nous montrons les limites de ce modèle dans la mesure où il privilégie allocation des ressources par le marché plutôt que par l'interventionnisme de l'État en tant qu'institution de régulation significative pour la promotion de la santé en Algérie.

Mots clés: Algérie, État-providence, Nouvelle Gestion Publique, politique publique, santé.

Abstract

This paper aims to study the application of the New Public Management's model in the health sector in Algeria since . The empirical analysis is twofold:) based