

## PAUVRETE ET SANTE : QUELLE POLITIQUE DE LUTTE POUR L'EQUITE ?

Mme Kaïd-Tilane Nouara

Chargé de cours

Faculté des sciences Economiques et de Droit

Université ABDERRAHMANE MIRA BEJAJA (Algérie)

### Résumé :

Les difficultés économiques et le développement des politiques de maîtrise des dépenses sociales conduisent aujourd'hui à une inéquité croissante dans les services de santé. Si des progrès incontestables ont été réalisés depuis l'indépendance dans notre pays, ces améliorations considérées comme satisfaisantes risquent d'être remises en cause. Ce "satisfecit" est devenu fragile dans le contexte économique et social d'aujourd'hui. La résurgence de la pauvreté absolue et de l'exclusion sociale, alimentée par le développement du chômage et de la précarité et confirmées par la politique de revenu "minimum", ne sont pas sans conséquences sur l'équité dans le domaine de la santé, notamment lorsqu'elles s'accompagnent d'un désengagement public. On assiste alors à l'apparition et/ou à l'amplification de phénomènes menaçant les objectifs égalitaristes : difficultés croissantes d'accès aux soins pour les personnes économiquement faibles, exclusion du système de soins des plus démunis, persistances des inégalités sociales face à la maladie et la mort, etc. Avec les circonstances actuelles, la question d'équité des systèmes de santé en générale se pose alors avec une intensité nouvelle. Notre objectif à travers ce papier est de contribuer à la réflexion sur la réorganisation du système de santé national comme une des stratégies de lutte contre la pauvreté, sachant que pauvreté et santé constitue un cercle vicieux, dans le sens que la pauvreté influe négativement sur la santé, et que la mauvaise santé contribue à l'accroissement de la pauvreté.

### INTRODUCTION

L'objectif de tout système de santé est de prévenir et de soigner les maladies, et d'améliorer l'état de santé des patients qu'il traite. Autrement dit, il s'agit de produire de la santé. Le moyen utilisé par les producteurs pour atteindre ce résultat est de produire des soins. L'égalité d'accès aux soins est très certainement le critère de justice le plus fréquemment défendu dans le domaine de la santé. Les individus devraient avoir la même possibilité d'acquérir des soins et de bénéficier de soins identiques s'ils ont les mêmes besoins. Cependant, pour des raisons économiques, géographiques, politiques ou autres les inégalités sociales persistent et les difficultés économiques des systèmes de santé suscitent des interrogations quant aux politiques à adopter et plus précisément quant à leurs objectifs. La croissance des dépenses de santé a montré que si la santé "n'a pas de prix" néanmoins, elle a un coût qui justifie une approche économique de la santé.

Avec le ralentissement de la croissance économique, la contrainte de la maîtrise des dépenses de santé pèse désormais sur tous les systèmes et il semble plus possible d'accroître des prélèvements sur les activités économiques et sur les revenus des ménages. En comparaison avec la situation des années 70 et de la première moitié des années 80, la situation actuelle explique d'ailleurs les

relations entre les conditions de rareté et de conflit d'intérêt<sup>1</sup>. Durant la période de croissance économique, où sans être en régime d'abondance, le système de santé algérien connaissait une rareté de ressources toute relative.

La pression financière était relativement faible et les intérêts étaient convergents. En effet, on a simultanément, améliorer la couverture sanitaire, accroître l'égalité d'accès, augmenter l'offre de soins, allonger l'espérance de vie, etc. Cependant, dès la deuxième moitié des années 80, avec les évolutions contraires des dépenses de santé et de la croissance économique, la logique dominante de maîtrise des dépenses de santé traduit la rareté des ressources et les conflits d'intérêts réapparaissent lorsqu'il s'agit de trouver de nouvelles sources de financement ou de faire des économies.

En Algérie, le contexte économique et social d'aujourd'hui risque de remettre en cause des années d'efforts et de sacrifices et par conséquent des résultats acquis. La résurgence de la pauvreté absolue et de l'exclusion sociale, alimentée par le développement du chômage et de la précarité et confirmées par la politique de revenu "minimum", ne sont pas sans conséquences sur l'équité dans le domaine de la santé, notamment lorsqu'elles s'accompagnent d'un désengagement public. On assiste alors à l'apparition et/ou à l'amplification de phénomènes menaçant les objectifs égalitaristes : difficultés croissantes d'accès aux soins pour les personnes économiquement faibles, exclusion du système de soins des plus démunis, persistance des inégalités sociales face à la maladie et la mort, etc. Avec les circonstances actuelles, la question d'équité des systèmes de santé en générale se pose alors avec une intensité nouvelle. Notre objectif à travers ce papier est de contribuer à la réflexion sur la réorganisation du système de santé national comme une des stratégies de lutte contre la pauvreté, sachant que pauvreté et santé constitue un cercle vicieux, dans le sens que la pauvreté influe négativement sur la santé, et que la mauvaise santé contribue à l'accroissement de la pauvreté.

## I- L'EQUITE DANS L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES SYSTEMES DE SANTE

Il existe plusieurs critères permettant d'apprécier les performances d'ensemble des systèmes de santé. Le taux de couverture de la population, l'effort social, la diffusion des soins dans la population, la progressivité du financement, la diffusion des indicateurs de résultat (mortalité, morbidité) ou de moyens (accès et consommation de soins) sont autant d'éléments d'appréciation. L'examen des différents aspects des systèmes de santé nécessite malgré tout des références à des données empiriques. Cependant, au niveau des objectifs des systèmes de santé, quelle conception de l'équité est défendue au niveau politique ? Dans quelle mesure les objectifs d'équité affichés sont-ils atteints dans le financement et la production des soins ?

### 1- L'équité dans les objectifs des systèmes de santé

Si l'histoire sociale de chaque pays est spécifique, deux modèles européens d'équité pour les objectifs de ces systèmes sont dégagés. Ces deux modèles partagent une même référence égalitariste qui est généralement exprimée officiellement sous la forme d'un objectif d'égalité d'accès<sup>2</sup>. Ces deux modèles reposent sur la traditionnelle dichotomie entre systèmes

<sup>1</sup> Schneider-Brunner C. : *Santé et justice sociale*, édition Economica, 1997, P. 2.

<sup>2</sup> Cette référence d'égalité d'accès est soulignée par Hust (1991) pour sept pays (France, Belgique, Allemagne, Irlande, Pays-Bas, Espagne et Royaume-Uni) et précisée par Wagstaff, Van Doorslaer et Rutten (1993).

bismarckiens et systèmes beveridgiens. Pour caractériser ces deux modèles d'équité, trois formes théoriques de protection sociale sont distinguées avec trois niveaux d'équité :

- une forme privée, où le financement est assuré individuellement, par le biais d'une assurance privée, et où la production est réalisée par le secteur privé marchand. Ici l'équité repose sur l'assistance.

- une forme bismarckienne, caractérisée par un système d'assurances sociales obligatoires, dont le financement et la gestion sont confiés aux assurés et à leurs employeurs. A ce niveau l'équité passe par l'assurance sociale.

- Une forme beveridgienne, dont les éléments essentielles sont l'existence d'un service national de santé et le financement par l'impôt. Ici, l'équité est fondée sur la solidarité nationale.

La forme privée n'a été adoptée par aucun pays de l'union européenne, qui se sont orientés vers l'une des deux autres formes. Le modèle privé a par contre été adopté sous une forme amendée car assortie de systèmes publics pour des personnes âgées et certaines nécessités aux Etats-Unis. Les trois niveaux d'équité permettent de repérer le socle minimal d'équité commun à tous les systèmes.

### 1.1- L'équité par l'assistance

Cette conception exige une intervention publique minimale. L'assistance publique est ainsi le prolongement moderne d'une tradition ancienne de charité privée. Cette évolution de l'aide aux pauvres traduit le passage d'une équité libertarienne où les seuls transferts redistributifs proviennent de la charité privée volontaire à une équité libérale plus modérée où une intervention publique est financée par des prélèvements obligatoires<sup>3</sup>.

En France, la loi du 15 juillet 1893 accordant l'aide médicale gratuite aux indigents a été le premier élément de la politique d'assistance publique. Des systèmes analogues ont été mis en place dans plusieurs pays et ont progressivement évolué pour arriver à la forme de sécurité sociale mise en place dans le courant du 19<sup>ème</sup> siècle. Deux remarques peuvent être faites<sup>4</sup> :

1°- Il apparaît que l'assistance a été le premier élément d'une prise en charge publique de la maladie, avant les systèmes d'assurance sociale ou de service national de santé.

2°- Si l'assistance est généralement réservée aux nationaux le droit à l'assistance est attribué de façon plus large en matière de santé. Ceci veut dire que si l'assistance s'adresse à tout individu, sa motivation n'est pas uniquement fondée sur des arguments de justice sociale, mais aussi sur des motifs d'ordre public et notamment de santé publique. En France par exemple, l'aide médicale hospitalière et l'aide médicale à domicile sont accordées sans considération de nationalité, ni même sans condition de régularité de séjour<sup>5</sup>.

Ainsi, l'assistance publique en matière de santé (ou l'aide sociale d'appellation moderne) constitue effectivement le niveau minimum d'équité en Europe, ce qui permet d'éviter aux exclus du marché des soins privés de se retrouver sans soins. Une forme de « charité publique » est ainsi mise en place.

<sup>3</sup> Schneider-Brunner. Op. Cit. P. 144

<sup>4</sup> Op. Cit. P.145.

<sup>5</sup> La loi « Pasqua » relative à la maîtrise de l'immigration a été amenée dans ce sens. L'amendement 140 portant sur l'article 34 stipule que l'aide médicale hospitalière est accordée sans condition de séjour, et que l'aide médicale à domicile est accordée à toute personne pouvant faire la preuve d'une résidence ininterrompue en France depuis trois ans (condition imposée pour éviter que des étrangers ne viennent en France dans le but de se faire soigner). In journal officiel du 18 juin 1993. Rapporté par Schneider-Brunner. Op. Cit. P. 145

Etant donné les limites de la charité, même si elle est exercée par les autorités publiques, tous les pays ont dépassé la logique de l'assistance pour emprunter l'une des deux voies distinctes par leurs stratégies différentes au niveau de leurs objectifs.

### 1.2- Le système bismarckien : l'équité par l'assurance sociale

Le concept d'équité fondant le modèle bismarckien est celui du libéralisme « redistributif ». Il s'agit en fait d'un modèle d'assurance obligatoire. Ce système a été suivi, dans la pratique, par la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Autriche, la Belgique et le Luxembourg.

Dans de tels systèmes de protection, les risques sont partagés entre les cotisants d'une même caisse. Cette organisation limite la solidarité en la réservant aux personnes munies d'un statut professionnel et en excluant de la protection celles qui n'ont pas versé de cotisation. Malgré la multiplication des régimes socioprofessionnels, il subsiste des exclus de la couverture sociale. Leur nombre, qui varie en fonction de l'ampleur de l'obligation d'assurance et de l'évolution du marché du travail, peut être considérable.

Deux types d'amendements ont été apporté au modèle bismarckien initial transformant la logique libérale « redistributif » en une logique plus égalitariste :

- d'une part l'universalisation de la couverture sociale qui concerne plus spécifiquement le financement des soins,
- et d'autre part une exigence de l'égalité d'accès qui porte sur la productions des soins.

L'universalisme des systèmes bismarckiens constitue le premier amendement à la logique professionnelle. L'égalité est introduite dans la mesure où tous les résidents d'un pays ont droit à une couverture sociale de la maladie, soit par le biais de leur activité professionnelle soit par le biais

de l'assurance personnelle, ou grâce à l'aide sociale. Chacun a ainsi accès à la solidarité mise en place par les assurances sociales, obligatoires.

Le second amendement égalitariste au modèle bismarckien porte sur l'égalité d'accès du point de vue géographique. La volonté d'égalité d'accès, côté prestations, est essentiellement concrétisée par l'intermédiaire des interventions publiques dans la répartition spatiale de l'offre de soins. De façon générale, la planification de l'offre est plutôt délicate dans les systèmes bismarckiens, particulièrement pour la médecine ambulatoire qui est exercée par les professionnels libéraux, certes conventionnés par les caisses, mais indépendants. En matière de planification hospitalière, l'action est souvent plus aisée pour les pouvoirs publics étant donné que de nombreux hôpitaux sont des établissements publics. Le but est d'assurer une répartition des lits et des équipements qui corresponde à la répartition de la population en fonction de la répartition des besoins. Ainsi les objectifs des systèmes bismarckiens sont visiblement plus égalitaristes.

### 1.3- Le système beveridgien : un égalitarisme volontariste

Les systèmes beveridgiens de protection sociale sont basés sur les principes suivants<sup>6</sup> :

- Universalité : l'ensemble de la population est protégée, sans condition du paiement préalable de cotisations et indépendamment de la situation professionnelle ou familiale.
- Unité : un service unique est chargé d'encaisser et de redistribuer les fonds, ce qui remplace la multiplicité des régimes et des caisses.
- Uniformité : les prestations sont délivrées de la même façon à tous, sur la base du besoin et non selon les modalités ou le montant des contributions.

<sup>6</sup> *Op. Cit.* P. 151

En pratique, ces principes sont mis en œuvre dans les systèmes de santé par l'intermédiaires d'un Service National de Santé (SNS) caractérisé, pour la population couverte par une nette séparation entre financement et prestation : le financement est fiscalisé et les soins sont délivrés (quasiment) gratuitement. Ainsi la solidarité nationale assure non seulement une redistribution horizontale (entre biens portants et malades), mais aussi une redistribution verticale (entre riches et pauvres)<sup>7</sup>.

### 1.3.1- Les systèmes mixtes

Les systèmes mixtes sont caractérisés par :

- un Service National de Santé financé, conjointement et dans des proportions variables, par l'impôt et par les cotisations sociales obligatoires,
- la coexistence du SNS avec un important secteur de prestataires privés qui peut-être :
  - complémentaire au secteur public, c-à-d que des prestataires privés sont sous contrat avec le SNS et fournissent donc des soins financés sur les fonds publics, comme dans les systèmes bismarckiens.
  - Ou supplémentaire : les prestataires sont payés par les patients ou leur assurance privée, comme dans les systèmes beveridgiens.

L'état de réalisation de cette volonté égalitariste varie en fonction, à la fois, de l'avancement des réformes et des obstacles rencontrés. Si la plupart des réformes ont débuté dans les années 70, les difficultés financières des systèmes publics ont pu ralentir leur développement, voire entraîner une redéfinition des objectifs, par exemple autour des relations entre le secteur public et privé. Les pays ayant suivi ce type de système sont les pays d'Europe du sud (Italie, Portugal, Grèce, Espagne).

## 2- L'équité dans le financement des soins

Les systèmes de santé européens sont-ils, dans leur financement égalitaristes ou libéraux ? peut-on mesurer l'équité des systèmes de financement ?

### 2.1- Mesure d'équité des systèmes de financement : La méthodologie du groupe COMAC

Le projet européen Comac présente une mesure d'ensemble de l'équité dans le système de financement de huit pays de l'union européenne<sup>8</sup>. Cette méthodologie d'analyse de l'équité dans les systèmes de santé est une contribution majeure. L'intérêt de cette méthodologie est que son utilisation s'adapte aux comparaisons internationales. La méthodologie Comac a retenu un critère d'équité verticale : un système est dit équitable si des ménages ayant des capacités contributives différentes contribuent différemment au financement du système de santé. Il s'agit donc de comparer le revenu des ménages et les paiements qu'ils effectuent pour la santé. On peut ainsi mesurer la régressivité, la proportionnalité ou la progressivité d'un système de financement avec l'indice de Kakwani. Cet indice est calculé à partir des courbes de concentration pour le revenu et pour les contributions.

Soient :

R1 : courbe de concentration pour les revenus  
C1 : courbe de concentration pour les contributions } on distingue trois cas :

<sup>7</sup> Op. Cit.

<sup>8</sup> France, Espagne, Italie, Portugal, Danemark, Pays-Bas, Irlande, Royaume-Uni. Hors U.E : la Suisse et les USA font également partie du champ de cette étude. In Schneider-Bunner, op. cit. P.157.

1°- cas : si R1 et C1 sont confondus  $\rightarrow$  les contributions sont proportionnelles aux revenus  
l'indice de Kakwani (ou de progressivité)  $K=0$

2°- cas : si R1 est au-dessous de C1  $\rightarrow$  le système est régressif car les contributions sont plus que proportionnelles aux revenus  $\rightarrow$  l'indice  $K < 0$ .

3° cas : si R1 est au-dessus de C1  $\rightarrow$  le système est progressif car les contributions sont moins que proportionnelles au revenu  $\rightarrow$  l'indice  $K > 0$ .

Cette méthodologie permet donc de mesurer les écarts à la proportionnalité pour l'ensemble du financement ainsi que pour chaque type de financement pris séparément, (impôt, cotisations, sociales, primes d'assurance complémentaire, paiements directs).

La proportionnalité respecte l'équité verticale, puisque les individus aux revenus différents sont traités inégalement dans la mesure où ils ne payent pas le même montant absolu. On peut aussi interpréter la proportionnalité comme une situation où tous les individus sont traités de la même façon puisqu'un même taux de contribution est appliqué à tous. La proportionnalité correspond alors à une conception égalitariste de justice.

Cependant, les critères égalitaristes portent plutôt sur la prestation des soins que sur leur financement. Est-il possible d'envisager dans cette perspective que le financement doit garder une certaine « neutralité », respectée par l'application d'un même taux pour tous, mais que l'égalité de droit, de résultat et d'accès ou de traitement est surtout importante pour la prestation des soins ?

La progressivité du système de financement correspond à une situation où le taux de prélèvement augmente avec le revenu. Une inégalité de traitement est donc instaurée en faveur des plus bas revenus, ce qui correspond au critère différentiel. Ce cas est appliqué uniquement au plus pauvre, le cas des plus malades est traité par le sous-système des prestations de soins. La progressivité du financement est donc nécessaire pour compenser les inégalités des chances pour la santé<sup>9</sup>.

Quant à la régressivité, l'interprétation est plus nuancée. Les pauvres étant défavorisés, le financement se fait dans une large mesure par des mécanismes obligatoires. Cette conception est proche de la conception libérale.

La structure du financement des systèmes de santé européens est composée de :

1°- Financement public : soit par les moyens de :

- cotisations sociales (55 à 80% du financement total). Il s'agit du système bismarckien.
- fiscalisation (68 à 85% du financement total). Il s'agit bien évidemment du système beveridgien
- la situation intermédiaire des systèmes mixtes se traduit par un financement par l'impôt variant entre 26 et 66% du financement total.

2°- Financement privé : par définition, il est constitué de la différence entre les dépenses totales de santé et l'apport de fonds publics. Ce taux varie de 16,5% à 25,2% dans les systèmes beveridgiens et mixtes et de 25,6 à 32,9% pour les systèmes bismarckiens à l'exception de Luxembourg : 8,6%, Belgique : 11,1% et au Portugal : 38,3%<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Le Grand J. : *Equity and choice*, Londres, Harper and Collins Academic, 1991. Repris par Schneider-Banner, op. Cit. P. 159.

<sup>10</sup> OCDE : *les systèmes de santé des pays de l'OCDE, études et politique de santé*, n° 3, Paris, 1993

### 3- L'équité et le système de production de soins

La mesure de l'équité dans le système de production des soins fait l'objet de nombreuses études empiriques (Le Grand J. en 1978, le rapport Black en 1980 et Illsey 1990). Ces études utilisent des méthodologies différentes et parviennent parfois à des résultats opposés. Outre la disponibilité et la qualité des données, le problème essentiel demeure la multiplicité des facteurs qui influencent la santé et la demande de soins et tout particulièrement le fait que le système de soins n'est pas le seul élément qui agit sur la santé.

#### 3.1- La santé : produit final du système de soins

Les indicateurs de résultat du système de soins sont de deux types :

- d'une part des indicateurs de mortalité et d'espérance de vie,
- d'autre part, les indicateurs de morbidité. Pour ces derniers, Blaxter (1989) distingue trois modèles:

- le modèle médical (morbidité diagnostiquée par le corps médical en références à des normes physiologiques) auquel correspondent des mesures de risque vital et de prévalence des pathologies par exemple.

- le modèle fonctionnel (morbidité définie par la difficulté ou l'impossibilité de réaliser certaines actions) auquel on peut relier les mesures d'incapacité ou d'invalidité.

- et enfin, le modèle subjectif (morbidité auto-évaluée par les individus).

Néanmoins, aux inégalités de santé, succédera une inégalité des chances.

#### 3.2- Les soins : produits intermédiaire du système de soins

Outre l'existence d'inégalités face aux risques, l'hypothèse d'inégalités dans la distribution des soins est à considérer. L'accès aux soins est une possibilité offerte. L'une des interprétations de l'égalité d'accès entraîne la condition de gratuité des soins. L'égalité d'accès dans ce sens est donc respectée pour bon nombre de soins offerts dans les services nationaux de santé, en particulier pour les soins de premier recours. La participation des malades au coût des soins conviendra par contre à ce critère.

L'égalité d'accès signifie selon Olsen et Roger<sup>11</sup>, la possibilité de consommer le même niveau maximal de soins. A ce niveau, la contrainte budgétaire des plus pauvres est supprimée, et celle des autres est allégée de façon à ce qu'ils puissent eux aussi accéder, à coûts réduits, aux soins hospitaliers publics.

L'égalité d'accès aux soins au sens de Le Grand, permet d'introduire d'autres éléments. L'égalité est alors définie comme l'égalité d'un prix composite comparant la dépense monétaire, la distance et le prix du temps. Deux aspects de l'accès aux soins font référence à ces différentes dimensions du coût de l'accès aux soins :

- d'une part, l'interprétation géographique de l'égalité d'accès reprend la dimension « distance ».
- d'autre part, les dimensions « monétaire » et « temps d'attente » sont mises en cause par l'existence, en plus du système public de plusieurs réseaux de soins :

- Un « réseau supérieur » constitué des soins marchands

- Et un « réseau inférieur » dernier recours des exclus du système public.

L'existence de plusieurs réseaux de soins signifie que l'accès aux soins est différencié selon des critères non médicaux : à une extrémité de l'échelle des revenus, les plus riches ont accès au réseau marchand et à l'autre extrémité, les plus défavorisées n'ont d'autre recours que le réseau caritatif.

<sup>11</sup> Olsen E.O et Rogers D.L. : « the welfare Economics of Equal Acces », Journal of Public Economics, 45, 1991.

Or les individus ont droit, quelque soit leur revenu, à la même qualité des soins. Le choix éventuel d'un réseau de soins ne devrait dépendre que des besoins et non du revenu. La principale critique adressée aux critères d'accès aux soins consiste à dire que l'égalité dans la possibilité d'utiliser les soins ne suffit pas à assurer une égalité dans l'utilisation des soins. L'égalitarisme doit être plus exigeant et assurer l'exercice de la possibilité. Le niveau d'équipement ne garantit pas le niveau de prise en charge, et moins encore l'amélioration de l'état de santé<sup>12</sup>.

Tout comme les inégalités de santé, les inégalités de consommation médicale peuvent être décrites en fonction des catégories sociales ou en fonction du revenu. L'hétérogénéité des catégories sociales justifie donc les mesures des inégalités de consommation en fonction du revenu.

Pour la mesure de l'équité dans le système de prestation de soins, les chercheurs du groupe COMAC ont retenu un critère d'équité horizontale : des égaux doivent être traités également. Plus précisément, les individus sont considérés comme égaux s'ils ont les mêmes besoins, indépendamment de leur revenu et/ou de leur contribution au financement. D'où le critère égalitariste d'égalité de traitement pour un même besoin est retrouvé. Une répartition de la consommation des soins est équitable lorsque les différences de consommation ne sont liées qu'à des différences de besoins, et non pas au revenu.

## II- POURQUOI LES REFORMES DES SYSTEMES DE SANTE SONT-ELLES AUJOURD'HUI UNE PRIORITE AU NIVEAU MONDIAL ?

### 1- Les raisons des réformes des systèmes de santé

La réforme des systèmes de santé est soudain passée au premier rang des priorités dans le monde entier. Pour les pays industriels, les raisons en sont notamment<sup>(13)</sup> :

- 1- la montée rapide des coûts,
- 2- le grand nombre de personnes non assurées,
- 3- et la peur du SIDA.

Pour les pays en développement, les raisons principales sont :

- a- l'importance de la santé pour améliorer la productivité des travailleurs,
- b- les progrès considérables qui pourraient être réalisés pour un coût très bas.

Les *Rapports sur le Développement dans le Monde* soulignent :

- 1- l'importance de la santé dans la lutte contre la pauvreté,
- 2- le rôle clé de l'Etat.

Le monde dépense des sommes énormes pour la santé soit 12 % du revenu mondial<sup>(14)</sup>. Aujourd'hui, il est possible non seulement de mieux dépenser cet argent, mais aussi des millions de vies humaines pourraient être sauvées si les gouvernements repensaient leur approche de la réforme du système de santé. Il est intéressant de connaître le poids de la charge de morbidité au niveau national régional ou même mondial et de mesurer le coût de la rentabilité des interventions susceptibles de réduire cette charge.

<sup>12</sup> En France, le département où l'espérance de vie est la plus longue est en effet parmi les moins biens équipés en offre de soins. In « Commissariat Général du Plan, 1993, P.143 rapporté par Schenker-Brunner, op. cit. P. 184.

Les réformes semblent souvent imposées par une impasse socio-économique et politique plutôt qu'un choix délibéré dans un esprit d'innovation. C'est le cas des systèmes de soins des pays industrialisés à propos desquels, depuis déjà deux décennies, on se pose la question suivante : Comment concilier une diminution radicale de l'accroissement des coûts et un maintien de la qualité et de l'accessibilité aux soins médicaux ?

La question ainsi posée semble être mal et incomplètement formulée car elle ignore trois éléments, préalables à toute réflexion prospective<sup>13</sup> :

- L'évolution de l'état de santé d'une population est définie principalement aussi bien par les conditions socio-économiques et politiques que par son environnement au sens large du terme. Les services de soins n'y jouent qu'un rôle secondaire.
- Les fondements scientifiques d'une intervention médicale sont souvent mal établis et ce quelque soit son degré de sophistication. Et, quelque fois, l'abstention est plus indiquée que l'intervention.
- Les relations entre une atteinte à la santé et ses causes présumées sont multiples et incertaines. On ne peut jamais assurer ni la nature ni l'origine d'une maladie. Par contre, on peut mesurer la probabilité d'association entre cause présumée et conséquence observée. Sur de telles bases, il est possible d'agir efficacement.

## 2- L'impact de la pauvreté et de la disparité des revenus sur la santé des ménages

A mesure que la pauvreté recule et que l'ignorance régresse au sein d'un ménage, la santé s'améliore rapidement. Au niveau d'une nation, les services de santé dépendent du revenu national et l'aptitude de l'acquisition et l'application des connaissances scientifiques dépend du niveau de scolarisation. La question que l'on peut se poser est : Quel est le rôle du revenu et celui de l'éducation sur la santé des ménages ?<sup>14</sup>

L'augmentation des revenus a plus d'impact sur les populations pauvres car les ressources supplémentaires permettent d'acheter des biens de première nécessité particulièrement la nourriture et le logement, dont l'effet est particulièrement bénéfique pour la santé. Des études ont montré que la corrélation entre le revenu et l'espérance de vie s'est améliorée à mesure que la science et la médecine assuraient une meilleure santé pour un niveau donné de revenu.

Il est clair que la pauvreté influe beaucoup sur la santé. Le programme des nations unies pour le développement (PNUD) constate dans son «Rapport Mondial sur le Développement Humain» que l'amélioration du sort de chacun ne résulte pas nécessairement de la croissance du PIB/ tête, ni du revenu national et, pour importantes qu'elles soient, sont des moyens et non des fins. Les auteurs du rapport replace ainsi l'individu au cœur de la problématique du développement. Il s'agit donc de considérer, surtout, la répartition des revenus qui doit être faite de manière équitable si l'on veut obtenir un impact positif sur la santé des populations<sup>15</sup>.

Le rapport sur le développement dans le monde 2000-2001 s'inspire des stratégies antérieures, à la lumière des événements et de l'expérience de la dernière décennie. Il tient également compte de l'évolution de la conjoncture internationale et propose une stratégie visant à combattre la pauvreté sur trois fronts :

- Le développement des opportunités : il s'agit des opportunités matérielles c-à-d, l'emploi, le crédit, les marchés pour écouler leurs produits, les routes, l'électricité, les écoles, l'eau,

<sup>13</sup> Op. Cit. P. 2.

<sup>14</sup> UNICEF : La situation des enfants dans le monde, éd. 2001. P. 101.

<sup>15</sup> Rougement A. : les politiques de santé, Ed. centre européen de la culture, Actes Sud, 1999, P.9

l'assainissement, les services de santé, qui conditionnent la santé et les qualifications qui représentent deux actifs essentiels pour les travailleurs. Cependant, sans croissance économique, il ne saurait y avoir création d'opportunités. Donc, il faut mettre en place des mécanismes capables de créer de nouvelles opportunités et de dédommager les perdants éventuels de la transition. Et c'est là qu'intervient l'Etat pour renforcer l'équité et faciliter le développement humain.

- Insertion : pour que les mesures publiques répondent aux besoins des pauvres, il importe de les sélectionner et de les mettre en œuvre en fonction de l'interaction des processus politiques, sociaux et institutionnels au sens large. Des institutions compétentes et attentives sont essentielles dans le processus de croissance en général, en plus du fait qu'elles soient bénéfiques pour les pauvres.

- Sécurité matérielle : atténuer la vulnérabilité suite aux chocs économiques, aux catastrophes naturelles, à la mauvaise santé, à l'invalidité et à la violence physique fait intrinsèquement partie de l'amélioration du bien-être et encourage les investissements dans le capital humain. A cet effet, il appartient à l'Etat de prendre des mesures efficaces pour gérer le risque de chocs économiques généraux et d'instaurer des mécanismes efficaces pour gérer les autres risques.

Dans les pays industriels, l'espérance de vie dépend beaucoup plus de la répartition des revenus que du revenu par habitant, et elle augmente plus rapidement dans les pays où la répartition s'améliore. Dans les années 1970, au Japon et au Royaume-Uni, la répartition des revenus et l'espérance de vie étaient similaires. Depuis le milieu des années 1980 des divergences sont apparues. Au Japon où la répartition des revenus est la plus égalitaire, l'espérance de vie est la plus longue (80 ans), alors qu'au Royaume-Uni où la disparité des revenus s'est creusée, l'espérance de vie est aujourd'hui inférieure de trois ans à celle du Japon.

Dans les pays en développement, les différences dans la prévalence de la pauvreté et des dépenses publiques consacrées à la santé par habitant expliquent en grande partie les différences d'espérances de vie. Les variations des conditions sanitaires à l'intérieur d'une même ville, entre quartiers ou même entre familles au sein d'un même quartier montrent aussi les méfaits de la pauvreté.

Le lien étroit qui existe entre revenu et santé fait ressortir le coût sanitaire d'une faible croissance économique. Les années 1990 marquées par la crise économique, l'endettement et l'application du PAS dans les pays en développement montrent la recrudescence des maladies qui étaient sensiblement maîtrisées durant les années 80.

Quant au rôle de l'éducation sur l'amélioration de la santé, il est indiscutable. Au niveau des ménages, l'instruction se traduit par une meilleure santé de tous les membres aussi bien des adultes que celle des enfants.

Compte tenu des liens étroits qui existent entre la santé, le niveau d'instruction et le revenu, la meilleure façon de renforcer les moyens d'action des ménages est la suivante : l'Etat doit promouvoir la croissance, lutter contre la pauvreté et favoriser la scolarisation notamment des filles.

### 3- Le rôle de l'Etat

Au niveau mondial, les pouvoirs publics ont certainement joué un rôle vital dans les progrès énormes accomplis depuis les années 1960. C'est le cas par exemple de l'éradication de la variole et la réduction de la mortalité juvénile imputable à d'autres maladies pour lesquelles il existe un vaccin. Le développement et l'amélioration des soins de santé cliniques dispensés par le secteur public ont permis de sauver des millions d'accidentés et de gens atteints de maladies infectieuses. L'amélioration des soins prénatals et obstétricaux a réduit les complications graves de la

grossesse et de l'accouchement pour de millions de femmes.

L'intervention de l'Etat dans le secteur de la santé dans les pays en développement semble être nécessaire pour au moins les raisons suivantes :

1°- D'abord, les pauvres ne peuvent toujours pas payer les soins de santé qui amélioreraient leur productivité et leur bien-être.

2°- Puis, Certaines mesures de promotion de la santé sont purement des biens publics ou ont des retombées positives considérables. Les effets positifs sur le bien-être des populations permettent aux pouvoirs publics d'améliorer le fonctionnement des marchés, qu'il s'agisse des soins ou de l'assurance maladie.

3°- Et enfin, pour les sommes énormes que les gouvernements consacrent à la santé - aujourd'hui le monde dépense environ 12% du revenu mondial. Plus de 1.000 milliards de dollars en 1990 dans les pays en développement, soit près de 60% du total des dépenses mondiales de santé<sup>16</sup> et représentant 4% de leur PIB entre 1992-1999 - ainsi que du rôle vital des investissements de la santé dans la lutte contre la pauvreté et la carence du marché dans ce domaine.

Toutefois, actuellement, fonctionnement et financement des systèmes de santé se heurtent à des problèmes majeurs qui, s'ils ne sont pas résolus, risquent non seulement de ralentir le rythme des progrès accomplis mais également de ne pas pouvoir faire face aux nouveaux problèmes et aux nouvelles menaces pour la santé. Parmi les problèmes auxquels se heurte le secteur de la santé, nous citons entre autre :

- L'inégalité : les pauvres accèdent peu aux services de santé de base et sont mal soignés. Les classes aisées bénéficient d'un pourcentage disproportionné des dépenses publiques sous forme de subventions à des établissements hospitaliers. En Indonésie par exemple, malgré les investissements considérables consacrés aux équipements sanitaires de base pendant les années 80, 12% seulement des crédits budgétaires alloués à la santé en 1990 ont profité aux 20% des ménages les plus pauvres, alors que les 20% des ménages les plus aisés ont reçu 29% des crédits<sup>17</sup>
- L'inefficacité : les agents de santé sont mal répartis et mal encadrés et les lits d'hôpitaux sont sous-utilisés.
- L'explosion des coûts : Dans certains pays en développement à revenu intermédiaire, les dépenses de santé augmentent beaucoup plus rapidement que les revenus, car la multiplication des spécialistes, l'apparition de nouvelles technologies médicales et le développement de l'assurance maladie sur la base du règlement à l'acte entraînent une demande rapidement croissante de tests, d'analyses médicales et de traitements coûteux.
- Gaspillage : l'Etat paie des interventions peu rentables, notamment les opérations de la plupart des cancers, et néglige les interventions essentielles et hautement rentables, telles que le traitement de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles qui reviennent en force au niveau mondial durant cette dernière décennie.

<sup>16</sup> *Finance et Développement*, éd. FMI et Banque Mondiale, septembre 1993, Volume 30, N°3, p. 6.

<sup>17</sup> *Op. Cit.* P. 6.

Au moment où les pays en développement comme les pays industriels entreprennent une réflexion sur la santé publique au 21<sup>ème</sup> siècle, quelle est la stratégie qui doit être adoptée par les gouvernements, notamment des pays en développement, pour obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé ?

#### 4- Stratégie en matière de santé

Les difficultés économiques actuelles et les dépenses importantes engagées par le secteur de la santé d'une part, la résurgence de certaines maladies et l'expansion de la pauvreté d'autre part indiquent l'inadéquation des systèmes de santé mis en place. Deux questions s'imposent : comment réaffecter les ressources disponibles, dépensées pour la santé dans les pays en développement, d'une manière qui améliorerait fortement l'état de santé de leur population ? Quelles dispositions financières faut-il adopter pour faciliter ces réaffectations ?

Pour remédier aux faiblesses des systèmes de santé dans les pays en développement, le *Rapport sur le Développement dans le Monde* recommande la stratégie suivante<sup>18</sup> :

- Améliorer les dépenses publiques de santé : pour la plupart des gouvernements, le problème est de concentrer leurs ressources de manière à compenser les défaillances du marché et à financer judicieusement des services qui profiteraient principalement aux pauvres.
- Favoriser la mise en place d'un environnement permettant aux ménages d'améliorer leur état de santé :
  - 1- promouvoir la croissance économique globale et lutter contre la pauvreté,
  - 2- améliorer et développer l'éducation,
  - 3- promouvoir des types d'assurance maladie qui permettent non seulement de couvrir une grande partie de la population, mais qui comportent également des mécanismes propres à limiter le coût des services de santé.
- Promouvoir la diversité et la concurrence : particulièrement dans le domaine des médicaments, des fournitures et du matériel, dans le but d'améliorer la qualité et de réduire les coûts. L'Etat peut également encourager les activités d'un secteur privé compétitif fournissant toute la gamme des services de santé, y compris ceux qui sont financés par des fonds publics. Bien que le financement des soins de santé de base incombe à l'Etat, il n'en est pas de même pour la prestation de ces services. L'expérience indique au contraire que la diversité et la concurrence donnent de meilleurs résultats.

##### 4.1- Le rôle de la société civile dans la stratégie de la santé

Les organisations non gouvernementales (ONG) ou les associations jouent un rôle majeur dans les services de santé aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Ceci est vrai surtout pour les ménages à faible revenu, notamment dans les pays les plus pauvres. Certes, il est difficile de comparer la performance des ONG et celle des services publics, mais selon des données concernant l'Afrique<sup>19</sup>, les ONG sont souvent plus efficaces. C'est le cas de la Tanzanie et du Lesotho qui, autorisés par les pouvoirs publics, utilisent des établissements religieux comme hôpital de district en assurant tous les services cliniques et de santé publique. Ils

<sup>18</sup> *Op. Cit.* P. 2 à 9.

<sup>19</sup> *Finance et Développement*, éd. FMI et Banque Mondiale, septembre 1993. Volume 30, N° 3, p. 8.

se chargent également de tâches comme la planification de la santé, l'encadrement des dispensaires et les transports d'urgence. En échange, l'Etat prend en charge une partie des coûts.

Les gouvernements ont donc la possibilité d'établir des partenariats constructifs avec les ONG pour assurer les services cliniques essentiels. Simultanément, les gouvernements peuvent :

- Accroître l'équité et l'efficacité de leurs propres programmes et services de santé, et ainsi mieux répondre aux besoins des populations grâce à la décentralisation. Cette initiative a donné de bons résultats au Chili en procédant à la décentralisation progressive de son système de santé.

- Améliorer l'efficacité dans le secteur de la santé en convertissant les hôpitaux publics en institutions semi-autonomes ou en entreprises publiques, comme l'a fait la Tunisie.

- Améliorer l'efficacité technique des services publics en confiant certains services auxiliaires à des organismes extérieurs. A titre d'exemple, au Venezuela, les hôpitaux du ministère de la santé sous-traitent l'entretien du gros matériel et des hôpitaux de la sécurité sociale sous-traitent les services de sécurité, l'alimentation, le blanchissage et le jardinage.

Enfin, ces fondations ou organismes parapublics sont moins gênés par les procédures administratives du secteur public pour la gestion de leur budget, pour le recrutement et le licenciement du personnel et peuvent recevoir des dons qui proviennent d'organismes de bienfaisance pour financer les investissements et les coûts de fonctionnement. Ce qui leur permet ainsi de recouvrer leurs coûts.

### III- EVOLUTION DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE

#### 1- Historique

Le système national de santé traverse depuis quelques années une période difficile particulièrement durant cette dernière décennie où des mutations socio-économiques qui ont eu lieu pèsent sur les performances du service de santé.

Historiquement, notre système de santé est passé par trois grandes périodes qui ont marqué l'histoire de la santé publique algérienne, notamment par la mise en place d'un système national de santé complet, hiérarchisé et gratuit. Ces périodes sont les suivantes :

#### 1963-1973 :

Au lendemain de l'indépendance, le pays disposait de moins de 500 médecins dont 50% d'algériens pour couvrir les besoins de santé d'une population estimée à 10,5 millions d'habitants. Les indicateurs sanitaires<sup>20</sup> de cette période se caractérisaient par :

- une mortalité infantile élevée, dépassant 180‰,
- une espérance de vie n'atteignant pas les 50 ans,
- et l'ampleur des maladies transmissibles, sévissant à l'état endémique constituaient une importante cause de décès et de handicaps.

Face à cette situation, et en raison des ressources limitées, le ministère de la santé s'est alors fixé deux objectifs essentiels :

<sup>20</sup> MSP : Développement du système national de santé : Stratégies et Perspectives, MSP 2001, p. 5.

- Le premier consiste en la réduction des disparités en matière de répartition du corps médical (public et privé) afin de faciliter l'accès aux soins par l'instauration d'une mi-temps obligatoire dans le secteur public pour les praticiens installés à titre privé d'une part et par la mise en place d'équipes mobiles d'action sanitaire d'autre part.
- Le second concerne la lutte contre la mortalité et la morbidité qui sont dues aux maladies transmissibles.

De ce fait, plusieurs programmes de santé destinés à protéger les populations vulnérables et à assurer la prévention des maladies prévalentes ont été mis en œuvre. La vaccination obligatoire de tous les enfants a donc été instituée et la campagne d'éradication du paludisme a été menée avec succès.

Quant à la production pharmaceutique, l'importation et la distribution de gros des médicaments étaient assurées par des sociétés nationales notamment par la Pharmacie Centrale Algérienne. Une commission nationale de la nomenclature créée en 1969 établissait la liste des médicaments nécessaires. Aucune procédure d'enregistrement n'était exigée et le contrôle des produits pharmaceutiques était assuré par la PCA.

#### 1974-1989

Cette période a été marquée, sur le plan de la politique sanitaire, par trois faits majeurs :

- L'instauration de la gratuité des soins dans les structures sanitaires publiques à partir de janvier 1974. Ce qui a permis une généralisation de l'accès aux services de santé par la population.
- La réforme du système éducatif et notamment des études médicales, visant à la fois l'amélioration de la qualité de l'enseignement et le renforcement de l'encadrement, ce qui a permis de disposer d'un grand nombre de praticiens médicaux, toutes spécialités confondues.
- La création du secteur sanitaire, pierre angulaire de l'organisation du système national de santé, auquel ont été rattachées toutes les unités de soins de base, autrefois gérées par les communes ou le secteur parapublic.

Cette période a été également caractérisée :

##### 1. Au plan des investissements par :

- la réalisation d'un grand nombre d'infrastructures sanitaires : hôpitaux généraux et structures légères (polycliniques et centres de santé) dans le but d'étendre la couverture sanitaire du pays,
- l'érection de 13 CHU chargés d'une triple mission de soins de formation et de recherche.

2. Au plan sanitaire, par un recul de la mortalité en raison d'une part de l'amélioration du niveau de vie de la population et de la mise en œuvre des programmes nationaux de santé (lutte contre la tuberculose, la malnutrition, la mortalité infantile, le programme élargi de vaccination, etc.) et d'autre part de l'évolution dans le sens d'une meilleure maîtrise de la fécondité, permettant ainsi de renforcer le processus de transition démographique. En outre, l'amorce d'une transition épidémiologique marquée par une baisse notable de certaines maladies transmissibles a été également observée.

En matière de produits pharmaceutiques et des équipements médicaux, le PCA a fait l'objet d'une réorganisation en 1983, conduisant surtout à la séparation entre les fonctions d'approvisionnement et celle de la production. A l'issue de cette restructuration, un certain nombre d'entreprises ont été créées :

- des entreprises d'approvisionnement en produits pharmaceutiques : les PHARMS.
- Entreprises de production de médicaments : SAÏDAL.
- Entreprise Nationale des Equipements Médicaux : ENEMEDI.

## 1990-2001

La situation actuelle est caractérisée par l'accumulation de contraintes multiples qui ont abouti à la dégradation de ce secteur devenu incapable de s'adapter à la transition socio-économique actuelle du pays. Malgré :

- la création de nombreuses structures de soutiens à la tutelle (Agence Nationale du Sang , Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques, Pharmacie Centrale des hôpitaux, Agence nationale de Documentation de la Santé, etc.),
- La mise en place des conseils régionaux de la santé,
- Et l'adoption de nombreux textes réglementaires,

le système national de santé butte à de nombreuses difficultés, incapable de répondre aux attentes des citoyens insatisfaits des prestations, ni à celles des professionnels du secteur dont le pouvoir d'achat des uns et des autres s'est effrité. Toutes ces difficultés se répercutent sur la prise en charge des problèmes de santé et sur la situation sanitaire du pays, caractérisée par la persistance des « maladies d'un autre âge » dues principalement à :

- La dégradation de l'environnement,
- La mauvaise prise en charge de l'hygiène publique,
- La pauvreté,
- Aux mauvaises conditions d'habitat dues à une urbanisation explosive et anarchique où un taux d'habitat précaire atteint dépasse parfois les 20% dans certaines localités dans les wilayas de Annaba, Skikda, Bouira, Adrar pour ne citer que celles-là<sup>21</sup>.

La situation sanitaire se traduit également par les « maladies de la civilisation » où les maladies mentales liées aux traumatismes psychiques, à la violence, aux toxicomanies ainsi que les séquelles des accidents (handicaps) occupent une place prépondérante. Dans « ces nouvelles morbidités modernes », les cancers toutes causes confondues ont connu une croissance rapide au cours de cette dernière décennie soit, 30.000 nouveaux cas chaque année selon le MSP<sup>22</sup>, souvent pris en charge tardivement à cause d'un dépistage inefficace qui entraîne l'aggravation de la situation car ce genre de pathologie extrêmement lourde nécessite d'énormes moyens humains et matériels. La mauvaise prise en charge de certaines maladies chroniques (diabète, hypertension, asthme, etc), ainsi qu'une prévention très faible, présente uniquement dans les textes engendrent de grave problèmes de santé telle l'insuffisance rénale chronique. Les structures d'accueil (service d'hémodialyse des hôpitaux) ne peuvent plus répondre à l'accroissement constant des malades et à la facture excessivement lourde de ce genre de soins (environ 9000 DA la séance d'hémodialyse<sup>23</sup> sachant qu'un cas d'insuffisance rénale nécessite trois séances par semaine). Les difficultés dans lequel vit le système national de santé apparaissent au niveau des listes d'attentes de malades devant subir une intervention chirurgicale qu'elle soit cardiaque, ophtalmologique, rénale, orthopédique, etc., ou pour une place d'hospitalisation. Cette attente pour certains services atteint et dépasse deux années. Combien de malades dont l'état de santé ne tient parfois qu'à un fil arrivent au bord de cette attente vivants ?

Après avoir été un modèle du genre en matière d'accessibilité et d'équité face aux soins, notre système de santé s'est fragilisé par de multiples dysfonctionnement. En l'an 2000, le rapport mondial de l'OMS sur la santé dans le monde classait l'Algérie à la 81<sup>ème</sup> place, c'est à dire au milieu du tableau, très loin derrière certains pays voisins comme de Maroc (29<sup>ème</sup> place) qui

<sup>21</sup> ONS : Collections Statistiques n°80, RGPH 1998

<sup>22</sup> MSP : Développement du système national de santé : Stratégies et Perspectives, MSP 2001, p.18.

<sup>23</sup> Calcul fait au niveau de l'hôpital Khelil Amrane du secteur sanitaire de Béjaïa.  
D'autres anomalies sont à l'origine de cette désorganisation :

consacre pourtant beaucoup moins de ressources dans les dépenses de santé. Le rapport mondial sur le développement humain 2001, classe l'Algérie à la 100<sup>ème</sup> place sur une liste de 162 Etats. Les critères de mesures sont : l'espérance de vie, le niveau d'instruction et le revenu réel.

Concernant l'indicateur de développement technologique, l'Algérie est considérée comme « utilisatrice dynamique ». Dans ce domaine, les formations scolaire et en entreprise sont fortement conseillées par le PNUD. Il voit dans le développement des nouvelles technologies d'information et de communication (TIC) une voie vers le bien-être économique et socio-politique. Cependant, si les TIC sont considérées comme un « véritable espoir pour la démocratie et la diffusion du savoir, (...) », il ne résoudra pas pour autant le problème de la famine en Afrique.

Le même rapport reconnaît que les politiques de développement proposées ne valent rien sans un soutien financier des gouvernements. Dans le domaine de l'agriculture comme dans celui de la santé et des nouvelles technologies, les financements publics sont insuffisants à insuffler une véritable politique de développement durable.

Aujourd'hui, notre système de soins ressemble de plus en plus à celui de nombreux pays qui ont privilégié le secteur privé où, certains médecins travaillent simultanément pour l'Etat et à titre privé. Ce qui revient à subventionner une médecine libérale officieuse par le secteur public. L'effectif sans cesse croissant de spécialistes mal rémunérés quittant le secteur public sans les faire remplacer produit des dysfonctionnements du système et le fragilise davantage.

1°- L'état des équipements médicaux qui n'ont pas connu de renouvellement significatif depuis 1982, ce qui fait que les taux de pannes sont élevés et atteignent les 30%. En allant dans les détails, on s'aperçoit que :

- Les équipements d'exploration fonctionnelle sont les plus touchés avec 32%,
- Ceux de l'imagerie médicale viennent en seconde position avec 24%,
- Et en troisième position, ceux de la stérilisation et de la désinfection avec 21%,

ce qui contraint les structures de santé publiques à orienter leurs malades vers le secteur privé.

2°- Le manque de spécialistes dans les CHU et les EHS (que nous avons déjà signalé plus haut) fait que de nombreux soins n'y sont pas dispensés. Ceci est ressenti dans la faiblesse du taux d'occupation des lits qui est souvent inférieur à 50%. Il n'y a en fait que les services de gynécologie-obstétrique qui ont un taux d'occupation des lits quasiment totale ayant atteint les 92%.

3°- L'autre difficulté qui ronge la santé est le manque de moyens financiers. En effet, l'endettement des établissements publics a atteint en juillet 2001 plus de 12 milliards dinars selon le rapport du MSP<sup>24</sup>. Ce rapport indique que les créances détenues par les principaux fournisseurs de ces structures à savoir : la pharmacie centrale, l'Institut Pasteur D'Algérie, SONEGAZ, les P. et T., Naftal, etc., sont évaluées à 8 milliards de dinars. A cela s'ajoutent les arriérés non réglés en matière de dépenses de personnels (indemnités de gardes, rappels de traitements, primes de performances, charges sociales) qui sont estimées à 3,66 milliards de dinars. Cette situation arrêtée au 31 décembre 2000, se répercute directement sur la quantité et la qualité des prestations attendues par le citoyen, compromettant ainsi, le fonctionnement normal des établissements. Elle est le plus souvent génératrice de rupture de stocks de vaccins et de médicaments. En outre, la dépense nationale de santé est passée de 6% du PIB dans les années 80 à 4,6% en 1993 à 3,6% en 1998 qui se répartissent comme suit : 1,6% pour l'Etat, 1% pour la sécurité sociale et 1% pour les

<sup>24</sup> MSP : *Développement du système national de santé : Stratégies et Perspectives*, MSP 2001, p. 28.

ménages<sup>25</sup>. Autrement dit, la dépense de santé par habitant et par an, estimée à 165 dollars US en 1990, ne dépasse pas les 58 dollars US actuellement, alors que la banque mondiale recommandait déjà en 1993, un minimum de 62 dollars US par habitant aux pays en voie de développement. Le manque de moyens financiers est aggravé par le fait que le budget de fonctionnement ne connaît qu'une faible augmentation annuelle. Ce qui contraint à réduire les programmes de prévention, de population et de maintenance.

La crise politique et socio-économique de cette dernière décennie a induit une dégradation des conditions de vie et un accroissement de la pauvreté entraînant une diminution de l'accès aux soins.

4)- Le problème du médicament constitue une autre contrainte à la santé, et ce, malgré la libéralisation du marché du médicament (importation et production nationale) qui a eu lieu en 1992.

Pour l'année 2000, l'enveloppe dépensée par l'Algérie en produits pharmaceutiques représente 450 millions de dollars US, dont 350 millions de dollars US pour le médicament. En fait, il semblerait que les investisseurs sont beaucoup plus attirés par l'importation que la production elle-même de médicaments. L'Algérie compte, en effet, à travers le territoire national :

- 62 importateurs de médicaments,
- 24 importateurs de produits consommables,
- 9 importateurs de produits de chirurgie-dentaire,
- 8 importateurs de réactifs.

La non-existence de moyens de régulation des importations font que cette activité se fait sans évaluation préalable des besoins de la consommation et de la fabrication nationale. Ce qui a pour résultats : rupture de stock ou importation excessive.

En plus de l'irrégularité du médicament, le consommateur est soumis à une autre difficulté. Il s'agit du déremboursement des médicaments. En Avril 2001, la nouvelle liste de médicaments non remboursable en contient 182 et remplacera la nomenclature de 1998. Cette nouvelle liste pénalise aussi bien l'industrie locale (qui est toujours au stade de gestation) que les personnes souffrant de maladies chroniques et notamment les plus pauvres qui n'arrivent même pas à se procurer les produits essentiels car non disponibles en officines CNAS. La liste confectionnée ne l'a pas été sur des bases purement médicales mais suivant des considérations insaisissables. Cesser de prendre en charge des produits de première nécessité, destinés à des malades chroniques peut s'avérer dangereux, voire fatal pour les plus démunis. Ceci pour souligner la gravité de ces nouvelles mesures et leur incidence sur les malades<sup>26</sup>. Tout produit dont les effets thérapeutiques sont prouvés doit être considéré comme médicament et doit donc être remboursé.

Le secteur d'industrie pharmaceutique à la pointe de la technologie ne peut, en effet, être lancé sans une réelle protection de la part des pouvoirs publics. De plus, la maîtrise de ce secteur qui suppose une certaine « expérience » dans le domaine, génère des bénéfices importants. Ceux qui détiennent le savoir et qui sont souvent les grosses firmes multinationales, ne sont pas disposés à un transfert technologique pour ne pas divulguer les secrets de cette industrie. Ces mêmes multinationales ont été protégées dans leurs pays respectifs où le déremboursement est une notion nouvelle, mise en œuvre une fois le tissu industriel bien assis et l'autosuffisance acquise.

<sup>25</sup> Rapport de la Banque Mondiale, année 2000

<sup>26</sup> A titres d'exemples, les diabétiques voient ainsi des médicaments, dont certains figurent sur la liste comme :

- L'Insulator NPH 100 unités qui se vend à 1520 DA la boîte est 670 DA le flacon. En outre, la Piostacine qui coûte 1300 DA est devenue, non remboursable, alors que ce médicament est, selon les médecins, plus que nécessaire pour les diabétiques.
- d'autres médicaments tels que Actrapid ou Tiofiline, indispensables pour les asthmatiques. Nous citons également l'Anisol pour le traitement des hémorroïdes et d'autres médicaments largement répandus comme Denoral, Paracetamol, Doliprane, ...etc.

## 2- Dimension institutionnelle

Le dispositif législatif s'est renforcé dans le secteur de la santé depuis 1997. En effet, la prise de conscience du processus de dégradation de la santé humaine entamé a interpellé la communauté nationale pour réfléchir sur le dysfonctionnement qui caractérise notre système de santé. Une rencontre sur les assises nationales de la santé tenue les 26,27 et 28 mai 1998 au palais des nations a regroupé les différents secteurs d'activité concernés, les syndicats nationaux, les associations professionnelles et les associations d'utilisateurs œuvrant dans le domaine de la santé et de la population, a abouti à l'élaboration d'une Charte de la Santé.

Depuis 1997, des textes et lois ont été promulgués régissant :

- La réhabilitation du service public particulièrement les structures de soins de base,
- Réorganisation et amélioration de la santé scolaire,
- réforme du calendrier vaccinal,
- Préservation de l'hygiène publique et de salubrité,
- Commercialisation des produits pharmaceutiques,
- La liste des travaux où les travailleurs sont fortement exposés aux risques professionnels,
- Le développement de la formation, l'information et éducation et communication.

Pour répondre aux aspirations de la population en matière de protection sanitaire, d'autres mesures sont à prévoir dans la lutte contre la pollution et le droit à la qualité de l'air par exemple. Aujourd'hui, la dégradation de l'environnement est problématique. La réforme du système de santé doit donc prévoir d'autres dispositions pour permettre l'amélioration de la santé de la population et assurer sa prise en compte effective.

## 3- Les mécanismes de financement de la santé

Jusqu'au années 70, un pays pouvait se vanter d'avoir "le meilleur système de santé du monde" en montrant que ses citoyens bénéficiaient d'une offre de soins importante et moderne. Et, on retirait une certaine fierté à consacrer d'important moyens à la santé. La croissance des dépenses était invoqué comme critère comparatif de succès. Mais, depuis le début des années 80, ce sont plutôt les critères de maîtrise de dépenses et de modération de la consommation médicale qui témoignent du succès d'un système. Ce renversement atteste de l'importance prise par la problématique de régulation des dépenses de santé.

L'assurance maladie demeure la méthode de financement des soins de santé car les risques sont partagés par un nombre important d'individus. La sécurité sociale couvre 90% de la population algérienne. Ces dernières années, plusieurs catégories de population ont été intégrées au système d'assurance maladie obligatoire à savoir : les personnes handicapées, les étudiants, apprentis et stagiaires, les bénéficiaires du filet de protection sociale et les moudjahidines. Toute cette population couverte par la sécurité sociale accède aux services de soins de santé aussi bien public que privé. Les patients sont remboursés à 80% sur le tarif officiel des consultations externes dans le secteur privé, alors que les prix dans ce secteur ont quadruplé. Ce qui conduit à une augmentation des dépenses personnelles et à un système de santé à « deux vitesses », dans lequel, seules les catégories aisées peuvent recourir aux services du secteur privé. Selon la CNAS, cette dernière effectue deux paiements :

- forfaits hospitaliers au ministère de la santé et de la population.
- Remboursements des patients pour les services et médicaments dispensés par le secteur privé.

En ce qui concerne les personnes démunies, vivant au-dessous du seuil de pauvreté et qui ne sont pas assurées, elles devraient bénéficier d'une carte sanitaire leur permettant d'accéder aux soins dans des établissements du secteur public.

Quant aux sources de revenus du système de santé algérien, 30% proviennent du budget de l'Etat, 44% de la CNAS et 26% des ménages.

#### 4- Equité et Efficacité des dépenses publiques de santé

En matière d'offre de santé, la répartition géographique par région ou par wilaya est relativement équitable. Cependant, en matière de coût, il semblerait que les coûts de la santé par personne sont plus élevés au sud par rapport aux autres régions du pays car le sud est moins peuplé.

Les médicaments occupent la deuxième place en terme de niveau des dépenses de fonctionnement. Les dépenses de médicaments passe de 6% en 1990 à 16% en 2001 selon le MSP. Ces dépenses sont, Toutefois, insuffisantes pour répondre aux besoins en médicaments dans le secteur public d'autant plus que les pénuries sont fréquentes.

Quant aux dépenses de maintenance, elle ne représente que 2% des dépenses publiques de fonctionnement. Durant les trois décennies suivant l'indépendance, l'Etat algérien a investi en équipement médical, puis les difficultés économiques des années 90 n'ont pas permis ni de le maintenir, encore moins de le remplacer. Ce qui explique l'état des équipements médicaux hors service. Ce taux de panne représentait 20% en 1998.

En outre, la part des dépenses de fonctionnement publiques pour le titre prévention est seulement de 2%. Il serait intéressant de connaître les montants alloués aux différents programmes publics de santé (notamment le programme élargi de vaccination); ce qui permettra l'évaluation des résultats obtenus (taux de mortalité infantile, taux de mortalité des moins de 5 ans, etc.) en fonction des dépenses effectuées. Ces données font malheureusement défauts.

Aujourd'hui la rationalité et non le rationnement des dépenses s'impose. Pour cela, il est nécessaire d'améliorer le rapport coût-efficacité du système de santé algérien. Autrement dit, il s'agit d'améliorer les résultats sanitaires pour chaque dinar dépensé. Et, l'amélioration de l'efficacité des soins de santé financés par le secteur public suppose un certain nombre d'actions, parmi lesquelles, on peut citer :

- favoriser la médecine préventive à la médecine curative,
- favoriser les soins de santé de base et orienter la population vers le secteur de soins primaires,
- rétablir l'équilibre géographique en matière de ressources humaines, concentrées aujourd'hui au nord du pays et notamment dans la région centre.

#### IV- PERSPECTIVES D'UNE POLITIQUE DE SANTE NATIONALE

La principale recommandation est l'urgence faite par les professionnels ayant participé aux différents séminaires et assises nationales de la santé est la suivante : « la politique nationale de

santé et de population devra constituer une priorité des stratégies de développement économique, social et culturel du pays ». Pour ce faire, un avant projet portant « Développement du système national de santé : stratégies et perspectives » a été donc élaboré. Il repose sur des actions à :

- court terme qui s'étalent de juillet 2001 à Décembre 2003,
- moyen terme (2005),
- long terme (2010).

Une réforme globale du secteur est préconisée et vise les objectifs suivants :

- Equité en matière de droit à la santé,
- L'accès à tous les soins curatifs et préventifs,
- Stabilité du système et amélioration de sa performance.

Pour ce faire , plusieurs propositions et actions sont envisagés :

Au volet organisation, il est proposé l'élaboration d'une carte sanitaire. Son objectif est la répartition rationnelle des ressources. La carte devra être réalisé à travers l'analyse des besoins en santé de la population et des ressources disponibles tout en tenant compte du critère d'adéquation entre les niveaux national, régional et local. La réhabilitation des unités sanitaires de base en vue de permettre une meilleure couverture dans les zones enclavées est également recommandée. Ceci sans oublier la recherche d'alternatives à l'hospitalisation par des soins ambulatoires ou des soins à domicile.

En matière de gestion, il est proposé dans ce document d'avant-projet , l'adoption de formules modernes telles la sous-traitance pour les différents services d'entretien des espaces, maintenance des équipements, restauration, etc. La comptabilité analytique comme moyen de fixation des coûts est recommandée. En outre, la promotion et la contractualisation des personnels ainsi que le redéploiement des moyens humains et matériels sont aussi indiqués.

Pour ce qui est du volet financier, enjeu majeur du système de santé, il est recommandé une meilleure orientation du financement du secteur public qui sera axé sur la satisfaction des besoins de santé. L'action concernant la révision des mécanismes d'allocation de ressources et la fourniture de ressources supplémentaires aux wilayas qui accusent un long retard est aussi prévue.

L'avant projet recommande, en outre, l'apurement des dettes des établissements publics et la révision des relations contre les caisses d'assurances et les prestations. Pour cette dernière mesure, il est prévu l'actualisation de la nomenclature des actes médicaux et paramédicaux ainsi que la révision des modalités de financement du secteur public par les caisses de sécurité sociale. Les coûts réels de prestations doivent servir de base au calcul d'un niveau de remboursement négocié. La révision de la tarification par les professionnels de la santé en vue d'augmenter les recettes des établissements a aussi été proposé.

Quand à la disponibilité des médicaments, l'avant-projet, met l'accent sur l'orientation de la production nationale vers la fabrication de médicaments génériques essentiels. Il préconise à moyen terme la couverture de 45% au minimum des besoins nationaux.

D'autres actions ont été envisagées. Elles concernent la révision des textes réglementaires relatifs à l'importation de médicaments, à la réorganisation de la pharmacie hospitalière et à la réactivation de l'inspection de la pharmacie. La révision de la grille des salaires, la formation et la recherche en sciences de la santé, le rétablissement des principes de l'éthique et de la déontologie sont les autres propositions avancées.

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Bien que disposant de système de santé et de protection sociale fondé sur des principes différents, l'ensemble des pays européens se sont retrouvés, depuis le milieu des années 70, confrontés à une même problématique : financer un domaine d'intervention sociale fortement inflationniste dans une période de croissance économique ralentie. Les mesures prises convergent en général, toutefois elles varient en fonction des contextes institutionnel, social et culturel. A la fin des années 80, les décideurs se sont orientés vers des réformes de fond qui ont opéré un changement d'orientation qualitatif.

La situation sanitaire actuelle de la population algérienne montre que notre système de santé est dépassé par le temps malgré certains indicateurs sanitaires positifs et qu'il est donc impératif de l'adapter au nouveau contexte socio-économique. Les conséquences de la crise socio-économique menacent aujourd'hui les principes fondamentaux que sont la solidarité, l'équité et l'accessibilité. Pour cela, des réformes sont nécessaires dans les domaines de l'organisation, de la gestion, du financement et des statuts des structures et des personnels si l'on veut faire face à une demande sans cesse croissante de la population, à une période caractérisée par une double transition épidémiologique et démographique.

La capacité de la prise en charge des problèmes de santé doit se faire dans un cadre hiérarchisé basé sur des soins de santé primaire. Il est aussi important de rendre le secteur privé plus accessible tout en l'encadrant de façon à permettre son intégration dans le système de santé.

L'enjeu majeur de ces problèmes demeure la question fondamentale du financement. Le financement de la santé a montré ses limites en termes de mobilisation de ressources additionnelles.

La réforme du système de santé ne se fera qu'avec une mobilisation de nouvelles ressources non seulement par un accroissement de la contribution de l'Etat et l'identification d'autres sources de financement, mais aussi en faisant participer le secteur privé et la société civile. En outre, une révision des échelles de remboursement de la CNAS sur la base des prix actuels des actes médicaux et la remise en cause du phénomène de déremboursement s'avèrent nécessaires.

Les actions de réforme qui permettront d'aboutir à une utilisation plus rationnelle et plus efficiente des moyens disponibles sont la mise en place des instruments et mécanismes pour :

- l'allocation des ressources,
- l'évaluation des dépenses et un meilleur rapport coût-efficacité des pratiques médicales,
- l'élaboration des comptes nationaux de la santé et la révision des conventions avec les caisses d'assurances - maladies.
- la révision des statuts des personnels de santé afin d'attirer et de retenir le personnel qualifié et l'encourager pour le redéploiement vers des régions sous-médicalisées et défavorisées.

En matière de médicament, l'accent doit être mis sur :

- l'orientation de la production nationale vers la fabrication de médicaments génériques essentiels.
- La consommation rationnelle des médicaments.

Le rôle de l'Etat doit s'inscrire dans l'élargissement de la couverture de ses interventions dans les domaines les plus rentables (préventifs) à savoir : la santé scolaire, le planning familial et la nutrition, les programmes de vaccination élargie, d'éducation pour la santé, de réduction du tabagisme et de l'alcoolisme et la prévention du sida.

Ainsi, les mutations socio-économiques doivent nécessairement être suivies de réformes novatrices des politiques de santé, si l'on veut préserver les acquis sociaux en matière de santé. Quelque soient les garanties mises en place par l'Etat et les réformes engagées, les responsables du secteur de la santé sont constamment confrontés à de nouveaux défis qui les obligent à accélérer certaines mutations : apparition de nouvelles maladies, transformation de la demande de soins et des comportements des usagers, vieillissement de la population, extension des nouvelles technologies...

#### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Banque Mondiale : Rapport annuel, 1998 et 2000.  
 Béresniak A. & Duru G. : Economie de la santé, Ed Masson, Paris 1997.  
 Castier D. : Economie et santé : Quel avenir ? Ed. EMS, 1999.  
 Djelfaoui A.R. : "Grangaud d'Alger à El-Djazair", éd. Casbah, Alger 2000.  
 Duriez M. et Lequet-Slama D. : Les systèmes de santé en Europe, Edition PUF, 1998.  
 Epiter J.P. & Leteurtre H. : La protection sociale et son financement, Vuibert 1995.  
 Finances et développement, pub. FMI, volume 30 n°3, 1993. Et volume 33 n°3, 1996.  
 Guery G. : La dynamique de l'Europe sociale, Ed. Dunod, Paris, 1991  
 Khiati M. : Regard sur la santé, Ed. Dahlab, 1995.  
 Mormiche P. : Inégalités de santé et inéquité du système de soins. In Economie de la santé : trajectoires du futur, sous la coordination de Jacobzone S., NSEE Méthodes n°64-65, Ed. Economica, 1997.  
 MSP : Développement du système national de santé : Stratégies et Perspectives, MSP 2001.  
 OMS : Rapport sur la Santé dans le Monde, OMS, Ed. 1997, 1999.  
 ONS : Collections Statistiques n°80, RGPH 1998.  
 Phelps C. : Les fondements de l'économie de la santé, Ed. Publi-Union, 1995.  
 PNUD : Rapport du PNUD sur la pauvreté 2000.  
 Quotidiens Nationaux : El Watan, La Tribune, Le Matin, Liberté : Différents numéros.  
 Rougement A. : les politiques de santé, Ed. centre européen de la culture, Actes Sud, 1999.  
 Schneider-Bunner C. : Santé et justice sociale, édition Economica, 1997.  
 Tanti-Hardouin N. : Economie de la santé, Ed. Armand Colin, Paris 1994.  
 UNICEF : La Situation des Enfants dans le Monde, UNICEF, 1999, 2000, 2001.  
 UNICEF : Le Progrès des Nations, UNICEF, Ed. 1997, 1998, 1999.  
 Vatinbella A. : Santé et économie, éd. Syros, 1993.