



ALGÉRIE : LA RÉGULATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE EST EN MARCHÉ

Gilles Grouvel, Pierre Pigeon,
Milana Sisamouth (En3s, 45e promotion)



L'Agence des Fonctionnaires de la Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés d'Algérie située près de l'avenue Didouche Mourad à Alger

La République algérienne démocratique et populaire est le pays le plus étendu du continent africain après le Soudan, et son Etat le plus prospère après l'Afrique du Sud. Jeune (33,4 millions d'habitants dont 65% de moins de 30 ans), ce pays qui est un important producteur de gaz naturel et de pétrole a dépassé les années de crise économique et est actuellement en pleine croissance. Son PNB par tête est passé, en valeur, de 5 330 USD en 2004 à 6 260 USD l'année suivante. Malgré cela, le taux de chômage de l'Algérie demeure très élevé et son taux d'activité reste particulièrement faible.

Dans le champ de la Sécurité sociale, l'Algérie a su s'approprier un système hérité de la colonisation pour créer son propre modèle battu en

brèche toutefois par les politiques d'ajustement structurel imposées par les institutions internationales au début des années 1990. Dans cet environnement particulièrement contraint l'Algérie se doit désormais, à l'instar de nombreux pays développés, de relever le défi de « soigner mieux tout en dépensant mieux. » La régulation médico-économique est ainsi en marche, qui insiste de manière inégale sur le contrôle des prescriptions et la rationalisation de l'accès aux soins de ville.

Une Sécurité sociale d'inspiration bismarckienne

Toute personne exerçant une activité professionnelle ou assimilée sur le territoire est obligatoirement assurée à la Sécurité sociale algérienne. Le financement du système est dès lors assuré par les cotisations salariales et patronales payées sur le salaire de l'employé. C'est une cotisation globale répartie ensuite en interne, qui finance la totalité du système, et que la réglementation oblige à payer. La couverture de l'ensemble de la population (33,4 millions de personnes) est permise grâce à une acceptation large de la notion d'ayants droit, qui inclut notamment les ascendants à charge et les enfants de sexe féminin sans activité et / ou non mariés, sans limite d'âge.

Les risques couverts par la Sécurité sociale algérienne sont étendus. Il s'agit des assurances sociales (qui couvrent la maladie, la maternité, l'invalidité et le décès), de la retraite, des accidents du travail et maladies professionnelles, des prestations familiales et de l'assurance chômage. D'un point de vue organisationnel, l'unicité du régime de couverture domine, malgré l'existence de plusieurs caisses. Ainsi les avantages sont uniformes, quel que soit le secteur d'activité de l'assuré. Mais le système s'articule autour de plusieurs structures, établissements publics sous tutelle du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale. La pièce maîtresse de cet édifice est la Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS), qui protège plus de 80% de la population contre la majeure partie des risques. S'y ajoutent la Caisse des Assurances Sociales des Non-Salariés (CASNOS), la Caisse Nationale des Retraites (CNR), la Caisse Nationale d'Assurance Chômage (CNAC) et la Caisse des Congés Payés des Travailleurs du Bâtiment (CACOBATH). Des agences décentralisées existent par ailleurs dans chaque wilaya (équivalent du département).

Un système de santé en crise...

A cause de la politique d'ajustement structurel imposée par le Fond Monétaire International et la Banque Mondiale dans le cadre des prêts conditionnels d'une part, et des agissements terroristes des « années noires » d'autre part, la quotité des dépenses de santé dans le PIB de l'Algérie est passée de 6% à la fin des années 1980 à 4,5% aujourd'hui. Qui plus est, la part du budget de la santé dans le budget global de l'Etat ne dépasse guère 8% (KOURTA, 2005) ce qui est très éloigné de l'engagement collectif pris par les chefs d'Etat et de gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine au Sommet d'Abuja (2001), qui fixe pour cible l'allocation de 15% au moins du budget national annuel à l'amélioration du secteur de la santé.

Bien que l'Algérie soit aujourd'hui sortie de la crise financière, avec 117 milliards de dollars de dette remboursée et 66 milliards de dollars de réserves de change, le manque de ressources des années 1990 aggravé par une mauvaise gestion du secteur d'ailleurs dénoncée par le Ministre des Finances

Monsieur Benachhou (KOURTA, 2005) ont laissé des traces : « (...) mauvaises conditions d'accueil et de séjour de malades, (...) pénurie de médicaments et (...) longues attentes au niveau des plateaux techniques. » Dans le même temps, la libéralisation du marché du médicament menace de ruiner la production nationale tout en faisant exploser la facture (cette dernière a été multipliée par deux entre 1999 et 2004). Enfin, comme le souligne le Ministre de la Santé Monsieur Mourad Redjimi (KOURTA, 2005) « le financement actuel du système national doit être non seulement repensé en termes de performance mais aussi réévalué au regard de la transition épidémiologique¹ et de la nécessité de rattraper le retard enregistré dans le domaine de la modernisation du plateau technique. »

Par contraste, l'espérance de vie moyenne proche de 72 ans² apparaît donc comme un très bon résultat, même si le taux de mortalité infantile reste élevé (30 pour 1000).

...qui impose un effort de rationalisation de l'accès à la médecine de ville

Au premier niveau de la pyramide sanitaire, l'accès aux soins de base est organisé autour de structures ambulatoires de deux types :

- Les unités sanitaires de base du secteur public dont l'accès est gratuit et qui assurent la majeure partie des soins curatifs pour les couches les plus précaires de la population³. Il s'agit des centres de santé, des centres médico-sociaux installés dans certaines grandes entreprises et des polycliniques.
- Les cabinets et officines du secteur privé qui s'adressent uniquement à une clientèle solvable.

En cas de nécessité, ce premier niveau de l'offre de soins réfère ses patients soit vers l'hôpital public du secteur sanitaire⁴ également chargé d'appliquer ou de faire appliquer les programmes de prévention, soit vers des cliniques, des laboratoires d'analyse ou des cabinets de radiologie privés. Au second niveau de la pyramide sanitaire, la réforme hospitalière (BENCKACI, 2002) placera à terme l'hôpital de wilaya qui couvrira une population de 200 000 à 400 000 habitants. Ce niveau assurera les mêmes fonctions que l'hôpital de secteur avec, en plus, une gamme de services spécialisés plus large et les plateaux techniques correspondant. Enfin, au troisième niveau de la pyramide sanitaire on trouvera l'hôpital de région sanitaire (qui peut être un CHU, comme aujourd'hui) chargé de couvrir une population supérieure à 1 000 000 d'habitants. Cet hôpital, qui existe déjà, servira de référent au second niveau et répondra également aux besoins de formation du personnel de santé.

1 - Disparition progressive des maladies endémiques transmissibles ou contrôlables par vaccination et émergence des maladies de fin de vie (cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies métaboliques).

2 - Rapport de l'ONU sur l'état de la population algérienne en 2006.

3 - 22% des ménages algériens vivent en dessous du seuil de pauvreté.

4 - Le territoire algérien est découpé en secteurs sanitaires drainant chacun une population de l'ordre de 200 000 habitants.



La Direction de la Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés d'Algérie à Alger.

Bien que le principe de base en Algérie soit l'accès libre à la médecine ambulatoire, force est de constater qu'il existe bel et bien une sorte de « gatekeeper » informel joué par :

- le fossé entre les tarifs pratiqués par les praticiens libéraux (en l'absence de tout contrôle des prix) et les tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale⁵ d'une part,
- les files d'attente du secteur public d'autre part.

En conséquence, les taux de prise en charge effective par la Sécurité Sociale sont largement inférieurs à ceux annoncés. Le ticket modérateur supporté par les assurés est ainsi inversé : plus proche de 80 que de 20% ; cela d'autant plus que la couverture complémentaire est quasi-inexistante dans le pays. Certes, les négociations en vue d'une revalorisation des tarifs de responsabilité sont en cours mais des observateurs redoutent le cercle vicieux inflationniste en l'absence de tout système conventionnel (augmentation du nombre des consultations devenues plus accessibles du côté de la Demande et hausse « sauvage » des tarifs pratiqués par les professionnels de santé du côté de l'Offre). C'est d'ailleurs pourquoi la CNAS cherche actuellement à rendre plus performant le système de contractualisation comme mode de financement des structures de soins. Diffusée depuis janvier 2005, cette nouvelle technique montre en effet ses insuffi-

sances : il est nécessaire d'actualiser les supports de facturation telle que la NGAP et d'informatiser les structures de soins publiques et privées.

Pour l'heure, les dispositifs de maîtrise et de rationalisation des dépenses de santé en Algérie se focalisent essentiellement sur la neutralisation des prescriptions médicales non justifiées, afin de contrebalancer le haut niveau de prise en charge hérité de la médecine gratuite de 1974⁶. La méthode clé est le partenariat accru entre la Sécurité Sociale et le réseau des officines pharmaceutiques : un système performant de conventionnement des officines a été mis en place, qui intègre pleinement ces dernières dans la régulation médicale naissante. Le dispositif est le suivant : tiers payant pour de nombreuses catégories d'assurés, encadrement des délais de remboursement, système bien rodé de vignettes (même si le passage rapide vers la technique des codes à barres semble indispensable), l'assuré ne pouvant bénéficier du tiers payant qu'au sein de l'officine qu'il aura préalablement choisie. L'Algérie a d'ailleurs mis en place un livret du tiers payant sur lequel le médecin inscrit ses prescriptions. L'assuré se pré-

5 - Ces tarifs de responsabilité n'ont pas été remis à jour depuis 1987, alors même que l'indice des prix à la consommation a été multiplié par six au moment de la crise financière de 1994.

6 - Le taux de remboursement minimal des médicaments est de 80%.

sente ensuite chez son pharmacien muni de son livret pour obtenir les médicaments remboursables. Ce système empêche la surconsommation, le nomadisme médical ou l'endossement et permet un réel suivi individualisé de la santé de l'assuré.

La volonté forte d'endiguer les prestations non justifiées se traduit également par l'existence d'un contrôle médical poussé. Il s'exerce, soit sur place, soit sur pièces, et les situations sont nombreuses où les contrôles sont systématiques et les avis obligatoires (demandes d'exonération du ticket modérateur, demandes de prise en charge d'une affection chronique, prescriptions médicamenteuses supérieures à 2 000 DA). Les services de contrôle médical sont généralement partie intégrante des centres de paiement de la Sécurité Sociale et le nombre de médecins-conseil est en nette progression. S'il oblige les assurés à des déplacements réguliers, ce contrôle médical est un socle pour la régulation médico-économique algérienne, et il vient utilement compléter le système de conventionnement des officines.

Enfin, la CNAS s'est engagée à élaborer un système de carte à puce pour l'ensemble des assurés, sur le modèle de la carte Sésam-Vitale. Appelée « Shiffa5 » elle devrait être diffusée dès le premier trimestre 2007 dans 5 agences de wilaya pilotes et serait accompagnée par la mise en place du système du médecin traitant.

Les dépenses de santé de l'Algérie s'accroissent actuellement moins vite que son PIB (la moyenne des dépenses de santé pour les pays comparables se situe entre 6 et 8% du PIB pour moins de 5% pour l'Algérie).

Certes, une hausse de la dépense ne signifie pas mécaniquement que la prise en charge s'améliore mais le développement économique est fortement conditionné par l'accroissement des dépenses de santé et d'éducation comme le rappelle vivement le Prix Nobel J.E. Stiglitz (2003, 2006) qui conteste par exemple le bien fondé de l'Initiative de Bamako. D'autre part, dans un contexte où la compétition économique internationale se fait de plus en plus sur les technologies de pointe et où il est donc vitale d'attirer la connaissance, un système de santé moderne et présent sur l'ensemble du territoire devient un argument pour éviter la fuite de « cerveaux » rétifs à s'exposer ainsi que leur famille à un risque sanitaire.

La modernisation du système de santé est donc une priorité économique et il ne serait pas absurde, dans le contexte algérien, que les dépenses de santé progressent au moins au même rythme que la richesse nationale. De plus, d'un point

de vue macroéconomique, les dépenses de santé sont de l'investissement et participent donc à la croissance de la richesse. Elles créent un flux et permettent une redistribution. S'il faut réguler les dépenses de santé - ce que l'Algérie fait - il ne faut pas pour autant en stopper l'accroissement au risque d'interrompre la croissance et d'hypothéquer le développement futur.

C'est pourquoi il ne semble pas admissible que les contraintes économiques de l'Algérie justifient une part aussi faible des dépenses de santé dans son PIB. Tout au contraire, l'accroissement raisonnable de ces dernières permettrait d'améliorer le bien-être global et le potentiel productif général : espérons que les institutions internationales en sont également convaincues.

Bibliographie

- BENKACI [2002] *Besoins de santé et demande de soins*. Compte rendu des séances des 29 et 30 octobre du Conseil National de la Réforme Hospitalière.
- KOURTA Djamilia [2005] *Un système de santé en crise en Algérie*. elwatan.com. 10 avril.
- STIGLITZ Joseph E. [2003] *La grande désillusion*. Fayard.
- STIGLITZ Joseph E. [2006] *Un autre monde. Contre le fanatisme du marché*. Fayard.