



Faculté des Sciences Économiques et de Gestion

Thèse de doctorat En sciences économiques Option : Gestion

Titre

La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public

Thèse présentée par
KARA TERKI ASSIA

Sous la direction du professeur
Pr BENDIABDELLAH.A

Membre de jury :

Pr Ch BOUNOUA Ch
Pr A. BENDIABDELLAH
Dr HOUARI Djamel
Pr M. BENBOUZIANE
Pr N. KAID TELIANI
Dr N. CHERIF TOUIL
Pr MEGUENNI

Université de Tlemcen
Université de Tlemcen
Université de SBA
Université de Tlemcen
Université de Tizi -Ouzou
Université de Mostaganem
Université de Tlemcen

Président
Encadreur
Co- Encadreur
Examineur
Examineur
Examineur
Invité

Année Universitaire : 2009-2010

Introduction générale

CHAPITRE I L'Etat et les services publics dans la nouvelle conjoncture économique

Introduction

Section I La nature de l'Etat dans ses rapports avec les conceptions de sociétés

- A. Extension du rôle de l'Etat dans la théorie Keynésienne**
 - A.1 Rôle dans la relance de l'économie**
 - A.2 corrections des carences du marché**
- B. l'Etat et le développement des motifs d'interventions publiques**
 - B.1 Motifs liés à la nature des biens**
 - B.1.1. les Biens collectifs**
 - B.1.1.1 les biens et services privés**
 - B.1.1.2 les services publics purs**
 - B.1.1.3 services collectifs « mixtes »**
 - B.1.1.4 services collectifs « mixtes » avec rivalité.....**
 - B.2. Les carences du marché**
 - B.3. Les indivisibilités**
 - B.3.1 l'indivisibilité de l'offre**
 - B.3.2 les indivisibilités d'usage**
 - B.4 la rentabilité des biens collectifs**
 - B.5 externalités et concernements**
 - B.5.1 externalités pécuniaires**
 - B.5.2 externalités technologiques**
 - B.5.3 L'internalisation des biens**
 - C. Succès du modèle Keynésien et accroissement des dépenses de l'Etat**
 - C1. La croissance relative de l'Etat et les trente glorieuses**
 - C.1.1 Keynes et les conditions économiques de l'après guerre**
 - C.1.2 Les systèmes fiscaux**
 - C.1.3 L'adaptation de la gestion publique à la plupart des services de l'Etat**
 - C.14 croissance démographique et élargissement des politiques sociales**

SECTION II Crise économique et retour sur le financement des services publics

- A. Facteurs liés à la crise**
 - A.1 Effet des deux chocs pétroliers 1973 et 1979 sur les finances mondiales**
 - A.2 Crise du régime communiste**
 - A.3 Limites approuvées du modèle Keynésien**
- B. Le tournant libéral des années 1980**
 - B.1 Retour aux lois du marché**
 - B.2 Passer de plus d'Etat à moins d'Etat**
 - B.3 Les fondements théoriques du retrait de l'Etat**
 - B.3.1 principaux théoriciens du nouveau courant libéral**
 - B.3.1.1 Friedrich von Hayek**
 - B.3.1.2 Milton Friedman**
 - B.3.1.3 Arthur Lafer**
- B.4 L'économie de la bureaucratie et contestation du fonctionnement des Services publics**
 - B.4.1 théorie de l'économie de la bureaucratie**
 - B.4.2 économie de la bureaucratie et critique de la gestion publique**
 - B.4.2.1 budget et comportement des bureaucrates**
 - B.4.2.2 l'allocation des ressources**
 - B.4.2.3 règles et standards**
 - B.4.2.4 coûts et revenus**
 - B.4.2.5 prix des services publics**
 - B.4.2.6 budget et type de demandes**
 - B.4.2.7 les droits de propriétés**
 - B.5 Critique de l'Etat et de ses attributs**
 - B.5.1 Efficacité allocative**
 - B.5.2 Critique de la fonction distributive**
 - B.5.3 L'Etat et les politiques sociales**

Section III Services publics et globalisation de l'économie

- A. La globalisation un nouveau contexte de libéralisation des systèmes**
 - A.1 Définition et concepts**
 - A.2 dimensions de la globalisation**
 - A.2.1 Economique**
 - A.2.1.1 la délocalisation**
 - A.2.1.2 la libéralisation du marché de l'emploi**
 - A.2.2 Financière**
 - A.2.2.1 la dérégulation**
 - A.2.2.2 L'élimination des intermédiaires**
 - A.2.2.3 l'ouverture des marchés financiers internationaux**

- A .2.3. Commerciale (et rôle de l'OMC, GATT)**
- A.2.4 Technologique**
- A.2.5 socioculturelle**

- B. Les tendances économiques internationales**
- B.1. globalisation économique et commerciale**
- B.1.1 Libéralisation du commerce extérieur (libre échange)**
- B.1.2. Libéralisation et rôle accru du secteur privé**
- B.1.3. Développement des flux financiers**
- B.1.4. Globalisation technologique**

- C. Les premières retombées de la globalisation**
- C.1. Réduction du rôle de l'Etat**
- C.2. Mythe de la force du marché**
- C.3. L'accentuation des inégalités entre les pays du globe**
- C.4. Emergence du régionalisme**
- C.5. Dégradation de l'emploi et des conditions de travail**

- D. Globalisation dans le contexte socio économique des pays en développement**

Section IV Le financement de la santé publique dans la nouvelle conjoncture économique

- A. Justifications de la mise sous tutelle des biens sanitaires**
- B. Croissance des dépenses de soins et différentes politiques de maîtrise dans les systèmes de santé**
- B.1. Principaux facteurs de croissance des dépenses de santé**
- B.1.1. Les facteurs de la demande : La démographie, le revenu, les prix des soins**
- B.1.2. Les facteurs d'offre : la socialisation des systèmes de santé, le progrès Technique, ...**
- B.1.3 Les facteurs institutionnels**
- C. Les politiques visant à améliorer les performances des systèmes de santé**
- C1. Maîtrise des coûts au niveau macro économique**
- C11. Mesures de maîtrise des coûts au niveau macro économique**
- C12. Efficacité et variabilité des contraintes dans les différents systèmes**
- C2. La recherche de l'efficacité au niveau micro économique**
- C21. Mesures de rationalités au niveau micro économique**
- C.2.1.1. Recherche de l'efficacité dans les modalités de l'offre (remboursements, contrats, systèmes intégrés**
- C.2.1.2 recherche de rationalité dans les systèmes de financement des hôpitaux**
- C.2.1.3 recherche d'efficacité dans la gestion du secteur hospitalier**

- D. D'autres stratégies d'amélioration de l'efficacité micro-économiques**
- D.1 Renforcement du rôle des prestataires et financières des soins**
- D.2 concurrence entre des minis systèmes intégrés PPO et HMO**
- D.3 Amélioration du rôle de mandataire des médecins assurant des soins Ambulatoires**
- D.4 changement des modes de rémunération des médecins de premier secours**
- D.5 changements dans les systèmes de détention de budgets**

E Quelques exemples particuliers dans la recherche de la maîtrise des dépenses

- E.1 produits pharmaceutiques**
- E.2 évaluation des technologies nouvelles**
- E.3 meilleure maîtrise de l'offre des médecins et de lits d'hôpitaux**
- E.4 la prise en charge de la population du troisième âge**
- E.5 maîtrise des coûts et des assurances**
- E.6 participation aux frais et ticket modérateur**
- E.7 de nouveaux objectifs dans la politique de santé**

Section V Les réformes des systèmes de santé

A. caractéristiques des réformes des systèmes

A.1 le recours à la concurrence

A.2 la décentralisation

B. les systèmes de santé d'aujourd'hui

B.1 caractéristiques des systèmes actuels

B.1.1 le modèle « public intégré »

B.1.2 le modèle de « contrat public »

B.1.3 le modèle de « remboursement »

B.2 Des exemples sur le circuit des malades dans quelques pays d'Europe

B.2.1 En France

B.2.2 les pays bas

B.2.3 le royaume unis

B.2.4 en suède

B.3 Les évolutions récentes des dépenses de santé en Europe et au Etats-Unis

B.3.1 le financement des dépenses publiques

B.3.2 Libéralisation plus large des systèmes

C. médecine libérale et contractualisation dans les nouveaux systèmes

C.1 L'émergence de la médecine libérale dans les nouveaux systèmes de santé

C.1.1 l'évolution progressive des principes de la médecine libérale

C.1.1.1 principe du libre choix des prescriptions

C.1.1.2 principe de liberté de choix du médecin par le malade

C.1.2 la capitation

C.1.3 l'évolution du principe du libre installation et implantation

D. Le rôle de l'Etat face à la contractualisation

D.1 Acteur de la relation contractuelle

- D1.1 l'Etat acteur direct**
- D.1.2 l'Etat régulateur des relations contractuelles**
- D.2 les modalités de régulation des relations contractuelles par l'Etat**
 - D.2.1 l'engagement de l'Etat**
 - D.2.2 l'accompagnement des relations contractuelles**
 - D.2.3 la concurrence**
- D.3 La théorie de l'agence et l'approche contractuelle**
 - D.3.1 les Objectifs de la théorie de l'agence**
 - D.3.2 les implications de la théorie de l'agence sur l'approche contractuelle**
 - D.3.3. la contractualisation dans les pays développés**
 - D.3.4 la contractualisation dans les pays d'Europe de l'Est**
 - D.3.5 Contractualisation dans les pays en développement**
 - D.3.5.1 l'étatisation des systèmes**
 - D.3.5.2 phase de libéralisation des systèmes de santé**
- D.4 diversification des acteurs et séparation des rôles dans les nouveaux Systèmes de santé**
 - D.4.1 la diversification des acteurs**
 - D.4.2 la séparation des fonctions**
- E. Contractualisation et réseaux de soins dans les nouveaux systèmes de santé**
 - E.1 La notion de réseau de soins**
 - E.2 Les formalisations des conditions d'un réseau**
 - E.3 l'adhésion au réseau de soins**

Section VI Les caractéristiques du système de soins Algérien dans sa transition vers l'économie de marché

- A. périodes de financement du système de santé**
 - A.1 phase s'étalant entre 1967 et 1974**
 - A.2 Phase à partir de 1974**
 - A.3 système de soins entre 1980 et 1984**
 - A.4 phase entre 1986 et 1995**
- B. Crise d'endettement, intervention des institutions de Brettons woods et Début de libéralisation du système de santé**
 - B.1 crise financière en Algérie**
 - B.2 programme d'ajustement structurel et passage à l'économie de marché**
 - B.3 les principaux résultats macro économiques du PAS**
- C. financement de la santé avec le retour de l'embellie financière en Algérie**
 - C.1 résultats de la première période**
 - C.2 résultats de la seconde période**
- Conclusion**

CHAPITRE II Protection sociale et régulation de l'offre des soins

Introduction

SECTION I Régulation économique et rôle de la protection sociale

A. Les fondements de l'Interet de la sécurité sociale

A1. Place du revenu indirect dans la théorie Keynésienne

A2. Développement des attributs des biens faits économiques de la protection sociale

A3. Le renforcement du fordisme économique

A4. Développement et généralisation des principes de l'Etat providence

B. L'Etat providence et les grands modèles de sécurités sociales dans le monde

B.1 La protection sociale dans les modèles Bévériidgien et Bismarckien

B.1.1. Le modèle Bismarckien

B .1.2. Le modèle Bévériidgien

B.2. La notion d'Etat providence et explications de la croissance économique

B.2.1. Logique du développement économique liée à l'industrialisation

B.2.2 logique d'interdépendance et d'intégration sociale

B.2.3 logique du développement du capitalisme

B.2.4 logique de démocratisation

B.2.5 La logique de solidarité

B.3 Les régimes d'Etats providence

B.3.1 Les trois critères de différenciations entre les Etats providences

B.3.1.1 La dé marchandisation

B.3.1.2 La stratification sociale

B.3.1.3 La défamiliarisation de la protection sociale

B.3.2 La typologie des régimes d'Etat providence

B.3.2.1 Le régime libéral ou résiduel

B.3.2.2 Le régime corporatiste conservateur

B.3.2.3 Le régime social-démocrate ou universel

C. Effets de la généralisation des systèmes des assurances sociales dans le monde

C.1 Effets économiques

C.2 effets sociaux

C.3 Effets liés aux caractéristiques des systèmes d'assurances

(Assurances obligatoires et de répartition)

C.3.1 L'assurance obligatoire

C.3.2 Le choix de la répartition

SECTION II Libéralisme économique et retour sur le financement social dans le monde

A. Motifs sur le retour du financement social

A1. Crise de l'Etat providence

A.1.1 La crise financière

A.1.2 La crise d'efficacité

A.1.3 La crise de légitimité

A.1.4 La dérive du système assurantiel

A.1.5 Pressions de l'Etat providence sur l'Etat régalién

A2. Renaissance du courant libéral

A3. Privatisations des économies et difficulté du financement social

B. Globalisation et éclatement des systèmes de protections sociales

B1. Facteurs influençant le déclin des systèmes

B.1.1 Les deux chocs pétroliers (1973-1979)

B.1.2 L'implosion sociale dans les pays de l'Est

B.1.3 Situation économique générale dans le monde

B.1.4 Rétrécissement du rôle des couches moyennes

B.1.5 Les nouvelles données financières dans le monde

B.1.6 L'enracinement des transnationales dans les économies

B.2 Les bases idéologiques soutenant les réformes : la gouvernance

B.2.1 Les principes de la gouvernance

B.2.2 Vecteurs de la gouvernance « les sociétés de conseil »

B.2.3 L'OMC et rôle de l'A.G.C.S dans la libéralisation des services

SECTION III Le nouveau contexte de financement des systèmes de sécurité sociale

A Caractéristiques du nouveau cadre de financement

A.1 Le difficile financement de la protection sociale

A.2 menace sur les acquis sociaux

A.3 individualisation profonde des risques

A.4 exposition à de nouveaux risques financiers

B. Réformes et mesures de rationnements des dépenses des systèmes de Sécurité sociale

B.1 Réduire le poids financiers des systèmes

B.1.1 Les mécanismes de marché

B.1.1.1 Principes de solvabilité de la demande

- B.1.1.2 Multiplication des procédures d'évaluation**
- B.1.1.3 Développement des méthodes managériales et de gestion**
- B.1.1.4 Actions sur les solidarités naturelles**
 - B.2 recherche de moyens d'amélioration de financement**
- B.2.1 Aménagement des barèmes de cotisation**
- B.2.2 Accroissement de la fiscalité**
- B.2.3 Les freins à la croissance des prestations**
 - B.2.3.1 Les politiques de rationnement**
 - B.2.3.2 L'individualisation des soins**
 - B.2.3.3 L'indexation sur les prix plutôt que les revenus**
- B.3 Mesures sur les solidarités sociales**
 - B.3.1 les revenus minima**
 - B.3.2 Les ayants droits**
- C. Exemple de recherche de rationalité dans le système d'assurance Maladie**
 - C.1 La contractualisation dans les systèmes de santé**
 - C.1.1 Problématique de la contractualisation**
 - C.1.2 contractualisation et gestion des risques dans les nouveaux systèmes D'assurances**
 - C.1.3 le contrat un moyen de limiter les effets de la concurrence parfaite**

SECTION IV Sécurité sociale et régulation de l'offre en Algérie

- A. Place de la sécurité sociale dans la régulation de l'offre**
 - A1. Organisation et fonctionnement des caisses de la sécurité sociale**
 - A.1.1 Unification des caisses**
 - A12. Les risques couverts par la SS**
 - B. L'Etat gestionnaire de la sécurité sociale en Algérie**
 - B1. Le caractère administratif des caisses**
 - B2. Principe de l'autonomie financière dans la gestion**
 - B3. Gestion des ressources de la S.S**
 - B.4 Poids des missions de la protection sociale en Algérie**
 - B.4.1 Financement du système de soins**
 - B.4.2 Autres actions de financements sociaux économiques**
- C. Situation financière des organismes de la SS à partir de 1990**
 - C.1 Analyse des dépenses et des recettes de l'ensemble des caisses**
 - C.2 Les dépenses des organismes de la sécurité sociale**
 - C.2.1 Dépenses de financement de la caisse nationale d'assurance sociale : CNAS**
 - C.2.1.1 Forfait des hôpitaux**
 - C.2.1.2 Transfert des malades à l'étranger**
 - C.2.1.3 Dépenses des médicaments**

- C.2.1.4 **Autres actes médicaux et prestations**
- C.2.1.5 **Dépenses des accidents du travail et des maladies professionnelles**
- C.2.1.6 **Les dépenses de fonctionnement**

- C. 3 **Les dépenses engagées par la CASNOS**
- C.3.1 **Analyse des recettes et dépenses CNR**
- C.3.2 **Les dépenses de retraite**

SECTION V Sécurité sociale et moyens de rationnement des dépenses de la Sécurité sociale en Algérie

- A. Facteurs imposant le rationnement**
 - A.1 crise mondiale et effets sur les économies des pays en développement**
 - A.2 Crise économique et application du programme d'ajustement structurel**
 - A.2.1 Liquidation des entreprises publiques**
 - A.2.2 inflation et effets sur le ticket modérateur**
 - A.2.3 Multiplication des facteurs sociaux et de risques.**
 - A.2.4 difficulté de financement par l'Etat**
 - A.2.5 secteur privé et dépenses des ménages**

- B. Mesures de rationnement des dépenses de sécurité sociales**
 - B.1 Multiplication des procédures d'évaluation**
 - B.2 le système du tiers payant**
 - B.3 recherche d'économicité des dépenses de ménages**
 - B.4 mesures de réduction des dépenses**
 - B.4.1 mesures sur les médicaments**
 - B.4.2 mesures de déremboursements**
 - B.4.3 remboursement des médicaments sur la base du tarif de référence**
 - B.4.4 un exemple de remboursement sur la base du tarif de référence**
 - B.5 Arrêt des transferts de soins à l'étranger**

- C. Vulnérabilité structurelle du système de sécurité sociale en Algérie**
 - C.1 le marché de l'emploi**
 - C.2 Désaffiliation et non déclaration des assurés**
 - C.3 Difficulté de financement de la solidarité nationale**
 - C.4 la contrainte des tarifs de remboursements**
 - C.4.1 problème de la tarification des soins en Algérie**
 - C.4.2 rapport entre tarif de remboursement et coûts des soins**

 - C.5 coût des remboursements des médicaments**
 - C.5.1 conditions actuelles de la production locale des médicaments**

- C.5.2 la facture de l'importation des médicaments**
- C.5.3 Effet du marché mondial sur le médicament en Algérie**
- C.5.4 Effet de la concurrence mondiale sur le coût des médicaments**
- C.5.5 Le médicament et l'accès aux soins des pays pauvres**
- C.5.6 Effets des accords Trips sur le marché mondial**

D. Coûts des maladies émergents en Algérie

- D.1 Les maladies cardio vasculaires**
- D.2 Le diabète**
- D.3 Le cancer**
- D.4 L'insuffisance rénale**
- D.5 l'Asthme**
- D.6 La santé mentale**
- D.7 le coût des nouveaux fléaux sociaux**

E. Généralités sur la situation actuelle de la sécurité sociale en Algérie

Conclusion

CHAPITRE III : La régulation des dépenses hospitalières

Introduction

SECTION I Motifs de la recherche de régulation en milieu hospitalier

A. Les fondements théoriques de la recherche de la maîtrise des dépenses en milieu hospitalier.

A1. Ebranlement du cadre théorique Keynésien et remise en cause de l'Etat providence

A.1.1. Critique philosophique de l'Etat et de ses attributs

A.1.2. Critique économique de la croissance des dépenses publiques

A.1.3. Critique théorique de la bureaucratie hospitalière et l'élaboration d'un modèle nouveau

A.1.4. critique du modèle bureaucratique hospitalier

A .1.4.1 L'évolution de la nouvelle micro économie dans l'analyse de l'hôpital

A1.4.2. L'analyse de l'hôpital à travers la théorie de l'agence

A.2. La réforme des principaux systèmes hospitaliers en Europe

A.2.1. La réforme du National Health Service (NHS)

A.2.2. L'influence du modèle Britannique en Europe (Finlande, Danemark, Suède et pays Scandinaves)

A3 L'évolution de la politique hospitalière en France

A3.1. de l'Etat omniprésent à l'Etat absent

A3.2 Régionalisation des soins

A33. L'introduction du nouveau management hospitalier

A331. La contractualisation interne

A332. La mise en œuvre de techniques de management

A34. La transformation du financement hospitalier

B. Les fondements économiques de la maîtrise des dépenses hospitalières

B1. Croissance non maîtrisée des dépenses de santé

B2. Attributs et moyens du contrôle des coûts en milieu hospitalier

B21. Les solutions coercitives

B22. Les solutions incitatives

B3. La relation d'agence et rôle du pouvoir et de l'information

B31. Rôle du pouvoir et de l'information

B32. Description de la relation d'agence

B.33 Problématique de la relation d'agence

B331. Situation de sélection adverse

B332. Situation de risque moral

B.4 Les principales procédures incitatives

B.4.1 procédures incitatives d'enchères

B.4.1.1 procédures d'attributions au « moins disant » « mieux disant »

B.4.1.2 procédures d'appel d'offre concurrentielle (Vickerey)

B.4.1.3 procédure de contrat à marges fixes

B.4.1.4 procédure de contrat à classes motivantes

B.4.2 procédure de Weitzman

SECTION II Particularité de la gestion hospitalière en Algérie

A. Place de l'hôpital dans la socialisation des soins à partir de 1973

B. L'hôpital et financement des soins lourds en Algérie (1981-1986)

B1. Carte sanitaire et hiérarchisation des soins

B2. Introduction des soins spécialisés

C. Choc conjoncturel et crise de financement de l'hôpital à partir de 1990

C1. Programme d'ajustement structurel

C2. La fonction de l'hôpital par rapport au programme d'ajustement structurel

C3. Les indices de la production hospitalière

C4. La tarification des soins hospitaliers

C5. Tarification et résultat sur le fonctionnement hospitalier

C6. Sécurité sociale et forfait des hôpitaux

SECTION III Le modèle « FETTER » et gestion des nouveaux systèmes de santé

- A. originalité du modèle dans la gestion hospitalière**
 - A.1 « FETTER » et système d'information**
 - A.2. La notion du produit hospitalier**
 - A3. La fonction de production des soins à l'hôpital**
 - A.4. Les nouvelles attributions de l'hôpital**
 - A.4.1 principe de la catégorisation des malades ou détermination des GHM**
 - A.4.2 la notion de groupes homogènes des malades**
- B. calcul des coûts et refonte de la comptabilité analytique dans le système Fetter**
 - B1. Définition de la méthode ABC/ABM**
 - B.1.1 ABC/ABM une approche centrée sur les activités**
 - B.1.2 les avantages de la méthode ABC/ABM**
 - B.2 La particularité des calculs des coûts**
 - B.2.1 Le calcul des coûts hospitaliers au USA**
 - B.2.2 Le calcul des coûts en France**

SECTION IV utilisation des GHM dans le fonctionnement et la gestion hospitalière

- A. Production du résumé de sortie standardisé (RSS)**
 - A1. Contenu du résumé d'unité médicale**
 - A.1.1 La classification des groupes homogènes de malades**
 - A.1.2. Le diagnostic principal**
 - A.1.2.1 Les actes classant**
 - A.1.2.2. Les complications ou morbidités associés**
 - A1.2.3. L'âge du patient**
 - A2. La fonction groupage**
 - A.2.1 L'Utilisation des résumés de sortie standardisés**
 - A.2.2 production d'autres informations**
 - A.2.3. Chaînage anonyme des RSA**
 - A2.4 L'étude nationale des coûts**
- B. La codification des diagnostics**
 - B1. La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et le catalogue des actes médicaux CDAM**
 - B2. Les objectifs de la classification commune des actes médicaux**
 - B3. La classification internationale des maladies**
 - B4. Les thésaurus de spécialités médicales**
- C. Le codage d'un résumé d'unité médicale**
- D. L'algorithme de groupage**

SECTION IV Le programme de médicalisation des systèmes d'informations PMSI

A. PMSI et relation d'agence dans le système Français

B. Résumé des soins et de la production hospitalière

C. Révolution dans le financement hospitalier

C1. Changement dans le calcul des dotations budgétaires

C2. L'élaboration des classifications médico économique

C3 L'indice synthétique d'activité (l'ISA) et comparaison des établissements

C4. Les étapes de la construction d'un outil d'aide à l'allocation budgétaire

D Les fondements de la tarification à l'activité, la tarification :à la pathologie

D1. Limite des anciens systèmes de tarification des services publics

D2. Rompre avec l'ancien système de financement

D3 S'adapter aux spécificités économiques du système de santé

E La tarification à l'activité (T2A) et exemple de la tarification en France

E1. Attributs du paiement prospectif à la pathologie

E2. T2A et Modernisation du mode de financement

E3 T2A et nouveaux rapports avec la sécurité sociale

E4 le Passage à la tarification à l'activité et ses implications

E.4.1 L'objectif de la réforme

E.4.2 Les modalités de financement du secteur public et privé

E.4.2.1 les modalités du passage à la T2A s'agissant des établissements privés

E.4.2.2 les modalités du passage à la T2A pour les établissements publics participants au service public hospitalier

E.4.3 les tarifs des GHS dans le secteur privé

E.4.4 les tarifs des GHS dans le secteur public

E.4.5 Les motifs imposants l'amélioration de l'application de la T2A

E.4.5.1 les leçons tirées de l'expérience MEDICARE

E.4.5.2 les difficultés rencontrées lors de l'application de la T2A

E.4.5.3 incitations à l'effort de réduction des coûts et l'amélioration de la qualité

E.4.5.4 missions d'intérêt général MIG

E.4.5.5 incitations à l'innovation

E.4.6 analyse de l'effet de la tarification à l'activité sur le marché des soins

E.4.6.1 l'importance de la comptabilité analytique

E.4.6.2 l'impact sur la concurrence entre cliniques privées et hôpitaux publics

E.4.7 d'autres questions délicates relatives à la T2A

E.4.7.1 la modulation des tarifs nationaux

E.4.7.2 le périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

SECTION V

_ Interet de médicalisation des systèmes d'information dans le cas Algérien

A. PMSI et mesure d'activité médicale à l'hôpital

A1. Le nouvel outil de mesure de production des soins

A2. Introduction du système

A3. Catégorisation des malades

B. Introduction d'un nouveau mécanisme de financement et de budgétisation

B1. Clarification des fonctions de l'hôpital

B2. Dissocier la fonction des soins lourds des actions de prévention

B3. Imposer la constitution du dossier médical

B4. Rétablir de nouveaux liens entre l'Etat et la sécurité sociale

B5. Veiller à la bonne gouvernance et l'efficacité des établissements de santé

C. Les bases de la nouvelle budgétisation

C1. Le calcul des coûts en milieu hospitalier

C2. La connaissance des coûts par hôpital et par GHM

C3. L'indice synthétique d'activité et comparaison des hôpitaux

C4. La gestion financière des établissements

C5. Répartition régionale des soins

D. Développer les modes de prises en charge des malades

D1. Outil de coopération entre établissements de santé et professionnels

D2. Développer les alternatives d'hospitalisations

D3. Faire du secteur privé un complément dans la distribution des soins

E. Régulation des facteurs d'offre et de la demande

E1. Développement des systèmes d'information sur les patients et les coûts

E2. Le volume et la lourdeur des cas ambulatoires

E3. Adapter la formation médicale à l'épidémiologie

E4. L'introduction des nouvelles technologies et de nouveaux traitements

F. Moyens nécessaires pour la réforme

F1. Créer un département d'information médicale

F2. Réforme des bases de la comptabilité analytique

CHAPITRE IV Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Introduction

Section I la formation des coûts dans les établissements hospitaliers

A. Objectif du travail

B. Méthode utilisée

C. Les coûts hospitaliers dans les trois établissements de soins : Tlemcen Maghnia Ghazaouet

C.1. Analyse de la formation des coûts au C.H.U.T

C.1.1 Calcul des coûts au C.H.U.T

C.1.2 Synthèse sur les calculs au C.H.U.T

C.2 Calcul des coûts à l'E.P.H Maghnia

C.2.1 Le cheminement des calculs

C.2.2 synthèse sur les calculs de coûts à l'E.P.H Maghnia

C.3 Calcul des coûts à l'E.P.H Ghazaouet

C.3.1 Rappel et précisions sur les calculs

C.3.2 synthèse sur les calculs à l'E.P.H Ghazaouet

Section II Synthèse globale et commentaire des résultats du cas pratique

A. Coûts et gestion des établissements hospitaliers

A.1 Dominance des coûts fixes

A.2 Absence de normes de gestions

A.3 Dépenses des services auxiliaires

A.4 Coûts et détail sur la production des soins

A.5 Anomalies dans la formation des coûts

A.6 Absence des charges d'amortissements

A.7 Coûts et preuve de mauvaise gestion : exemple des dépenses d'alimentations

A.8 Critique de la méthode utilisée dans les calculs

A.9 Coûts et gestion des établissements

A.10 Coûts et budgétisation

B. Analyse de certaines informations puisées de la gestion courante des établissements hospitaliers

B.1 Résumé standard de sortie et résumé clinique de sortie

B.1.1 Le résumé standard de sortie

B.1.2 Le résumé clinique de sortie

B.2 Coûts et système de contractualisation des soins en Algérie

C. Difficultés rencontrées dans la réalisation du cas pratique

D. Recommandations et mesures à prendre dans le domaine hospitalier

D.1 Créer un département d'information médicale

D.2 Réforme des méthodes de la comptabilité analytique

D.3 Obligation de la tenue du dossier médical

D.4 Etude de la production des soins dans le secteur privé

D.5 Relier les coûts à la gestion

D.6 Initier le personnel sur les nouvelles méthodes de gestions

D.7 Budget et financement

Conclusion

Conclusion générale

INTRODUCTION GENERALE

Depuis quelques années, le succès des idées libérales revient en force pour faire basculer le monde vers la généralisation de la logique marchande qui prime les lois de l'offre et de la demande en plaçant le profit comme le seul et unique indicateur de performance économique.

Ainsi, la recherche de rentabilité, l'amélioration de l'efficacité et la baisse des coûts devient les mots d'ordre qui unissent volontairement les préoccupations de tous les dirigeants des secteurs économiques.

Dans cette situation, l'économie Algérienne s'est vue confrontée à un ensemble de changements qui ont imposés des mutations profondes, considérés dans beaucoup de cas comme un retour sur les principaux fondements sociaux économiques enracinés depuis de longues dates dans la doctrine socialiste.

La transition vers l'économie de marché est alors propulsée par des chocs conjoncturels ou les crises financières et doctrinales créés une situation où le calcul économique et financier doit impérativement s'introduire dans le processus décisionnel pour redresser les finances de la plupart des secteurs économiques.

Cependant, le programme d'ajustement structurel imposé à l'Algérie depuis 1994 par le fonds monétaire international et la banque mondiale propose de soumettre tous les domaines aux règles du marché sans tolérer aucune exception pour les secteurs non marchands comme celui de la santé.

En effet, Face à la raréfaction des ressources et le renforcement de la concurrence, le secteur de la santé n'a pu lui aussi échapper à ces impératifs ; pourtant la nature de l'activité médicale, la complexité des processus de production des soins et la socialisation de la demande l'ont depuis longtemps épargné d'une quelconque introduction de critères de rationalité pour sanctionner les décisions prises dans ce domaine.

Curieusement, les arguments d'indivisibilités, d'asymétrie d'information, d'interdépendance physiques et le caractère intangible des services de soins deviennent insuffisant pour maintenir les anciens modes de financements de la santé, en raison surtout de la hausse vertigineuse des dépenses qui prend des proportions ascendantes et des crises successives de finances publiques qui s'annoncent très sévères pour les budgets de l'Etat.

De ce fait, les années quatre vingt dix en Algérie sont témoins d'une crise sévère où les dépenses de l'Etat diminuent spectaculairement en raison surtout de la chute du prix de pétrole.

Ainsi, le financement gratuit de la santé pour lequel l'Etat réservait une dépense allant jusqu'à 6% du PIB dans les années 80 est revue à une baisse sensible avoisinant les 3,6 % en 2000¹

De même, les dépenses Nationales par habitant qui se situaient au alentour de 150 dollars en 1987 reculent sérieusement pour passer à 61 dollars en 1998.²

Les faits mènent alors à une détérioration rapide de beaucoup d'indicateurs de santé, tant forgés par des investissements publics énormes durant les années de forte prospérité économiques.

Le retour en force des maladies transmissibles tel que la fièvre thyphoïde, la méningite et la brucellose touchant parfois des seuils alarmants dans certaines régions du pays, justifient le manque de moyens accordés pour les différents programmes de vaccinations et de prévention.

A leurs tours, Les taux de mortalités infantiles si bien maîtrisées durant une longue période, grimpent dangereusement pour atteindre les 80 pour mille habitant en 1990³

Dans la présente la situation, les besoins de santé de la population Algérienne n'ont cessé de prendre de nouvelles proportions sous l'effet de l'éclatement des facteurs sociaux économiques nourris essentiellement par les licenciements et le chômage qui toucha près de 20% de la population active en 1990 puis grimpa jusqu'à 30% en 2000.⁴

Le pouvoir d'achat est aussi fortement menacé par une inflation galopante qui avoisine, selon les chiffres les 30% en 2000⁵ faisant passer le taux de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté National (tel que définie par

L'Office National des Statistiques) de 22,6% de la population totale en 1995, à 12% en 1988⁶

¹ Assistance sociale dans la région méditerranéenne, Algérie ; C.A.IMED (centre for Administrative Innovation in the Euro-Méditerranéan Région ; 2004

² Stratégie OMS de coopération avec la république Algérienne, Bureau Régionale de l'Afrique, Brazzaville 2005

³ M.khiati, Quelle santé pour les algériens ? ED .Maghreb relations, Alger 1991

⁴ Stratégie OMS de coopération avec les pays : République Algérienne, 2002-2005

⁵ Evolution du taux d'inflation en Algérie, Missions Economiques, Fiche de Synthèse octobre 2004

⁶ Gouvernance et population : Enjeux de santé et de développement ; OMS 2004

De ce fait, l'offre publique de santé en Algérie est de plus en plus sensible à la nouvelle donne mondiale qui fait que les services de soins fournis par l'Etat décroît par manque de moyens de financement sous la pression des facteurs conjoncturels et inflationnistes qui même avec le retour de l'embellie financière et la hausse spectaculaire des prix du pétrole à partir de 2002 ne relève le financement de la santé qu'aux alentours de 5% seulement en 2007, alors que ce chiffre dépassait les 6,5% en 1984.⁷

Dans ce contexte, étant donné que l'Etat exclue dans l'immédiat une quelconque possibilité de libéralisation totale du système de santé, en maintenant la gratuité et la soutenant par de nouvelles hausses de financements (en 2008) et indépendamment à la possibilité d'une régulation par un plus grand élargissement du secteur privé en Algérie qui représente à l'heure actuelle les 28% des dépenses de santé supportées exclusivement par les ménages⁸ la question est de savoir, comment peut-on rétablir l'offre publique de soins de façon qu'elle réponde d'une part à une gestion plus efficace des finances de la collectivité et permettre d'autre part à une majorité de la population d'y accéder ?

Il faut juste préciser que ce problème se pose dans une situation peu particulière car l'environnement affiche ces dernières années une modification profonde du schéma social et pathologique qui suppose une plus grande mobilisation de l'Etat dans ce domaine.

Pour cela, il sera tenté dans ce travail de répondre à deux questions essentielles

1- Comment peut-on améliorer l'utilisation des moyens financiers en introduisant de nouveaux outils de gestions qui peuvent apporter simultanément une amélioration d'offre des soins et une meilleure rentabilité des finances publiques de santé.

2- D'autre part, comment donner une nouvelle dimension à la notion de coûts de soins en général et hospitaliers en particulier, de sorte qu'ils servent à la mise en place d'un système d'information sur la productivité et la rentabilité des établissements hospitaliers dans le pays.

Pour répondre à ces questions, il est clair que l'offre publique s'effectue ces dernières années dans un environnement nouveau qui se caractérise par la

⁷ F.Z. Oufriha, difficile structuration du système de santé en Algérie ; CREAD N° 35/36, 1993.

⁸ Rapport de l'OMS 2005

généralisation des idées libérales et le rétrécissement de la taille de l'Etat, le premier chapitre qui fera l'objet de notre cadre théorique, abordera le fonctionnement des services publics dans la nouvelle conjoncture économique tout en mettant l'accent sur la particularité des services de santé.

Ceci demeure très important pour nous dans la mesure où il peut nous faire aboutir à la particularité des modes de gestion et de financements des services publics de santé en fonctionnement dans le monde.

Aussi, depuis la seconde guerre mondiale et avec l'impulsion des idées Keynésiennes, les principes de l'Etat providence ont accentué le rôle des organismes de sécurité sociale dans la distribution des soins.

Sous l'effet de la crise mondiale de financement, ce schéma a complètement été modifié par la généralisation des mécanismes de marché.

Le deuxième chapitre qui s'intitule « Sécurité sociale et régulation de l'offre dans les nouveaux systèmes de santé » doit nous conduire aux mécanismes nouvellement introduits dans les systèmes d'assurances sociales qui assurent d'une part leurs rôles de protection contre les différents aléas et cherchent d'autre part à obtenir de meilleure rentabilité financières, ce qui modifie largement les modalités de l'offre de la plupart des systèmes de santé dans la nouvelle conjoncture économique.

En réponse au moyen de réguler l'offre publique de soins en Algérie, les recherches et expériences dans ce domaine nous ont mis sur plusieurs pistes de gestion et de management qui dans leurs majorités proposent une régulation par une libéralisation croissante des systèmes de santé.

De même, il existe comme un consensus universel sur la concentration de recherche des moyens de régulation en milieu hospitalier en raison surtout des nombreuses caractéristiques économiques, financières, médicales et sociales que rassemble le secteur.

En Algérie, le domaine de l'hospitalier ne semble pas lui aussi s'échapper à ce contexte, sauf qu'il accumule certaines caractéristiques propres à lui comme la gratuité totale des soins qui est proclamé depuis 1973 par l'Etat à la faveur de toute la population sans aucune discrimination précise.

De ce fait, Le troisième chapitre portera sur la régulation de l'offre en milieu hospitalier en s'intéressant aux expériences effectuées dans le domaine et dans beaucoup de pays d'Europe ; notamment le modèle « Fetter » au Etats-Unis qui fut introduit en France dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

D'autre part, le quatrième chapitre qui sera un cas pratique, portera sur une étude de coûts hospitaliers qui sera réalisé dans la wilaya de Tlemcen.

L'objectif est d'avoir une idée sur le calcul des coûts médicaux, leurs importances et le moyen d'établir un système d'information capable de fournir des éléments essentiels sur la gestion des établissements hospitaliers en Algérie.

De façon globale, ce travail de recherche est entamé par un bref rappel sur le rôle de l'Etat dans l'histoire des économies modernes, le point sera mis sur l'apport de la théorie Keynésienne par la multiplication des motifs imposants l'intervention publique (externalités, indivisibilités et) et leurs effets d'équilibres économique par les actions de l'accélérateur et du multiplicateur.

Le succès du Keynésianisme est approuvé dans notre travail par la forte croissance enregistrée dans le monde glorifiant la période « des trente glorieuses » d'où la conséquence d'élargissement des services publics en général et de santé en particulier.

Le choc conjoncturel et le retour sur le financement public des services est analysé par les différents facteurs économiques (choc pétrolier), idéologique (chute du communisme) et surtout théoriques qui sont dominés par les travaux de Fridrich Hayek, Arthur Lafer et Milton Friedman.

Le point sur la théorie de la bureaucratie et la contestation du fonctionnement des services publics met en lumière les travaux l'école du « public choise » qui renvoie l'échec de financement de l'Etat à un certains nombres de critères (place du profit, coûts , budget et comportement des bureaucrates.....) qui ont soutenus les libéraux dans leurs appel au retrait de l'Etat de la sphère économique par le retour à l'ordre spontané du marché.

Le phénomène de la globalisation qui a complètement abolie la vision Keynésienne, tend à gagner du terrain ces dernières années par la soumission d'une nouvelle théorie qui se base sur les libertés individuelles, en s'attaquant prioritairement à la réduction du champ des services publics.

Pour mettre en lumière les principaux fondements d'une telle théorie, il est abordé aussi une analyse conceptuelle puis dimensionnelle de la mondialisation pour s'arrêter aux rôles des organismes de l'OMC et du GATT dans le mouvement du libre échange des biens, des personnes et des capitaux.

Ensuite, une attention très particulière est prêtée aux retombées de la globalisation sur les économies mondiales y compris sur celle des ex-pays socialistes, par rapport à certaines questions cruciales comme la taille de l'Etat, le marché du travail et l'équité sociale.

Il est surtout tenté d'étudier l'effet de la mondialisation sur les économies des pays en développement dans la mesure où il peut nous renseigner sur le nouveau contexte de fonctionnement des services dans ces pays en transition.

Ce qui est très important par rapport au nouveau cadre de la mondialisation est de comprendre comment ces changements ont touchés les anciens modes de financement des systèmes de santé qui autrefois ont marqués de grands succès par rapport au développement médical dans le monde, prolongement de l'espérance de vie de la population et l'amélioration du niveau de vie par de meilleurs indicateurs de santé.

Une telle situation nous interpelle à puiser dans les facteurs d'un tel succès notamment théorique (Keynésienne), économique (emploi, inflation) et social (extension de la couche moyenne) pour nous pencher ensuite sur le financement des systèmes de santé dans la nouvelle conjoncture en essayant de mettre l'accent sur les principales politiques visant à améliorer les performances des systèmes.

Comme la médecine libérale signe son émergence sous l'appui des derniers chocs conjoncturels qui ont appauvris le financement public de la santé, il devient important de retracer les principaux fondements de la médecine « lucrative » qui tend à s'organiser dans le marché par de nouvelles techniques d'organisation et de financement.

Ici, il est abordé la question de la contractualisation comme un nouveau cadre relationnel dans la gestion et le financement des soins, il sera fait référence à la théorie de l'agence par rapport aux fondements du développement de l'approche contractuelle.

Cette question sera analysée concrètement par rapport au cas des pays développés en développement et des ex-pays socialistes.

En plus de la contractualisation, la santé libérale s'est soldée par la constitution d'un nouveau cadre de distribution des soins appelé « réseau de santé » qui présente les caractéristiques de regroupements des soins dans une optique médicale (qualité et gain de temps pour le malade) et financière (coût et prix/qualité, tirés des avantages de la concentration des compétences)

Dans le même contexte, il sera accordé une attention très particulière au cas Algérien par un essai d'analyses du système soins dans sa transition vers l'économie de marché tout en rappelant les caractéristiques fondamentales de chaque phase lors de son édification depuis l'indépendance.

Il est surtout recherché de mettre le point sur des éléments essentiels comme, le mode de financement des soins, le système de distribution et l'accès de la population aux soins.

D'autre part, et dans le cadre de la crise économique vécue par le pays au début des années quatre vingt dix, il est tenté d'étudier l'effet du choc conjoncturel et l'application du programme d'ajustement structurel sur le financement de la santé sans omettre de préciser le rôle du secteur privé dans la modification des parts du marché des soins en Algérie

La question de régulation de l'offre tel qu'elle a été posé dans ce travail mérite de s'arrêter sur le rôle des systèmes de protection sociales dans la distribution des soins, cela ne pourra être atteint que lorsqu'il est abordé dans un premier temps les fondements de l'intérêt de la sécurité sociale qui s'est renforcé dans les systèmes grâce à l'apport de la théorie Keynésienne par la notion du revenu indirect, la généralisation des principes de l'Etat providence et le renforcement du Fordisme économiques .

Il sera souligné la pertinence et le rôle des grands modèles, Beveridgien et Bismarckien dans l'extension de la couverture sociale à de large couches de la population, en marquant aussi leurs intérêts dans la diversité des formes de protection, de financement et surtout de stabilité et de cohésion sociale.

La notion d'Etat providence est finement décortiquée dans ce travail, pour trouver le lien entre la croissance des dépenses de l'Etat et le nouveau rôle « social » qui lui a été attribué en cette période.

Les critères de différenciation entre les Etats providences aboutissant à la typologie des régimes d'Etats providence : libéral, corporatiste et universel reste fondamental pour ressortir les principales caractéristiques des systèmes d'assurances sociales et leurs effets sur la population : emploi, mode de consommation et surtout de qualité niveau de vie.

Le vent du libéralisme économique est repris dans ce contexte pour s'arrêter sur choc du financement social dans le monde, Pour venir d'abord sur les motifs d'une telle crise par l'effondrement des principes de l'Etat providence, la renaissance du courant libéral et surtout les multiples facteurs associées au climat de la nouvelle conjoncture qui s'annonce très difficile par le vaste mouvement de privatisation et de cessions des biens publics.

Le phénomène de la globalisation est repris à nouveau dans ce chapitre pour voir dans qu'elle mesure il participa à l'éclatement des systèmes de protections sociales dans le monde en insistant sur les bases idéologiques soutenant cette vague de réformes notamment « la gouvernance » ; l'influence des nouvelles données financières dans le monde, l'enracinement des

transnationales et surtout le rôle de l'O.M.C et de l'A.G.C.S. Dans libéralisation des services.

Les facteurs influençant ce déclin sont particulièrement recherchés pour expliquer leurs effets sur les changements de l'offre global de soins et de sécurité et justifient par la même occasion le secret d'une longue prospérité économique s'étalant de l'après guerre mondiale jusqu'au début des années quatre vingt.

La généralisation des mécanismes de marché par ses principes opposés sur le financement social collectif, traite les menaces sur la collectivisation des systèmes d'assurances et les acquis sociaux par le retour sur une individualisation plus profonde et une exposition de la population à de nouveaux risques financiers et sociaux.

Les réformes des systèmes de protection sociale sont analysées par la nécessité de réduire le poids financiers des organismes menacé par la succession des déficits dus à la persistance de la crise financière.

La recherche d'amélioration des finances des organismes d'assurances est entamée dans beaucoup de pays au monde par un abandon des principes de la socialisation et l'introduction de critères marchands dans l'évaluation des risques et la gestion des dépenses.

Pour cela, l'aménagement des barèmes de cotisation, l'accroissement de la fiscalité, les freins à la croissance des prestations et les mesures sur les solidarités sociales sont devenus les principales actions menées quotidiennement dans la recherche de baisse des dépenses.

Comme l'organisme de la sécurité sociale trouva une place très particulière dans le système Algérien, il reste fondamental de rechercher dans ce travail la nature et la qualité du lien existant entre ces caisses et le reste des secteurs, notamment de santé.

Le tour d'horizon sur les principales caractéristiques qui dévoilent un large universalisme peut nous renseigner sur l'effet du caractère administratif centralisateur dans la gestion des caisses.

A partir de là, il sera étudié le poids des missions de protection sociales qui ont élargies spectaculairement l'offre publique des soins et de prévoyance et se sont soldés par des situations financières très particulières durant les années de prospérité économiques.

Le difficile financement des caisses au début des années 1990, marque le début d'essoufflement du système, ce qui nous conduit directement à une analyse des comptes financiers des différents organismes, notamment la C.N.A.S et la C.A.S.N.O.S (principaux organismes de financement) pour tenter d'illustrer le poids des principales dépenses (forfait des hôpitaux, transfert

des malades à l'étranger, dépenses des médicaments, des actes médicaux et de prestations, accidents de travail et dépenses de fonctionnement) et trouver par la même occasion les failles de gestion et de fonctionnement qui ont favorisés le déclin du système universel en Algérie.

Les moyens de rationnement des dépenses de la sécurité sociale se sont développés dans une conjoncture très particulière : crise économique mondiale et application du programme d'ajustement structurel en Algérie, nous mène à traiter les procédures de rationnements introduites par les différents organismes pour équilibrer leurs comptes et introduire une certaine rationalité longtemps ignorée durant les années d'aisance financières. Le point est mis sur les mesures de déremboursements, des multiplications des contrôles et surtout sur le tarif de référence comme moyen de rationnement des dépenses de médicaments

Pour se conformer à une situation qui s'annonce économiquement et socialement très difficile ; il est tenté d'étudier la vulnérabilité structurelle du système de sécurité sociale en Algérie pour définir les éléments qui continueront à l'avenir de peser sur l'équilibre financier des caisses, en rendant encore plus difficile la préservation de ses qualités d'universalisme, de solidarité et d'équité devant la multiplication rapide de certains risques comme la désaffiliation des assurés, la déstabilisation du marché du travail et la montée en flèche d'une épidémiologique lourde et coûteuse(cancer, diabète, hypertension artérielle.....etc.) Qui nécessite un élargissement des principes de solidarités par un financement plus grand et plus consistant qui doit impliquer tous les acteurs économiques.

D'autres problèmes encore plus sérieux se rapportent aux coûts des médicaments qui au niveau des importations risquent de faire supporter les caisses d'assurances une facture plus lourde, car les caractéristiques du marché mondial annoncent d'autres menaces (comportement des firmes multinationales et accords TRIPS) sur la commercialisation des médicaments.

Du côté de la production locale, le tour sur cette question se fera dans l'objectif de définir les caractéristiques de base d'une telle industrie, son apport dans le domaine de la santé et l'urgence de maîtrise d'une telle question à l'avenir en se référant surtout aux coûts des remboursements supportés annuellement par les différentes caisses.

L'Intérêt de notre sujet sur la régulation de l'offre des soins portera sur la nécessité de maîtrise des dépenses hospitalières dans l'optique d'une meilleure allocation des ressources qui se concentrent fondamentalement dans ce secteur plutôt qu'ailleurs.

Ce choix est justifié par une recherche théorique qui portera sur l'ébranlement du modèle Keynésien à travers la critique des attributions de l'Etat, notamment sa responsabilité dans la croissance des dépenses publiques et hospitalière en particulier ; puis la présentation du cadre nouveau de la théorie hospitalière à travers l'évolution de la nouvelle micro économie et la théorie de l'agence.

Mettre le point sur les réformes des systèmes de santé en Europe reste capital dans la mesure où ceci nous conduira à comprendre les principaux changements opérés dans le domaine et apprécier avec justesse les nouvelles attributions de l'hôpital.

La réforme du système Britannique et son influence en Europe marque le début d'une rupture avec le modèle classique qui devient inopérable dans les nouvelles conditions macro et micro économiques qui se justifient par le poids financiers des systèmes hospitaliers dans les dépenses de l'Etat.

Les tentations de maîtrise des dépenses hospitalières nous arrêtent sur le système Français qui nous oriente d'abord sur les caractéristiques de son nouveau management puis sur les outils de transformation du financement hospitalier qui tendent à s'appliquer dans une conjoncture particulièrement difficile.

En plus de la croissance non maîtrisée des dépenses, les attributs et moyens de contrôles des coûts en milieu hospitalier peuvent nous éclairer sur le rôle de la relation d'agence dans le nouveau mode de détermination des coûts.

La concentration sur l'hôpital pour répondre à la question de régulation de l'offre en Algérie, est donc justifiée par la transformation de l'environnement, social économique et théorique dans lequel se pose la récente gestion hospitalière

Aussi et Pour des raisons que partage le système hospitalier algérien avec le reste des systèmes au monde : progression des coûts de soins, la nécessité d'assurer la rentabilité, le nouveau défi médical et technologique font que le rappel historique de la place de l'hôpital depuis la promulgation de la médecine gratuite reste fondamental pour expliquer l'influence des facteurs d'offre et de la demande sur son état actuel de production et de financement.

Le choc conjoncturel et l'influence du programme d'ajustement structurel nous renseigne sur les nouvelles conditions de fonctionnement hospitalier qui ont conduit à la mise en place de la tarification des soins pour tenter de

maintenir le rythme de croissance et surtout le coût du forfait lourdement supporté par les caisses d'assurances sociales.

Dans ces conditions notre attention s'oriente sur « le modèle Fetter » comme un nouveau système déjà appliqué dans beaucoup de pays d'Europe, offrant de nouveaux mécanismes, basé sur un certain nombre d'informations capable de nous renseigner d'une part sur la production des soins, des coûts et de rentabilité des établissements sanitaires.

Ce système, par les informations qu'il contient sert au jour d'hui à l'établissement des budgets de l'Etat, de financement de soins publics et privés et de remboursement dans le cadre des assurances sociales.

Cette expérience a été faite par de nombreux pays qui ont été confrontés à une situation de crise de financement public, comme le cas Algérien depuis l'application du programme d'ajustement structurel.

Pour une telle proposition, il est entamé un rappel de principe de base du modèle, en mettant l'accent sur l'originalité du système d'information qui joint pour la première fois deux visions différentes celle du gestionnaire (qui cherche à minimiser les coûts de soins) et celle du malade (qui tend à maximiser sa consommation de soins pour aboutir à un meilleur état de santé).

Cette vision nous fera aboutir à la nouvelle définition du « produit hospitalier » qui dotera l'hôpital par de nouvelles attributions.

Le financement et la gestion des hôpitaux s'effectueront sur de nouveaux mécanismes qui se basent sur la catégorisation des malades, la constitution des G.H.M. (Groupe homogène de malades dans l'appellation Française) et (D.R.G., Diagnosis related group dans l'appellation Américaine).

le recueil de l'information sur chaque malade avec ce qui est appelé RUM (résumé d'unité médicale) nécessaire pour déterminer le RSS (résumé de sortie standardisé) pour affecter le malade sur le GHM correspondant par l'algorithme de classification est déterminé par la définition de la notion du diagnostic principal (D.P), les actes classant (A.C), les morbidités associées (M.A) et l'âge du patient.

L'importance de la codification des diagnostics est abordée dans ce travail pour déterminer le sens et la base du code dans le traitement de l'information médicale pour affecter le malade sur un GHM précis qui déterminera ensuite son coût.

Ce coût est calculé de façon très différente par rapport à la méthode classique, le changement des méthodes de calcul de coûts par la méthode A.B.C et l'introduction du coût par processus de soins est une première dans la gestion des coûts hospitaliers.

L'attention accordée au PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) nous aide à comprendre le fonctionnement d'un tel modèle en France pour saisir son apport dans des questions délicates autrefois posées avec persistance ; tel que la relation d'agence entre les acteurs du système, le résumé de la production hospitalière, le financement de soins sur la base des GHM, le nouveau mode de calcul des dotations budgétaires par une classification médico économique ensuite le développement d'un indice de rentabilité (l'ISA) qui sert à comparer la productivité des différents établissements pour servir à la dotation budgétaire de l'ensemble des hôpitaux.

Comme le financement de la santé est déterminé aussi par l'aspect de remboursement qui s'effectue de manière directe ou indirecte par les organismes d'assurances sociales privés soient ils ou publics, la classification économique des groupes homogènes de malades et à travers les coûts correspondants dans l'échelle nationale servira de base à réformer les systèmes d'assurances en France par ce qui est appelé la tarification à l'activité (T2A).

Dans ce cadre, il est mis en lumière d'abord les limites des anciens systèmes de tarification qui jusqu'à présent n'avaient aucune information juste et précise sur la qualité et la quantité des dépenses remboursés aux malades ; puis présenter les attributs d'un tel système, les effets de sa mise en place sur les deux secteurs publics et privés, les difficultés imposants certains changements et surtout son rôle dans le changement des modes de financement hospitaliers.

Notre intérêt dans le cas Algérien est motivé par l'importance du système d'information dans l'élaboration des budgets en se basant sur des données réels puisées du quotidien de l'activité hospitalière.

Un tel mécanisme se distingue par son importance dans la clarification des nouvelles fonctions de l'hôpital, de dissocier la nature des soins lourds et préventifs et de rétablir des liens entre l'Etat et la sécurité sociale sur des bases plus claires.

Le nouveau mode de budgétisation appelle à une connaissance des coûts en milieu hospitalier et apprécier leurs disparités entre les différentes structures, ce qui donne une idée plus claire sur la lourdeur des cas pathologiques traités d'où l'importance de l'indice synthétique d'activité, nécessaire pour financer chaque hôpital en fonction des coût de l'ensemble cas traités.

Pour illustrer ce travail par un cas pratique, il sera tenté d'effectuer une étude de calcul et d'analyse des coûts dans la wilaya de Tlemcen

Le travail portera sur trois établissements hospitaliers : le CHU de Tlemcen, l'EPH de Maghnia et de Ghazaouet.

L'objectif serait de recueillir les informations nécessaires sur les coûts des trois établissements, établir le rapport entre ces coûts et la gestion puis voir dans qu'elle mesure la connaissance de la « production hospitalière » (tel que développé par le PMSI) basé sur des informations justes peut servir de base à l'élaboration d'un nouveau mode de financement du système de santé capable de réguler une grande part du marché de soins publics en Algérie.

CHAPITRE I L'Etat et les services publics dans la nouvelle conjoncture Economique

Introduction

Alors que de profonds bouleversements agitent le monde sur les plans politiques, économiques et sociaux surtout après l'effondrement du communisme par la globalisation de l'économie et le renforcement de la concurrence ; des questions délicates surgissent et font pressions sur l'Etat pour qu'il remplisse ses missions avec plus de rigueur et d'efficacité.

En effet, dans la nouvelle conjoncture, il est apparu que « l'Etat » en tant que principal agent régulateur économique n'est plus en mesure d'assumer tous les engagements qu'il a pris durant les années de fortes expansions .Aussi, toutes les fonctions qu'il accumulait depuis près d'un siècle sont aujourd'hui repensées dans un nouvel environnement politico économique.

Dans ces conditions, le débat dans les finances publiques soulève des questions pertinentes sur le nouveau rôle de l'Etat, ses moyens d'actions, les taches qu'il doit préserver et les nouvelles fonctions qui lui sont dévolues dans le cadre de la généralisation quasi-totale de l'économie de marché.

Devant cet état de faits, il parait pour nous très important d'aborder les points suivants :

- a-** Les motifs qui justifient toujours l'intervention de l'Etat dans les différents secteurs économiques malgré les grands changements opérés dans le domaine de l'économie et du social.
- b-** Expliquer les motifs du recul du rôle de l'Etat et ses effets sur le fonctionnement des services publics
- c-** Analyser la gestion des services par rapport à la particularité des services de santé.

SECTION I : La nature de l'Etat dans ses rapports avec les conceptions de sociétés

Le contexte théorique de cette relation tire ses origines des travaux d'Adam SMITH (1723-1790) qui est considéré comme le fondateur de l'économie libérale dans le sens où il développa une théorie sur la division du travail fondée sur la liberté d'entreprendre. Selon lui, il existe deux moyens d'enrichir la nation :

– Diviser le travail : « *Dans chaque art, la division du travail, aussi loin qu'elle peut être portée, donne lieu à un accroissement proportionnel dans la puissance productrice du travail* ». ¹

– Laisser les individus s'enrichir : en oeuvrant pour leur intérêt personnel, ils enrichiront la nation toute entière, c'est la fameuse notion de main invisible

« *Tout en ne cherchant que son intérêt personnel, il travaille souvent d'une manière bien plus efficace pour l'intérêt de la société, que s'il avait réellement pour but d'y travailler* »

A. SMITH croit au respect de l'ordre naturel, Il prône ainsi le libre-échange et pense que l'économie s'équilibre automatiquement. L'Etat n'a pas à intervenir et doit se limiter à trois fonctions : il doit protéger la nation contre les autres nations (armée), il doit protéger les individus contre l'injustice et l'oppression (justice et police) et enfin il doit réaliser les travaux d'infrastructure nécessaires pour le développement économique ou non rentables pour le secteur privé.

Ses successeurs, que l'on a classés dans l'école néoclassique, développent à partir de ses travaux mais aussi de ceux de David RICARDO sur le libre-échange et la théorie de la répartition, ou encore de John STUART-MILL sur le progrès social, la théorie de l'équilibre général. Dans son livre intitulé *Éléments d'économie politique pure*, Léon WALRAS explique que si l'ordre naturel, c'est-à-dire si les conditions de concurrence pure et parfaite sont respectées, alors l'économie se maintient automatiquement à son équilibre. ²

Ces conditions sont développées successivement par WALRAS puis par Vilfredo PARETO dans son *Manuel d'économie politique* :

¹ A Smith, « recherche sur la nature et les causes de la richesse des nations », 1776, p 10

² Joël Maurice ; Les différentes approches des économistes aujourd'hui ; CERAS, Avril 2003

CHAPITRE.I L'ETAT ET LES SERVICES PUBLICS DANS LA NOUVELLE CONJONCTURE ECONOMIQUE

- Une atomicité du marché, il faut une multitude d'offreurs et de demandeurs sur le marché,
- Une homogénéité des produits : les produits doivent être comparables, la concurrence ne doit jouer que sur les prix,
- Une fluidité du marché : les acteurs peuvent entrer ou sortir du marché à tout moment,
- Enfin, une transparence du marché : toutes les informations doivent être également et parfaitement disponibles à tous les acteurs du marché.

De façon générale, les libéraux considèrent que l'intervention de l'Etat est menaçante pour les économies des pays par ce qu'il perturbe « l'ordre naturel » qui basé sur le marché et les mécanismes de l'offre et de la demande.

Au XIX siècle, la légitimité de l'Etat revient et réapparaît avec l'analyse des cycles conjoncturels de SISMONDI.

De même, l'oeuvre de K MARX (1818 -1883) fournit le début d'une opposition politique entre deux conceptions différentes : Etat minimal versus Etat interventionniste³

Après la première guerre mondiale le rôle de l'Etat est de plus en plus revendiqué surtout dans les économies des pays industrialisés, le mouvement socialiste est à la base d'une expansion rapide en idéologie et en actions dans le monde entier.

La « Grande Dépression », faisant suite au krach boursier de 1929, va infirmer pour un temps ces hypothèses et mettre en avant le rôle de la demande dans la richesse des nations.

Selon John Maynard KEYNES et ses successeurs, l'économie n'est pas naturellement à son équilibre. Il existe des distorsions et l'Etat doit intervenir pour les corriger. Mais l'Etat doit aller plus loin et doit s'impliquer directement, sortant ainsi de ses seules compétences dites « régaliennes », afin de stimuler la demande et favoriser la croissance économique

La théorie générale de KEYNES (1936) renforça aussi le fondement théorique des politiques anticycliques moderne dans le cadre d'une économie de marché pour donner une première critique au mécanisme du marché dans l'équilibre général

De façon globale, le débat sur la notion de l'Etat et de toutes ses fonctions est très ancien, il traduit des transformations de sociétés entières, de pensées économiques et d'événements politiques.

³ Michel Herland, La révolution Keynésienne, in les cahiers Français N°280, Mars 1997

Aujourd'hui nous pouvons renvoyer cette notion à trois conceptions différentes :

1-Conception individualiste : Selon cette conception, l'Etat ne constitue pas un centre à part entière. Son rôle est d'interpréter fidèlement et de manière transparente les préférences des individus dans les domaines où le système du marché est défaillant. La fonction d'utilité collective doit être déterminée de la manière la plus neutre possible.

En effet, selon cette conception toute mesure de prélèvement d'impôt pour payer une dépense publique se traduit par une diminution de l'utilité globale de l'un et augmente celle de l'autre, L'Etat doit donc limiter son rôle aux seules fonctions régaliennes.

2-conception matérialiste : Traduit l'instrument de domination d'une classe sur l'autre, ce qui est tout à fait conforme à la doctrine de la lutte des classes. De ce fait, l'Etat capitaliste est censé n'avantager que la classe capitaliste selon cette théorie.

3-conception organique : Elle ne partage ni la philosophie individuelle ni matérialiste. Elle ne fait de l'Etat ni un être transparent, ni un faux arbitre partial, mais un arbitre partiellement maître des règles du jeu. L'Etat respecte le jeu des marchés mais, par une redistribution des ressources corrige spontanément les incorrections et les inégalités sociales.⁴

Mais, quelque soit la conception entreprise une distinction fondamentale doit être opérée entre l'Etat agissant en tant que puissance publique et l'Etat considérée comme agent économique.

Pour le premier, il est un centre de décisions dans la politique générale. « Il effectue des choix politiques dans l'ordre des fins et économiques dans l'ordre des moyens ». ⁵

Pour le deuxième, il est un centre de décisions ayant sous son autorité une partie de l'activité économique du pays. Pour cette dernière, soit que l'histoire lui ait confié la maîtrise d'une partie de l'appareil de production, soit en ait acquis par appropriation (nationalisation), ou par participation à la gestion (économie mixte).

Aussi, la théorie s'arrête sur un élément très important celui de la dimension du rôle de l'Etat

En effet, il est confié à ce dernier un rôle qualifié de minimum d'activités irréductibles, jugées indispensables pour la collectivité et ce indépendamment du régime politique ou économique de chaque pays.

Ainsi, quatre types d'interventions composent cette mission irréductible de l'Etat :

⁴ Riad Bourich, l'Etat et les services publics, le quotidien d'Oran, 2000

⁵ M.H. L'HERITEAU, « pourquoi les entreprises publiques », la cohérence de l'économie publique : le plan et le marché, PUF, 1972, pp59-63

a-Elles Concerne la catégorie de biens et services susceptibles de procurer des satisfactions collectives.Ces biens dont se désintéresse l'initiative privée sont offerts à tous les citoyens sans exclusivité économique : la sécurité ..

b –L'Etat définit le cadre juridique destiné à protéger les personnes, les biens et la loyauté de la concurrence.

c –Il défend une politique monétaire destinée grâce au droit régalien de battre la monnaie et garantir la confiance dans la valeur de l'instrument des échanges et le respect des contrats.

d –Il propose et impose une politique budgétaire pour couvrir les dépenses relevant de ses fonctions.⁶

A : Extension du rôle l'Etat dans la théorie keynésienne

Dans la théorie Keynésienne, l'Etat doit obligatoirement assumer des rôles importants parmi lesquels la relance dans l'économie et les corrections des carences des marchés.

A.1 : Rôle dans la relance de l'économie

Le rôle de l'État en tant que stimulateur de l'activité économique et de relance de la croissance a été défendu par KEYNES après la crise de 1929. La théorie keynésienne se place dans un contexte de sous-emploi et dans une approche macroéconomique, c'est-à-dire avec un raisonnement au niveau des grandes variables de l'économie telles la demande, la consommation ou l'investissement.

Selon KEYNES, la seule façon de sortir du sous-emploi est de relancer la demande. En effet, selon lui, tout part de la demande effective et non pas de l'offre comme le soutiendront les " supply siders ".

Ainsi, pour KEYNES, la demande effective est la demande anticipée par les entrepreneurs pour leur permettre de mettre en œuvre un certain niveau de production et donc d'emploi. Seulement pour que les entreprises embauchent, il faut que les perspectives de ventes soient bonnes, c'est-à-dire que la demande (qui est égale à la consommation, l'investissement et les exportations en économie ouverte) soit importante. Or, celle-ci est faible en situation de sous-emploi en raison d'une faiblesse des revenus. Dès lors, il appartient à l'État de la stimuler en injectant de la monnaie dans l'économie, c'est ce que l'on appelle le principe du multiplicateur. En effet, celui-ci décrit les mécanismes en chaîne à l'issue desquels une injection de revenus dans l'économie par un investissement autonome de l'État, provoque une augmentation de la production supérieure à l'investissement initial. Cette relance se fait donc à travers le budget. Ici l'État peut aller jusqu'au déficit

⁶ M. H. L'heriteau op. Cité p 61

budgétaire qui sera résorbé ultérieurement car les recettes qui vont augmenter plus ultérieurement.⁷

Par ailleurs, plus la propension à consommer est forte et plus l'effet multiplicateur sera efficace ; dès lors il faut augmenter les bas salaires car leurs détenteurs ont une plus forte propension à consommer.

En effet, ceux qui ont un revenu élevé consacrent une part de leur revenu à la consommation moins importante que ceux qui ont un faible revenu. C'est ce que KEYNES appelle « la loi psychologique fondamentale » ; la consommation augmente avec le revenu mais à un niveau rythmé, c'est-à-dire que la propension marginale à consommer est positive mais elle serait décroissante.

Ensuite, KEYNES explique que l'épargne a un rôle néfaste pour l'économie car c'est une fuite. Les effets du multiplicateur sont de moins en moins efficaces car tous les revenus distribués ne sont pas réinjectés dans le circuit économique puisqu'une partie est épargnée. Il ne faut pas omettre qu'en économie ouverte, une partie des revenus sert à payer les importations et qu'ainsi le multiplicateur est moins efficace.

Par son investissement autonome, l'État va donc distribuer des revenus qui permettent d'augmenter le pouvoir d'achat des consommateurs, les entreprises face à l'augmentation de la demande devront produire plus et donc embaucheront.

Pour KEYNES, cela est possible car l'offre est infiniment élastique jusqu'à la situation de plein-emploi des facteurs de production. En effet, celle-ci peut augmenter car tous les facteurs de production ne sont pas utilisés. Selon cet auteur, il existe une demande globale de plein-emploi et c'est ce niveau que l'économie doit atteindre.

Ainsi, lorsque la demande est inférieure à la demande globale de plein-emploi, on est en situation de sous-emploi, dans le cas où elle serait supérieure, on se trouve en situation d'inflation. C'est ce que KEYNES nomme « l'écart inflationniste ».

En injectant de la monnaie dans l'économie nous comprenons donc que, selon lui, l'inflation paraît être la condition permissive pour assurer le plein-emploi.⁸

Il est clair donc pour cet auteur qu'il n'y a pas de dichotomie entre la sphère réelle et la sphère monétaire, les variations d'épargne liquide que conservent les ménages influents sur l'activité. Ainsi, l'État permet donc de relancer l'activité économique par une stimulation de la demande.

⁷ Remi Guyot , « faut il plus ou moins d'Etat »

⁸ Emmanuel Combe ; Dans qu'elle mesure l'intervention économique et sociale publique est-elle justifiée ? Les cahiers Français N° 284 , 1998

La base de la pensée keynésienne réside dans le fait de considérer que la demande effective détermine le niveau de production donc le niveau de l'emploi. Les stratégies politiques de relance keynésienne se fondent principalement sur l'importance du rôle de l'Etat dans l'économie, Keynes ne croit pas à l'autorégulation de l'économie par les mécanismes naturels des lois du marché. L'Etat doit donc intervenir en tant qu'agent régulateur car le capitalisme livré à lui-même ne peut que conduire à des crises chroniques. C'est à l'Etat d'intervenir pour relancer la demande de biens de consommation et de biens d'investissement.

Selon le principe de l'accélérateur d'investissements, à partir du moment où la consommation augmente sous l'effet d'une relance, la production doit nécessairement s'adapter. Le mécanisme de l'accélérateur implique qu'une variation de la demande de biens de consommation entraîne une variation beaucoup plus importante de la demande de biens d'investissements.⁹

A.2 Corrections des carences du marché

Avant de montrer que l'intervention conjoncturelle de l'État est nécessaire, dans certaines conditions, pour relancer la croissance économique, il nous faut d'abord voir que l'État a un premier rôle important dans l'économie celui de combler les carences du marché.

Pour accomplir ce rôle, la théorie keynésienne a développé un certains nombres de motifs justifiant l'intervention de l'Etat pour combler les carences du marché

B. L'Etat et le développement des motifs d'interventions publics

Contrairement aux libéraux, la théorie Keynésienne a largement étendue les fonctions de l'Etat en lui réservant de nouvelles responsabilités se rapportant simultanément à l'économique et le social.

Dans ce nouveau contexte, la théorie multiplie les justificatifs d'intervention de l'Etat dans tous les secteurs économiques.

Après la seconde guerre mondiale, ces motifs étaient à la base de l'expansion des secteurs publics dans la plupart des pays au monde, même ceux qui avaient adopté le régime capitaliste comme règle de gestion et de fonctionnement.

⁹ Yves Crozet, Analyse économique de l'Etat ; ED Armand Colin ; Janvier 1997

Depuis les motifs d'interventions publiques sont nombreux, ils se sont multipliés avec le développement des sociétés et des conceptions idéologiques de l'Etat.

Il faut remarquer que ce qui est un motif dans un pays ne l'est pas forcément dans un autre.

Jusqu'à une date très récente les motifs étaient vu et analysés séparément selon une idéologie précise, capitaliste soit-elle ou socialiste.

Aussi, les motifs et le recours à l'intervention de l'Etat s'explique ces dernières années par des effets conjoncturels : politique déflationniste, économique ou sociale.

De manière générale et selon les expériences de sociétés, certains biens et services relèvent au jour d'Hui obligatoirement de la puissance publique même quand le marché est la règle générale de fonctionnement.

B .1 : Motifs liés à la nature des biens

Il existe des biens dont leurs disponibilités sont nécessaires pour toute la communauté, mais leurs productions présentent certaines difficultés qui font éloigner l'initiative privée, il s'agit :

B1 .1-Les biens collectifs :

Ce sont des biens qui sont discriminés par les principaux critères de rivalité et d'exclusion.

Un bien est dit rival ou divisible lorsque son achat ou son utilisation par une personne exclu définitivement toute consommation par une autre personne .

Pour les biens collectifs, l'absence de rivalité signifie que deux agents peuvent bénéficier de l'usage d'un même bien ou service : éclairage public ...

Par contre l'exclusion d'un bien donne droit de possession ou d'usage à son détenteur et empêche l'accès à toute personne qui refuserait de l'acheter au prix qu'il exige.¹⁰

De ce fait, le prix donne droit à la possession ou à l'acquittement d'un bien ou service. Selon le critère de rivalité et d'exclusion, il est possible d'identifier formellement quatre catégories de biens et services.

B.1.1.1 : les biens et services privés :

Ils réunissent les deux caractéristiques de rivalité et de possibilité d'exclusion.

Les services collectifs purs, Présentent des particularités diamétralement opposés à celle de la catégorie précédente puisque leur consommation est non

¹⁰ François Leveque ; concepts économiques et conceptions juridiques de la notion de service public ; CNRS Editions ; 2000

rivale et l'exclusion est impossible. La non rivalité signifie qu'une fois produit pour une ou plusieurs personnes, ces services collectifs peuvent être consommés ou utilisés par un grand nombre d'utilisateurs.

La consommation par une personne ne diminue en rien la quantité disponible pour les autres.

Il en résulte que ces biens sont mis à la disposition de tous les usagers et consommés en totalité de façon égale et non partitive.

B.1.1.2 les services collectifs purs :

Ils sont qualifiés de « non exclusion » ce qui implique qu'un grand nombre de personnes peuvent jouir des bénéfices du service sans en payer le prix.

Une fois produit, il est mis à la disposition de tous et le rationnement par le prix est impossible.¹¹

Pour ces services il existe une pluralité d'utilisateurs et chaque consommation constitue ce qu'on appelle un « produit ». Le nombre d'utilisateurs potentiels constituent une « donnée technologique » : combinaison d'un bien et d'un utilisateur.

Compte tenu de ces caractéristiques, il serait difficile et parfois même impossible (jusqu'à une date très récente) de déterminer le coût qu'il serait possible à imputer à chaque utilisateur du bien collectif.

L'impossibilité d'exclusion et l'absence de rivalité entre les utilisateurs entraînent un coût marginal nul.

Les difficultés d'exclusions sont d'ordre technique et économique. Dans le cas de l'éclairage public, la technique ne fournit aucun système permettant d'identifier les bénéficiaires ou l'intensité d'usage. Généralement, ces difficultés techniques se traduisent par des coûts très élevés qui font que l'exclusion, même si elle est techniquement et économiquement envisageable ne peut être applicable pour plusieurs raisons : Intérêt collectif, correction des marchés.....

Les biens collectifs purs se caractérisent par leur non rentabilité en raison surtout de la difficulté de maîtrise des coûts qu'ils engendrent, ce qui pose le problème de la définition de la définition des prix.

Pour cette raison, beaucoup de pays ont instaurés la gratuité d'usage de certains services publics et l'Etat par son caractère de puissance publique et par son pouvoir redistributif est le seul à pouvoir fournir de telles prestations

B.1.1.3 Services collectifs « mixtes ».

Sont caractérisés par la non rivalité et la possibilité d'exclusion, C'est le cas des autoroutes qui font que les premiers utilisateurs ne diminuent en rien de la

¹¹ Luc. Weber, l'Etat acteur économique : Analyse économique du rôle de l'Etat , ED Economica , 1997

qualité du bien ou service qu'ils sont utilisés par d'autres, par contre le propriétaire peut réserver le service qu'il fournit à ceux qui sont prêts à payer un prix (donc l'exclusion)

B.1.1.4 Services collectifs « mixtes » avec rivalité.

Il existe une catégorie de services collectifs mixtes présentant des particularités de rivalité et d'impossibilité d'exclusion, c'est une situation très peu fréquente. L'exemple cité peut être celui des ressources maritimes ou l'exploitation des richesses maritimes est rivalisée et l'exclusion n'est pas possible en voyant chaque fois de nouveaux exploitants dans le domaine.

Les critères qui décident du caractère marchand ou non marchand d'un bien ne sont pas institutionnels, c'est la nature divisible ou non de l'usage d'un bien et la présence éventuelle d'externalités qui décide du caractère individuel ou collectif d'un bien.

Ainsi, il est devenu possible d'établir une typologie de biens et services en croisant les phénomènes d'indivisibilité et d'externalités ce qui traduit les notions de « concernés individuels, collectifs et étatiques »¹²

Pour maximiser son bien-être, toute communauté doit veiller à trier le meilleur parti des ressources dont elle dispose

L'efficacité économique recherchée est double : allocative et productive pour cette raison, l'intervention de l'Etat est souvent présentée par des déficiences qui sont source d'une méallocation des ressources et engendrent une perte de bien-être pour la collectivité.

L'intervention de l'Etat se veut alors « Correctrice » parce que laissé entièrement à elle-même, le marché ne produit pas nécessairement tout les biens et services dont a besoin la communauté.

L'inefficacité d'un marché peut se manifester par des prix ne reflétant pas les coûts ou les bénéfices marginaux effectifs et par conséquent par une offre de biens supérieure ou inférieure à l'optimum.

Les coûts élevés ou la faiblesse de la marge bénéficiaire désintéresse l'initiative privée dans la production de certains biens jugés pourtant très nécessaires pour la communauté

En somme, l'Etat intervient lorsque les conditions de fonctionnement du marché ne sont pas réunies

B.2 Les carences du marché

¹² Ann. Lawrence Durviaux ; La concurrence et les marchés publics en droit communautaire : Analyse critique d'un système ; ED Bruxelles, Larcier ; 2006

Pour la théorie néo-classique dite de « l'échange volontaire », l'Etat n'est en fait que la somme des individus qui décident d'agir collectivement.

L'Etat n'est qu'un moyen permettant aux individus de poursuivre leur intérêt personnel lorsque le marché est défaillant.

Les individus s'adressent à lui pour obtenir certaines prestations que le marché est incapable d'assurer.

L'intérêt collectif sera dès lors perçu comme un intérêt commun à plusieurs personnes, ce qui signifie qu'il ne peut y avoir antagonisme entre l'intérêt du groupe et l'intérêt de chacun puisque le premier est dérivé du second.¹³

B.3 Les indivisibilités

Depuis le XVIII^e siècle, la science économique à travers ADAM-SMITH évoquait la nature de certains biens qui dissuaderait l'initiative privée. C'est pour préciser cette nature qu'à été forgé la notion d'indivisibilité .C'est parce que certains biens ne sont pas divisibles que leur production appellerait l'action de l'Etat.

A ce stade, il faut distinguer l'indivisibilité de l'offre et l'indivisibilité d'usage.

B.3.1 :L'indivisibilité de l'offre :

Le caractère de non rivalité de la consommation résulte aussi de l'indivisibilité de l'offre, c'est-à-dire le fait que certains biens et services ne peuvent être offerts qu'en bloc et par conséquent il n'est pas possible de calibrer avec précision la capacité de production en fonction de la demande effective.

Ainsi, les prestations de ce type de biens se placent dans l'une des situations suivantes :¹⁴

a –Mettre en place selon l'importance de la demande et de l'indivisibilité de l'offre une capacité nettement supérieure à celle qui serait nécessaire pour satisfaire la demande.

b- renoncer totalement à assurer la prestation que d'offrir une quantité insuffisante.

Du point de vu économique, l'indivisibilité de l'offre a une double conséquence d'abord sur les coûts ensuite sur les prix.

¹³ Jacques Percebois, économie des finances publiques, ED Armand Collin, p76

¹⁴ Y. Crozet op. Cité pp 34- 41

La capacité de production nécessaire pour assurer un service entraîne généralement des coûts très élevés qui échappent aux moyens de la communauté, leurs importances posent aussi la question du prix qui revient à payer. Il faut remarquer que le caractère d'indivisibilité fait qu'un usager de plus ou de moins ne change rien au coût total : Le coût marginal est nul et ne peut tarifier l'usage. C'est pourquoi la puissance publique se présente comme l'équivalent d'une ressource naturelle à laquelle chacun doit pouvoir accéder librement.¹⁵

B.3.2 : les indivisibilités d'usage :

Elles correspondent aux situations où il est impossible d'exclure un usager ou un bénéficiaire potentiel de la production. L'exemple le plus pertinent nous renvoie à celui de l'utilisation des routes, certains services de santé ou de sécurités....

Avec l'accroissement rapide du nombre des biens collectifs, une utilisation abusive des services a été constatée dans la majorité des pays au monde créant les phénomènes de sur utilisation et par conséquent de saturation de l'offre. Parce que, certains biens et services sont dotés d'une capacité maximale d'offre.

Ainsi, les indivisibilités ne sont plus une raison suffisante ces dernières années pour justifier la production publique.

B.4. Rentabilité des biens collectifs :

En théorie il n'existe pas de marché pour les biens collectifs car si ces biens étaient gérés par le secteur marchand ils seraient mis à la règle de la concurrence et particulièrement à la recherche d'un profit. Or ces activités sont souvent peu rentables du fait notamment de leur coût de production élevé. Bien qu'utiles tous les biens collectifs ne pourraient être produits qu'à un prix de vente élevé. Cette distorsion entre une rentabilité privée insuffisante et une rentabilité collective élevée rend nécessaire l'intervention de l'Etat. Toutefois, cette responsabilité des pouvoirs publics en matière de biens collectifs peut s'exprimer différemment suivant les cas pour aller du contrôle complet (défense nationale) à la simple tutelle.

B.5 externalités et concernements

Les externalités : Les effets externes apparaissent lorsque la satisfaction d'un individu qu'il soit producteur ou consommateur est affectée par la décision d'un autre. Il y a alors « concernements collectifs » car l'action d'une personne a des conséquences sur le bien-être d'autrui en modifiant leur

¹⁵ François Leveque, La réglementation des externalités ; intervention à « Ecole thématique sur les règles publiques » ; organisée par L'IEPE-Grenoble ; Juillet 2007

fonctions d'utilité ou de production, ces conséquences peuvent être positives ou négatives.¹⁶

Un exemple d'externalité négative envoi aux déchets toxiques qui sont rejetés par les usines, dégradent l'environnement et multiplient les maladies ...etc. par contre l' externalité positive renvoie à la création d'emplois dans une usine placée dans une zone désertées

Le concerne ment étatique est relatif à une situation ou l'Etat lui-même décide d'intégrer dans sa propre fonction d'utilité un Interet collectif non pris en compte par les relations marchandes. C'est le cas notamment des biens qualifiés de méritoires, car leur consommation a des effets collectifs (positifs).

Aussi, C'est le cas de la vaccination rendue obligatoire par l'Etat et souvent gratuite car elles améliorent l'état de santé de toute la population.

Symétriquement, l'Etat peut interdire la consommation de stupéfiants ou rouler en état d'ivresse.

Il faut remarquer que tous les biens qui entrent dans la catégorie des concerne ment étatiques sont appelés aussi « les biens sous tutelles ».

Aussi, il a été proposé une différenciation entre externalités pécuniaires et externalités technologiques.

B.5.1 Les externalités pécuniaires :

Elles entraînent une modification directe des prix pour une firme en amont ou en aval de son activité.(1) l' exemple cité ici se rapporte à une localité faible en demande d' emploi et avec la création d' une usine le propriétaire propose des salaires plus élevés pour attirerez la main d' œuvre .cette situation oblige les entrepreneurs en place a augmenter les salaires pour conserver leur main -d' œuvre ¹⁷

De façon générale les externalités pécuniaires sont directement prises en compte par les marchés par les biais d'une modification des prix ; Elles ne sont pas donc considérées comme une carence du marché.

B.5.2 Externalités technologiques :

Le développement technologique dans le monde s'est traduit par des effets très positifs que ce soit sur le fonctionnement des entreprises (à petite échelle) ou sur la vie des citoyens en général. Mais, ce phénomène, et à travers le temps a pu dévoiler des conséquences très graves sur l'environnement, et sur la santé des individus.

De ce fait, Les pollutions causées par des usines de produits chimiques par exemple, le problème de la sécurité routièreoffrent autant d'arguments

¹⁶ Nathalie Berta, Le concept d'externalité, de l'économie externe à l'interaction directe : quelques problèmes de définition ; séminaire d'économie publique ; Panthéon Sorbonne- ; Université Paris 1 ; Mars 2008

¹⁷ Bernard Guerrien, L'économie néoclassique, ED La découverte 1991

pour l'Etat pour intervenir et trouver le moyen de compenser économiquement ou financièrement les dégâts causés par les présents phénomènes.

Même si ces types d'externalités ont une dimension financière, les coûts restent le plus souvent difficile à déterminer avec exactitude.

Aujourd'hui, l'évaluation de l'externalité est de plus en plus problématique, ce qui d'une certaine façon interpelle de différentes formes l'intervention de l'Etat. Celui-ci, du fait de sa position de tutelle doit tenir compte de ces lacunes du marché.

B.5.3 internalisation des biens publics

Internaliser un effet externe, c'est lui attribuer une contrepartie financière (pécuniaire) qui le réintroduit dans le calcul économique publique. Il s'agit donc d'évaluer les dommages causés par un phénomène ou une action économique qui fait qu'un acteur va supporter le coût de l'effet externe

Le développement industriel, la modification des comportements sociaux, l'urbanisation croissante de la population ...font que les effets externes se multiplient à leur tour et exigent un arbitrage public. Ce qui par la même occasion entraîne des dépenses publiques de plus en plus croissantes pour couvrir les coûts croissants de l'internalisation.¹⁸

C. Succès du modèle keynésien et accroissement des dépenses de l'Etat

Après la seconde guerre mondiale, le modèle keynésien a connu un succès universel en voyant beaucoup de pays adopter ses principes et créant quelques années plus tard une situation de prospérité mondiale qui a duré plus de trois décennies

C 1. La croissance relative de l'Etat et les trente glorieuses

Après la seconde guerre mondiale, l'intervention de l'Etat est justifiée comme nécessaire dans toute la sphère économique et sociale.

Les dépenses publiques résultant du nouveau mode de fonctionnement étaient globalement soutenues par les faits suivants :

C .1.1 Keynes et les conditions économiques de l'après guerre

La politique budgétaire de stabilisation proposée en premier lieu par Keynes a contribué indirectement à l'expansion du secteur public.

En démontrant que les crises économiques sont le résultat d'une demande insuffisante, le rôle de l'Etat est donc d'intervenir pour combler l'écart

¹⁸ Alain Bonnafous, internaliser les coûts sociaux des transports ; OCDE (organisation de coopération et de développement économique, Mai 1994

déflationniste par des dépenses publiques Supplémentaires financées par l'emprunt.

Les 30 années de prospérité économique (entre 1945 et 1973) sont nommées Trente Glorieuses par l'économiste Jean FOURASTIE qui insiste sur la révolution économique et sociale qu'elles représentent pour les sociétés occidentales.

Cette période qui se caractérise par certains des critères qui se réfèrent à l'épanouissement de l'organisation scientifique du travail (le travail à la chaîne) mise au point par TAYLOR au début du siècle ce qui a permis d'obtenir des gains très importants de productivité et de produire en très grande quantité des produits identiques à faible coût. C'est ce qu'on appelle **la production de masse**.

Elle concerne avant tout les biens durables et les biens d'équipement des ménages : la télévision, l'automobile, le réfrigérateur et le lave-linge sont les produits clefs de la croissance fordiste.¹⁹

Une certaine partie des progrès de la productivité est reversée à la population sous forme d'augmentation de salaires (système du " Five \$ day ").

Cela a permis un accroissement massif de la demande solvable et donc **une consommation de masse**.²⁰

On parle d'ailleurs d'ère de la consommation de masse ou de société de consommation où les individus sont essentiellement connus comme des consommateurs qui achètent en masse des produits non nécessaires sans cesse renouvelés qui sont érigés en besoins par le marketing qui évalue les besoins et la psychologie des consommateurs par des techniques d'enquêtes adaptées.

Cette consommation de masse est rendue possible par l'augmentation des revenus mais aussi par la généralisation du crédit.

La reconstruction est source de croissance dans la mesure où elle nécessite une rénovation complète des équipements. Elle sert de moteur à une forte augmentation de la production soutenue par l'aide américaine (le plan Marshall).

Le système monétaire international mis au point à Brettons Wood assure la stabilité et la croissance des échanges pendant toute la période.

L'explosion démographique d'après guerre est un facteur de croissance par augmentation de la demande en stimulant les besoins individuels et collectifs.

Le faible prix du pétrole qui remplace peu à peu le charbon comme énergie dominante permet de maintenir la consommation intermédiaire à un faible coût.

¹⁹ Perry Anderson, Histoire et leçon du néolibéralisme ; conférence à la faculté des sciences sociales de Buenos Aires, Argentine, 5 Novembre 1996

²⁰ Eric. Ranguin cité par C.Marchand « les transformations économiques et sociales du monde depuis 1945

Le progrès technologique favorisé par un investissement très important (les USA y consacrent par exemple 30 à 40 pour cent de leur PIB en moyenne) permet sans cesse de nouveaux gains de productivité.

Le rôle de l'Etat est important pendant toute cette période où ils adoptent presque toutes les théories keynésiennes qui préconisent l'intervention des gouvernements dans la régulation et la stimulation de l'économie.

L'Etat intervient en particulier en matière monétaire (jouer avec l'inflation en augmentant ou en diminuant la masse monétaire) ou en matière budgétaire (faciliter des politiques de relance en baissant les taux d'intérêt ou en faisant le choix du déficit budgétaire pour financer la consommation par des programmes sociaux ou une baisse de la fiscalité).²¹

D'une manière générale, on entre dans le cercle vertueux de la croissance.

La croissance dépend de la demande et du profit qui permet l'investissement. Or, la demande et les profits dépendent de la croissance précédente. La combinaison des facteurs indiqués permet en fait à la croissance d'engendrer la croissance, qui devient pendant toute la période un phénomène dit cumulatif c'est-à-dire qui s'auto-entretient.

Les facteurs de croissance de l'Etat, de part ses effets positifs sur l'économie et le social dans les années (60 et 70) renseignent aujourd'hui sur toutes les difficultés de fonctionnement du secteur public dans tous les pays du monde.

Beaucoup d'autres éléments ont favorisé une croissance continue des dépenses publiques, ils peuvent être résumés globalement comme suit :

C.1.2 : les systèmes fiscaux :

Ils reposaient pour une part importante sur des impôts progressifs.

En effet, les barèmes sont conçus de telle sorte que le taux d'imposition moyen augmente au fur et à mesure que le revenu est élevé ; ce qui a permis à l'Etat de financer des programmes sociaux de plus en plus importants.

C.1.3 : Adaptation de la gestion publique à la plupart des services de l'Etat :

Le fonctionnement des services publics s'est soldé par un mode de gestion pour le moins que l'on puisse dire est propre à l'Etat et cela par rapport aux éléments suivants :

Le marché des services publics non marchands :

²¹ Jacques Percebois, *l'économie des finances publiques*, Edition Armand Colin, Paris 1991

CHAPITRE.I L'ETAT ET LES SERVICES PUBLICS DANS LA NOUVELLE CONJONCTURE ECONOMIQUE

L'économie publique se définit comme « le domaine de l'échange sans marché »²² ou encore « c'est l'ensemble des mécanismes concourant à la décision de production et de financement du volume d'activité des administrations publiques »²³ C'est un marché régi par l'Etat dans le quel l'entreprise semble acquérir quelques spécificités par rapport au marché.

De même, la notion de régulation externe, fait directement référence à la notion de non marchand du fait que cette régulation se situe hors marché.

pour les entreprises publiques non marchandes, les citoyens, usager ou contribuables se remettent au seul décideur et contrôleur intermédiaires qu'est le parlement .Ce dernier est susceptible de poursuivre des objectifs non financiers et fournir à toute la population des services publics selon les indications données par le marché politique : budgets votés par le parlement selon les priorités accordés à chaque secteur économique.

Dans ce marché les entreprises sont appelés bureaux, organisme, public non marchand.....et répondent a certaine de ces caractéristiques développées et défendues par les gouvernements qui sont les interlocuteurs de « l'Etat ».

Les entreprises assurant un type particulier de services et relevant de la gestion et du financement de l'Etat sont dites « publiques ».

Les prestations publiques exigent des moyens très variés ; Ils emploient du personnel, utilisent des biens et accomplissent des opérations matérielles. Cette réunion de moyens bien déterminés ayant une fin précise lui donnent le caractère d'entreprise. Il s'agit donc d'une entreprise placée sous l'autorité des pouvoirs publics dont la dépendance se manifeste déjà dans sa création.

L'incorporation d'une entreprise à l'administration est donc essentielle pour caractériser le service public. Les fondements de ce dernier résident essentiellement dans la recherche de l'utilité publique et la satisfaction des besoins de la collectivité et non la réalisation des profits. Il en résulte que, l'Interet public attaché à une activité à un moment et en un lieu déterminé attribue à l'entreprise le caractère du service public.

L'idéologie du service public n'est pas sans incidence sur le quotidien des citoyens ; Elle implique une certaine relation entre la société et l'Etat en transformant ce dernier en gestionnaire d'activités économiques et sociales ; il se présente alors sous la forme de services publics diversifiés qui couvrent un espace social donné.

Ensuite, il souligne de façon précise la spécificité de la gestion administrative ; Car, les services publics sont censés fonctionner selon des principes radicalement différents des entreprises privées.

²² Gérard Bélanger, « l'économie du secteur public », Edition Gatan Morin, Québec, Canada, 1991

Jusqu'à une date très récente, toute entreprise chargée de l'accomplissement d'un service public est « non marchande » et ceci en référence à la définition suivante : « la création d'un service public local ne sera admise que si en raison de circonstances particulières de temps et de lieu, un intérêt public l'exige »²⁴

La création d'un service public doit généralement répondre à deux conditions cumulatives :

a)-avoir en vue la satisfaction des besoins légitimes de la population à l'exclusion des préoccupations financières

b)-être fondée sur la carence de l'initiative privée (un des postulats fondamentaux du libéralisme)

Dans la pratique, la gestion des services publics s'est soldée par un ensemble de règles et de méthodes le moins que l'on puisse dire sont le mixage de politiques et d'économie à la fois.

En effet, l'expérience dans le monde a clairement montré que dans beaucoup de pays les services publics étaient offerts sans contrepartie financière pour atteindre une grande équité sociale, cette gratuité était retenue jusqu'au début des années 70 comme un des principes fondamentaux des services publics mettant l'Etat dans une situation d'un grand « collecteur de fond ».

L'extension de la taille de l'Etat au fil des années et la multiplication du nombre de ses services amplifié par le caractère non marchand de ces derniers a rendu très difficile la question du financement public.²⁵

Depuis, beaucoup de questions relatives à ce phénomène sont posées parmi lesquelles :

Le problème de saturation des services publics et de la perte de qualité

La contrainte de financement pour l'Etat de trouver des ressources supplémentaires et

La disposition des contribuables de financer de nouveaux services.

C.1.4 : Croissance démographique et élargissement des politiques sociales

Le terme Welfare State est apparu dans les années 40 qui signifie aussi « bien être ». C'est en effet à cette époque, après la seconde guerre mondiale,

²⁴ G. Teryn « essai sur une théorie économique de l'offre et de la demande et du marché public non marchand », revue d'économie politique N°2, 1982

²⁵ J.P Tranchant, Théorie du service public et définitions ; AITEC, 2005

que les pays occidentaux ont mis en place un système de solidarité qui n'a cessé de se développer depuis, appliquant les politiques keynésiennes.

Les politiques de relance mise en place par la plupart des pays, étaient souvent très efficaces pour relever le niveau de demande.

Aussi cette relative stabilité économique et sociale a donné naissance à une explosion démographique extraordinaire qui recommandait progressivement une plus grandes prises en charge sociale manant à une multiplication et une diversification des services de l'Etat²⁶.

Section II : Crise économique et retour sur le financement des services publics

Au début des années soixante dix, une crise financière étouffante frappa le monde entier, menant à un retour pur et simple sur le financement public.

Cette situation se résume par de nombreux facteurs qui ont créé un nouveau climat économique et social qui pressent désormais sur le fonctionnement public.

A. Facteurs liés à la crise

A.1. Effets des deux chocs pétroliers 1973, 1979 sur les finances mondiales

Pour beaucoup d'analystes ces deux chocs pétroliers ont été à l'origine de la crise de financement public dans le monde.²⁷

En effet, en 1973 les pays de l'OPEP créée en 1960 décident d'augmenter par 4 le prix du baril de pétrole : c'est le 1^{er} choc pétrolier.

En 1979, l'arrivée au pouvoir de Khomeiny conduit l'Iran à diminuer fortement ses exportations de pétrole. Cela provoque une nouvelle hausse du baril : 2^{me} choc pétrolier. Ces augmentations successives du prix de l'énergie la plus utilisée dans les pays industrialisés provoquent une forte inflation (par les coûts) et d'importants déficits commerciaux principalement pour les pays importateurs.²⁸

²⁶ Alain Cordier « Démographie et consommation médicale », Revue Française des affaires sociales, N° supplémentaire, Paris, 1984, pp103-115

²⁷ Marc Montoussé, Dominique Chamblay, De l'Etat- Gendarme à la crise de l'Etat providence ; Edition Bréal, 2001

²⁸ Philippe Deubel, Marc Montoussé, Serge d'Agostino, Gilles Renouard ; Dictionnaire des sciences économiques et sociales ; Edition Bréal, 2008

Suite aux deux chocs, l'inflation est devenu l'un des premiers problèmes structurels de la croissance. Elle désigne la hausse durable des prix et peut avoir plusieurs causes : l'inflation monétaire quand la masse monétaire augmente, l'inflation par la demande lorsque les progrès de l'offre ne suivent plus ceux de la demande, l'inflation par les coûts lorsque les consommations intermédiaires augmentent ou qu'on entre dans une spirale inflationniste. Or pendant toute la période, la masse monétaire augmente sans cesse, la demande aussi, même si elle ne change pas, ne peut être satisfaite avec les mêmes ressources ou revenus ; là encore le recourt est plus fort et plus encourageant au crédit en décourageant parallèlement l'épargne. Devant les revendications sociales toujours plus grandes, on entre dans une spirale inflationniste salaires-profits.

Dans cette situation aussi, la croissance ne profite pas à tous malgré la fonction redistributive de l'Etat-providence, le tassement de l'écart des salaires est réel mais les écarts globaux des revenus et des patrimoines sont forts.

Cette crise se répercute directement sur la productivité des entreprises. Il est le résultat du ralentissement de la productivité qui est du à une lassitude des travailleurs dans le cadre du travail à la chaîne et à une progression des investissements supérieure à la production, ce qui baisse le taux de rentabilité des entreprises. Or, la croissance fordiste reposait sur l'accroissement continu de la productivité qui permettait l'augmentation continue des salaires et des profits. Ce fondement de la croissance disparaît et on passe d'un taux de croissance supérieur à 5 pour cent à un taux inférieur à 3 pour cent.

Cette situation accentue le chômage qui devient un problème économique et social majeur de la crise. Il s'aggrave depuis 1973, Il devient massif touchant plus de 10 pour cent de la population active. Il est aussi sélectif puisqu'il il touche en premier lieu les personnes peu qualifiées, les jeunes, les femmes, les travailleurs de plus de 50 ans et les différents groupes défavorisés.

Les remèdes mis en œuvre par les Etats pour résoudre la crise et résorber le chômage sont inefficaces ; même les politiques keynésiennes de relance ont échoué.

Sur le plan social la crise est sévère, La révolution urbaine se poursuit, l'industrialisation s'accompagne par l'intensification de l'exode rural, le taux d'urbanisation croît sans cesse et atteint souvent 80 pour cent dans les pays industrialisés.

Ce mouvement d'urbanisation se traduit par les transformations économiques qui conduisent à une " Troisième révolution industrielle " il modifie profondément la structure des secteurs d'activité

La mécanisation et la concentration des exploitations agricoles amplifient l'exode rural et diminuent fortement les effectifs du secteur primaire. On parle de la " fin des paysans " alors que le monde rural était encore très vivace avant-guerre. Ce mouvement s'accompagne d'une désertification de certaines zones rurales qui posent de gros problèmes d'aménagement du territoire.

Le secteur secondaire voit aussi ses effectifs baisser avec la crise et la robotisation. Ou les 1/3 des emplois manufacturiers disparaissent de 1965 à 1995, d'autant que la crise affecte surtout des branches qui employaient en masse (mines, sidérurgie, textile, automobile...).

En revanche, on assiste à une véritable tertiairisation de l'économie dans le sens où les services occupent désormais les 2/3 des actifs. On parle de sociétés post-industrielles pour désigner désormais les sociétés des pays industriels.

On assiste d'autre part à une crise des idéologies avec la fin de "l'illusion communiste " et l'acceptation du libéralisme comme seule voie possible, sans alternative utopique

-La crise financière de l'Etat providence résulte de l'accroissement des prélèvements obligatoires par rapport aux richesses nationales produites.²⁹ En effet, la croissance des dépenses publiques liées aux politiques sociales et de redistribution, est principalement depuis 1974 supérieures à la croissance économique. En effet, il y a eu au cours des 40 dernières années trop d'attitudes de demande de prise en charge par l'Etat, depuis il est devenu légitime de s'interroger sur le bien fondé de beaucoup de transferts de responsabilité.³⁰

A.2 Crise du régime communiste

Depuis la chute du mur de Berlin, des transformations économiques et sociales profondes sont intervenues en Europe.

D'un coté, la situation est marquée par une chute brutale des idées communistes et un relâchement des pays qui partageaient le même régime et les mêmes idées ; d'un autre coté, la situation économique et sociale est loin d'être satisfaisante ou stable dans ces pays.

Ce qui a aboutit à un risque de plus en plus élevé de marginaliser une population croissante.

Aussi, le fossé a commencé à se creuser davantage entre les pays qui possèdent une technologie de pointe et ceux qui ont des difficultés à maîtriser les changements dans ce domaine.

²⁹ Pierre Rosanvallon, La crise de l'Etat providence, ED seuil, 1981

³⁰ Etat et gestion publique ; conseil d'analyse Economique ; La documentation Française, 2000

De même, d'autres influences ont déjà profondément modifié les comportements au sein des sociétés et l'Etat se trouvait donc face à une fracture sociale qui a conduit à la constitution d'une population pauvre et au chômage.

Devant cette situation le financement des services publics est devenu pour la plus part des pays une addition difficile à résoudre.

A.3 limites approuvées du modèle Keynésien

Depuis cette crise, certaines critiques faites au modèle Keynésien sont devenues possibles grâce aux conditions qui s'installent dans la nouvelle conjoncture. Les faits nouveaux ont donnés autant d'arguments pour les libéraux de développer tous les motifs d'une thèse sur la nécessité du recul de l'Etat de la sphère économique et sociale ; car ce dernier prouve qu'il devient incapable de gérer la situation.³¹

D'une manière générale, ces limites ont pus être résumées comme suit :

Tout d'abord la théorie keynésienne raisonne en économie fermée. À l'heure actuelle, l'internationalisation croissante des économies constitue une sérieuse limite au modèle keynésien de relance. On peut toutefois la concevoir à une échelle internationale (européenne par exemple). Lorsqu'une relance est pratiquée à un niveau national, une injection de revenus risque d'entraîner un surcroît d'importations, C'est la raison pour laquelle la relance de 1981 a échoué.

Ensuite, il n'est pas si aisé d'agir sur le niveau de consommation globale car la consommation dépend de facteurs économiques et psychosociologiques qui ne sont pas toujours facilement identifiables ni maîtrisables. Même des taux d'intérêt à 0 % n'inciteront pas un couple de chômeurs à s'endetter pour acheter un logement. Par ailleurs, si le revenu augmente, la propension à épargner augmente également, en d'autres termes plus le revenu est important plus la consommation est importante mais plus l'épargne augmente également. Tant et si bien qu'un excès d'épargne pourra à nouveau déséquilibrer la machine économique. Le modèle keynésien ne raisonne donc qu'à court terme. C'est un reproche qui lui était d'ailleurs fréquemment adressé. De plus, on sait qu'un simple ralentissement de la hausse de la demande risque d'entraîner un arrêt brutal des investissements.

Le paradoxe consommation -épargne constitue également une limite au keynésianisme Les entrepreneurs n'investissent que si le coût du capital est faible donc si les taux d'intérêts sont faibles car la rentabilité du capital doit

³¹ Marc Montoussé, Analyse économique et historique des sociétés contemporaines, Edition Bréal, 2006

être supérieure au taux d'intérêt. Dans le cas contraire les entrepreneurs n'investissent pas. Or, les taux d'intérêt faible supposent une épargne abondante ; et une épargne abondante est incompatible avec une forte consommation, l'équilibre entre la consommation et l'épargne est très difficile à trouver.

Enfin il est impossible ou tout au moins très difficile de prévoir certains facteurs qui peuvent influencer la production donc le niveau de revenus, donc la consommation : les fusions d'entreprises, une inflation étrangère, des catastrophes naturelles, les comportements d'anticipation, les mouvements sociaux etc.

B. Le tournant libéral des années 1980

Les échecs du modèle keynésien ont commencé à partir des années 70 avec l'internationalisation croissante des économies. Ils marquent le début d'un³² retour en force sur le financement public des services et par conséquent l'émergence des idées libérales par rapport à l'Etat et ses fonctions.

B.1 retour aux lois du marché

A partir des années 80, les politiques économiques mises en place sont des politiques de rigueur, qui préconisent la maîtrise des déficits publics en freinant la création monétaire, en limitant les possibilités de recours au crédit et en freinant la hausse des salaires pour éviter une inflation par la demande.

Les politiques de désengagement de l'Etat se traduisent par une déréglementation dont l'objectif est de redonner une certaine liberté aux entreprises mais aussi de stimuler l'activité économique par la concurrence.

Du "plus d'Etat" des années soixante-dix au "mieux d'Etat" des années quatre-vingt, on est passé au "moins d'Etat" des années quatre-vingt-dix. La dynamique des ajustements structurels et son corollaire la privatisation, pris dans l'acception la plus large du terme, poussent les fonctions publiques à se tourner de façon quelque peu défensive vers la recherche de régler les problèmes de conjoncture aggravés par la chute de l'emploi.

Les économistes libéraux ont une conception particulière du développement, tous les pays doivent suivre un schéma linéaire afin d'atteindre l'ère de la consommation de masse. L'Etat ne joue donc qu'un rôle secondaire voire nocif dans le processus de développement.

D'après les fondateurs de l'Ecole classique, Smith et Ricardo affirment que le commerce international est un jeu à somme positive, tous les participants y

³² Jean Coussy, Les politiques publiques dans la mondialisation libérale : un retour ? ; L'Economie Politique N°17 ? Janvier 2003

gagnent, même les pays en voie de développement doivent chercher leur avantage absolu ou comparatif et procéder à l'ouverture de leurs économies au marché mondial. L'Etat ne doit donc pas intervenir en imposant des barrières protectionnistes, il doit laisser le processus de développement dans les mains de la main invisible du marché.

Dans la pensée libérale, l'explication des phénomènes économiques se trouve dans l'action des seuls individus, acteurs sur les marchés. L'individu est considéré comme un être rationnel qui procède à des calculs afin d'atteindre le mieux possible ses objectifs, compte tenu des contraintes environnementales qui s'imposent à lui. La démarche classique est donc une démarche microéconomique : ce sont les lois du marché ou loi de l'offre et de la demande qui doivent conduire à un équilibre macroéconomique général dans le cadre d'une concurrence pure et parfaite. C'est la poursuite des intérêts particuliers qui aboutit à la satisfaction générale, au bien-être de la société sans que cette recherche des intérêts particuliers ne soit considérée comme nuisible à l'intérêt général, bien au contraire.

La "main invisible" du marché suppose que la recherche par chacun de son intérêt individuel permettra d'atteindre l'intérêt général. Elle aboutit à la meilleure efficacité économique qui soit et concilie parfaitement l'intérêt général et les intérêts particuliers. Il en résulte naturellement une volonté sans équivoque de maintenir l'Etat hors de la vie économique. Il suffit que chacun poursuive son activité pour que se réalise l'harmonie sociale. Au final, nous pouvons donc dire que dans une optique libérale, le marché correspond à un processus d'ajustement entre les actions économiques des individus, processus qui apparaît comme le seul moyen de concilier la liberté individuelle et les contraintes sociales.³³

Le "laisser-faire, laissez-passer" signifie que la liberté d'entreprendre et la propriété des moyens de production sont à même d'assurer la meilleure efficacité économique. Il faut en quelque sorte laisser faire les individus à l'intérieur d'un pays et laisser passer les marchandises entre les nations. Le "laisser passer" correspond au libre-échange. Les biens, les services, et les hommes doivent pouvoir librement circuler entre les nations. Sur le plan des relations entre Etats, chaque fois qu'il existe un avantage absolu pour la production d'un produit, le commerce international est souhaitable.³⁴

Jean-Baptiste Say a été rendu célèbre par la fameuse "loi des débouchés" qui représente toujours dans une certaine mesure le fondement théorique des politiques libérales de l'offre, qualifiées plus tard de politiques de rigueur. Cette loi économique se formule de la manière suivante : "La valeur de la production au moment où les biens sont offerts sur le marché est équilibrée par le revenu distribué à ceux qui ont participé à l'œuvre de production". Pour

³³ Jacques Percebois, Economie des Finances Publiques, op. cité pp106

³⁴ Jean Pierre Paulet, Llibéralisme économique depuis 1945, de la doctrine aux grandes expériences ; Edition Ellipses, Novembre 1998

Say, le revenu est égal au coût de production. C'est donc l'offre qui précède la demande et non l'inverse. La loi des débouchés a été formulée différemment beaucoup plus tard. Le théorème d'Helmut Schmidt est maintenant devenu classique "Les profits d'aujourd'hui feront les investissements de demain qui créeront les emplois d'après demain". C'est le fondement théorique des politiques de l'offre. Donc, pour Say et les libéraux, la possibilité d'un déséquilibre global causé par une insuffisance de la demande par rapport à l'offre ne peut se concevoir.

B.2. passer de « plus d'Etat » à « moins d'Etat »

Pour les théoriciens libéraux, l'Etat ne doit donc pas intervenir économiquement. Car, l'Etat en tant que tel, peut même constituer une entrave au développement. D'après les économistes du Public Choice, « l'Etat ne répond qu'aux besoins individuels des hommes politiques ou des puissants lobbies ».

.Ainsi, La logique de l'Etat n'est pas une logique collective qui favoriserait le développement du pays en général, mais une logique personnelle que l'on peut considérer comme un comportement de « rent seeking ».³⁵

Au jour d'Huis, si le libéralisme se fonde principalement sur l'idée d'une intervention limitée de l'Etat et sur les vertus du marché comme moyen de régulation de base ; Le problème réside dans le fait que le libéralisme lui même a révélé ses insuffisances dans le passé, mais se trouve aujourd'hui seul à dénoncer les incorrections du fonctionnement de l'Etat : gaspillages, pertes de rentabilité, etc.

Malgré tout, certains libéraux, et c'est nouveau, ne nient plus les insuffisances de la théorie classique d'équilibre par le marché. Ils ne se prononcent donc pas pour le « non Etat » mais pour le « moins d'Etat ». De ce point de vue, il est clair qu'à leurs yeux, les insuffisances du libéralisme sont moindres que celles générées par l'état providence.

Mais, ce genre d'approche part du présupposé qu'il n'existe pas d'autres alternatives que celle du choix entre public et privé. La question est donc celle de la recherche du bon équilibre entre ces deux sphères de la vie économique et sociale que sont le public et le privé.

Si d'une part on demande aux gouvernements de moins réglementer les échanges commerciaux, certaines analyses proposent en contrepartie que l'Etat s'occupe davantage d'éducation, de formation de la main-d'oeuvre, d'innovation et de développement technologique. Il faut donc désormais parler d'une nouvelle forme de gouvernance axée vers une gestion publique

³⁵ Emilie Stumpf « L'intervention de l'Etat est-elle nécessaire dans une économie de marché ? » Revue d'économie politique, mai 2001

responsable et de politiques publiques mieux intégrées.³⁶ Si les citoyens veulent moins d'interventionnisme étatique dans le secteur économique, ils optent pour plus d'Etat pour assurer une certaine cohésion et équité sociale.

B.3 Les fondements théoriques du retrait de l'Etat de la sphère économique

Dans les années 70, les politiques keynésiennes s'avèrent inefficaces pour la reprise de l'économie après le premier choc pétrolier. En réaction à cela, un renouveau libéral voit le jour avec deux économistes fondamentaux, Friedrich von HAYEK de l'école autrichienne et Milton FRIEDMAN, chef de file des monétaristes.

B.3.1 principaux théoriciens du nouveau courant libéral

Friedman et Hayek, ces deux économistes libéraux ainsi que beaucoup d'autres par la suite prônent la non-intervention de l'État au profit d'un marché libre et spontané qui assure l'équilibre de l'économie.

B.3.1.1 Friedrich Von Hayek

L'État perturbe l'équilibre naturel "spontané" du marché, et ainsi ne permet pas une allocation optimale des ressources

L'idée de la primauté du marché dans l'économie a surtout été défendue par HAYEK, pour qui, seul le marché permet la réalisation des intérêts individuels et de la civilisation. HAYEK voit le capitalisme comme un "ordre spontané" qui se régule tout seul par l'intermédiaire du système de prix³⁷.

Ainsi, les prix et notamment les salaires doivent être totalement flexibles.

HAYEK explique que l'État ne doit intervenir que pour assurer le fonctionnement dit spontané du marché et la liberté des individus. Selon lui, seule la soumission au marché permet la liberté et la satisfaction maximale des individus. Pour cet auteur, ce n'est pas l'insuffisance de la demande qui est la cause du sous-emploi, mais l'injection trop importante de monnaie de la part des autorités monétaires (donc l'État) en est la cause. En effet, une injection de monnaie dans l'économie ne permet pas de résorber le chômage, au contraire, elle entraîne des disparités suffisante dans la répartition de la production entre les différents secteurs (notamment entre ceux qui produisent des biens de

³⁶ Beaud Michel, *l'Economie Mondiale dans les années 80*, Pars, La Découverte, 1989

³⁷ Gilles Dos taler « Libéralisme, Etat et secteur public », séminaire théorique sur service public et mondialisation ; AITEC (association internationale des techniciens, experts et chercheurs)

consommation et ceux qui produisent des biens d'équipement) et elle peut aggraver le chômage en précipitant les crises.

B.3.1.2 Milton Friedman

Milton FRIEDMAN, chef de file des monétaristes adressera lui aussi une sévère critique à KEYNES et à l'État. Si pour KEYNES la demande de monnaie de la part des agents varie et influe sur le cycle économique, pour FRIEDMAN, cette demande est toujours stable car les individus savent exactement la quantité de monnaie qu'ils souhaitent détenir.

FRIEDMAN évoque alors les encaisses réelles desquelles on a enlevé l'inflation, et le revenu permanent pour FRIEDMAN en situation de sous-emploi, les encaisses réelles peuvent ramener au niveau du plein-emploi. En effet, si les prix baissent plus vite que les salaires, les agents verront leur pouvoir d'achat augmenter et stimuleront la demande. Il n'y a donc pas besoin de l'intervention de l'État.

Par ailleurs, le revenu permanent est le revenu présent plus la somme des revenus futurs actualisé. FRIEDMAN explique que les individus déterminent leur revenu permanent en fonction de leur passé et de leur histoire. Ils font des anticipations adaptatives en calant leur consommation sur leur revenu permanent. Toute variation autour de ce revenu permanent, appelée revenu transitoire se traduit alors par une variation de l'épargne. Ce thème sera repris plus tard par Robert LUCAS, fondateur de la nouvelle macroéconomie classique avec la notion d'anticipations rationnelles. Les individus peuvent anticiper la politique économique envisagée et ainsi de la contrecarrer.

FRIEDMAN expliquera que l'inflation est toujours et partout un phénomène d'origine monétaire. Dès lors, il explique que les politiques keynésiennes génèrent de l'inflation et que la responsabilité en revient à l'État. Il préconise donc de fixer un taux de croissance de la masse monétaire et qu'il faut le caler sur le taux de croissance naturel. Ce taux devra être fixé indépendamment des gouvernements, par des autorités indépendantes, il proposera, pour cela, de laisser cette fonction aux banques centrales mais de les rendre indépendantes du pouvoir politique. Cette idée sera reprise dans le traité de l'Union européenne de Maastricht. Dès lors, les banques centrales, indépendantes, ne pourront plus financer le déficit budgétaire par des avances.

B.3.1.3 Arthur Laffer

La courbe de Laffer, du nom de l'économiste américain Arthur Laffer, vise à expliquer les relations entre le taux de l'impôt et le montant des recettes fiscales.³⁸ Lorsque le taux de l'impôt est nul, son rendement est évidemment nul ; mais lorsque le taux de l'impôt atteint 100 %, son rendement est également nul, plus personne n'ayant intérêt à produire. La question est de

³⁸ Nicolas Annereau, Synthèse sur les principaux courants de la pensée économique : le courant libéral in Planet' Economie, décembre 2008

savoir ce qui se passe entre les deux : la thèse de Laffer est la suivante. Dans un premier temps, lorsque le taux de l'impôt augmente, les recettes fiscales augmentent également. Mais au delà d'un certain seuil d'imposition, la hausse de la pression fiscale fait que la matière imposable "se dérobe" : autrement dit, le poids de l'impôt décourage l'effort productif, ce qui réduit la masse du revenu imposable ; les recettes fiscales elles-mêmes diminuent. Cette analyse a eu un impact considérable aux Etats-Unis, où elle a accompagné les mouvements dits de révolte des contribuables. Ces mouvements de baisse de l'impôt - qui s'inscrivent dans la philosophie générale de l'économie de l'offre se sont ensuite étendus à tous les Etats-Unis.

En effet, la pression fiscale, aux Etats-Unis et encore plus en Europe, a atteint un tel niveau qu'elle condamne tout effort productif supplémentaire, décourageant la production, les revenus, l'épargne et l'activité en général. La baisse de la pression fiscale devrait libérer les forces productives, et provoquer une progression de la production: par là même, la matière imposable augmentera, et le rendement de l'impôt aussi, tout en étant plus léger en pourcentage des revenus. Cette analyse rejoint le courant de l'économie de l'offre, parce qu'elle vise à agir sur l'activité du côté de la production au lieu de manipuler la demande comme le proposent toutes les politiques d'inspiration keynésienne.

Laffer s'oppose donc à KEYNES sur le rôle central qu'il accorde à la demande. En effet les théoriciens de l'offre reprennent la loi de SAY et expliquent que tout part de l'offre. Il faut la stimuler pour stimuler l'activité économique. Les objectifs sont de baisser les taux d'intérêt et d'augmenter la profitabilité des entreprises par une politique favorable à l'épargne et en créant son esprit d'entreprise. Ainsi, les "supply-siders" n'expliquent pas la crise par une insuffisance de la demande mais par une stagnation de la production. C'est là qu'intervient la thèse de LAFFER selon laquelle un taux d'imposition trop élevé décourage les individus à travailler et entraîne donc un ralentissement de l'activité économique.³⁹ Il faut donc diminuer les impôts, notamment les impôts progressifs car ils touchent les personnes aux revenus les plus élevés qui épargnent le plus et donc dynamisent l'économie.

B.4 L'économie de la bureaucratie et contestation du fonctionnement des services publics

Après la deuxième guerre mondiale, l'économie publique a connue un développement extraordinaire mesuré par une croissance remarquable des dépenses publiques.

Les raisons sont variables, d'une part c'est l'émergence des idées socialistes qui sollicitent une présence plus large de l'Etat dans tous les secteurs économiques, d'autre part, c'est l'effet d'après guerre qui mène vers une plus grande prise en charge des problèmes sociaux économiques.

³⁹ E .Legrand, Libéralisme économique et libre échange ; IVFM d'Auvergne / université de Rennes

L'Etat en tant qu'agent politique devenant progressivement « régulateur économique » est sollicité d'abord comme agent restructeur économique

Depuis, le fonctionnement de l'Etat, dans sa conception la plus large: politique, économique et socialest sujet de profondes analyses et critiques ; d'ailleurs cette situation a eut des retombées très appréciables sur la recherche dans les théories de l'économie publique.

Mais, comme tout système englobant une multitude de tâches, le fonctionnement des services publics ne pouvait rester sans incidence sur la vie des citoyens et des finances publiques en général.

Ainsi, la naissance de la théorie du « public choice » n'est pas un simple hasard, elle coïncide justement avec l'émergence du secteur public dans le monde et de l'introduction progressive de l'Etat dans toute la sphère économiques.

L'objectif fondamental de cette école est de mettre à nu les principales défaillances de l'Etat dans son fonctionnement global.

B.4.1 La théorie de la bureaucratie

La théorie de la bureaucratie est le produit de l'école du « public choice », son objectif fondamental est d'étudier le comportement de l'Etat dans toutes ses dimensions :

Politiques, économiques et social ; d'apporter une étude critique à toutes ses fonctions et mesure l'effet de ses actions sur l'ensemble de la société.

« Public choice » constitue une part importante de la recherche dans la théorie de l'Etat, parce qu'elle met en lumière, en décrivant, analysant et jugeant le comportement des agents de l'Etat (fonctionnaires et assimilés) en tant que représentants de la politique.

Cette théorie c'est attachée en ses débuts à une analyse de différences entre les comportements des organisations publiques et privées pour en tirer un certains nombres de conséquences.⁴⁰

Elle devient plus fondée ces dernières années avec les appels à la privatisation et la Mondialisation de l'économie.

B.4.2 économie de la bureaucratie et critiques de la gestion publique

⁴⁰G. Belanger, « l'économie du service public », 1979, p332

Ainsi, Cette théorie a critiqué la gestion du secteur public par rapport à un certain nombre d'éléments qui constituent aujourd'hui des motifs assez forts justifiant le recul de l'Etat du domaine de l'économie et du social.

Selon leur importance, ces éléments peuvent être résumés comme suit :

B.4 .2.1 Budget et comportement des bureaucrates :

La gestion de l'entreprise privée est sanctionnée par un chiffre d'affaire et un niveau de profits qui sont le résultat d'un ensemble de choix économiques pour les meilleures opportunités offertes sur le marché.

L'entreprise publique non marchande reçoit par contre une allocation budgétaire pour lui permettre de satisfaire une demande collective dont la sanction économique des choix internes n'existe pas ; puis que, toute son activité dépend du budget alloué par l'Etat et non des objectifs fixés par l'organisation.⁴¹

Les bureaucrates sont définis comme les responsables d'administration qui bénéficient d'une situation particulière par rapport au caractère non marchand de leur fonction de production de biens et de services publics, leur comportement se traduit par des effets très néfastes sur le budget⁴²

En effet, l'intervention publique se concrétise par le budget qui regroupe aujourd'hui deux catégories répondant à deux fonctions différentes :

Les fonctions régaliennes : celles qui se rattachent à la conception la plus ancienne de l'Etat pour maintenir l'ordre intérieur et extérieur

Les fonctions tutélaires qui regroupent l'ensemble des interventions et services qui incombent à l'Etat car le marché ne les prennent pas en compte (Biens méritoires).

Mais, le bureaucrate, en recevant le budget global pour organiser son activité et l'ordre de son application, il laisse une marge de manœuvre très importante appelées « budget discrétionnaire ». Ces ressources sont gérées librement par l'institution publique pour répondre généralement à une demande toujours plus large

De ce fait, l'autorité de tutelle qui leur confie une mission particulière de services publics n'aura pas une idée exacte sur les coûts réels de fonctionnements.

Pour la théorie de la discrétion managériale, l'administration publique peut profiter de sa fonction ou position hiérarchique pour garder toujours en secret un certain nombre d'informations (prix – coûts de production – quantités

⁴¹ A.Bienayme « décisions publiques et marchés » : entreprise, marchés, Etat », PUF 1982 pp104-129

⁴² Xavier. Greffe, Economie des politiques publiques, ED Dalloz, Paris, 1994

....etc.), il dispose donc d'une rente d'information qu'il peut transformer en pouvoir discrétionnaire.⁴³

Le bureaucrate dans sa position de force dans la négociation avec la tutelle peut prétexter des biens nouveaux, développer des activités nouvellesde façon à réclamer un budget sans cesse croissant qu'il utilisera à discrétion pour renforcer son pouvoir, ce qui se traduit par des dépenses coûteuses pour la collectivité.

B.4.2 .2 L'allocation des ressources :

En principe, La limite des ressources par le budget impose un choix des objectifs et une gestion très stricte des moyens financiers confiés aux gestionnaires des services publics :(bureaucrates pour les auteurs de cette école). Ceci est juste parce que le financement des services publics se fait généralement par l'impôt, et toute gestion publique traduit un coût d'opportunité qui se mesure par la quantité des biens et services qui auraient pu être produits par les même ressources prélevés par les pouvoir publics.

Aussi, l'allocation des ressources se traduit par un problème de financement des services qui dénature la plupart du temps les missions même de l'Etat.

Pour les services collectifs, il n'est pas nécessaire d'envisager le partage de quantités produites car la quantité offerte est disponible pour tous en raison de la non rivalité.

Il apparaît dans la réalité, que dès qu'un service collectif est mis en place, ses caractéristiques de non rivalité et de non exclusion permettent à un grand nombre d'en jouir des services sans avoir nécessairement à contribuer directement à leur financement.

En outre, parce qu'ils ne sont pas confrontés au paiement obligatoire d'un prix ou (participent symboliquement), les individus usent le service jusqu'à satiété, ce qui a produit le phénomène de congestion des services publics.

En effet, la congestion d'un service collectif modifie toutes ses caractéristiques et s'analyse par une perte de qualité et de profits pour l'ensemble des usagers. Toute fois, et dans mesure ou leurs goûts diffèrent, le bénéfice marginal tiré par chaque consommateur ne sera pas le même. Aussi, les utilisateurs ne peuvent dévoiler leurs préférences puisqu'ils sont en mesure d'en bénéficier de nombreux services sans contrepartie financière directe, et donne par la même occasion une fausse illusion de gratuité ce qui pose le problème d'équité par rapport au financement par l'impôt. Cette situation traduira des déséquilibres sur le marché et soulèvera le problème de tarification qui se posera comme une dimension de justice redistributive.

⁴³ Pierre Lemieux, l'économie des défaillances de l'Etat ; institut constant de Rebecque, Genève, septembre 2008

Dans le domaine des finances publiques, les théories macro économiques suggèrent une croissance des dépenses pour améliorer le niveau de vie de la population. Mais, pour les analystes de cette école, ceci provoque une augmentation plus que proportionnelle de la demande de prestations publiques. Parce qu'en réalité, la hausse des impôts n'exerce qu'un faible effet sur la demande ; et il existe d'autres facteurs bien plus importants qui conditionne l'offre et la demande des biens et services publics.

B.4.2 .3 Règles et standards :

Les entreprises privées lisent leur efficacité directement sur certains indicateurs : profits, parts du marché, mais, les organisations publiques développent tout un ensemble de règles et de standards pour guider , réglementer et évaluer leurs performances .Ces derniers , n'ont pas un lien clair et fiable avec les buts publics qu'ils sont censés promouvoir .Ceci , provoque des risques d'apparaître des divergences entre les résultats effectifs et ceux socialement désirés . L a conséquence est, généralement un gonflement des coûts et une réduction du niveau de la production réelle ⁴⁴

Ainsi, le fonctionnement des services publics laisse apparaître certains dysfonctionnements au niveau de l'offre. Parce qu'en théorie comme en pratique, il est particulièrement difficile de définir et de mesurer la quantité et la qualité de la production de la plupart des biens et service vu leurs caractère intangible, ce qui rend toute comparaison sur l'efficacité très difficile et même impossible parfois.

Comme les organisations non gouvernementales ne recherchent le profit , l'évaluation de la performance est très difficile à faire , de même que l'élimination des mauvaises organisations en cas de faillite n'est pas toujours possible contrairement à ce qui se produit sur le marché .⁴⁵

De même, l'utilisateur des services publics n'est pas en mesure d'exprimer ses préférences directement sur un marché qui peut présenter un choix varié ; parce que les paramètres de sélection des services publics se limitent à quelque caractéristiques du produit et ne peuvent contenir toute la richesse de l'information sur les désirs des consommateurs.

De ce fait , des services publics seront le produit de la centralisation de l'ensemble des demandes variées des citoyens ; l'Etat favorisera ensuite la standardisation de la production et Le résultat se concrétisera par la création d'un bien standard pour tous les usagers .

Parmi les règles qui se sont imposées dans les organisations publiques, la conviction selon laquelle la taille du budget est un critère de bonne performance. Le résultat, est que le mécanisme d'ajustement entre l'offre et la

⁴⁴ Gérard Bélanger op.cité PP 63- 67

⁴⁵ Gérard.Bélanger « l'université institution à but non lucratif », revue d'économie politique, 1977 pp574-590

demande de prestations gouvernementales sont souvent sujettes de déséquilibres chroniques.

Aussi , il est remarqué que lors de l'établissement ou de l'exécution d'un programme public , les bureaucrates soulèvent des problèmes et proposent des solutions sans avoir à assumer la responsabilité de suivre l'application de toutes les mesures ; avec une très forte préférence pour les solutions urgentes . Ceci, se contredit bien sur avec la vision à long terme dans la gestion des entreprises.

B.4.2.4 Coût et revenu :

Pour la plupart des prestations publiques , les objectifs et les bénéficiaires d'un programme sont concentrés sur un groupe particulier de citoyens , alors que le coût est réparti largement sur l'ensemble , parce que le financement est assuré par l'impôt (bien entendu).

Ainsi, les activités non marchandes ont supprimées le lien essentiel entre le coût (pour produire une prestation) et le revenu (pour la financer).

Dans ces conditions, il y a grand risque que des ressources superflues soient engagées ; ce qui traduit une offre de prestations supérieure à la demande. En d'autre terme , il est fort probable que la production soit faite avec des coûts très élevés sans que toutes les possibilités offertes d'amélioration technologique de la production ne soient exploitées

B.4.2.5 Prix des services publics :

L'économie de marché repose sur le principe selon lequel les coûts d'opportunités sont le libre résultat des offres et des demandes décentralisées ; dans un tel système, le prix assurerait trois fonctions :

-Une fonction d'information : Le prix devrait résumer l'essentiel dont les agents économiques ont besoin pour coordonner leurs actions.

-Une fonction d'exclusion : pour les différents biens marchands, celui qui n'est pas disposé à payer le prix pour un produit déterminé sera exclu du marché.

-Une fonction de régulation : Dite paramétrique (OSCAR LANGE), que la variation des prix entraîne une réaction d'adaptation de l'offre et de la demande.⁴⁶

En effet, sur un marché le système de prix permet d'éliminer les moins performants, incite sans cesse les autres à améliorer leur productivité et contraint les demandeurs à révéler leurs préférences. Ce point est essentiel, car, en indiquant le coût d'opportunité pour les différents biens et services, les acteurs dévoilent leur aptitude à payer.

⁴⁶ M.H L'Hériteau op. Cité p 55

Or, dans le cas des services collectifs non marchands, l'absence de prix empêche le fonctionnement de ce mécanisme ; ce qui rend le financement public très difficile surtout du point de vu de la couverture des coûts.⁴⁷

B.4.2.6 Budget et type de demandes :

Les entreprises privées et publics font face à des demandes de nature différentes. Dans les marchés ordinaires des biens et services (privés), les consommateurs expriment leurs préférences variées pour les diverses caractéristiques d'un produit, il y va de l'Interet des producteurs d'adapter leurs produits aux préférences de ces consommateurs. Motivés par le profit, les producteurs fournissent ainsi une grande variété d'un même bien pour satisfaire Une large catégorie de clientèle

L'entreprise publique par contre, fait face à une demande collective qui est le résultat d'un arbitrage entre les différents services gouvernementaux ; cet arbitrage se concrétise par le budget qui prend la forme des crédits annuels alloués à de multiples programmes.

Les besoins « collectifs » sont recueillis annuellement puis transmis aux autorités supérieurs pour déterminer le budget de chaque poste (santé - éducation -.....) selon l'ordre de priorités.

Ainsi, Les critères de répartition des crédits sont importants, puis qu'ils indiquent les actions que compte l'Etat développer ou rentabiliser dans l'avenir.

Les différences dans l'expression des demandes ont impact sur l'out put des deux types d'institution. L'institution privée fait directement face à des consommateurs ayant des préférences variées , ce qui l'oblige à porter attention aux différentes caractéristiques de son produit et très souvent le diversifier . Pour sa part, l'institution publique doit s'adapter aux incitations que véhicule la décision centrale pour les principaux critères de choix.

Pour ces derniers, l'Etat alloue son budget après évaluation et les critères de choix se limitent à quelques caractéristiques du produit. De ce fait, ils ne peuvent contenir toute la richesse d'information sur les désirs des consommateurs.

Comme L'Etat se préoccupe de satisfaire une demande collective, il ne peut se préoccuper des multiples caractéristiques du produit, il favorise donc la standardisation de la production.⁴⁸

En somme, les aspects demande des institutions publiques sont le produit de la centralisation ou de la collectivisation des demandes variées des citoyens par le processus politique.

⁴⁷ Henri Lepage, l'école du public choice, in demain le capitalisme, ED Seuil, 1989

⁴⁸ X.Grefre « Analyse économique de la bureaucratie » Ed. Economica, 1981, pp162-185

Aussi, l'utilisateur des services publics n'est pas en mesure d'exprimer directement ses préférences, car les prix sont dans la plu part du temps symboliques et le consommateur n'est pas concerné par les coûts d'usage ou de consommation.

En résultat, nous pouvons dire que la principale différence entre la relation d'échange qui prévaut sur un marché et celle qui caractérise un bureau tient au fait que ce dernier offre une production totale en échange d'un budget, alors que l'organisation marchande offre des unités de production à un prix donné.

B.4.2.7 Les droits de propriétés :

Dans une institution sans but lucratif, aucun groupe n'a intérêt à favoriser la réalisation de profits, puis que le droit de propriété sur ces profits n'existe pas et l'objectif fondamental est la satisfaction d'un ensemble de biens collectifs.

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

Aussi, La théorie des droits de propriétés montre que tout écart par rapport à la propriété privée et la concurrence est facteur de baisse d'efficacité.

De même selon cette théorie, La propriété collective est beaucoup moins motivante que la propriété individuelle dans la recherche du profit, maîtrise des coûts et sélection des meilleures opportunités du marché.⁴⁹

Aussi, devant l'absence d'un bon critère de mesure d'efficacité dans le marché des biens et services publics (puisse que la réalisation des profits n'est pas envisageable) , les prix et les coûts ne sont pas des éléments d'exclusion du marché ; il est constaté dans ce contexte que les intérêts du bureaucrates divergent sensiblement de l'intérêt général . Les managers publics ont des stratégies personnelles (équipement de luxe) parfois bien éloignées des intérêts de la collectivité et ce décalage conduit à des gaspillages et à des inefficacités

B.5 Les libéraux, critique de l'Etat et de ses attributs

Le retrait de l'Etat qui était non justifié et non fondé par les keynésiens est au jour d'hui remis en cause pour un certains nombres d'éléments que l'ont peut résumer comme suit :

B.5.1_ efficacité allocative :

⁴⁹ X.Greffe op. Cité

La gestion des services collectifs a toujours été contestée par rapport au critère d'efficacité qui est le résultat direct de la révélation imparfaite des préférences des individus selon la théorie du « public choice ». Aussi selon cette même école, dans la gestion publique ; l'objectif d'efficacité allocative est dominé essentiellement par des caractères politiques.⁵⁰

Ainsi, l'efficacité est traduite par un ensemble de critères de mesures qui portent surtout sur des dimensions techniques et organisationnelles.

A cet effet, l'efficacité technologique est souvent recherchée pour justifier la performance des services publics .Ce dernier signifie le recours par l'Etat à l'usage des meilleures technologies se trouvant sur le marché afin de réduire au maximum le coût de production des biens et services et répondre par la même occasion à une demande toujours plus importante

De même, il est connu que l'Etat adopte un autre critère celui d'efficacité organisationnelle qui justifie l'amélioration constante de l'organisation, du management, et surtout l'augmentation de la motivation des travailleurs pour accroître progressivement la productivité des entreprises publiques.

Mais, dans la pratique les nombreux critères retenus par l'Etat pour justifier la performance de ses actions se sont avérés jusqu'à présent insuffisant et inefficace. De ce fait seul le critère qui reste en mesure de répondre pleinement à cette fonction est le profit.

Car , sur un marché , le contrôle de performance est assuré directement par les consommateurs qui portent leur choix sur les produits ayant le meilleur rapport cout_ qualité et quantité en même temps ; alors que dans le secteur public ce choix est difficilement mesurable, quantifiable ou même évaluable pour une raison essentielle qui est l'absence de profit parce qu'il est prouvé jusqu'à nos jours que ce dernier est le seul critère qui résume un ensemble de comportements des acteurs sur le marché.

Le profit est retenu donc comme l'outil le plus pertinent qui traduit des différences majeures dans le système de récompenses et de sanctions des acteurs dans les deux économies publiques et privées.⁵¹

Cette situation a créé des difficultés majeures dans le fonctionnement des services publics dans beaucoup de pays au monde, et l'expérience a clairement montré qu'il n'est guère possible de définir une batterie de critères qui permettraient de déterminer des prestations qui doivent être fournis par un gouvernement et celles qui peuvent être soumises aux forces du marché.

B.5.2 critique de la fonction distributive

⁵⁰ JP. Anastassopoulo, G.Blanc et P.Dussauge « les multinationales publiques » Dalloz, Paris 1980

⁵¹ Bernard Elie, La situation actuelle de l'économie Mondiale et perspectives des années1990 :Quels réflexions, UQAM , 30 janvier ,1993

La justice redistributive pose au jour d'Hui le problème de la taille du secteur public surtout par rapport à la possibilité d'une meilleure gestion des ressources, la maîtrise des coûts et l'efficacité dans l'établissement des politiques sociales : santé, éducationEtc.

Cette situation nous amène à réfléchir sur deux plans essentiels :

Sur le plan externe : ou' La globalisation de l'économie a non seulement transformé le contexte de fonctionnement des entreprises privées mais aussi celui du secteur public en appelant ce dernier à être plus efficace ; en révisant ses principales règles de gestions et redéfinissant surtout la place du profit dans l'entreprise.

D'autre part, c'est la pression des citoyens contribuables et la résistance à l'égard de la charge fiscale qui s'est accrue ces derniers temps dénonçant la faillite de l'Etat par rapport à cette question ; car le poids de leurs contribution a complètement modifié leur pouvoir d'achat et atteint leur niveau de vie.

La prise de conscience d'agir efficacement c'est donc généralisée dans tous les secteurs relevant du public.

Sur le plan interne : les difficultés financières publiques et la constatation de garder les coûts de certaines prestations à un niveau relativement bas pèsent de plus en plus lourdement sur la gestion publique.

Le débat s'est porté finalement sur la nécessité de revoir l'intégralité de la gestion des services publics soit par le recours à la privatisation , la cession , la délégation , le partenariat.....etc.

Enfin , le débat sur la juste répartition des taches entre les secteurs privés et publics empreinte l'idéologie du 3 millénaire , mais le danger reste celui de perdre de vue les arguments factuels justifiants une politique donnée (logement social par exemple) , ce qui s'est produit dans beaucoup de pays au monde ces dernières années en soumettant un nombre croissant de services au lois du marché ce qui a marqué une certaine atteinte à la fonction redistributive de l'Etat et de la solidarité sociale .

B.5.3. L'Etat et les politiques sociales :

Au jour d'Hui, la situation économique et politique mondiale fait que les politiques sociales sont confrontées à des difficultés exogènes et endogènes.

Exogènes, parce que le contexte de mondialisation de l'économie qui a suivi la fin de la guerre froide et les progrès fulgurants des technologies de l'information ont fortement renforcé le climat de la concurrence, ce qui a obligé toutes les entreprises (quel que soit leurs natures) à prendre des mesures pour augmenter leur productivité, diminuer leur coûts et enfin accroître l'efficacité globale en plaçant le profit comme le meilleur critère de performance.

D'autre part ,les difficultés *endogènes* se résument surtout par rapport aux bénéficiaires des services publiques et certains groupes sociaux (chômeurs , malades ,retraités) qui s'adaptent difficilement aux changements et demandent à l'Etat toujours plus d'assistance , de revenu, et d'indemnités .⁵²

Mais en réalité, Le financement des politiques sociales est de plus en plus difficile à effectuer en raison d'une part de la rareté des ressources publiques, d'autre part parce que le poids des salaires pèse lourdement sur l'ensemble des dépenses publiques.

La polémique sur les politiques sociales et de redistribution est conflictuelle dans de nombreux pays au monde ; d'un coté les milieux patronaux plaident pour une réduction de l'effort en matière de politiques sociales (baisse des salaires) pour réduire les coûts, de l'autre coté, les milieux syndicaux se mobilisent pour sauvegarder ce qui est appelé « les acquis sociaux ». Ces derniers représentent certains avantages sociaux tel que : la sécurité sociale, le droit de grève, sécurité au travail, volume horaireetc.

Il revient de montrer que les objectifs d'efficacité et d'équité ne sont pas indépendants, parce qu'une politique de redistribution trop volontariste peut nuire à l'efficacité économique et au contraire un climat conflictuel peut mener les sociétés vers l'autodestruction

Mais , il faut dire aussi que dans toutes les situations, les conflits sociaux et la démobilisation des travailleurs nuisent non seulement à l'efficacité économique mais aussi à la cohésion sociale..

Vue l'importance des politiques sociales en dépenses dans les programmes gouvernementaux, il est très claire au jour d'Hui que la politique de redistribution entraîne un coût qui doit se mesuré par des critères autre que le niveau de vie, l'équité ou autre.

Ainsi, il est prouvé en pratique que les critères marchands sont plus révélateurs et dévoilent une meilleure efficacité que ceux traditionnellement utilisés dans la gestion des services publics.

De même, l'Etat est tenu d'effectuer un arbitrage dans sa contribution à l'objectif de redistribution surtout par rapport au coût global de ses différentes actions ; et seules celles qui se traduisent par un gain social net sont en principe retenues.

De ce fait, il est recommandé aux gouvernements de renoncer à la pratique consistant à confier aux dépenses publiques le double rôle de

- vecteur de prestations publiques
- et moyen de la politique redistribution

En effet, il s'avère dans la pratique que la poursuite de ces deux objectifs au moyen d'un seul instrument (budget) est inefficace ; par ce qu'il faut

⁵² Jean.Sato Les grands services publiques et entreprises nationales, Dalloz, Paris 1975

multiplier le nombre d'instruments en fonction des objectifs visés.⁵³ Pour cela, les prestations publiques en biens et services devraient contenir l'objectif d'allocation efficace des ressources et être fournies dans la mesure du possible contre le paiement d'un prix.

SECTION III : Services publics et globalisation de l'économie

Le terme globalisation est apparu aux Etats-Unis dans les années 80 pour qualifier l'interdépendance économique croissante créée par le nouveau mode de production délocalisée, la libre circulation des biens, des capitaux et de l'information.

Cependant, le concept lui-même, existait depuis le XVIème siècle.

A cette époque le système capitaliste reposait sur l'internationalisation de l'économie pour son développement. La quête des marchés extérieurs et la recherche des capacités productives à moindres coûts.⁵⁴

La mondialisation connaît un grand recul durant la première moitié du XXème siècle, marquée par les deux guerres mondiales, l'avènement du communisme et la grande dépression des années 30.

Dans les années 80, les différentes étapes de la mondialisation étaient déjà accomplies: les flux d'exportation étaient conséquents, l'investissement étranger direct était devenu un moteur de développement et les réseaux de production et d'information fonctionnaient à grande échelle.

Les autres éléments de l'histoire économique qui constituent la toile de fond à cette progression de l'intégration économique sont les suivants: le choc pétrolier des années 70, l'application des théories économiques néo-libérales, l'émergence des pays nouvellement industrialisés (PNI), le formidable développement de la télécommunication et l'adoption de la délocalisation et l'implantation des Compagnies Transnationales (TNC) comme mode de production.

La mondialisation telle que nous la connaissons aujourd'hui n'est que l'aboutissement logique d'un processus enclenché depuis plus de trois décennies. Ce processus a connu une accélération dans les années 90, suite au triomphe de l'économie de marché, après la faillite du modèle communiste.⁵⁵

⁵³ Susan George, Rapport sur les investissements dans le monde ; colloque de la fondation Marcelino Botin ; Madrid, Janvier 2000

⁵⁵ Zacharie Arnaud, Toussaint Eric, Le bateau ivre de la mondialisation, ED Syllepse ; Février 2000

Désormais l'ordre économique mondial est capitaliste et la logique financière s'impose à tous, partout ; D'où les nouveaux credo que sont rentabilité et efficacité.

Elle est donc le résultat d'un choix motivé par la recherche des profits, cette même motivation avait occasionné l'internationalisation de la production il y a quatre siècles.

A. La globalisation, nouveau contexte de libéralisation des systèmes dans le monde

A.1 Définitions et concepts

La globalisation pourrait être définie comme étant **"le processus d'intégration des marchés nationaux de biens, capitaux, financiers et des marchés en devises en un unique marché global fonctionnant selon des règles universelles"**.

Le Fonds Monétaire International définit la globalisation comme étant **"l'interdépendance économique croissante de l'ensemble des pays du monde, provoquée par l'augmentation du volume et de la variété des transactions transfrontalières de biens et de services, ainsi que des flux internationaux de capitaux, en même temps que par la diffusion accélérée et généralisée de la technologie"**.⁵⁶

Deux grandes interprétations de la globalisation prévalent: l'une s'inspire d'une philosophie libérale du monde et l'autre d'une vision plus de gauche.

A1.1. Libérale

Selon l'interprétation libérale, la globalisation serait la résultante d'un déterminisme par les forces technologiques qui pousseraient à une intégration de toutes les parties du monde en une seule économie globale. Ce "village global" est censé être bénéfique pour tous ceux qui s'y intégreraient et accepteraient d'obéir aux règles, tandis que ceux qui y résistent seraient exclus de l'essor économique et du développement.

A 1.2. Socialiste

L'autre interprétation, qui s'inspire des théories plus socialistes de l'économie, considère la globalisation comme étant ni plus ni moins qu'une tentative de forcer les gouvernements et les Etats à se soumettre à une hégémonie néo-libérale. Ce ne serait en fin de compte qu'une nouvelle forme d'impérialisme.

⁵⁶ Régis Bénichi, Histoire de la mondialisation, Ed Vuibert 2. , 2000

A. 2. Les dimensions de la globalisation

Même si lorsqu'on parle de la globalisation on le fait souvent par référence à l'économique, nous devons constater que le phénomène n'affecte pas uniquement l'économie mais aussi. Le commerce, les technologies, la vie sociale et culturelle ainsi que le fonctionnement des structures politiques dans les différentes parties du monde ; car ces derniers sont aussi soumis à un mécanisme d'uniformisation.

A.2.1 :Economie

La globalisation économique signifie avant tout la tendance des différentes économies nationales à fusionner pour donner lieu à une unique structure économique globale. Elle implique une libéralisation des secteurs de l'économie qui n'obéiraient plus qu'aux seules forces du marché et des prix. Cette libéralisation de l'économie concerne les deux facteurs les plus importants d'une infrastructure économique: la circulation du capital et la circulation de la force du travail.

Aussi, L'un des dispositifs centraux de la globalisation est la Compagnie Transnationale (TNC).

Une *Transnational Corporation* (TNC) ou, comme on le dénomme en français "compagnie transnationale", "multinationale" ou encore "firme globale" est une structure dont l'existence et les activités se situent à l'échelle planétaire. La TNC fonctionne en prédominance dans un cadre national précis même si ses activités peuvent s'exercer en dehors des frontières nationales

Les TNC - issues d'annexions d'entreprises, de rachats, fusions et autres alliances stratégiques sont des firmes représentant une concentration énorme de capital. Ce sont aussi des structures à travers lesquelles se font des transferts de capitaux et de technologie, et en conséquence de nouveaux modes et normes de production.

La globalisation implique l'application d'une politique économique inspirée du libéralisme et de ce fait minimise l'intervention de l'Etat, avec pour conséquence la privatisation de larges secteurs de l'économie.

A. 2.1.1 La délocalisation

La délocalisation signifie le transfert de certaines activités de production des pays plus développés vers d'autres pays où les coûts de production sont moins élevés. Toutefois, ce sont surtout les unités de production, la distribution ou encore les services après-vente qui sont délocalisés; les fonctions essentielles des entreprises (recherche, conception, contrôle financier) restent souvent dans les pays du Nord. Les progrès technologiques (réseaux de communication, Internet, etc.) ont grandement contribué à ce phénomène de délocalisation.

A.2.1.2 La libéralisation du marché de l'emploi

La libéralisation du marché de l'emploi découle de la libéralisation des mouvements de capitaux. L'ouverture des économies implique aussi une déréglementation de la structure du marché de l'emploi. La remise en cause de la sécurité d'emploi, la refonte des secteurs publics, la remise en cause des protections sociales, la liberté de licenciement ou d'alignement des salaires par le bas, sont réclamées par les chefs d'entreprises afin de faire face à la concurrence.⁵⁷

A.2.2. Financière

C'est toutefois dans le secteur financier que la globalisation de l'économie a été le plus loin. Trois points-clé ont marqué la globalisation financière et monétaire:

A.2.2.1 La dérégulation

La dérégulation signifie la libéralisation monétaire et financière. Cela se fait par le *démantèlement progressif des divers règlements qui régissent les mouvements financiers et monétaires* : contrôle de prix des services bancaires et des échanges de devises ainsi que le contrôle des intérêts à long terme.

A.2.2.2 L'élimination des intermédiaires

Les opérateurs internationaux n'ayant plus besoin de passer par des institutions, telles les banques, pour effectuer les transactions, ils ont *un accès direct aux différents marchés financiers et boursiers*.

A.2.2.3 L'ouverture des marchés financiers internationaux

L'élimination des intermédiaires, *a ouvert les différents marchés financiers nationaux* et les a amenés une plus grande interpénétration.

A.2.3. Commerciale

La globalisation commerciale est fondamentalement le processus par lequel les barrières commerciales entre les Etats-nations sont démantelées, ce processus tend à faire du globe un unique marché où les biens et services circulent librement.

Dans ce processus, il y a eu deux étapes importantes: le GATT et l'OMC.

GATT - General Agreement on Tariffs and Trade

Le GATT, Accord Général sur les Tarifs douaniers, ou le commerce dans ce nouveau contexte est un ensemble d'accords visant à l'élimination graduelle des barrières douanières et commerciales. Le premier GATT a été signé en 1947 (entré en vigueur en 1948) et celui de 1994 à Marrakech a institué l'OMC. Ces accords sont basés sur la reconnaissance de la suprématie des forces du marché et des prix dans le commerce international. Ils couvrent différents domaines commerciaux à travers des dispositifs spécifiques tels le

⁵⁷ M.H Bouchet « La globalisation : Introduction à l'économie du nouveau monde » Pearson Education, 2005

GATS (General Agreement on Trade in Services) pour le secteur des services, le TRIP (Trade-Related Intellectual Property rights Agreement) sur la propriété intellectuelle, le TRIM (Trade-Related Investment Measures) sur la protection des investissements, l'AMI (l'Accord Multilatéral sur l'Investissement).

OMC - Organisation Mondiale du Commerce

L'OMC, institué par les Accords de Marrakech, est entrée en opération au début de 1995. Elle est chargée de la programmation de la mise en oeuvre de ces accords. Elle veille à leur mise en application et est habilitée à prendre des sanctions contre les Etats contrevenants. Elle est aussi l'instance où sont réglés les litiges entre pays signataires.

A.2.4 Technologique

On peut dire que la globalisation technologique, soit la diffusion accélérée et généralisée du progrès technologique, est l'une des composantes essentielles du processus de globalisation.

Le poids de ces avancées technologiques se fait plus particulièrement sentir dans le domaine de la communication (téléphonie, informatique, autoroutes de l'information et Internet). Les parties du globe tendent à être ramenées en un unique réseau de communication qui ignore les frontières nationales et où l'information circule très vite - en temps réel. Le transfert de technologies, autres que celle de la communication, se fait aussi par le biais des délocalisations d'entreprises.⁵⁸

A.2.5. Socioculturelle

Le développement d'un système économique au niveau planétaire ne peut pas ne pas avoir de retombées sociales et culturelles. Une homogénéisation est aussi en train de s'opérer chez l'individu dans trois domaines-clé de son identité:

a- Son rôle de producteur

Les techniques et conditions de travail ainsi que les produits fabriqués tendent à être presque les mêmes dans tous les coins du globe.

b- Son rôle de consommateur

Avec l'émergence des TNC, les produits disponibles sur les marchés du monde entier tendent à être les mêmes, ce qui influe sur les pratiques culturelles des populations. On parle de plus en plus du consommateur global.

c- Son rôle d'information/formation

⁵⁸ Gary Olius Globalisation : de la technologie à l'idéologie ; in Alter Press 16 septembre 2004

Avec les nouvelles technologies de communication et l'émergence de gigantesques groupes mondiaux de presse exerçant au niveau planétaire, les informations reçues aux quatre coins du monde sont les mêmes.

Ainsi, avec le transfert de modèle technologique, c'est aussi un transfert de modèle culturel qui s'est opéré⁵⁹.

Il est important de préciser quelques points importants :

La globalisation se distingue des autres phénomènes d'internationalisation précédents. Ces autres phénomènes poussaient à une intensification des relations entre nations alors qu'ici nous assistons à une réelle interpénétration des nations.

Les Transnational Corporations (TNC) qui sont les dispositifs essentiels de la globalisation diffèrent de la firme internationale en ce sens que cette dernière fonctionne dans un cadre national précis tandis que pour les TNC les frontières nationales et les Etats ne sont plus des obstacles à leur expansion.

Avant la création de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC), les mécanismes de régulation du commerce, tels le GATT, géraient un paradigme de frontières et d'échanges aux frontières tout en laissant la souveraineté aux Etats-Nations.

L'OMC pour sa part intervient au sein des Etats-Nations et s'en annexe des parts importantes de souveraineté.

Aussi, la globalisation implique une diminution du rôle de l'Etat: il cède une partie de ses prérogatives, au niveau extérieur, aux organisations internationales ou régionales, et à l'intérieur, au secteur privé.

B. Les tendances économiques internationales

Ces tendances peuvent se résumer comme suit :

B.1. Globalisation économique et commerciale

La globalisation économique et commerciale est marquée par les faits suivants: une libéralisation des échanges de biens et des services; l'accroissement multilatéral du flux financier; la délocalisation de la production; l'implantation des transnationales.

B.1.1. Libéralisation du commerce (libre-échange)

La signature des Accords de Marrakech engage les parties contractantes à réduire les barrières tarifaires et non douanières qui pourraient entraver la libre circulation des biens et des services. Ce concept de libre-échange aura des conséquences pour les pays en voie de développement.

⁵⁹ Régis Bénichi, op. cité

Par exemple les produits de ces pays ne bénéficieront plus d'accès préférentiel à certains marchés comme c'est le cas actuellement; ces Etats seront aussi contraints d'ouvrir leurs marchés aux produits étrangers alors que leurs propres industries ne sont pas encore prêtes pour la compétition. Cependant la mondialisation offre aussi des opportunités au pays en développement. On peut ici mentionner la possibilité de bénéficier du flux des capitaux et du transfert de technologie, en plus du libre accès à de nouveaux marchés.⁶⁰

B.1.2 Libéralisation et rôle accru au secteur privé

Le triomphe des théories néo-libérales en économie a influencé dans une grande mesure les décisions macro-économiques prises par les Etats. Dans les pays du Nord, sous la poussée du thatchérisme et du *reaganien*, de nombreux secteurs ont été privatisés. En Europe de l'Est, les pays communistes se sont convertis au libéralisme. Les pays émergents d'Asie, pour leur part, basent leur stratégie de développement économique sur cette même logique libérale.⁶¹

. Cette même démarche a été adoptée par les pays en développement sous l'impulsion des institutions de Breton Wood dans le cadre des programmes de réformes structurelles de leurs économies.

Ainsi, de nos jours, la tendance mondiale en économie est à la libéralisation. Les économies sont plus ouvertes et un rôle fondamental est dévolu aux investissements étrangers et au secteur privé.

B.1.3. Développement des flux financiers

C'est dans le secteur financier, avec une accélération des mouvements des capitaux que le processus de globalisation économique a connu sa plus grande avancée. La déréglementation du marché des capitaux commencée il y a trente ans, a assuré une plus grande mobilité des capitaux. Aujourd'hui les financiers déterminent les cours des événements, car avec la libéralisation et la privatisation, les Etats doivent s'astreindre à offrir les meilleures conditions aux investisseurs potentiels. Par conséquent, des considérations relevant davantage de la logique financière déterminent les politiques de développement économique. Ainsi lors de la définition des politiques fiscales et monétaires par les Etats, le poids des exigences du marché des capitaux est considérable.

En effet, l'investissement dans un pays étranger étant une décision relevant du privé, la décision repose sur la possibilité pour l'investisseur d'avoir un retour rapide, conséquent et assuré pour ses capitaux. Ainsi prendra-t-il en considération les éléments suivants: les facteurs économiques, l'environnement sociopolitique, la qualité de l'infrastructure existant.

⁶⁰ Susan George op.cité

⁶¹ Jean Marc Holz et Jean Pierre Houssel « l'industrie dans la nouvelle économie mondiale » PUF, pp117, JANVIER 2002

Les facteurs économiques sont entre autres, le retour sur l'investissement, la sécurité offerte par le pays hôte, le taux de croissance économique, la politique fiscale et monétaire pratiquée.

La stabilité sociale et politique, la bonne gouvernance, ainsi qu'une conception de l'Etat facilitateur sont des caractéristiques politiques de plus en plus recherchés par les investisseurs. D'autre part, le prix et la qualité de la main-d'oeuvre demeurent des éléments déterminant la décision.⁶²

B.1.4. Globalisation technologique

La technologie est d'un apport fondamental au processus de globalisation. L'intégration ne peut se réaliser si les communications sont impossibles. C'est pourquoi le secteur des communications et des télécommunications sont les plus concernés par une implantation globale. Dans la foulée de la libéralisation, le développement de ces deux secteurs était indispensable. Ce processus a lui-même bénéficié de la vague de privatisations. Ces secteurs, longtemps contrôlés par des monopoles d'Etat, ont connu une croissance exponentielle dès leur privatisation. Le développement de ces moyens de communication permet la transmission d'informations et le transport des biens aux horizons les plus lointains.

C. Les premières retombées de la globalisation

Les retombées de la globalisation sont nombreux et diverses, chaque pays mesure aujourd'hui le poids de ce phénomène, par rapport à la situation économique, politique et sociale.

En fin de compte, la globalisation a aboutit globalement aux résultats suivants et dans la majeure partie des pays.

C.1. Réduction du rôle de l'Etat

Il est enregistré réellement une réduction de la taille du secteur public au niveau mondial.

Dans le cadre de la libéralisation, l'Etat limite son rôle à celui d'un facilitateur. Ce concept a été imposé aux PVD par les bailleurs de fonds internationaux dans le cadre de PAS (programme d'ajustement structurel). Cette politique aura à court et à moyen terme des conséquences néfastes dans certains pays du Sud.⁶³

⁶² M.H Bouchet, op. cité

⁶³ Eric Berr ; La dette des pays en développement : Bilan et perspective ; Université Montesquieu IV

En effet, la privatisation de certains secteurs sociaux privera bon nombre de citoyens des services sociaux essentiels.

Ensuite, le recul de l'Etat aboutira à une perte de souveraineté, car sur le plan interne des décisions économiques majeures seront prises par des privés, alors que des orientations macro-économiques seront tributaires des exigences des institutions internationales.

C.2. Mythe de la force du marché

Une critique de fond qu'il faut émettre est que tout le processus de la globalisation est censé reposer uniquement sur la suprématie des forces économiques sans intervention politique. Cette idée rejoint celle qui fait de la globalisation un processus naturel et inéluctable, découlant d'une poussée technologique irrésistible.

Or, on constate que s'inscrire dans la globalisation est le résultat d'un choix politique car, pour beaucoup de pays, la question n'est pas simplement une ouverture des frontières, mais elle implique des transformations de leur structure économique et des modifications à leurs législations, et cela est une action politique.

En ce qui concerne les TNC, les délocalisations n'affectent que certains pans des entreprises, les activités "sensibles" restant dans les pays du Nord contredisant leur image transnationale. D'ailleurs, 5 pays seulement (G5) sont responsables de 75% des investissements directs étrangers dans le monde.

C.3. L'accentuation des inégalités entre les pays du globe

Evaluer les retombées du processus de la globalisation nécessite qu'on précise sur quelle entité (blocs de pays, pays individuels, ou catégories de population).

Puisque le système est basé sur des accès libres et réciproques de produits, biens et services, les retombées positives pour un pays précis seront fonction des capacités d'exportation de ce pays: ceux ayant un fort potentiel bénéficieront plus tandis que ceux ayant peu de potentiel d'exportation seront des perdants. Jusqu'ici, seuls quelques pays du sud (d'Asie principalement) ont su tirer profit des éliminations de barrières, tandis que les pays africains n'ont rien perçu comme bénéfice.

En ce qui concerne l'investissement direct étranger, l'Asie en a bénéficié 65% de la totalité, l'Amérique latine 27% et l'Afrique moins de 13%. Les facteurs, tel le manque d'infrastructure routière ou de communication, ont beaucoup pesé. La moitié des pays en développement n'ont pratiquement pas perçu d'investissements directs.

Aussi, il faut noter que les retombées ne se font pas d'une manière uniforme sur toutes les catégories d'une même société, des écarts se creusent aussi bien à l'intérieur des pays développés que dans les pays en voie de développement.

La dégradation des conditions de l'emploi et le démantèlement des régimes de protection sociale pour faire face à la compétition a générés beaucoup de chômage et d'exclusion que ce soit dans les pays en voie de développement ou dans les pays développés.⁶⁴

C.4. Emergence du régionalisme

Face à la globalisation, de nombreux pays se sont constitués en blocs régionaux, qui ont vu un accroissement des échanges intra zone, comme une première étape vers l'intégration dans un ordre économique mondial. Il est à noter que les échanges interzones sont aussi en augmentation.

C.5. Dégradation de l'emploi et des conditions de travail

La recherche des profits étant l'une des principales motivations de la délocalisation, les entreprises décentralisent certaines étapes de la production dans des pays offrant la possibilité de réduire les coûts. Ainsi des implantations sont effectuées dans des pays pouvant fournir une main-d'oeuvre de qualité à bon marché. Comme de nombreux pays du Sud connaissent un taux de chômage élevé, leurs ressortissants acceptent de travailler pour un salaire relativement bas et bien souvent dans des conditions difficiles : longues heures de travail, manque de sécurité, couverture sociale inadéquate...etc. Cette tendance comporte une faiblesse inhérente au raisonnement libéral, à savoir que le marché se régularise automatiquement. Ainsi dès que la situation de plein emploi est atteinte la main-d'oeuvre se raréfie et devient chère. Dans ce cas, les entreprises étrangères, perdant leur compétitivité, cherchent d'autres opportunités ailleurs.

Afin de préserver leur compétitivité, des TNC choisissent de favoriser la sous-traitance. On aboutit alors à une situation où plusieurs sous-traitants sont en compétition pour décrocher des contrats. Par conséquent les conditions de travail plus pénibles pour les travailleurs prédominent. Il est d'autant plus difficile pour les travailleurs de faire valoir leurs droits car la syndicalisation est faible en raison de la petite taille des entreprises qui les embauchent.

D'autre part, les entreprises optent pour un développement à utilisation intensive de capital. Cela amène à une sélection dans le recrutement avec pour résultat que de larges sections des populations dans les pays du Sud n'arrivent pas à trouver de l'emploi et sont marginalisées.

D. La globalisation dans le contexte socio-économique des pays en développement

La globalisation n'est pas un processus uniforme dans toutes les régions du monde et les variations dans son impact sont importantes.

⁶⁴ Gustave Massiah ; grandeur et décadence de l'ajustement structurels : les programmes d'ajustement structurel et le développement ; AITEC. Avril 2002

En effet, même si la globalisation est censée amener une libéralisation généralisée des marchés, on peut constater qu'en réalité seuls quelques secteurs spécifiques (capitaux, investissements directs étrangers et les services) ont été jusqu'ici plus rapidement libéralisés. A l'inverse, dans les secteurs des produits agricoles et du textile, le protectionnisme reste puissant. Ainsi, la globalisation actuelle profite plus aux pays les plus avancés qu'à ceux en voie de développement. Les pays développés arrivent ainsi à exporter leurs investissements et services tout en protégeant leur propre production agricole des produits venant des pays les moins avancés.

Même entre les pays en voie de développement, les retombées varient énormément. Globalement, les pays d'Amérique latine ont plus bénéficié de ce processus que le continent africain. Selon le CNUCED, l'Afrique (à l'exception de l'Afrique du Sud) a bénéficié moins de 4% des investissements directs étrangers en 1996, pourcentage le plus bas depuis le début des années 80.

Aussi, il est constaté dans la réalité que des décalages importants existent entre les différents pays d'Afrique eux-mêmes et les plus gros bénéficiaires sont les pays producteurs de pétrole (l'Algérie, Nigeria, Maroc, Tunisie, Egypte, etc.), ces derniers recueillent plus de 70% des IDE vers l'Afrique. Des facteurs spécifiques (infrastructure routière et de communication, niveau de formation de la main-d'oeuvre, poids du secteur privé, degré de libéralisation, etc.) vont déterminer les pays récipiendaires.

D'un autre côté, à l'intérieur d'un même pays, les retombées sur les différentes catégories de population commencent à se faire sentir d'une manière très sensible. La libéralisation du commerce et l'impératif d'une productivité accrue pour faire face à la compétition internationale, ont une incidence sur les marchés nationaux du travail. Ainsi, il est recueilli le développement de nouvelles formes de travail (contrat à durée déterminée ou travail à mi-temps) ainsi qu'une baisse dans les niveaux réels des salaires.⁶⁵

D'autre part, les transferts technologiques tendent aussi à modifier les opportunités d'emploi. Une plus grande demande pour une main-d'oeuvre qualifiée (formée/spécialisée) peut amener des situations où chômage et manque de main-d'oeuvre coexistent.

D'autre part, la réduction du rôle de l'Etat a pour conséquence la privatisation de secteurs, qui est souvent accompagnée de réduction d'effectifs ou tout au moins de dégradation de sécurité de l'emploi. Parallèlement, le désengagement de l'Etat entraîne aussi, du fait de diminution de sa marge de manoeuvre, le démantèlement des systèmes de protection sociale (indemnisation, couverture

⁶⁵ Jean Claude Lau thi Keng « L'impact de la globalisation sur les économies des pays de l'océan indien », séminaire organisé par le bureau international du travail sur « les stratégies des organisations syndicales dans la perspective de la globalisation de l'économie », Madagascar, du 8 au 11 décembre 1997.

médicale, retraite, etc.) déjà embryonnaire dans beaucoup de pays africains.

La globalisation a déjà fixé certaines conditions nécessaires pour les PVD pour qu'ils puissent jouir pleinement des bienfaits de ce phénomène .Ces conditions fixés par les grand pays industrialisés peuvent se résumer comme suit :

- Existence d'une économie diversifiée
- Une infrastructure adéquate
- Une démocratie qui fonctionne
- Une gouvernance satisfaisante
- La stabilité sociale
- Une main-d'oeuvre formée
- Une dette publique peu élevée
- Des termes de l'échange équitables
- Un secteur privé dynamique
- Une politique fiscale et monétaire incitant l'investissement étranger.

Dans l'ensemble très peu de pays d'Afrique répondent à ces conditions, même si certains Etats se sont ces dernières années engagés dans des efforts visant à reformer leurs économies afin de faciliter leur intégration dans l'économie mondiale.

Selon les études effectuées, la globalisation amènera un accroissement du commerce mondial. Cela permettra aux pays en développement d'augmenter leur potentiel d'exportation. Mais ces mêmes pays seront en compétition entre eux. Il s'agit pour chacun d'eux de bien cerner leurs avantages comparatifs, et de mettre en place une politique visant à insuffler le dynamisme à leur économie. Autrement, les retombées néfastes qui seront ressenties à court terme, en raison du changement dans les régimes commerciaux, vont perdurer pour aboutir à leur appauvrissement, voire leur marginalisation.

Aussi, La disparition d'un régime préférentiel pour l'accès de leurs produits à des marchés spécifiques signifie que ces pays auront à faire face à la concurrence pour préserver leurs parts de marché. D'où la nécessité pour eux de réduire leurs coûts de production en augmentant la productivité, d'améliorer la qualité de leurs produits et de s'assurer un marketing efficace pour écouler leurs productions.⁶⁶

⁶⁶ Jean claude lau Thi Keng ; op. cité

Section IV : Le financement de la santé publique dans la nouvelle conjoncture économique

L'importance des implications sociales sur l'équilibre général d'une nation s'est soldée par l'introduction des problèmes de santé parmi les questions les plus urgentes des programmes de l'Etat.

Le caractère intangible des soins et leurs effets sociaux économique s'est traduit par la proclamation des lois universelles en matière de droit et de protection de la santé des citoyens.

Depuis, chaque pays définit selon ses moyens et ses objectifs sa politique de santé et de système de soins.

Comme tous les services publics, ceux de santé répondent du point de vu juridique aux principes de continuité, d'adaptation, de changement, de neutralité et d'égalité.

Le principe de non discrimination fait référence à la neutralité de l'Etat dans l'offre des services en veillant sans tenir compte des croyances, des appartenances politiques ou religieuses des individus.

Le principe d'égalité se traduit pour sa part par l'instauration d'un statut unique pour tous les usagers et prestataires. Pour cette raison, il est généralement admis que l'Etat offre des biens et services standard. De ce fait, les usagers bénéficient des mêmes avantages et supportent les mêmes charges s'il y a un prix à payer ou condition à remplir.

Les différentes fonctions dévolues à l'Etat à travers le temps ont fait du principe de continuité dans l'offre des services publics la base du développement et de l'élargissement du secteur public dans tous les pays du monde .Ce principe l'oblige continuellement à faire fonctionner le service pour respecter sa finalité économique et sociale ; car les prélèvements obligatoires sont la source de leurs financement et assurent par la même occasion leur durabilité.

En raison des mutations profondes que connaît l'économie mondiale, le principe d'adaptation se distingue et prend le dessus par rapport au autres

Ce principe se distingue par la modification continuelle de son statut en fonction des faits et des circonstances qui s'imposent à l'Etat.

A. Justifications de la mise sous tutelle des biens sanitaires

Parmi les plus grand avantage de la théorie Keynésienne, c'est le développement d'un ensemble de justificatifs qui imposent l'implication de l'Etat dans le domaine de l'économique et du social.⁶⁷

⁶⁷ Daniel Benamouzig, La santé au miroir de l'économie, PUF, novembre 2005

Dans ce contexte, la santé en est un exemple pertinent.

En effet, et durant toutes les années des trente glorieuses, les motifs se sont multipliés pour s'arrêter aux éléments suivants :

a- « Le pouvoir médical » : Dans le domaine de l'économie de la santé, il existe pour le malade des lieux de passages obligatoires pour se faire soigner et sans aucune possibilité de choix.

Ainsi, le patient s'en remet au praticien auquel il lui accorde sa confiance quant au diagnostic, le traitement et les mesures à prendre durant la période de traitement. Certaines actions se rapportent à l'après traitement, c'est-à-dire aux mesures à prendre pour éviter la réapparition de la maladie à nouveau.

Aussi, l'exercice médical moderne repose de plus en plus sur des équipements perfectionnés qu'il s'agisse du diagnostic ou de la thérapeutique ; l'utilisation de ces derniers relève de décisions médicales et ne sont jamais déterminé par les choix de ceux qui en bénéficient.⁶⁸

b- Le caractère intangible du bien

La consommation médicale repose dans de rares circonstances sur des critères d'ordre économiques ou financier.

En aucun cas le prix du service n'est fixé sur le marché pour une raison fondamentale qui se rapporte à la difficulté d'assimiler la santé à un bien marchand.

Aussi, le consommateur est privé de faire un calcul économique qui lui permet de rechercher le meilleur résultat au moindre coût.

Les incidences majeures que peut produire la défaillance du marché pour ce type de services en raison du caractère intangible du bien, offrent autant d'arguments pour l'intervention de l'Etat dans ce domaine.

c- Les effets collectifs

Ces effets que les économistes appellent aussi « effets externes », tiennent au fait que la consommation des biens et services de santé ne concernent pas exclusivement celui qui les consomme mais peut également toucher d'autres individus ou la société toute entière.

C'est le cas de la vaccination qui immunise la personne vaccinée mais aussi limite les risques de contagion pour l'ensemble de la population.

⁶⁸ Pierre Giraud, Robert Launois « Les réseaux de soins, médecine de demain », Paris economica, pp 7-35.

d-Les interdépendances éthiques

Les interdépendances physiques des actes sanitaires poussent les pouvoirs publics à intervenir dans le quotidien des individus pour imposer certaines règles d'hygiène tel que les assainissements, traitement de l'eau, lutter contre les épidémies....etc.

Les pouvoirs publics interviennent dans la consommation sanitaire de leur population, généralement pour la faciliter, l'encourager ou l'orienter.

Cette sollicitude s'explique par le fait que les besoins sanitaires renvoient à une nécessité objective plutôt que de préférences subjectives, par ce que laissé au libre choix des citoyens se solderaient par des résultats désastreux ; c'est le cas des lois antitabac, la vaccination, la lutte contre la drogue....etc.

e- l'incertitude.

La maladie et l'accident sont pour l'individu imprévisible.

Le degré de complexité de l'état sanitaire de l'individu et les dépenses nécessaires pour sa prise en charge relève aussi de l'incertitude.⁶⁹

Cette situation a ouvert le chemin et au développement des différents systèmes d'assurances sociales qui se sont spécialisées dans la couverture des dépenses de soins des assurés moyennant une cotisation qui est fixé en fonction du revenu.

f- L'asymétrie de l'information

Elle est relative à l'incomplète information du malade sur son état de santé actuel (diagnostic), l'évolution de son état futur (pronostic) et surtout aux diverses possibilités d'interventions sur son état et à leurs avantages et inconvénients.⁷⁰

Finalement, la combinaison de ces caractéristiques spécifiques (effets externes, incertitude....) constituent un empêchement à la régulation marchande de l'activité sanitaire.

En effet, la logique du marché s'appuie sur le rapport U/P , critère de choix du consommateur auquel le producteur est conduit de se conformer également.

⁶⁹ C .Culyer . Cité par Lévy .Emile avec la collaboration ce Françoise Benhamou dans son article « la demande en économie de la santé

⁷⁰ Pierre Huard « Economie et santé : une articulation sensible » Avenir de la santé, de la recherche à l'éthique, 1989 pp 216-218

Or, dans le cas de consommation sanitaire, l'utilisateur ne débourse pas la contrepartie directe de ce qu'il consomme ; donc le prix (p) ne joue pas son rôle de modérateur de la demande.

De plus, l'utilisateur n'est pas véritablement en mesure d'évaluer l'utilité des biens et services médicaux qu'il consomme par rapport à son objectif qui consiste à maintenir ou améliorer son état de santé surtout que l'utilisateur n'est pas seul concerné par la décision de la consommation des soins.

B. Croissance des dépenses de soins et différentes politiques de maîtrise dans les systèmes de santé

La part des dépenses publiques de santé dans le PIB et dans le total des

Dépenses publiques a beaucoup augmenté au cours de ces trente dernières années.

Beaucoup de réformes ont été entreprises par de nombreux pays pour essayer de ralentir cette tendance.

Mais tous ces efforts et dans la plupart des systèmes de soins, n'ont pas été suffisants pour supprimer toutes les pressions sous-jacentes qui contribuent à la croissance des dépenses.

Malgré les grands changements de la politique des pouvoirs publics en matière de santé, les proportions des dépenses de santé sur les budgets publics continuent d'augmenter d'années en année et à des rythmes très réguliers.

Au jour d'hui, l'adaptation du secteur de la santé aux nouvelles données propre de chaque pays et à celle de la globalisation de l'économie mondiale présente un problème majeur, car faute de réformes plus fondamentales que celles appliquées dans les années 70, il apparaît inévitable deux principales solutions ; soit d'augmenter les impôts ou de réduire les prestations.

Dans ce contexte l'identification des principaux facteurs de croissance des dépenses de santé est une étape préalable pour la réforme des différents systèmes de santé.

B.1. Principaux facteurs de croissance des dépenses de santé

L'évolution des dépenses de santé peut schématiquement être expliquée par des facteurs de demande (Comportement des assurés et des consommateurs de soins) et par des facteurs d'offre (comportement des prestataires), ces derniers sont souvent liés aux incitations offertes aux fournisseurs et non aux consommateurs de soins de santé.

Même si cette distinction est parfois arbitraire, Il faut bien évidemment y ajouter les facteurs institutionnels, qui sont au coeur des réformes des systèmes de santé et agissent à la fois sur la demande et sur l'offre.

Il faut juste remarquer que dans l'état actuel des faits, il est difficile d'identifier tous les facteurs et d'en déterminer l'importance avec précision pour chaque pays mais globalement ils portent sur les éléments suivants.

B.1.1 Les facteurs de demande

a- La démographie : Le facteur primordial de demande est la démographie, puisque les dépenses de santé sont avant toute chose proportionnelle à la population.

La taille de la population n'est toutefois pas le seul facteur démographique qui peut expliquer la croissance des dépenses de santé. En effet, la consommation des biens de santé n'est pas uniforme tout au long de la vie, en particulier elle est plus forte aux âges élevés. Les deux effets démographiques : croissance de la population d'une part, déformation de la pyramide des âges d'autre part sont toujours pris en compte dans la projection à long terme des dépenses de santé.

b-Le revenu par habitant : il est considéré comme le second facteur par ordre d'importance après le facteur démographique. Les dépenses de santé par habitant sont pour tous les pays dus à une fonction croissante du revenu par habitant. Cette observation est cohérente avec les évolutions récentes qui montrent que les dépenses de santé rapportées au PIB ont augmenté au cours du temps. Elle confirme aussi le caractère de « bien supérieur » de la santé dont la consommation s'élève plus que proportionnellement avec le revenu ⁷¹

De nombreux travaux ont tenté de préciser ce lien apparent entre le PIB et les dépenses de santé.

Ils tendent à nuancer le caractère de bien supérieur de la santé. En effet, il se pourrait que ce lien masque l'effet du progrès technique qui touche inégalement la santé et les autres secteurs d'activité.

Par ailleurs, la hausse du PIB par tête élève les assiettes de cotisations, ce qui permet de financer plus de dépenses de santé.

Ainsi, l'augmentation plus que proportionnelle des dépenses par rapport au PIB ne vient pas forcément d'un désir de la société de consacrer une part sans cesse plus élevée de son revenu pour sa santé, mais peut aussi être le résultat d'un desserrement progressif de la contrainte de financement. Cette

⁷¹ Milan Vujisic, Quels enseignement pour une réforme de la santé , CREG (Centre de Recherche en Economie gestion) JUIN 2008

interprétation est renforcée par les travaux réalisés sur des données individuelles, qui obtiennent une élasticité faible des dépenses de chaque individu à son revenu, cohérente avec un financement mutualisé des dépenses.

c- Le prix des soins : comme pour le revenu, le prix des soins a un impact différent selon que l'on se situe au niveau individuel ou agrégé, car les pays sont confrontés au véritable prix de la santé, tandis que les patients bien souvent ne connaissent même pas le prix des soins.

De plus, ce n'est pas le consommateur qui prend la plupart des décisions de consommation de soins, mais le corps médical. Enfin, les prix ne sont pas vraiment exogènes mais régulés par l'Etat.

Une manière indirecte d'évaluer l'impact du prix des soins sur les dépenses de santé est de mesurer l'effet de la couverture : une augmentation de la part de la prise en charge publique dans un système, à prix donnés, doit conduire à un accroissement des dépenses.

B.1.2 Les facteurs d'offre

a- La socialisation des systèmes de santé

Par choix politique ou par simple choix collectif pour l'élargissement de la couverture de l'assurance publique, les dépenses de santé surtout celle relevant du secteur public ont augmentés encore plus rapidement que les dépenses totales de santé dans les années 60 et 70

En effet, s'insérant dans un dispositif de solidarité sociale, la consommation des soins est devenue plus accessible à la grande partie de la population, ce qui a accéléré le rythme des finances publiques et surtout la part réservée à la santé.

Accès gratuit, égalité d'accès, équité,..... Sont de nombreuses caractéristiques des systèmes de santé d'après guerre.

b-Le progrès technique : En effet, un élément particulièrement important semble avoir été le changement technologique, défini en gros comme incluant des techniques, médicaments, équipements et actes utilisés pour les soins de santé ont aussi contribué à l'augmentation des dépenses de santé.⁷²

⁷² Carine Chaix-Coutourier, Isabelle Durant Zaleski ; évaluation des technologies de la santé : contexte économique et politique

La diffusion du progrès technique a été particulièrement importante dans le secteur de la santé (scanners, RMN). Certaines innovations ont permis de réaliser des économies considérables (vaccins) tandis que d'autres ont entraîné des augmentations de coûts de soins (radiothérapie, chimiothérapie...).

De plus, les nouvelles techniques médicales peuvent stimuler la demande dans la mesure où les offreurs bénéficient d'un marché captif, mais cela peut aussi révéler une demande latente.

La prise en compte du progrès technique dans un modèle explicatif des dépenses de santé est difficile car la mesure du progrès technique est complexe. Dans beaucoup de travaux, certains chercheurs utilisent les « dépenses en appareils thérapeutiques par lits d'hôpitaux » ou « par nombre de médecins ».⁷³

Cependant, si ces dépenses sont en stagnation et s'il y a baisse du nombre de lits en raison d'une augmentation du taux de rotation, alors cela ne signifie nullement de nouvelles investissements technologiques, car l'augmentation que précise l'indicateur du progrès technique est simplement due à une rationalisation.

Dans la pratique, Il est cependant difficile de construire un tel indicateur pour plusieurs pays, en raison du manque de données homogènes sur une période suffisamment longue.

c . L'augmentation du personnel et des installations de santé.

L'augmentation de l'offre peut en effet conduire à un accroissement de la demande (la demande induite par l'offre). Au niveau théorique, la demande induite est engendrée par le monopole de la connaissance médicale.

Des médecins associés à la faible sensibilité des patients aux prix, l'excès d'offre de soins peut alors contribuer à la hausse des dépenses de santé.

Cependant, la validation empirique de cette hypothèse n'est pas concluante. En effet, selon une étude faite sur cette question les résultats obtenus sont très différents selon les pays. Pour la France par exemple, l'élasticité à la densité médicale est unitaire : une hausse de la densité de 1% accroît les dépenses réelles de 1%. Ce coefficient est nettement plus faible (0,4) pour les Pays-Bas. Il est vraisemblable que ces effets sont plus forts dans les pays où le mode de rémunération dominant des prestataires est à l'acte et dans lesquels il n'existe pas de contrainte sur le volume des actes.(2)

⁷³ Jean pierre Etienne, Sylvie CHantereau et Alain Cordier « planification hospitalière » Paris, La documentation Française, 1986

Cette théorie de la demande induite par l'offre a conduit à l'instauration de quotas (médecins, infirmières) qui ne sont pas sans poser des problèmes. En effet, l'offre chute au moment où le vieillissement nécessite un accroissement du personnel. Cette relative pénurie est alors un facteur de pression à la hausse des salaires.

d-Le prix des soins : Comme sur tout marché, le prix des soins est susceptible d'affecter à la fois la demande et l'offre. Le prix relatif des soins, c'est-à-dire le rapport de l'indice du prix des dépenses de santé au prix de la consommation des ménages a théoriquement un effet négatif sur la demande. C'est-à-dire, une hausse de prix réduit les volumes demandés. Parallèlement, une hausse de prix encourage les prestataires à produire plus, mais peut aussi leur permettre de travailler moins pour un revenu égal. Une étude empirique sur le Québec (Rochaix 1993) montre que les prestataires cherchent à garantir le maintien de leur revenu plutôt qu'à l'augmenter à la faveur des hausses de prix. Une hausse de prix peut ainsi, à l'initiative de l'offre, réduire les volumes et son effet sur les dépenses est donc ambivalent.

B.1.3 Les facteurs institutionnels

Selon l'organisation du système de soins, des contraintes plus ou moins fortes pèsent sur l'offre et la demande. Par exemple, dans un système public intégré comme au Royaume-Uni, le budget annuel est fixé a priori. L'offre est par conséquent fortement contrainte.

Dans les systèmes intégrés et sous contrats, la demande est contrainte par le biais du généraliste « porte d'entrée » du système. Les patients doivent obtenir une autorisation du généraliste pour consulter un spécialiste.

Les facteurs institutionnels peuvent expliquer les écarts des taux de croissance des dépenses de santé entre les pays. Deux approches sont généralement utilisées.

La première : distingue les effets liés au mode de rémunération dominant des prestataires⁵ (salarial, rémunération à l'acte ou à capitation).

La seconde : distingue les effets liés au système national de santé (système de type intégré, remboursement ou système de contrat).

Dans ce qui suit, on associe l'impact de chaque système de soins à la composante strictement nationale de la tendance temporelle des dépenses : les écarts de taux de croissance issus des tendances de chaque pays peuvent s'interpréter comme l'impact de l'organisation du système de soins sur le taux de croissance des dépenses de santé, la tendance moyenne de tous les pays étant assimilée au progrès technique supposé identique dans tous les pays.

On suit en cela Mathieu (2000), qui observe une tendance légèrement plus élevée des dépenses dans les pays où la rémunération se fait à l'acte par rapport à ceux qui pratiquent le système de la capitation. La prise en compte globale des spécificités institutionnelles conduit à des écarts plus importants, la tendance temporelle étant plus élevée (1,52%) pour le système de type remboursement que pour les deux autres systèmes (0,59% pour le système intégré, 0,68% pour le système contractuel).

Il ressort de l'analyse qui précède que, pour l'étude de la progression des dépenses de santé dans les différents des systèmes, il faut prêter une attention particulière à l'offre sur le marché de la santé, notamment au panachage d'incitations et de restrictions devant lesquelles se trouvent les prestataires de services dans le secteur hospitalier, ambulatoire et dans le secteur privé.

Ensuite, en ce qui concerne la ventilation des dépenses de santé entre les soins aux malades hospitalisés, les soins ambulatoires et les médicaments et à l'intérieur du secteur hospitalier ; on peut noter une variation marquée, d'un pays à l'autre, dans le nombre de lits, les taux d'admissions, la durée des séjours et les taux d'occupation des lits

S'il est vrai que ces différences peuvent, en partie refléter des préférences culturelles et sociales plus générales en matière de services de santé, il est aussi probable que les structures institutionnelles particulières adoptées par chaque pays pour le financement et la prestation des soins de santé ont un effet important.

C- Politiques visant à améliorer les performances des systèmes de santé

Le but des réformes entreprises au début des années 1980 visaient un objectif fondamental celui de rendre les systèmes de santé plus performant grâce à une meilleure maîtrise des dépenses, sans pour autant toucher aux principes de base qui fondent la déontologie médicale.

En effet, même si le secteur de la santé doit consommer une part « appropriée » du PIB, il n'y a pas de raison de limiter le niveau des dépenses parce qu'il est élevé ou qu'il croît rapidement. Tout le problème demeure celui

de trouver le moyen de maintenir cette croissance à un certain niveau surtout lorsque les politiques suivies par l'État ou la défaillance du marché privé conduisent à un excédent de l'offre ou de la demande de prestations de santé.⁷⁴

Rétablir les termes du marché des soins pour assurer un certain équilibre entre l'offre et la demande se présente par une certaine difficulté dans le système de santé ; ces difficultés sont contenues principalement dans le caractère intangible des biens et services offerts sur le marché des soins.⁷⁵

De Même si du coté de « l'offre », beaucoup de facteurs sont facilement identifiable comme source d'accroissement des dépenses, de nombreux travaux en économie de la santé soulèvent les difficultés majeures relatives à la définition exacte des facteurs déterminant le recours à la demande des soins.

Théoriquement, Les analystes avancent deux caractéristiques du marché qui risquent selon eux de conduire à une fourniture excédentaire de prestations :

a : le défaut d'information.

La grande majorité des patients ne disposent pas des informations nécessaires sur leur état de santé pour décider ou choisir en toute connaissance de cause entre les différents prestataires de soins.

Ils sont donc obligés de déléguer à divers degré, les décisions de traitement aux professionnels de la santé qui sont précisément ceux qui fournissent les services, ce qui crée un risque de conflit d'intérêts. Pour les patients, l'objectif principal est celui de recevoir un maximum de soins pour améliorer leur état de santé au prix le plus bas.

En revanche, les prestataires (qui sont généralement les professionnels de la santé) cherchent à maximiser leurs revenus en multipliant les visites, les actes ou les examens sous prétexte d'avoir une meilleure connaissance et informations sur la santé des malades qui aboutit à un meilleur traitement.

Même si au sein de la profession médicale, il existe de grandes incertitudes sur les choix de traitements et leurs conséquences, la situation actuelle de progression des dépenses de soins ,impose une profonde connaissance des prix (ou coûts) des différentes techniques médicales.

⁷⁴ Alain Letourmy Les politiques de santé en Europe : une vue d'ensemble, in Sociologie de travail, Janvier 2000

⁷⁵ Lévy Emile «La demande en économie de la santé » Revue d'économie politique, Août 1989

b : le risque subjectif. Du côté de la demande, et avec l'élargissement des services de la sécurité sociale, cela peut se traduire par un accroissement de la demande de soins de santé couverts, parce que les patients ne sont pas confrontés à la totalité du coût marginal.

De même, le risque subjectif n'est pas limité à la demande ; du côté de l'offre par exemple, l'incitation à fournir un excès de prestations médicales peut être renforcée lorsqu'une tierce partie paie l'essentiel des prestations que les médecins décident de fournir. C'est avec le système du paiement à l'acte que cet effet peut être le plus visible.

Globalement, les actions menées par les gouvernements étaient centrées sur des facteurs micro économiques et d'autres d'ordre macro économique.

C.1. Maîtrise des coûts au niveau macro-économique :

Face aux problèmes budgétaires d'une part et à l'inefficience constatée des dépenses d'autre part, tous les pays ont procédé à des réformes. Si l'orientation de ces réformes n'a pas toujours été la même

elles peuvent être classée en deux grandes catégories : macroéconomiques et micro-économiques.

Les gouvernements, aux prises avec les conséquences budgétaires de la montée incessante des prestations de santé, ont en général commencé par introduire des mesures macro-économiques de maîtrise des dépenses sous forme notamment de plafonds budgétaires. Mais au fur et à mesure que se sont manifestées les limites et les faiblesses d'une contrainte budgétaire globale, les réformes ont visé, plus récemment, les différents aspects des politiques de santé. D'une façon plus intégrée et plus cohérente, elles permettent ainsi la prise en compte des facteurs plus généraux qui ont une incidence sur la santé. Ces réformes devraient aussi offrir des moyens plus efficaces pour résoudre des problèmes tels que l'évaluation des nouvelles technologies, le vieillissement de la population, les médicaments et le partage des coûts par les consommateurs de services de santé.

Globalement, les pays attachent un poids différent aux objectifs de santé et sont par la même occasion confrontés à des pressions politiques différentes de la part des prestataires des soins de santé, des patients et des contribuables, de sorte que les réformes ont pris des aspects différents même pour des pays où les problèmes étaient similaires.

Ainsi, chaque mesure prise par les gouvernements s'est traduite par des effets différents sur l'ensemble des systèmes de santé.

Par exemple, la limitation des dépenses générales de l'État peut être obtenue en augmentant le montant du ticket modérateur à payer par les patients ou en limitant les recettes des prestataires de soins de santé. Le

premier moyen peut cependant être en contradiction avec l'objectif de l'accès généralisé aux soins de santé.⁷⁶

Le deuxième, surtout s'il ne s'accompagne pas de mesures d'amélioration de l'efficacité, risque de conduire à des réductions de la production, à l'allongement des listes d'attente et à la baisse de satisfaction des consommateurs.

Les gouvernements ont dû équilibrer ces différents objectifs, notamment en infléchissant leurs politiques au fur et à mesure que les conséquences de leurs choix initiaux se manifestaient.

Aussi, il faut remarquer que tous les pays n'étaient pas confrontés avec la même intensité aux problèmes relatifs au financement et à la prestation des soins de santé.

Par exemple, jusqu'au début des années 90 et dans des pays comme le Royaume-Uni et la Suède, le financement des soins hospitaliers dans le cadre d'un budget, avec des médecins salariés, contribuait à couvrir l'essentiel des dépenses. Les réformes ont visé particulièrement à accroître l'efficacité et à réduire les délais d'attente.

Au contraire, aux États-Unis, en Allemagne, en France et dans d'autres systèmes où traditionnellement les hôpitaux et les médecins étaient rémunérés à l'acte, l'accent a été mis sur la limitation des dépenses globales sans baisse de qualité des prestations.

De nombreux gouvernements ont déjà entrepris des réformes substantielles des systèmes de santé au cours de la décennie écoulée. L'orientation de la réforme n'a toutefois pas toujours été la même ni d'un pays à l'autre ni dans le temps⁷⁷

Cependant, la plupart des réformes ont touché les éléments suivants :

C.1.1 Mesures de maîtrise des coûts (au niveau macro-économique)

Au cours de la dernière décennie, la plupart des gouvernements imposent sous une forme ou sous une autre une limitation globale des dépenses de santé. Toutes les actions sont surtout penchées sur les services hospitaliers qui sont considérées comme le principal facteur de dépenses dont le rythme croît plus rapidement que celui des soins ambulatoires

Ce qui a conduit beaucoup de gouvernements à élargir le contrôle des dépenses à l'ensemble des composantes du système de santé.

⁷⁶ Stéphane Jacobzone, La réforme des systèmes de santé, in débats, 1997

⁷⁷ Dominique Polton ; Décentralisation des systèmes de santé, quelques réflexions à partir d'expériences étrangères, bulletin de l'information en économie de la santé N° 72, octobre 2003

CHAPITRE.I L'ETAT ET LES SERVICES PUBLICS DANS LA NOUVELLE CONJONCTURE ECONOMIQUE

Les différentes techniques de maîtrise varient largement selon les pays mais portent globalement sur des méthodes similaires qui peuvent se résumer comme suit :

-Dans le secteur hospitalier, il est adopté un large recours à des enveloppes budgétaires par hôpital avec des sanctions en cas de dépassement et des mesures visant à empêcher la substitution de recettes (par exemple lorsque les hôpitaux imposent aux patients des charges supplémentaires).

- De même des efforts ont été faits pour limiter le nombre de nouveaux hôpitaux et la diffusion d'équipements médicaux coûteux. Des « certificats de nécessité » pour les nouveaux hôpitaux et des contrôles centraux des dépenses d'équipement ont été imposés un peu partout.

Ces mesures sont souvent accompagnées par d'autres visant à diminuer le nombre de lits excédentaires. Ces réductions se sont toutefois révélées plus difficiles à réaliser dans les systèmes de sécurité sociale ou les assurance privée sont plus généralisées et où il y a moins de contrôles au niveau central.

-Dans quelques pays, il y a aussi eu des contrôles directs des effectifs, du volume des prestations ou des taux de rémunération.

Le contrôle des intrants a été en fait le principal mécanisme de contrôle des coûts en Italie, tandis qu'en Allemagne et en Belgique on a introduit des quotas de lits.

Avec la poursuite de la croissance des autres composantes des dépenses de santé, des réformes ont également été introduites ou renforcées dans le secteur ambulatoire et celui des produits pharmaceutiques pour limiter les dépenses globales

- Les honoraires pour les services de soins ambulatoires sont négociés centralement dans de nombreux pays. Quelques-uns ont plafonné les recettes globales des médecins ou autres professionnels de la santé ; de sorte que les accroissements du volume des soins sont compensés par des réductions des honoraires moyens payés au médecin pour ses prestations, du montant des examens de laboratoire et des tarifs des infirmières

- Aussi, les prix relatifs des différentes prestations médicales ont été souvent réajustés, et le nombre d'examens pratiqués en dehors de l'hôpital limités.

Les produits pharmaceutiques ont été restreints par l'établissement de listes. Les prix ou les bénéfices dans ce secteur ont été étroitement réglementés. Les incitations à utiliser des produits génériques meilleur marché ont été renforcées et des efforts ont été faits pour modifier les habitudes de prescription des médecins (par exemple, au moyen de comparaisons avec les « pairs »).

C.1.2 : Efficacité et viabilité des contraintes dans les différents systèmes

Le ralentissement marqué de la croissance des dépenses de santé, en particulier de leur composante publique, dans les années 80 a été en général attribué aux effets des contraintes macro-économiques imposées par l'Etat sur les dépenses.⁷⁸

Mais il n'y a toujours pas de consensus sur leur impact ; des tests fondés sur des données transversales montrent que la présence de contraintes macro-économiques n'explique pas les différences de niveau de dépenses entre les pays.

En effet, mis à part les problèmes de données qui rendent la comparabilité difficile, c'est probablement dans les pays où les niveaux de dépenses sont élevés qu'il y a le plus de contraintes. De plus, il est extrêmement difficile de déterminer le moment où les contraintes budgétaires commencent à faire sentir leurs effets

Plusieurs facteurs réduisent l'efficacité des contraintes budgétaires ainsi que leur variabilité. Ils sont groupés ici en trois catégories : domaines d'application des contraintes, effets sur l'accès et effets sur l'efficience.

a- domaine d'application des contraintes : Les contraintes partielles tendent à produire des transferts de la demande et des dépenses vers des domaines moins soumis à restrictions. D'une façon générale, la part des soins ambulatoires dans le total des dépenses a augmenté au cours des années 80, à cause notamment des contraintes imposées aux dépenses hospitalières

Les augmentations ont été particulièrement marquées dans les pays ayant un système d'honoraires à l'acte (France et Canada notamment).

Dans d'autres cas, où les contraintes budgétaires ont pesé sur le système public, une partie de la demande s'est reportée sur les cliniques privées ou les lits «privés», souvent à cause du mécontentement suscité par les délais d'attente, des doutes quant à la qualité des soins et de l'insuffisance de réponse aux besoins des patients. Ce processus s'est souvent accompagné d'une expansion des marchés de l'assurance privée. De plus, dans les systèmes d'honoraires à l'acte, les contrôles des prix peuvent être compensés en tout ou en partie par des augmentations de volume.

b- l'égalité d'accès aux soins de santé : Cette deuxième série de problèmes est beaucoup plus expressif surtout dans le contexte des limitations apparentes de la disponibilité des services publics de santé. Les listes d'attente, la compression des services médicaux et chirurgicaux pour des motifs de rationalité suscitent des préoccupations dans de nombreux pays.

⁷⁸ Catherine Bac, l'évolution des systèmes de santé depuis les années 1970 ; in problèmes économiques N° 2862, Novembre 2004

Dans ces conditions, les services de santé du secteur privé, qui sont moins limités tendent à prospérer par rapport aux services du secteur public et les patients qui ont accès aux premiers peuvent alors bénéficier d'un meilleur accès et d'un meilleur traitement.

De plus, dans le secteur public, certaines prestations ont été éliminées ce qui a augmenté les délais d'attente pour les traitements « moins urgents » et les patients moins « prioritaires » ce qui a créé un phénomène presque général dans tout les pays au monde, celui de l'élargissement rapide et spectaculaire du secteur privé.

Dans la gestion, il est parfois utilisé des méthodes arbitraires pour répartir les ressources. Car de fortes réductions des dépenses, une baisse des prestations et un allongement des délais d'attente peut susciter une forte réaction négative conduisant à des pressions en faveur d'un accroissement des dépenses.

c- effets sur l'efficience : En fin de compte, les contraintes budgétaires macro-économiques à elles seules semblent avoir rarement encouragé l'efficience et l'efficacité des prestataires et dans certains cas, elles peuvent même avoir nui à la réalisation de principaux objectifs.

Les budgets hospitaliers sont le plus souvent établis sur la base des coûts antérieurs, ce qui pénalise les producteurs efficaces et n'incite guère les prestataires inefficients à s'améliorer.

Lorsqu'elles s'accompagnent de restrictions au niveau de chaque ligne budgétaire ou de limitations du recrutement, les contraintes globales peuvent réduire la souplesse qui permettrait d'affecter les ressources plus efficacement au sein de chaque hôpital.

Lorsque les crédits non dépensés sont annulés à la fin de l'exercice et que les crédits du budget suivant sont fondés sur les dépenses de l'année précédente, cela dissuade nettement les prestataires d'économiser les crédits dont ils disposent.

Ces diverses considérations conduisent à penser que trois éléments peuvent contribuer au succès des contraintes macro-économiques. Chaque fois que c'est possible, ces contraintes doivent :

- s'appliquer à la totalité du secteur de la santé au lieu de se limiter à une partie
- viser les dépenses totales plutôt que les prix ou les volumes;
- s'accompagner de réformes au niveau micro-économique pour améliorer la branche

C.2 recherche de l'efficience au niveau micro-économique

La recherche de l'efficience micro économique visait certains objectifs de maximisation la qualité des soins, de satisfaction des consommateurs et de réduction des coûts au minimum.⁷⁹

L'efficience micro-économique exige aussi de prendre en compte les effets de certaines actions de l'Etat et de certains facteurs qui traduisent des retombées sur la société toute entière : (prise en charge des catégorie dépourvue de revenus, ou de catégories qui accèdent difficilement aux soins lourds, qui présentent un danger de santé public ou au contraire, des actions qui peuvent se traduire par des effets positifs sur la santé des citoyens.

Les considérations dynamiques d'efficience comprennent aussi la recherche de formes d'organisation et d'avance technologique qui améliorent la productivité des moyens de santé.

Plus généralement, lorsqu'ils évaluent les moyens les plus efficaces d'améliorer

les « résultats » en matière de santé , il faut que les gouvernements veillent aussi sur une question importante celle de savoir si l'accroissement des ressources fournies aux services de santé en général ne prive pas de ces mêmes ressources d'autres programmes plus efficaces.

En dépit de l'importance des réformes, les gouvernements visent toujours dans le domaine des soins des objectifs nombreux de façon que les citoyens doivent avoir accès à un minimum incompressible de soins de santé et où le traitement ne doit pas être fonction uniquement du revenu mais plutôt des besoins réels de soins.

De plus, il faut que les individus se voient offrir une certaine protection contre les conséquences financières de la maladie, et le paiement de cette protection doit être lié au revenu et non pas fondé sur le risque individuel.

Augmenter la productivité permettrait aussi de dégager des ressources afin de réduire les temps d'attente là où ils existent et plus généralement d'abaisser les coûts.

C.2.1 Mesures de rationalités au niveau micro économique

Au niveau micro économique, les principales actions ont été concentrées sur les points suivants :

- les modalités de financement des soins de santé

⁷⁹ Dominique Dolton op. Cité

- les prestataires des soins (hôpitaux, cliniques, etc.) qui en moyenne absorbent près de la - moitié de la dépense totale de santé dans les pays
- les réformes touchant essentiellement la relation patients/médecins dans le contexte des soins de premier recours.

C.2.1.1 - recherche de l'efficience dans les modalités de l'offre de soins

Depuis très longtemps, les recherches portent sur les moyens de financement et de distribution des soins de sorte que l'usager tire le meilleur bénéfice pour améliorer ou maintenir son état de santé et le prestataire(généralement l'Etat) dépense le moins que possible.

Pour cette raison, les nouvelles réformes tentent de s'introduire dans cette relation pour essayer de trouver une meilleure rationalité des dépenses.

Ainsi, les différents systèmes de santé ont développés durant plus de quatre décennies les caractéristiques suivantes relatives aux modalités de l'offre et de financement des soins

a- **le système de remboursement**, les prestataires sont payés après coup pour les services fournis aux patients. Le paiement peut être effectué directement par le patient qui est alors généralement remboursé en totalité ou en partie par une assurance à qui le prestataire demande de prendre en charge les services fournis.

Le choix du patient, du service requis a donc une influence déterminante sur la façon dont le financement de la santé se répartit entre les prestataires, et par conséquent sur les modalités de l'offre de soins.

La formule du remboursement, souvent associée au paiement à l'acte peut se pratiquer dans les systèmes où les assureurs et les prestataires (souvent privés) sont multiples. Comme aux États-Unis, au Japon et en Suisse. Dans ce type de système il peut être difficile d'instaurer des relations contractuelles plus étroites.

Par ailleurs, le mode de paiement des services ambulatoires est généralement le paiement rétroactif à l'acte qui privilégie la liberté du consommateur de choisir son généraliste.

Dans ce contexte, il est difficile pour ceux qui supportent la dépense d'exercer un contrôle sur les coûts.

b- **Le système du contrat** : Il implique d'une manière ou d'une autre un accord prospectif entre les tiers payants et les prestataires de soins, qui fixe les clauses et conditions du paiement des services.

Par rapport au système du remboursement, le système du contrat confère au payeur une plus large possibilité de contrôle du niveau total de la dépense et de sa répartition.

C'est très souvent la formule qu'adoptent les systèmes d'assurance sociale dans lesquels l'assurance qui repose sur un nombre restreint d'organismes publics ou sans but lucratif, est généralement obligatoire.

En ce qui concerne le financement des hôpitaux, il est souvent organisé sur la base d'un tarif journalier ou d'une classification des soins dans le cadre d'un budget prospectif ou dans la limite d'un plafond global (comme en Allemagne et en Belgique). La formule des contrats préférentiels ou contrats PPO aux États-Unis relève de ce type de système.⁸⁰

Lorsque les services sont prépayés, le consommateur ne peut choisir qu'entre les prestataires qui ont passé contrat avec l'organisme payeur, mais ils peuvent aussi s'adresser à d'autres prestataires sous certaines conditions de remboursement.

Dans les deux derniers systèmes évoqués, les incertitudes concernant les coûts et les complexités contractuelles qui sont donc internalisées dans le cadre d'une intégration verticale, et la coordination du financement de l'offre de soins se fait sur un plan administratif

c- **Dans les systèmes intégrés** : le même organisme qui est généralement un organisme administratif local ou central, exerce son contrôle à la fois sur le financement et sur l'offre de services de santé.

Le personnel médical généraliste et médecins hospitaliers sont généralement salariés et pour le reste, le financement des hôpitaux est assuré sur la base d'une dotation globale.

C'est la formule appliquée dans beaucoup pays comme la Suisse l'Allemagne, jusqu'aux réformes qui ont été introduites récemment allant dans le sens du contrat.

Les réseaux de soins coordonnés (HMO) aux États-Unis sont des exemples de cette approche intégrée : en adhérant à une HMO (pour des raisons de prix

⁸⁰ Dominique Dolton op.cité

éventuellement), les consommateurs acceptent que soit limitée leur possibilité de choix concernant les prestataires de soins primaires et secondaires⁸¹

C.2.1.2- recherche de rationalité dans Les systèmes de financement des hôpitaux

La recherche de rationalité s'est justement appuyée sur les hôpitaux étant donné qu'ils concentrent la plus grande part des dépenses. Les mesures portent surtout sur

a- la dotation globale :

-Avec la formule de la dotation globale (ou budget global), les hôpitaux reçoivent un budget annuel qui doit couvrir l'ensemble des services qu'ils offrent (hormis généralement, les grosses dépenses d'équipement).

Cette formule est devenue la principale méthode de financement des hôpitaux, au cours des années 80, dans de nombreux systèmes de santé intégrés dans lesquels l'État est à la fois le principal prestataire de services et la principale source de financement des services de santé.⁸²

C'est le système que l'on observait au Royaume-Uni jusqu'aux récentes réformes et c'est le système que l'on observe aujourd'hui au Canada, en Australie, au Danemark, en Finlande (avec une part de facturation directe auprès des municipalités),

La dotation globale est un moyen direct de limiter les dépenses des hôpitaux, à condition que la mise en application soit correcte. Cependant, elle n'incite guère les producteurs à faire un effort d'efficacité. Le financement n'étant pas lié au volume ni à la qualité de la production, elle ne permet que très mal de connaître le coût relatif des traitements. Elle peut aussi produire des effets pervers, par exemple si le niveau de financement est fixé en fonction des coûts constatés par le passé, les économies qui peuvent être réalisées sur le budget reviennent à la source de financement.

b- le prix de journée :

Le financement sur la base d'un prix de journée assure aux hôpitaux un montant forfaitaire par lit occupé. Cette formule était essentiellement appliquée dans les systèmes fondés sur un financement public et associant prestataires publics et prestataires privés, par exemple en Allemagne, en France et en Autriche.

⁸¹ David .Kinzer « A la recherche d'une politique économique de la santé ; marché et puissance publique : comment distribuer les rôles ? ; problèmes politiques et sociaux N°627

⁸² Michel. Mougéot, La régulation du système de santé

Puisse que ces dernières années tous les pays tentent de réduire la dépense hospitalière globale, cette méthode est jugée trop inflationniste. Car, elle tend à prolonger les durées de séjours de façon que les journées coûteuses du début de séjour (qui correspondent généralement à la phase aiguë de traitement) soient compensées par les journées moins coûteuses de la phase de récupération.

Comme dans le cas de la dotation globale, la décision de financement ne tient pas compte du coût relatif des différentes méthodes de traitement.

c- le paiement à l'acte

Dans le cas du paiement à l'acte, l'hôpital est payé au coup par coup en fonction des services fournis. C'est ainsi que sont financés les services hospitaliers au Japon, en Suisse

Aux États-Unis. Il s'agit de systèmes où les prestataires sont le plus souvent privés et où les assureurs sont multiples.

Les spécialistes sont généralement rémunérés à l'acte, surtout lorsqu'ils travaillent en dehors de l'hôpital.

Avec le paiement à l'acte, le contrôle qui peut s'exercer au niveau macroéconomique est faible (il faut trouver d'autres moyens pour limiter les dépenses).

Les fournisseurs sont incités à augmenter la quantité, améliorer la qualité et élever le prix des services qu'ils fournissent.

Aux États-Unis, ce système a poussé les prestataires à se faire concurrence en améliorant la qualité plutôt qu'en baissant leurs prix. Il a aussi encouragé une diffusion excessive des technologies médicales les plus coûteuses.

d- Le paiement par cas : c'est le dernier système qui est en train de s'expérimenter aux États-Unis et en Europe.

Il fixe un tarif prospectif en fonction des affections médicales diagnostiquées et des coûts de traitement standardisés. La formule la plus connue est celle des groupes homogènes de malades (DRG) qui a été introduite dans le programme Medicare aux États-Unis, en 1983⁸³

. Les formules fondées sur les DRG sont depuis quelque années à l'étude dans d'autres pays, par exemple en Allemagne, en France, au Royaume-Uni, au Canada, en Australie, en Autriche, en Belgique, au Danemark, en Finlande, en Irlande, en Norvège, au Portugal, en Espagne, en Suède et en Suisse. Elles

⁸³ Sylvie Cohu, Diane Lequet-slama, Pierre Volovith , Réforme des systèmes de santé Allemand Néerlandais et suisse et introduction à la concurrence, in études et résultats, Novembre 2005

sont davantage liées à la production que les autres formules de financement évoquées plus haut.

Ce système facilite la concurrence pour la passation des contrats, en vue d'un traitement et limite la tendance des prestataires à augmenter le volume des services.

Les hôpitaux sont incités à accélérer la rotation des malades (autrement dit à réduire les durées de séjour) mais cela peut conduire, dans une certaine mesure à un risque que les hôpitaux essaient, autant que possible de «faire passer» les patients dans les groupes de malades qui déclenchent le meilleur financement.

Utilisés comme moyen de subvention ou de financement global, les risques liés à l'incertitude de la demande, l'intensité des coûts des traitements hospitaliers sont souvent supportés par les prestataires (et leurs clients) et non par les payeurs.

Ainsi, une utilisation des ressources et des coûts d'une importance inattendue dans un domaine doit être compensés par des réductions ailleurs si l'on veut maintenir les dépenses globales dans les limites du budget.

Au contraire les systèmes d'honoraires à l'acte font peser tous les risques sur les organismes de financement dans le sens où les prestataires peuvent facturer aux assureurs toutes les prestations nécessaires pour traiter les cas individuels (et sont incités à les multiplier).

Les systèmes de paiements déterminés à l'avance par pathologie ou des systèmes similaires permettent de partager les risques : l'organisme de financement reconnaît et paie les différences de coût pour une gamme limitée de diagnostics, tandis que le prestataire supporte les risques de variation des coûts des traitements à l'intérieur de ces catégories.

Le choix des formes contractuelles à utiliser est à laisser aux acheteurs, il se peut que chaque acheteur utilise diverses approches.

Pour les prestations pour lesquelles on a recours à la concurrence, l'approche des groupes homogènes de diagnostics, de plus en plus utilisée semble présenter des caractéristiques relativement favorables donnant aux acheteurs un certain contrôle sur l'intensité des traitements.

Il peut aussi être utile d'explorer des systèmes mixtes de paiement pour certaines prestations. Il pourrait s'agir par exemple de la combinaison d'un paiement par pathologie et d'un paiement à l'acte, ou d'un paiement par pathologie couplé à un système de prévention des pertes (où le solde des coûts dépassant un plafond préétabli est payé par l'organisme de financement.

Ces dispositions réduisent le risque pour les prestataires lorsqu'ils ont affaire à des patients qui coûtent très cher. Elles peuvent de ce fait accroître la volonté et la capacité des prestataires de soins de santé de négocier avec les

acheteurs, ce qui permet de modérer le niveau global des prix des traitements négociés.

C.2.1.3 recherche d'efficience dans la gestion du secteur hospitalier

Plusieurs facteurs influent sur l'efficience des hôpitaux.

Dans ce contexte, un rôle majeur dans les décisions d'affectation des ressources et en partie pour des raisons éthiques a été de veiller à ce que le patient reçoive le meilleur traitement possible indépendamment des coûts.

Le secteur hospitalier se présente par une difficulté majeure celle de la capacité de gestion des informations médicales.⁸⁴

En effet pour prendre des décisions efficaces, les informations sur le coût des différents modes de traitement sont non seulement rares, mais lorsque elles existent, le gestionnaire est souvent heurté à une résistance considérable à leur utilisation. Car le coût économique est souvent très différent, voire contradictoire avec le coût social.

Même si beaucoup de changements sont intervenus pendant ces dix dernières années ; on en sait encore trop peu sur les coûts relatifs des différents traitements médicaux, leur efficacité ou les coûts des soins apportés à chaque patient.

Une grande part de responsabilité incombe aux prestataires par ce qu'ils sont sensibles au risque moral et au défaut de l'information.

Les payeurs (assureurs) et les organismes de tutelle sont aussi responsables de cette situation, parce qu'il n'ont pas suffisamment motivé et surveillé toutes les actions des prestataires.

De même, si une grande part de l'inefficience hospitalière peut avoir avec les soins médicaux, il existe davantage une mauvaise gestion du personnel et des moyens matériels.

Dans certains cas, des prestations qui ont été assurées dans l'hôpital pourraient être organisées plus efficacement en les sous-traitant, et elles peuvent représenter jusqu'à la moitié des coûts par patient : (blanchisserie, restauration...).

La souplesse interne de la main-d'oeuvre a été limitée ou beaucoup de tâches qui auraient pu être effectuées par des travailleurs moins qualifiés ont été confiées exclusivement au personnel médical.

⁸⁴ Gerald. Grumet « L'arme redoutable de l'inefficacité », problèmes politiques et sociaux N° 627

CHAPITRE I L'ÉTAT ET LES SERVICES PUBLICS DANS LA NOUVELLE CONJONCTURE ECONOMIQUE

Le contrôle des stocks de matériel a été négligé. Les dépenses d'investissement ont souvent été affectées séparément des dépenses courantes et amorties immédiatement. Les moyens financiers sont pratiquement laissés à la discrétion de l'exploitant de l'hôpital, l'intensité du capital tend à être trop élevée.

Même, lorsque les hôpitaux sont indépendants et sous contrat, les méthodes de paiement n'incitent pas à une plus grande rentabilité. Elles encourageant au contraire dans la plupart des cas un allongement des hospitalisations ou des traitements supplémentaires.

De plus, l'accroissement de la capacité de gestion peut ne pas aboutir à elle seule aux résultats souhaités. Par exemple, lorsque les obligations de transparence sont insuffisantes pour que les gestionnaires fassent tout pour atteindre les objectifs souhaités, les systèmes de prix peuvent aussi provoquer de fortes distorsions.

Dans de nombreux pays, en particulier ceux où les systèmes sont à base de contrats ou de paiement à l'acte, les prix des différents actes médicaux ont souvent peu de rapport avec les coûts relatifs des ressources ou avec le rapport coût efficacité des traitements.

Les comparaisons internationales des structures des honoraires indiquent aussi une grande variation aussi bien des niveaux de prix que des prix relatifs pour des actes médicaux similaires selon les pays.

De plus, les niveaux de prix et surtout les structures des prix relatifs peuvent rester fixés pendant de longues périodes même lorsque l'évolution technologique modifie les coûts. Cela peut amener les hôpitaux ou les médecins à favoriser des actes où le prix offert par rapport au coût est maximum.

Ce qui se traduit par une mauvaise répartition des ressources dans le secteur de la santé, il se répercute aussi par une incidence sur les coûts globaux du système et éventuellement traduisent des effets nuisibles sur la santé du patient.

En plus, une grande autonomie de décision au niveau des hôpitaux en ce qui concerne les prestataires, les contrats de services de santé établis sur une base concurrentielle les obligent à améliorer leurs capacités de gestion et à accepter des dispositions assurant la transparence appropriée (avec des objectifs fixés et des systèmes d'information permettant d'en mesurer la réalisation).

En même temps une plus grande autonomie de gestion est nécessaire, surtout dans les pays où les prestataires sont publics, pour les encourager à rechercher et à mettre en oeuvre des améliorations d'efficacité. Les établissements peuvent par exemple avoir besoin de pouvoir négocier

directement avec leur personnel les conditions de travail et de rémunération au lieu d'être liés par des conventions à l'échelon central.

Il faut aussi que les prestataires tiennent compte du coût des investissements

(Bâtiments et équipements) dans leurs systèmes d'information ou leurs pratiques budgétaires, de façon que la totalité du prix des facteurs de production soit prise en considération dans les décisions de production et d'achat. Néanmoins, les acheteurs risquent d'être étroitement impliqués par les prestataires dans les grandes décisions d'investissement, par exemple sous forme d'engagements contractuels à acheter les prestations rendues possibles par les nouvelles technologies. En prenant de tels engagements, il faudrait que les acheteurs tiennent compte des économies d'échelle possible et des besoins globaux en capacité dans leur domaine d'achat

D- d'autres stratégies d'amélioration de l'efficience micro-économique

Un certain nombre de pays ont récemment essayé des réformes plus vastes dans le secteur hospitalier.

Les détails de chaque système diffèrent, notamment en fonction des pressions auxquelles étaient soumis les gouvernements au moment de leur introduction.

Les progrès réalisés ont eux aussi été variables car les réformes ont suscité de très fortes controverses dans tous les pays.

D.1-Renforcement du rôle des prestataires et financiers des soins

Ce qui est le plus important pour améliorer l'efficience est de renforcer le rôle des organismes qui financent les soins de santé ; que ce soient des pouvoirs publics, des caisses maladie ou des assureurs privés .Car, ils ont souvent été (et restent encore dans certains cas) des intermédiaires relativement passifs entre les consommateurs et les prestataires.

En effet, avant ces réformes la fonction de ces organismes a été de répartir les fonds disponibles entre des institutions de santé, en utilisant en général des méthodes de paiement telles que subventions globales, forfaits journaliers ou systèmes de paiements à l'acte qui ne tenaient guère compte des problèmes de répartition des ressources ou du rapport qualité prix et dans ce dernier cas, permettaient aux prestataires de faire augmenter les dépenses sans que personne ne s'y oppose.

Au jour Hui, il est indispensable de redéfinir le rôle des organismes qui financent les soins de santé tout au moins dans les systèmes publics de façon

qu'ils soient à la fois responsables vis-à-vis de l'État de la maîtrise des coûts et mandataires des consommateurs de santé pour l'évaluation et l'achat des soins de santé

Dans le cadre de ces réformes, les organismes finançant les soins de santé se voient généralement attribuer une enveloppe budgétaire globale. Il leur incombe de choisir les modalités des contrats avec les prestataires (y compris les incitations et les sanctions) de façon que le montant total des dépenses reste en deçà du plafond.

Ils peuvent par exemple imposer le remboursement par les prestataires des dépassements de coûts les années suivantes plutôt que d'obliger les organismes payeurs à financer les déficits. (Comme cela s'est produit en Italie).

Le meilleur moyen de réaliser le plafonnement budgétaire dépend du système de santé, mais nombre des approches actuelles visant à la maîtrise macro-économique des coûts restent applicables. Ainsi il existe déjà des mécanismes de fixation des dépenses globales publiques de santé dans les pays où les soins de santé sont financés par le budget national ou font l'objet d'un contrôle de l'État (par exemple le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et les pays nordiques).

Dans de tels cas, l'accent est mis sur la recherche de formules appropriées à base de capitation pour la répartition du budget global entre les acheteurs de santé régionaux

Dans les systèmes où il existe un certain nombre de caisses de sécurité sociale, la fixation d'un plafond des taux de cotisation (comme en Allemagne) peut aboutir aux mêmes résultats. Il se peut qu'il faille utiliser des méthodes analogues lorsque la responsabilité des soins de santé incombe aux échelons inférieurs des pouvoirs publics.

Dans les systèmes fondés sur le secteur privé (États-Unis), il est difficile d'appliquer les mêmes méthodes, car les objectifs et le fonctionnement du système de santé répondent aux critères du libre marché.

Un second élément important de ces réformes est que les payeurs doivent devenir des acheteurs plus efficaces pour le compte des consommateurs. Cela signifie qu'ils soient en mesure d'être beaucoup plus actifs dans l'évaluation des avantages et du rapport qualité prix relatifs des différentes stratégies de traitement et dans l'achat sélectif des prestations de santé auprès des prestataires potentiels.

Dans leur nouveau rôle, ils deviennent donc responsables vis-à-vis des consommateurs de la quantité et de la qualité des prestations médicales fournies.

Dans les systèmes où un seul acheteur (l'Etat par exemple) est chargé de répondre aux besoins de la population locale en matière de santé présentent

certaines avantages. Des considérations d'échelle peuvent le mettre mieux à même de financer l'information nécessaire pour établir les contrats appropriés.

Aussi il peut utiliser son pouvoir monopoliste pour obtenir davantage d'informations des prestataires, entreprendre des études sur l'opportunité et l'efficacité de différentes stratégies de traitement et exercer sur les prestataires des pressions en les mettant en concurrence.

Étant donné le caractère global et de longue durée des relations qu'ils impliquent avec les consommateurs, les systèmes à payeur unique permettent à l'acheteur d'avoir une vision plus large des soins de santé : il peut notamment avoir une stratégie intégrée englobant les soins de premier recours, de second recours et de proximité. Ils peuvent aussi prendre en compte l'éventail plus large des éléments qui contribuent à l'état de santé global.

Les acheteurs peuvent aussi être en meilleure position pour limiter les soins inutiles, bien qu'il soit difficile dans la pratique de faire la distinction entre ce qui est inutile et ce qui est nécessaire.

En dehors de cela, beaucoup peut se faire pour remédier aux conséquences des différences de pratique en comparant les méthodes de travail des médecins et des hôpitaux. On peut aussi se baser sur une meilleure information sur les traitements dispensés, chose à laquelle la profession médicale a souvent résisté sous prétexte de secret professionnel.

Si les restrictions de volume et les contrôles ont toujours existé, l'impulsion donnée par le processus de réforme conduit à les rendre plus systématiques et à les appliquer dans toute une gamme d'environnements institutionnels différents.

Par exemple en 1994, la France a mis en application une loi concernant une trentaine de « références médicales opposables » qui fixait les meilleures pratiques en matière de traitement d'un éventail de maladies et prévoyait des sanctions en cas d'abus.

De même, au Royaume-Uni, les acheteurs (Commissions sanitaires de district] spécifient non seulement le type de soins à acheter mais les actes et techniques à appliquer et commencent à procéder à des contrôles dans les hôpitaux où certains types d'interventions chirurgicales sont fréquents.

En Allemagne, les caisses maladie doivent depuis 1989 vérifier 2 % de toutes les factures médicales.⁸⁵

Aux États-Unis, les assureurs jouent un rôle de plus en plus actif dans le processus de diagnostic et de traitement. En 1990, 80% des assurances groupe traditionnelles employaient des responsables chargés pour chaque pathologie de suivre le traitement des patients chroniques dont les soins onéreux

⁸⁵ Luc Nguyen-Kim, Zeynep OR, Valérie Paris, Catherine Sermet; Les politiques de prise en charge des médicaments en Allemagne, Angleterre et France ; Bulletin d'Analyse économique N° 99, Octobre 2005

présentent environ 45% de l'ensemble des coûts globaux. Ces derniers devaient obligatoirement demander des certificats de pré admission et un contrôle en hôpital.

Le consensus général est que ces contrôles ont limité le volume des soins de santé, mais les économies ainsi réalisées ont été en partie contrebalancées par l'augmentation des frais administratifs.

Les nouvelles réformes introduisent la recherche d'une plus large concurrence entre les prestataires.

Aujourd'hui, et dans de nombreux systèmes, le secteur hospitalier

Confie aux assureurs, en plus du rôle de financiers un rôle d'acheteurs.

Car, dans la nouvelle conception de gestion du système de soins, les résultats seraient

Plus efficace si une concurrence réelle ou potentielle existe entre les prestataires de santé.

Cet argument veut que les prestataires qu'ils soient publics ou privés aient la possibilité de voir les acheteurs de soins de santé transférer le financement de l'ensemble ou d'une partie des prestations vers d'autres agents ce qui permet d'inciter fortement les prestataires à rechercher des améliorations de qualité, d'efficacité, de maîtrise des coûts et d'autres éléments qui peuvent être nécessaires pour obtenir le financement des prestations.

C'est l'approche retenue au Royaume-Uni, où les organismes de financement ne sont plus obligés d'acheter uniquement aux hôpitaux publics locaux.

Au Danemark et en Suède aussi, les consommateurs ont désormais le libre choix des hôpitaux où ils se font traiter.

Une concurrence effective a fait apparaître dans la plupart des pays un excédent hospitalier. Cela a déjà été le cas au Royaume-Uni et en Suède où l'excédent de lits dans les centres ville et ont donné de graves répercussions sur les coûts.

Malgré cela, les décisions de fermer des lits d'hôpitaux sont presque toujours difficiles et politiquement délicates et suscitent des résistances locales partout où on les propose.

C'est pourquoi un accroissement de la concurrence doit s'accompagner de règles interdisant la suppression des hôpitaux déficitaires ou de dispositions visant à assurer une offre régionale plus équilibrée. Il faudra le faire d'une façon qui maintienne néanmoins une concurrence suffisante entre les prestataires.

En principe la concurrence permettra en outre le développement de pratiques plus réalistes de détermination des prix. Car, là où il y a concurrence

entre les prestataires sur la base des prix, il y aura davantage d'incitations à déterminer le coût des différents actes et à réduire les frais chaque fois que ce sera possible. Si les prix sont plus proches des coûts marginaux, les effets de distorsion des structures actuelles des prix relatifs seront réduits et l'affectation des ressources sera du même coup améliorée.

Cependant, la concurrence peut être difficile à assurer dans les zones rurales où il peut y avoir qu'un seul hôpital pour une région.

Néanmoins là où la concurrence existe par exemple dans les grandes zones urbaines, les systèmes de détermination des prix et de passation des contrats peuvent servir de référence. Les acheteurs peuvent alors évaluer quelle est la manière la plus efficace d'utiliser les crédits tandis que les hôpitaux sont soumis à des incitations par le biais des contrats acheteur prestataire.

L'expérience récente au Royaume-Uni montre qu'à condition qu'il y ait possibilité de concurrence même aux marges des services de santé, les prestataires qui se trouvent dans un contexte essentiellement monopoliste sont confrontés à des pressions qui les conduisent à essayer d'améliorer les différents aspects des prestations recherchés par les organismes de financement.

La concurrence a des chances d'impliquer un recours accru à diverses approches contractuelles pour les prestations hospitalières. Contrairement au Financement global de l'ensemble des prestations ou au remboursement passif par les assureurs des factures présentées par les prestataires, les contrats permettent des appels d'offres concurrentiels pour des prestations particulières recherchées par les acheteurs, ainsi que le transfert de ressources à d'autres prestataires.

Les contrats peuvent aussi aider à rapprocher les prix des coûts là où les deux ont divergé avec le temps ou été inadéquats dès le départ. De plus, les contrats offrent un mécanisme formel permettant de préciser et de surveiller les indicateurs de performances tels que qualité, quantité et coût des prestations. Ceci est important par exemple lorsque l'organisme de financement veut instaurer une relation à long terme avec certains prestataires

D.2 Concurrence entre des minis systèmes intégrés (PPO et HMO)

Le rôle de l'organisme de financement en tant qu'acheteur devient très difficile lorsque le marché de l'assurance est fragmenté et que les consommateurs ont une plus grande liberté de choix pour leurs soins de santé. Dans ces conditions, les assureurs se sont généralement bornés jusqu'ici à payer les factures présentées par les patients ou les prestataires. Cependant,

l'évolution récente leur a permis d'assumer un rôle plus actif dans les achats, mais au prix d'une limitation du choix des consommateurs.

Dans les systèmes à base d'organisations de prestataires préférentiels (PPO), les contrats des assureurs avec les fournisseurs sont passés à des taux préférentiels. Les patients peuvent choisir d'autres prestataires, mais doivent alors payer la différence de coût.

Les *Health Maintenance Organisations* (HMO) ou réseaux de soins coordonnés représentent une solution contractuelle assez différente de la concurrence entre prestataires et équivalent à des mini systèmes intégrés de soins de santé concurrentiels

Dans les systèmes HMO qui couvrent environ 21 % de la population aux Etats-Unis, le consommateur paie une cotisation annuelle forfaitaire pour tous les soins de santé nécessaires au cours de la période.⁸⁶

Ceci incite fortement à réduire au minimum les soins inutiles et à fournir moins de soins qu'il ne serait nécessaire.⁸⁷

D.3 Amélioration du rôle de mandataire des médecins assurant des soins ambulatoires

Le secteur des soins ambulatoires, s'il implique en général des dépenses d'une moins grande ampleur, joue un rôle extrêmement important pour maîtriser les coûts et augmenter l'efficacité.

En principe, le premier contact avec le secteur des soins de santé est celui pris avec le médecin de premier recours ou l'infirmière qui résolvent tout un éventail de problèmes de santé.

En fait, au Royaume-Uni, on estime que 80 % des traitements se font entièrement au niveau des médecins de premier recours.

Lorsque des soins supplémentaires sont nécessaires, ces médecins sont généralement les principaux interlocuteurs des patients pour ce qui est de l'information et des décisions concernant le traitement médical.

De plus, ils servent souvent de moyen de filtrage formel ou informel pour les services de second recours. Ces fonctions et objectifs doivent donc être pris en compte dans les systèmes de contrats avec les médecins généralistes.

Les principales méthodes de rémunération des généralistes traduisent des effets pervers sur l'ensemble des dépenses de santé.⁸⁸

⁸⁶ Michel .Mougeot , op cité

⁸⁷ A.Bocognano, A.Couffinhal, .Grignon, R.Mahieu,.Polton ; la mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé : théorie et bilan des expériences étrangères ; Bulletin de l'information en économie de la santé N°15, novembre1998

⁸⁸ Gilbert Weich « établir des priorités » ; problèmes politiques et sociaux »N° 627

Dans les systèmes de paiement à **l'acte**, les médecins ont un intérêt financier à fournir des prestations excédentaires. Au contraire, lorsqu'ils sont rémunérés par un salaire, ils peuvent réduire leurs activités sans pour autant altérer leur propre ressource financière.

Les systèmes de paiement à la **capitation** sont intermédiaires, ils incitent à attirer les patients et à assurer des soins adéquats dans les cas normaux. Cela n'empêche pas que les médecins risquent encore d'essayer d'éviter les cas difficiles ou de se décharger des patients qui coûtent cher sur les prestataires de second recours.

Dans les systèmes de paiement à **l'acte**, il est difficile de maîtriser les coûts globaux. Dans la plupart des pays, une partie des augmentations ont été limitées en maintenant à un certain niveau le prix contractuel des soins.

D.4 Mode de rémunération des médecins de premier recours

Dans beaucoup de pays d'Europe les généralistes sont employés sur la base d'un **salarial**.

Dans les pays dotés de systèmes de santé intégrés, les salaires sont généralement négociés niveau central (par exemple entre les associations de médecins et l'administration), des ajustements étant parfois apportés pour tenir compte de la situation de chacun, selon l'expérience et le lieu d'exercice.

Le salarial permet au payeur de contrôler directement le coût des soins primaires; en revanche, il peut amener les généralistes à limiter leur offre de services (pour alléger leur charge de travail), à orienter trop souvent leurs patients vers un médecin intervenant en second recours et à ne pas prêter suffisamment attention aux préférences des patients.

Dans un système de paiement à la **capitation**, le généraliste reçoit un montant fixe, ajusté généralement en fonction de facteurs tels que l'âge et le sexe des patients figurant sur sa «liste». Ce système est appliqué en Italie (avec une part d'honoraires), au Royaume-Uni (avec une part d'honoraires et des indemnités pour des services spécifiques), en Autriche (avec des honoraires pour certains services désignés).

Le paiement à la capitation permet au payeur de contrôler le niveau global des dépenses consacrées aux soins de santé primaires et la répartition des fonds entre les généralistes est fonction du nombre de patients inscrits sur leur liste.

Le risque dans ce système, est que les généralistes peuvent inscrire un trop grand nombre de patients sur leur liste et ne leur offrent réellement qu'un service insuffisant, qu'ils sélectionnent les « meilleurs » risques et qu'ils renvoient trop rapidement leurs patients vers un autre professionnel.⁸⁹

Pour limiter ce risque, il a été admis que le consommateur soit libre de choisir son médecin et qu'en outre s'applique le principe selon lequel « l'argent suit le patient ».

C'est une formule de **paiement à l'acte** qui s'applique ces dernières années aux généralistes dans beaucoup de pays de l'OCDE.

Cette formule tend à se généraliser à l'ensemble des spécialistes privés et même publics. Les tarifs sont ou bien négociés à l'échelon central (c'est le cas au Japon, en Allemagne, au Canada et en France), ou bien fixés par chaque praticien.

Certains pays (par exemple, l'Australie et la Nouvelle-Zélande) ils autorisent les généralistes à pratiquer le « dépassement d'honoraires » au delà des tarifs de remboursement normalement appliqués aux patients.

Dans le cadre de l'évolution vers un système de médecins de famille en Finlande (par opposition au système des centres médicaux), le revenu des médecins consiste en un salaire de base (60 %), un paiement à la capitation (20%), un paiement à l'acte (15%) et des indemnités locales (5%).

Les systèmes de rémunération mixtes permettent d'atténuer quelques unes des difficultés que risque de susciter un système basé sur la capitation. Par exemple, l'incitation à l'écémage serait réduite si les risques correspondant aux patients qui coûtent cher étaient partagés avec l'autorité centrale de financement.

De même, les systèmes mixtes modèrent la tendance à l'excès de traitements que l'on constate dans les systèmes purs de paiement à l'acte.

Le passage d'un système de contrat à un autre peut se révéler difficile. Les contrats par capitation qui sont souvent associés à des fonctions de filtrage reposent sur des généralistes qualifiés du fait que les services de santé sont fournis hors du système hospitalier, La distribution des compétences médicales n'est pas toujours appropriée dans tous les pays.

Aux Etats-Unis et en France, par exemple, les spécialistes représentent une forte proportion des médecins ambulatoires et il y a concurrence entre les généralistes et les spécialistes pour attirer les patients. Aussi, d'autres problèmes se posent surtout celui des compétences de certains généralistes

⁸⁹ Paul Dourgnon, Stéphanie Guillaume, Michel Naidith, Catherine Ordonne au ; les assurés et le médecin traitant , premier bilan après la refonte ; Bulletin de l'information en économie de la santé N° 124 , février 2007

qui se voient parfois insuffisantes, surtout lorsqu'il n'y a pas d'obligation ou d'incitation à se tenir au courant du progrès médical.

Enfin, dans les pays où le nombre de médecins ambulatoires est élevé en proportion de la population, il peut être difficile de fixer le niveau du forfait par personne si l'on veut assurer la maîtrise des coûts.

Le rôle du médecin de premier recours en tant que premier point

Les systèmes de médecins de famille peuvent assurer une meilleure continuité des soins médicaux tout en faisant obstacle au risque subjectif.

Dans certains pays de contact avec le système de filtrage (l'Allemagne et la Belgique par exemple), les patients peuvent consulter des généralistes ou des spécialistes pratiquement à leur guise, ce qui augmente le risque de consultations multiples pour la même pathologie et peut conduire à un excédent de soins

Le recours à un médecin de famille pour assurer un filtrage (en servant de point de passage obligé pour l'accès à un spécialiste ou un prestataire de second recours en dehors des cas d'urgence) réduit ce risque et permet en outre de regrouper entre les mains d'une seule personne un dossier médical plus cohérent.

Il se peut donc qu'il soit nécessaire de ne pas appliquer les mêmes dispositifs contractuels pour les médecins non hospitaliers et pour les médecins hospitaliers. Les estimations qui figurent dans les pays où il existe des systèmes de filtrage et d'orientation obligatoires tendent à présenter des coûts globaux inférieurs de soins de santé.

Pour réduire l'impact sur le choix du consommateur, certains pays autorisent les patients à demander un deuxième avis, mais moyennant une participation substantielle aux frais.

Dans d'autres cas le système d'assurance a été conçu de façon à permettre aux consommateurs de choisir soit un système de filtrage sans participation aux coûts pour les consultations de premier recours, soit le libre choix du médecin de premier recours avec une participation aux coûts (Danemark).

Le système de Filtrage peut toutefois ne pas convenir à tous les pays.

Cette méthode et les systèmes de capitation plus généralement, peuvent faire craindre une insuffisance de prestations soit pour certains patients soit pour tous et un écrémage ou un excès d'orientation vers le second recours par des médecins qui veulent éviter les patients risquant de coûter cher.

Ces craintes peuvent être atténuées s'il y a choix effectif par le consommateur du praticien de premier recours et/ou s'il existe une disposition de prévention des pertes.

D.5 changement Dans les systèmes de détention de budgets :

Les réformes adoptées au Royaume-Uni sont particulièrement intéressantes.

En effet, les cabinets privés qui décident de devenir gestionnaires d'un budget (fund holders) se voient attribuer un budget pour assurer les soins de premier recours et acheter d'une part les médicaments et d'autre part toute une gamme de prestations de second recours. Ces cabinets sont donc incités à évaluer l'efficacité et l'efficacité des différents traitements possibles, y compris les traitements en cabinet médical par rapport aux traitements hospitaliers et ont une certaine liberté de négociation pour améliorer les services de santé fournis à leurs patients par les prestataires de second recours.

La motivation des gestionnaires de budget qui tend à agir dans l'intérêt des consommateurs est renforcée par la plus grande satisfaction professionnelle que permet un plus grand pouvoir de négociation vis-à-vis des spécialistes mais aussi pour certaines raisons pécuniaires

E - Quelques exemples particuliers dans la recherche de maîtrise des dépenses

Malgré tous les efforts concentrés sur la recherche de la rationalité et de la maîtrise des dépenses de santé ; certains facteurs demeurent difficilement maîtrisable et échappent la plupart du temps aux différents calculs économiques.

En effet, par leurs caractères variables et multidimensionnels, certains facteurs peuvent rendre tous les résultats aléatoires.

Comme le problème de la croissance des dépenses de soins a pris des dimensions différentes d'un système à un autre, la pratique a démontré que beaucoup de pays ont développés des expériences propres à eux en se concentrant sur certains éléments jugés accroître les dépenses plus que d'autres.

Généralement, les mesures ont portés sur les éléments suivants :

E.1.Produits pharmaceutiques

Le secteur pharmaceutique pose des problèmes particuliers lorsqu'on cherche à améliorer l'efficacité et la maîtrise globale des dépenses. Néanmoins, certaines des solutions suggérées pour la réforme des secteurs hospitalier et de premier recours pourraient aussi convenir pour les dépenses pharmaceutiques.

Un souci essentiel est de savoir comment trouver un équilibre entre le fait de donner aux sociétés pharmaceutiques des incitations suffisantes pour qu'elles entreprennent des travaux de recherche et développement dans un secteur qui par nature est coûteux et incertain et celui de résoudre le problème du monopole qui se crée lorsqu'on introduit des médicaments efficaces protégés par un brevet.

En Australie, par exemple, un système de négociations centralisées entre les autorités fédérales et les entreprises pharmaceutiques sur les prix des médicaments et l'établissement de la liste des produits nouveaux semble contribuer à une nette limitation des prix.

Plus généralement, il existe différents moyens d'inciter davantage médecins et patients à faire de meilleurs choix concernant les dépenses pharmaceutiques, en particulier des choix qui améliorent la maîtrise et l'efficacité des dépenses sans porter atteinte aux résultats du point de vue de la santé.

La plupart des pays ont instauré un ticket modérateur sur le prix des médicaments prescrits afin d'améliorer la limitation des dépenses du côté de la demande, et plusieurs taux de remboursement de base par les organismes de financement fondés sur les prix de médicaments génériques moins chers lorsqu'il en existe.

L'élimination de l'intérêt financier des médecins à prescrire des médicaments (comme c'est le cas au Japon) réduirait leurs incitations à trop prescrire.

Il subsiste d'un pays à l'autre d'importantes variations dans les pratiques de prescription, ce qui donne à penser que le comportement des prescripteurs n'est en général pas soumis à une évaluation rigoureuse.

Plusieurs pays (notamment la France, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande) ont mis en place des contrôles permettant d'informer les médecins de la comparabilité de leurs prescriptions avec celles d'autres médecins et des systèmes analogues visant à encourager une prescription plus rationnelle sont en cours d'adoption dans d'autres pays.

Cette solution, conjuguée à des mécanismes efficaces d'application permet d'identifier et de limiter les excès et d'encourager une plus grande standardisation des habitudes de prescription.

Dans les systèmes de gestion de budget et autres rémunérations à la capitation, les dépenses de médicaments peuvent être incluses (à titre prévisionnel) dans le paiement à la capitation. Comme cela se fait au Royaume-Uni, cette solution permet de maîtriser les dépenses pharmaceutiques pour les soins ambulatoires et incite les médecins à prescrire avec prudence.

Les coûts globaux de délivrance de médicaments pourraient aussi être réduits par une déréglementation sélective du secteur de la vente au détail.

Certains pays d'Europe ont introduits des réglementations très fortes : il y a souvent contrôle des prix de détail, la concurrence entre les pharmacies est limitée (pas de publicité des prix pour les médicaments sur ordonnance), elle l'est souvent aussi entre les pharmacies et les autres points de vente au détail de médicaments délivrés sans ordonnance (par exemple l'aspirine et les vitamines).

Il y a aussi un *numerus clausus* par zone pour les pharmacies.

Cela a conduit à des différences importantes d'un pays à l'autre dans le nombre de pharmacies et par conséquent dans le nombre de pharmaciens par rapport à la population

E.2 Evaluation des technologies nouvelles

L'un des éléments qui font monter les coûts médicaux depuis trente ans est le changement technologique.

Beaucoup de technologies ont été acceptées sans évaluation suffisante et il faut dans ce domaine une plus grande cohérence.⁹⁰

Pour veiller à ce que le changement technologique ne fasse pas inutilement monter les coûts, les acheteurs peuvent préciser que les technologies nouvelles ne seront achetées que lorsqu'elles présentent des avantages nets en matière thérapeutique ou en matière de coût.

. Si une partie des augmentations de dépenses liées à la technologie correspond aux machines ou aux médicaments, la principale cause de cette hausse est sûrement l'apparition de nouveaux actes médicaux et chirurgicaux dans des hôpitaux qui peuvent se révéler plus difficiles à évaluer et à maîtriser. Dans ce contexte, les gouvernements doivent veiller à ce que des essais appropriés des Coûts avantages soient effectués

E.3 Meilleure maîtrise de l'offre de médecins et de lits d'hôpitaux

L'offre croissante de médecins, en même temps qu'une augmentation notable des lits d'hôpitaux, semble avoir été l'un des nombreux facteurs d'accroissement des dépenses. L'excédent de l'offre est apparent pour les lits d'hôpitaux depuis un certain temps.

La concurrence entre hôpitaux le rend encore plus apparent, et cela ne conduit pas nécessairement à une sortie du marché si les coûts de la capacité

⁹⁰ Arnold.Relman « évaluation et responsabilité » problèmes politiques et sociaux N°627

excédentaire peuvent être répercutés sur les prix (comme cela semble être le cas dans certains pays, notamment aux États-Unis).

La fermeture de lits et d'hôpitaux, même si elle est justifiée pour des raisons de coût, rencontre de sérieuses difficultés sur le plan politique.

Il y a aussi offre excédentaire de médecins dans certains pays. L'accroissement des effectifs ne semble pas avoir réduit les dépenses totales par une augmentation de la concurrence des prix. En fait, la croissance de l'offre n'avait fait qu'accroître les possibilités de médicalisation supplémentaire d'un éventail de plus en plus large de phénomènes ayant des effets de plus en plus faibles sur la santé.

Cela milite en faveur d'une restriction de l'accès aux études médicales, ou du moins à un avertissement clair à ceux qui entreprennent les études de médecine.

E.4 La prise en charge de la population du 3 âge

A mesure que les populations vieilliront, les types de soins de santé nécessaires changeront. Les améliorations des techniques de chirurgie et d'anesthésie réduiront la nécessité de lits de soins aigus, mais il y aura une demande croissante de soins de longue durée pour de nombreuses personnes âgées. Les pays ont adopté des approches très différentes vis-à-vis des personnes âgées.

Dépendantes dans le passé, certains pays comme le Canada et la Suède, ont eu tendance à recourir davantage aux soins en établissement, tandis qu'au Royaume-

Uni et au Danemark, l'accent a été mis davantage sur le dispositif de soins à domicile ou des systèmes de logement intermédiaires qui sont moins coûteux.⁹¹

Tous les pays de l'OCDE cherchent maintenant à réaliser un meilleur équilibre entre les différentes formes de soins, tout en différenciant davantage les besoins des personnes âgées très handicapées et ceux des personnes qui n'ont besoin que de quelques soins.

L'élaboration des politiques dans ce domaine a été compliquée dans de nombreux pays par le fait que les soins hospitaliers et de proximité sont organisés et financés à différents niveaux des pouvoirs publics (la santé à

⁹¹Anissa Afrite, Laure com-Ruelle, Zeynep Or, Thomas Renaud ; L'hospitalisation à domicile une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation ; Bulletin d'information en économie de la santé N°119 Février, 2003

l'échelon central, régional ou départemental et le soutien social à l'échelon municipal).

Cette fragmentation a conduit à un certain transfert de coûts, par exemple par le maintien des personnes ayant besoin de soins de longue durée de faible intensité dans des lits d'hôpitaux à coût élevé. Ces problèmes peuvent être atténués par des incitations appropriées.

Au Danemark par exemple et en Suède, progressivement, les municipalités ont été rendues financièrement responsables des coûts de maintien à l'hôpital des patients âgés qui n'ont plus besoin de soins intensifs, ce qui les incite fortement à trouver des solutions moins chères.⁹²

E.5 Maîtrise des coûts et assurance

Le renforcement de la concurrence sur le marché de l'assurance peut ne pas se traduire par une baisse globale des coûts. Lorsque le montant des primes peut être fixé librement, celles-ci peuvent, à terme, avoir tendance à augmenter plutôt qu'à baisser. Tel peut être le cas si une fraction suffisamment nombreuse de la population estime que le niveau des dépenses est insuffisant ou si les producteurs parviennent à résister aux tentatives déployées par les assureurs pour améliorer l'efficacité et si les effets de demandes induites par les fournisseurs jouent fortement.

Par exemple, aux Pays-Bas, les difficultés de maîtrise des coûts s'expliquent en partie par une collusion entre les prestataires sur un marché de l'assurance très fragmenté.⁹³

Les assureurs peuvent se faire concurrence en proposant une offre globale de soins plus sélective (accès aux meilleurs spécialistes, etc.), ce qui poussera les prix à la hausse lorsque l'offre est inélastique. Cela peut avoir un retentissement sur l'équité d'accès. Les constatations récentes que l'on a pu faire sur des marchés privés montrent que les primes ont tendance à augmenter c'est ce qu'on a pu observer avec les assurances privées au Royaume-Uni et en Finlande, par exemple).

Enfin, la concurrence entre les assureurs privés risque de pousser à continuer à mettre l'accent sur les soins plus que sur les résultats. Les systèmes de santé, actuellement, sont davantage axés sur les soins curatifs que sur la prévention.

L'assureur ne sera guère incité à privilégier la prévention à moins qu'il n'y voit la possibilité de réaliser des économies ultérieurement du fait d'une dépense médicale moindre. La concurrence dans un système de type HMO où il existe un intérêt commun pour les soins préventifs, pourrait être utile à cet

⁹² Marc Perronnin, Marie-jo Sourty Leguellec ; influence des caractéristiques sociales du patient sur la durée de séjour à l'hôpital ; Bulletin d'information en économie de la santé N°71 Septembre 2003

⁹³ Nora.Simon « Sécurité sociale : de l'impasse à la réforme » problèmes politiques et sociaux N°627

égard, de même que les contrats à long terme entre consommateurs et assureurs à condition que soit maintenue la pression concurrentielle seront le résultat de la liberté de choix des consommateurs.

Si l'on s'est interrogé, plus haut, sur les mérites d'un système d'assurance pleinement concurrentiel, peut-être aurait-on moins de craintes à l'égard d'un système d'assurance concurrentiel facultatif qui jouerait en marge d'un système fondé essentiellement sur un payeur unique. L'assurance facultative pourrait, par exemple, couvrir des prestations non couvertes par le régime public (soins dentaires, lunettes et lentilles, chirurgie esthétique, etc.) ou financer un meilleur service (chambre individuelle, par exemple). C'est le marché qui déterminerait la forme que prendrait cette assurance, ainsi que son prix, et des primes calculées en fonction des risques individuels ou des risques d'un groupe restreint pourraient être la norme.

Cependant, il ne faudrait pas que l'assurance facultative couvre la part de dépense restant à la charge du patient afin d'éviter d'affaiblir l'effet modérateur que la participation financière du patient peut avoir sur la demande de soins.⁹⁴

Peut-être faudrait-il aussi que les formules d'assurance soumises à la concurrence ne soient pas autorisées à couvrir les gros risques de santé, si l'on considère que le payeur unique représente la meilleure façon de maîtriser les coûts et de garantir l'équité d'accès. Cela ne serait pas nécessairement coûteux, si l'on parvient à améliorer l'efficacité de l'offre de services de santé, grâce à des mesures adéquates

Il faut veiller à ce que les facteurs qui, ces derniers temps, ont poussé à la multiplication des mécanismes de concurrence privés pour le financement et la prestation des services de santé ne perdent beaucoup de leur force en mettant l'accent sur la recherche et le développement d'objectifs sociaux plutôt qu'économiques.

E.6 «Participation aux frais» et ticket modérateur

L'analyse qui précède laisse penser qu'une amélioration des incitations aux prestataires de services de santé et leur surveillance peuvent aider à réduire les dépenses inutiles.

Par ailleurs, la plupart des pays de l'OCDE ont cherché à annuler l'effet du risque subjectif lié à la couverture très étendue des assurances en relevant le ticket modérateur que les patients doivent payer pour une série de dépenses.

Comme l'augmentation du ticket modérateur pourrait impliquer une nette augmentation correspondante du «prix» payé par les patients, l'effet sur la demande pourrait être sensible, même avec des élasticités relativement faibles.

⁹⁴ David Bardley, Agnès Couffinhal, Michel Grignon ; trop d'assurances peut-il être néfaste ? op. Cité

Cependant, on ne constate guère dans la pratique (sauf pour les produits pharmaceutiques) que les pays où le ticket modérateur est plus élevé présentent des dépenses plus faibles ou une augmentation des dépenses plus lente.

Si l'augmentation du ticket modérateur dans les régimes publics peut réduire le coût pour l'État et peut-être le volume des soins de santé, il ne s'ensuit pas nécessairement que la dépense totale diminue. Il y a à cela plusieurs raisons.

Dans la pratique, les augmentations ont été intermittentes et faibles et partout insuffisantes pour modifier le comportement des consommateurs.

L'assurance privée (Medi gap aux États-Unis et les assurances complémentaires en France) sont un exemple pertinent sur la prise en charge d'une part importante de l'augmentation des tickets modérateurs dans le régime d'assurance public.

Même si la participation aux frais contribue à ralentir la croissance du volume des soins de santé, cela peut être en partie compensé par des hausses du prix des soins de santé (comme cela semble s'être produit aux États-Unis au début des années 80). Enfin, les possibilités d'économiser sur les dépenses peuvent être réduites par les coûts administratifs de mise en oeuvre des systèmes de participation aux frais.

L'incidence régressive potentielle de la participation aux frais suscite des préoccupations en ce qui concerne l'équité. De plus, l'état de santé semble être fortement corrélé avec le revenu et par conséquent, les tickets modérateurs risquent de transférer le revenu des malades les moins aisés vers ceux qui sont en bonne santé et plus aisés. De ce fait, la plupart des pays où il existe des tickets modérateurs s'efforcent de protéger les groupes à faible revenu et les malades chroniques par des exemptions, des plafonds de paiement et autres dispositions du même genre. Mais tous cela se fait la plupart du temps au prix d'une plus grande complexité administrative, d'une réduction de la transparence des prix, et d'une augmentation du risque de fraude.

L'hypothèse sur laquelle s'appuient les arguments en faveur d'une augmentation du ticket modérateur est que le faible niveau des prix conduit à des demandes de caractère « secondaire ». Dans ce contexte, beaucoup d'études montrent que le ticket modérateur a autant de chances de réduire les contacts avec les prestataires de soins de santé qui seraient considérés comme « nécessaire » par les cliniciens que ceux qui seraient jugés « inutiles ».

D'une façon plus générale, les tickets modérateurs doivent être plus faibles lorsque le risque subjectif est moindre, lorsque l'impact sur la demande est faible et lorsque les gains de bien-être que permet l'assurance sont maximums.⁹⁵ Ceci indique que la participation des patients aux frais, dans la mesure où elle est appliquée, doit être plus faible pour les services hospitaliers

⁹⁵ Stéphane Jacobzone, La réforme des systèmes de santé op.cité

de soins intensifs (sauf peut-être pour les chambres privées, les repas améliorés et les soins auxiliaires) que ceux purement médicaux. Il doit être aussi plus élevée pour les soins ambulatoires, les médicaments [en particulier pour les maladies non chroniques], les traitements dentaires de routine et les lunettes.

On peut aussi utiliser la participation des patients aux frais (et les exemptions) pour atteindre des objectifs plus spécifiques. Par exemple, faire payer des frais pour l'utilisation en dehors des cas d'urgence, de services d'urgence très coûteux; certains traitements dentaires coûteux peuvent être remboursés à un taux plus élevé pour les personnes qui ont à faire des contrôles réguliers (comme cela se fait aux Pays-Bas) ; et les allocations familiales peuvent être subordonnées à des examens réguliers des enfants par un pédiatre (Comme c'est le cas en France).

Si les données transversales internationales ne permettent pas de confirmer cette idée de façon concluante, il semble néanmoins plausible qu'une augmentation notable et générale de la participation des patients aux frais puisse avoir une incidence importante sur la demande de soins de santé. De telles augmentations pouvant avoir des effets indésirables sur l'accès des groupes à faible revenu, la plupart des pays ont limité le ticket modérateur aux soins ambulatoires et pharmaceutiques ou en ont exonéré les personnes très malades qui sont souvent le groupe qui consomme l'essentiel des prestations de santé. Cela augmente la complexité et le coût administratif de ces systèmes et réduit la transparence pour le public en général.

E.7 de nouveaux objectifs dans la politique de santé

La demande de soins de santé est une demande qui est dérivée de l'exigence d'une bonne santé. Les informations qui s'accumulent montrent que la santé dépend d'une vaste gamme de facteurs, y compris la dotation génétique de chaque individu et de l'environnement social et matériel.

Le système de santé, tout en fournissant la structure nécessaire lorsque les individus tombent malades, n'est pas le seul facteur d'amélioration de l'état de santé. Une critique qui a été formulée est que l'on a concentré l'attention et le financement sur le secteur des soins en négligeant les facteurs plus généraux qui influent sur la santé.

C'est pourquoi la plupart des pays ont adopté des politiques de « la santé pour

Tous » telles que celles préconisées par l'organisation Mondiale de la santé, en principe pour combler cette lacune.

Mais cela s'est rarement traduit par des mesures concrètes. Plus récemment, quelques pays ont mis en place des politiques plus larges de la santé, visant à fixer des objectifs mesurables concernant la santé (par exemple réduction des

maladies cardio-vasculaires et des cancers) ; améliorer la coordination à la fois entre les prestataires des soins de santé à différents niveaux (premier et second recours) et entre les organismes de financement

et enfin, rechercher d'autres moyens d'atteindre les objectifs de santé en mettant l'accent sur la prévention. Cette approche a été graduelle, l'accent étant mis au départ sur l'établissement de ce qui semble être des objectifs raisonnables concernant des indicateurs intermédiaires (en Irlande, par exemple, on a fixé des objectifs d'abaissement de la tension artérielle et du cholestérol, de réduction de l'usage du tabac et de la consommation d'alcool, d'abaissement du nombre d'accidents de la route, etc.). La politique des soins de santé peut être intégrée dans ce cadre plus large lorsque les acheteurs incluent ces objectifs dans leurs politiques d'achat (au Royaume-Uni).

De ce fait, les acheteurs sont obligés d'examiner d'autres instruments de politique économique pour atteindre les objectifs relatifs à la santé, en comparant leurs coûts à de nouvelles augmentations des dépenses générales de soins de santé. A cet égard, ils sont confrontés à un inconvénient majeur l'absence d'informations sur le coût des solutions de remplacement ou leurs impacts sur l'état de santé. Or, il est important d'avoir des informations sur ces aspects, car on n'est pas sûr que des solutions de remplacement se révéleront plus efficaces par rapport à leur coût : la prévention par exemple n'est pas gratuite et entraîne même souvent aussi des risques médicaux (c'est le cas par exemple de la vaccination). Mais au moins les acheteurs ont-ils le mandat précis de remédier à ces incertitudes et d'examiner les arbitrages à faire. Cette approche contraste avec la fragmentation passée de la politique de santé : la prévention par exemple a été une tâche séparée (souvent confiée aux ministères de la santé), mal intégrée et de l'avis de certains financiers.

Enfin beaucoup de récents exposés de politique économique milite en faveur d'une approche globale des prestations de santé.

Le facteur clef est une approche plus cohérente où il incombe aux acheteurs (ou à l'Etat s'il demeure un acheteur) d'améliorer l'état de santé global de leur population par leurs décisions d'achat et par une participation plus effective aux grandes orientations de politique économique : (enseignement, logement et politique sociale, par exemple), ils peuvent avoir davantage d'influence sur la manière dont les ressources sont réparties entre le secteur traditionnel des soins de santé, les activités de prévention, les soins de proximité et tous les autres secteurs qui peuvent jouer un rôle dans l'amélioration de l'état de santé .

SECTION IV : Les réformes des systèmes de santé

Les réformes des systèmes de santé ont été imposées par le nouveau contexte international qui prime le marché sur le reste des décisions, publiques notamment.

A. caractéristiques des réformes des systèmes

Les réformes engagées au cours des vingt dernières années combinent deux éléments principaux : le recours à la concurrence et la décentralisation.

A.1 Le recours à la concurrence

La propagation des idées libérales en 1990 ; le Royaume-Uni et avec, le « New Public management » a introduit des mécanismes de l'économie de marché (méthodes de gestion issues du privé ou mise en concurrence des producteurs de soins) dans le système public de santé.

L'objectif était d'obtenir une meilleure organisation qui conduirait à une optimisation des processus de soins et donc à une économie de coût en évitant les soins inutiles.

Un second objectif de cette réforme était de remédier au problème des listes d'attente en rendant le système plus performant.

La mise en concurrence concerne l'offre de soins. Elle peut exister y compris dans le cadre d'un système de financement public.

Dans ce nouveau contexte, un opérateur intermédiaire (« un entrepreneur de soins ») est acheteur de soins pour le compte d'un assuré qui est « abonné » chez lui et pour lequel il perçoit une rémunération forfaitaire issue d'un financement public.

En pratique, au Royaume-Uni, la méthode a consisté à séparer les acheteurs et les fournisseurs de soins de santé au sein du système national de santé. Les établissements hospitaliers ont été mis en concurrence par appels d'offre. De fait, les hôpitaux ont pu se réorganiser et disposer d'une plus grande autonomie de gestion, et les cabinets de généralistes ont pu disposer d'enveloppes budgétaires pour « acheter » des soins hospitaliers ou de spécialistes.

Cette réforme a suscité beaucoup d'intérêt dans les pays nordiques. La Suède s'en est inspirée. Les comtés ont mis en concurrence les hôpitaux par appels d'offre ou en passant des contrats. Des enveloppes financières ont été attribuées aux autorités sanitaires par district et aux cabinets de généralistes considérés comme « acheteurs » de soins spécialisés et d'interventions hospitalières

Dans les pays du Sud de l'Europe, comme l'Espagne ou l'Italie, la mise en concurrence peut se produire entre des structures (hôpital, centre de santé,...) publiques et privées car il existe des espaces privés plus larges. Depuis 1993, les autorités locales italiennes ont acquis plus d'autonomie en adoptant des

règles de gestion privée. Le principe de séparation entre « acheteurs » et « fournisseurs » de soins a été introduit. Les hôpitaux vendent leurs services aux entreprises de santé locales.

La réforme du service national de santé italien s'est poursuivie en 1999 avec un accroissement de l'autonomie financière des régions.

En Espagne, les autorités régionales peuvent passer des contrats avec des structures de santé privées.

Un premier bilan de ces expériences permet de conclure que l'instauration d'une fonction d'entrepreneur de soins peut réduire les coûts et améliorer la qualité des soins, en responsabilisant la prise en charge globale d'un patient. Elle nécessite cependant un réseau structuré d'une taille suffisante pour éviter la sélection des risques, mais néanmoins pas trop importante pour éviter la dilution des responsabilités.

Des expériences un peu différentes ont été menées en Allemagne et aux Pays-Bas. Elles consistent à mettre en concurrence les caisses ou assureurs dans le but d'améliorer la gestion du risque.

La réforme Dekker-Simons amorcée dans les années 1980 aux Pays-Bas, qui prévoyait un système de "concurrence d'acheteurs", est restée très partielle. Il existe ainsi aux Pays-Bas une distinction entre "gros risques", pri en charge par un système d'assurance universel et obligatoire, et «petits risques», pri en charge par des caisses publiques en dessous d'un seuil de revenu, et par des assurances privées, facultatives, au-delà d'un certain revenu.

Aussi, l'assuré a la liberté de choisir sa caisse et celle-ci perçoit un forfait en fonction du risque.⁹⁶

Cependant, la rareté de l'offre n'a pas permis l'instauration d'un véritable comportement d'acheteurs de la part des caisses.

De plus, pour contrer les tentatives de sélection du risque par les caisses, les autorités ont mis en place un système complexe de réglementation.

En Allemagne, la concurrence entre les caisses existe depuis 1995, elle a pour objectifs la concentration des caisses d'assurance maladie et leur mise en concurrence en donnant aux assurés la liberté de choix.⁹⁷

Cependant, toutes les expériences ont clairement démontrées que la concurrence ne conduit pas forcément à la maîtrise des dépenses de santé, comme le montre l'exemple des Etats-Unis.

A.2. La décentralisation

⁹⁶ Jennie Litvack, La décentralisation et services médicaux

⁹⁷ Sylvie Cohu, Diane Lequet-Slama, réformes des systèmes de santé Allemand, Néerlandais et suisse OP cité

La décentralisation est la seconde caractéristique des réformes des systèmes de santé menées dans les années 90 en Europe. Dans certains pays, il s'agit de déléguer la gestion et le financement du système, tandis que dans d'autres, la décentralisation consiste simplement à déléguer l'exécution de décisions prises centralement à des intervenants locaux.⁹⁸

Les objectifs de la décentralisation sont assez proches de ceux de la mise en oeuvre de la concurrence. Le premier objectif est d'améliorer l'offre de soins en la rapprochant de la demande locale et ainsi de réduire les délais pour l'obtention d'une consultation de spécialiste ou de soins hospitaliers.

Le second objectif est d'accroître la responsabilité des « entrepreneurs de soins » en leur donnant une enveloppe budgétaire à gérer. Cet effet est renforcé par l'instauration d'un financement local des soins de santé.

Au Royaume Uni, la décentralisation est professionnelle et économique avec l'instauration des groupes de soins primaires (depuis la réforme de 1997, les groupes de soins primaires couvrent en moyenne 150 000 personnes) qui conduit à substituer des relations contractuelles avec mécanismes incitatifs aux relations de contrôle hiérarchique. Cependant, le financement est toujours central (budget annuel voté par le Parlement).

Ce rationnement direct des ressources (encadrement strict des capacités de production et rémunération forfaitaire) évite tout déficit mais n'a pas permis de résorber les listes d'attentes.

Dans les pays scandinaves, le système est décentralisé du point de vue de la gestion et du financement depuis de nombreuses années. En Suède, 67% du financement des dépenses de santé se situe au niveau local. Vingt et un comtés lèvent des impôts affectés à la santé, dirigent les structures hospitalières et autorisent l'installation des praticiens privés. La Réforme Ädel de 1992 a accru les responsabilités des municipalités, essentiellement pour les soins à dominante sociale (personnes âgées, handicapés, ...). Au Danemark, la gestion s'effectue au niveau des comtés. Le financement est assuré à 87% par des impôts locaux (rémunérations des professionnels de santé et gestion des hôpitaux). Les 13% restants sont issus de dotations provenant du gouvernement central.

Les principes d'organisation sont similaires dans les autres pays scandinaves. Au cours des années 90, en Suède, la décentralisation a consisté à transférer un certain nombre de compétences des comtés aux municipalités. Dans cette configuration, les municipalités financent par la fiscalité les services dont elles sont responsables. Ce système n'entraîne pas de dérapage des dépenses et semble plus performant que le système britannique du point de vue des listes d'attente, sans pour autant les supprimer.

⁹⁸ Michel Mougeot, La régulation du système de santé CREDES, La documentation Française Paris 1999

En Espagne, le processus de décentralisation, entamé depuis les années 1980, est progressif et s'effectue en même temps que le passage d'un système d'assurances sociales à un système national de santé.

Cependant, la décentralisation de la gestion ne s'est pas accompagnée de celle du financement (les financements par la région restaient limités à seulement 9% à la fin des années 1990). Le découplage entre gestion et financement est à l'origine de tensions face au creusement des déficits régionaux.

L'Italie, qui était dans une situation proche de celle de l'Espagne, a connu deux réformes dans les

années 1990. En 1992-93, la mise en concurrence des offreurs de soins s'est accompagnée d'une régionalisation accrue (pouvoirs transférés du niveau non seulement national, mais aussi local, vers les régions) et d'une responsabilisation financière (les régions doivent combler leurs déficits par des recettes fiscales ou augmentation du ticket modérateur). Cependant l'accroissement des déficits et l'intensification des conflits entre les régions et l'Etat a conduit à une nouvelle réforme en 1999. Cette dernière a mis fin au principe du budget national au profit d'un fédéralisme fiscal. Ce transfert de la responsabilité financière aux régions avec la mise en place d'impôts régionaux s'est accompagné de l'introduction d'un système de redistribution pour abonder les régions dont les recettes sont insuffisantes. Cette redistribution conduit de fait à une perte d'autonomie des régions "pauvres" par rapport aux régions "riches". La mise en oeuvre de cette réforme est progressive (jusqu'en 2014).⁹⁹

En Allemagne, enfin, la décentralisation dans le domaine de la santé ne passe pas tant par les länder que par des négociations locales entre association de caisses de sécurité sociale et association de médecins.

B. Les systèmes de santé d'aujourd'hui

Les différents systèmes qui coexistent en Europe révèlent des conceptions assez diverses des services publics de santé. Dans certains pays, le service public de santé concerne l'ensemble de la population (Pays scandinaves), dans d'autres, il existe un filet de sécurité (CMU en France), la majorité de la population étant alors couverte par son statut professionnel.

En ce qui concerne l'offre de soins, des pays où les services de santé sont réglementés en contrepartie d'un financement collectif côtoient des pays où le service est libre et financé individuellement. Il n'est donc pas facile d'élaborer une typologie de pays en fonction de leur système de santé.

B.1 caractéristiques des systèmes actuels

⁹⁹ Dominique Polton op. cité

En jetant un regard sur l'ensemble des pays de l'OCDE, on peut distinguer trois modèles d'organisation du système de santé :

B.1.1 : Le modèle « public intégré » :

Il est représentatif du système existant dans les pays nordiques comme la Suède, au Royaume-Uni, en Italie et en Espagne. Il est caractérisé par un financement essentiellement public, une couverture universelle de la population, un service hospitalier public dont le personnel fait partie de l'emploi public salarié. Les praticiens sont soit salariés, soit rémunérés à la capitation (le praticien reçoit un paiement fixe pour chaque patient inscrit sur sa liste avec un ajustement pour l'âge et le sexe). En terme de maîtrise des coûts, ce système est le plus performant puisque le budget est fixé *a priori*. Cependant, comme l'offre de soins est fixée à une date donnée, l'ajustement se réalise par la demande et engendre en particulier des problèmes de files d'attentes.

B.1.2. le modèle de « contrat public »

Concerne principalement l'Allemagne et les Pays-Bas. Les assureurs (le plus souvent publics) passent des contrats avec des fournisseurs de soins privés (organisation représentative de praticiens, clinique ou hôpital). L'assurance des individus est fonction de leurs revenus. Les revenus en dessous d'un certain seuil sont couverts par une assurance publique obligatoire, tandis que les plus hauts revenus s'affilient volontairement à une caisse privée.

Le mode de rémunération des praticiens peut être soit à l'acte comme en Allemagne, soit à la capitation ou à l'acte comme aux Pays-Bas. Ce système est considéré comme plus efficace par les patients mais moins favorable à une bonne maîtrise des coûts.

B.1.3. Le modèle de « remboursement »

C'est le modèle dominant en France pour les soins de ville et aux Etats-Unis. L'assurance peut être privée, comme aux Etats-Unis, ou publique, comme en

France, et les producteurs de soins sont pour la plupart privés à but lucratif.

Le mode de rémunération des praticiens est généralement à l'acte.

Durant les années 1990, les assureurs privés américains ont mis en place des contrats pour mettre en concurrence les producteurs et restreindre le choix des patients. Certains praticiens américains sont désormais rémunérés à la capitation. L'efficacité du modèle en terme d'attente est meilleure que dans les deux autres systèmes mais le contrôle des coûts est plus difficile.

La différence principale du système américain par rapport aux systèmes européens concerne la couverture de la population. Elle est quasi-complète en

Europe, même si aux Pays-Bas et en Allemagne, une petite partie (les revenus les plus élevés) est assurée de façon privée, et même si cette couverture peut exclure certains services et nécessiter une quote-part des ménages.

Aux Etats-Unis, la couverture maladie repose en grande partie sur l'assurance privée. Selon une étude de la DREES (Chambareaud et Lequet-Slama, 2001), les deux tiers des Américains de moins de 65 ans sont assurés par le biais de leur employeur.

De plus, en 1999, plus de 42 millions d'américains ne disposaient d'aucune assurance maladie, soit 15% de la population.

En pratique, les pays ont un système de soins complexe qui combine plusieurs modèles. Par exemple, en France, l'hôpital est proche du modèle « public intégré » et côtoie un système de « contrat public » pour les cliniques, dont certaines sont à but lucratif.

La médecine de ville est un système de remboursement.

Ainsi, il est déduit que la majorité des systèmes de santé peuvent se pencher vers un des axes suivants :

Un axe de financement sur lequel s'opposent, à une extrémité, les systèmes de couverture universelle (en termes de population et de services), et à l'autre, les systèmes d'assurance individuelle (chaque assuré choisit son niveau de couverture et paie une prime que l'assureur calcule en fonction de son risque). La situation de la France sur cet axe est intermédiaire puisqu'à la couverture sociale obligatoire s'ajoutent des assurances privées volontaires.

Un axe d'offre de soins qui oppose les systèmes à offre planifiée aux systèmes libéraux et concurrentiels. Sur cet axe, la France se situe aussi à un niveau intermédiaire avec un système hospitalier très planifié et une médecine de ville libérale.

B.2. des exemples sur le « circuit des malades » dans quelques pays d'Europe

Comment ces différents systèmes se concrétisent-ils dans la vie des assurés et des malades ? On

Présente brièvement ci-dessous le « parcours type » du malade dans les quatre pays européens

B.2.1 La France

Les résidents en France sont couverts par une assurance publique de santé obligatoire. Jusqu'à l'instauration de la CMU (2000), l'affiliation dépendait du statut professionnel. Le système de santé est financé principalement par des cotisations sociales et l'impôt. Les services de santé sont assurés par des praticiens privés et des hôpitaux publics et privés (à but ou non lucratif). Les praticiens du secteur ambulatoire sont rémunérés à l'acte sur la base de tarifs

négociés, tandis que le personnel hospitalier est salarié. Les malades ont le choix du médecin et de l'hôpital.

Pour le « parcours médical type » du malade en France, le malade peut décider d'aller voir directement un spécialiste s'il le souhaite, mais il consulte généralement en premier son médecin généraliste le « médecin de famille ». Il obtient rapidement un rendez-vous avec son généraliste. Celui-ci peut lui prescrire des médicaments et lui conseille un de ses collègues spécialistes. Le malade règle ses honoraires au généraliste. Il sera remboursé à 70% du tarif de la sécurité sociale par sa caisse d'assurance, et tout ou partie du reste lui sera remboursé par sa mutuelle selon la qualité de celle-ci. Les médicaments prescrits sont réglés par le malade qui sera ensuite partiellement remboursé.

Alternativement il peut ne régler à la pharmacie que la partie à sa charge, le reste étant versé directement par la caisse d'assurance maladie.

Si le malade est orienté vers un spécialiste, ce dernier reçoit généralement ses patients dans la semaine. S'il s'agit d'un professeur réputé qui, par exemple exerce dans un grand hôpital public, le malade peut généralement obtenir rapidement une consultation privée où un rendez-vous.¹⁰⁰

A l'hôpital, la situation est plutôt controversée, dans certaines disciplines il faudra néanmoins attendre environ deux mois pour avoir un rendez-vous. Si une opération ou un traitement hospitalier est nécessaire, le délai peut atteindre environ deux mois. Il faut juste rappeler que cette situation ne concerne que certaines spécialités médicales.

Le forfait hospitalier à la charge du malade est généralement remboursé par sa mutuelle.

B.2.2. Les Pays-Bas

L'organisation du système de santé aux Pays-Bas comporte trois éléments principaux. Le premier est une assurance obligatoire publique (ZFW) pour les revenus en dessous d'un certain seuil (en 2002, le seuil de revenu annuel était de 30 700 €), cette assurance concernant 65% de la population.

Le second élément est une assurance privée volontaire qui peut être souscrite par les hauts revenus.

Le troisième élément est un filet d'assurance universelle et obligatoire (AWBZ) qui couvre certains risques « exceptionnels » (handicap, dépendance des personnes âgés, maladies mentales, ..).

De plus, une partie des soins, considérée comme « moins nécessaire », est couverte par une assurance complémentaire volontaire.

¹⁰⁰ Catherine Bac « les déterminants macro économiques des dépenses de santé : une comparaison entre quelques pays développés » Rapport du CIREM Juillet 2004

Les assurés de la ZFW ont le choix de la caisse (24 caisses régionales) et peuvent en changer une fois par an. Le principe du système est celui du « contrat public ». Chaque caisse négocie avec ses fournisseurs de soins (représentants des praticiens, hôpitaux, ...). Les généralistes sont rémunérés par capitation pour les assurés de l'assurance publique et à l'acte pour les autres.

Pour le « parcours médical » du malade aux Pays-Bas, le malade rend d'abord une visite à son généraliste ; il ne rencontre pas de problème d'attente. Si un diagnostic plus approfondi est nécessaire, le généraliste donne une autorisation de visite à un spécialiste et en conseille un, mais sans obligation pour le patient. Le temps d'attente moyen pour un rendez-vous avec un spécialiste est d'environ 6 semaines. Si le malade doit alors subir une intervention à l'hôpital, le temps d'attente est d'environ 11 semaines. Lorsque le malade est assuré par la ZFW, il ne paie pas de supplément pour une visite aux praticiens mais participe forfaitairement au séjour hospitalier (4€ par jour). La participation pour un assuré privé dépend de sa couverture.

En moyenne, les ménages des Pays-Bas participent par versements directs à hauteur de 9% au coût total des dépenses de santé.

B.2.3- Le Royaume-Uni

Les résidents du Royaume-Uni sont couverts par le « National Health Service » (NHS). En 2001, seuls 11,5% avaient une assurance médicale privée supplémentaire, financée par leurs employeurs pour 8%.

Le système de santé est financé essentiellement par l'impôt. Les services de santé primaires sont principalement fournis par des groupes de généralistes (3 ou 4 la plupart du temps). Une formule de calcul par capitation est utilisée pour allouer des ressources à ces groupes. Le personnel hospitalier est salarié.

Les spécialistes sont autorisés à percevoir tout ou partie de leur revenu en exerçant dans le privé. Les patients peuvent choisir un généraliste qui exerce dans leur zone de résidence.

Dans le « parcours médical type » au Royaume-Uni, le généraliste est au coeur du dispositif. Le patient doit le consulter en premier. Cette consultation ne nécessite pas de paiement de la part du malade. Mais si le généraliste prescrit des médicaments, ceux-ci peuvent faire l'objet d'une participation au paiement. Si l'état du malade le nécessite, le généraliste l'oriente vers un spécialiste ou une hospitalisation. L'attente pour un rendez-vous avec un spécialiste est d'environ deux mois et demi selon l'état du malade et la spécialité. Cette consultation n'entraîne pas de paiement par le malade.

Pour un traitement hospitalier, l'attente est d'environ 3 mois et une participation aux frais hôteliers est demandée.¹⁰¹

¹⁰¹ Catherine Bac op. Cité

B.2.4 La Suède

La couverture et l'accès aux soins sont accordés à tous les résidents suédois. Le financement est essentiellement assuré par l'impôt local (66% des dépenses totales de santé). La prédominance du secteur public est forte tant pour le financement que pour la fourniture des soins. La structure de l'organisation des soins de santé est décentralisée. Les 21 comtés, gouvernés par un conseil d'élus, disposent du droit de lever des impôts pour couvrir les dépenses de santé. L'Etat Central définit un panier de soins minimum et autorise la mise sur le marché des médicaments. Il a de plus un rôle important dans la définition des objectifs de santé publique. Les conseils de comté ont en charge les services médico-sanitaires de leur circonscription. Ils sont propriétaires et gestionnaires des hôpitaux et des centres de santé. Ces établissements sont complétés par des organismes privés qui ont des contrats avec les conseils des comtés.

Dans le « parcours médical type » en Suède, le patient a le choix du centre de santé, médecin ou hôpital (50% des consultations générales sont faites à l'hôpital). Si le patient s'adresse à un médecin du service public, il paie simplement une participation aux frais (entre 11 et 15 €) tandis que s'il consulte un médecin privé conventionné, l'assurance maladie prend en charge une partie des frais. Dans un centre de santé, le malade peut voir une infirmière dans la journée ou avoir un rendez-vous avec un généraliste dans la semaine. Si l'état du malade le justifie, il est envoyé à un spécialiste. En cas d'hospitalisation, le patient règle une somme forfaitaire par journée d'hospitalisation.

Il est tout à fait clair que l'ensemble des réformes entreprises par les différents pays au monde visait essentiellement une meilleure maîtrise des dépenses de santé, cependant cet objectif s'est soldé par des résultats assez variable et diverses dans la plupart des systèmes.

Aussi, l'ensemble des pays continue d'effectuer d'autres réformes pour s'adapter à la nouvelle conjoncture mondiale en misant sur deux éléments essentiels : la libéralisation progressive du secteur de la santé et la contractualisation.

B.3 Les évolutions récentes des dépenses de santé en Europe et au Etats unis

Dans les pays européens, la majeure partie du financement des dépenses de santé qui autrefois était publique s'orientent ces dernières années vers le secteur privé. Dans un contexte de ralentissement de la croissance et de limite du déficit public, le rythme soutenu de la croissance des dépenses de santé pose toujours un problème de financement. Des réformes ont été engagées pour essayer de réguler ces dépenses ; et

Les politiques de régulation portent généralement trois objectifs : la maîtrise des coûts, l'efficacité et l'équité des systèmes de santé

Il s'agit des dépenses totales de santé, qui regroupent les dépenses hospitalières, les dépenses de médecine ambulatoire ainsi que les dépenses en biens médicaux et en pharmacie.

Ces dépenses peuvent avoir différents modes de financement (financement public, assurances privées ou bien encore paiement direct par les ménages). Même si des efforts concernant l'homogénéité des séries ont été réalisés par les comptes nationaux des pays de l'OCDE, les résultats de ce type de comparaison doivent toujours être considérés avec prudence en raison des différences de méthodologie entre les pays et au cours du temps.

La hausse de la part des dépenses de santé dans le PIB peut résulter d'une augmentation en volume plus rapide que celle du PIB ou de l'évolution des prix relatifs de la santé par rapport à ceux du PIB. Les gains de productivité étant limités dans le secteur de la santé, on s'attend à une hausse tendancielle du prix relatif des biens du secteur de la santé par rapport au prix du PIB, qui renforce les évolutions en volume.

Cependant certaines réformes telles que la mise en concurrence des offreurs de soins peuvent aussi faire évoluer vers le bas les prix dans ce secteur, mais il faut s'assurer que cela ne se fait au dépend de la quantité et de la qualité des soins.

Selon les pays, l'un des deux facteurs (volumes ou prix relatifs) joue un rôle prépondérant. En France, la croissance du volume explique l'augmentation de la part des dépenses de santé dans le PIB tandis qu'aux Etats-Unis, en Italie et au Royaume-Uni sur la fin de la période, la dérive des prix de la santé par rapport au prix du PIB est le facteur prépondérant.

Ces mouvements volume prix peuvent résulter des méthodes statistiques du partage « prix- volume »

Par exemple, le renchérissement d'un acte peut être attribué à une augmentation du volume alors qu'il s'agit d'une amélioration de la qualité. Mais ce mouvement peut aussi s'interpréter économiquement ; une baisse du prix des médicaments stimule leurs ventes ou bien, en cas de baisse du prix de la consultation, les médecins augmentent leur nombre afin de s'assurer un revenu constant.

Tant que le traitement statistique du partage « prix volume » n'est pas transparent, on peut juste conclure que dans les pays où la hausse du prix relatif est forte, la croissance des volumes est plus faible que dans les pays où l'indice des prix relatifs est plus stable. Dans tous les cas, il faut tenir compte des deux facteurs dans un modèle explicatif des dépenses de santé.

B.3.1 Le financement des dépenses publiques

Si les pays d'Europe consacrent au jour d'Hui des dépenses importantes pour la santé et surtout pour la catégorie des troisièmes Age cela revient justement aux efforts faits par les autorités publiques dans le passé

En effet, La hausse tendancielle de la part du revenu consacrée aux dépenses de santé est la contrepartie de l'élévation de l'espérance de vie. En un sens, c'est un choix qu'a fait la société de consacrer plus de ressources à sa santé, et on ne saurait remettre en cause ce choix. Le problème surgit du fait que les individus n'ont pas tous les mêmes ressources, alors que leurs besoins en soins sont en première approximation les mêmes sur l'ensemble du cycle de vie. Lorsque le financement des dépenses est essentiellement public, comme dans les pays européens, la hausse des dépenses suppose de faire croître au même rythme les ressources, ce qui pose de nombreux problèmes économiques (pression fiscale excessive, endettement public) et politiques (les contribuables ont l'impression de « trop payer pour les autres »). Lorsque le financement est essentiellement privé, comme aux Etats-Unis, la croissance des dépenses de santé a pour conséquence de laisser sans assurance une part croissante de la population (42 millions de personnes non assurées aux Etats-Unis). Ceci conduit finalement à développer des filets de protection publics, eux aussi coûteux. Selon les projections du Congrès américain, le coût des programmes

Medicare et *Medicaid* pourrait ainsi passer de 4% du PIB en 2003 à 11,5% en 2020.

Le mode de financement des dépenses de santé peut également avoir un impact sur leur croissance, à travers les incitations à dépenser ou à économiser qu'il engendre.

Les dernières tendances montrent que la participation des ménages est la plus élevée en Espagne et en Italie. Cette participation aux dépenses est très proche en Allemagne, France et Etats-Unis. En Allemagne et en France, les organismes complémentaires couvrent plus de la moitié des frais non pris en charge par la collectivité et aux Etats-Unis, la part de l'assurance privée, prise en charge par les employeurs, est équivalente à celle de l'assurance publique .

B.3.2 libéralisation plus large des systèmes

La caractéristique fondamentale de la majorité des systèmes de santé au monde est la tendance à la libéralisation des soins par des réformes qui appellent à une plus grande participation du secteur privé.

L'argument général est la croissance des dépenses publiques de santé qui s'associe à une situation de crise économique globale.

La santé qui fut un bien tant défendu par les gouvernements par des programmes énormes d'investissement et de financement tend à devenir une

question individuelle ou' seul ceux qui détiennent un emploi stable ou un revenu conséquent peut accéder aux services de soins.

Les principes d'intérêt général, d'équité de soins et de non discrimination deviennent rare dans une conjoncture qui s'annonce très difficile dans la conjoncture globale de financement.

C. Médecine libérale et contractualisation dans les nouveaux systèmes

Jusqu'à la fin du XIXe siècle, la médecine libérale est la règle quasi universelle, avant qu'elle ne soit revue par l'étatisation de la majorité des systèmes de santé du monde avec l'enracinement progressif des idées keynésiennes.

La santé dans les économies libérales est perçue dans le cadre d'une relation contractuelle particulière entre le personnel de la santé et le malade, souvent appelé « colloque singulier ». Ce dernier prend tout son sens dans le cadre de la pratique de la médecine libérale qui entraîne le libre choix du médecin par le malade et la liberté pour le médecin du choix des prestations.¹⁰²

Cette relation est contractuelle, elle suppose que le médecin et le patient reconnaissent mutuellement un certain nombre de principes :

Le paiement direct des honoraires par le malade au personnel de santé, liberté de prescription et la liberté du choix du personnel de santé.

Cependant, ces libertés ne peuvent être accordées à la pratique libérale par les pouvoirs publics qu'en échange d'une éthique médicale, qui elle-même organisée dans le code de déontologie médicale élaborée dans chaque pays.

Cette éthique médicale est une règle au sens de la théorie de convention.

C.1. L'émergence de la médecine libérale dans les nouveaux systèmes de santé

Le succès du courant libéral et la tendance progressive à la globalisation des économies ont donné un second souffle à la médecine libérale dans le monde. La situation est marquée par des discussions profondes sur son rôle dans la nouvelle conjoncture économique socio politique. Le résultat fait que deux grands courants se sont affrontés sur des bases idéologiques puis économiques et sociales.

Pour les tenants de la médecine libérale : cette médecine est efficace car elle peut s'adapter à toutes les situations et répondre aux besoins des patients.

¹⁰²Charles Boelen et Jean Perrot « la médecine libérale et la contractualisation », Ed. Karthala, p330.

De même, les malades doivent pouvoir compter sur les meilleurs soins par rapport à l'évolution de la science et sur aucune contrainte :

Pour les opposants à la médecine libérale : la critique sera d'abord idéologique, car la santé n'est pas un bien comme les autres (externalité ...) et par conséquent ne peut pas être laissé au mains d'une médecine libérale.

Aussi, ils considèrent que la médecine libérale est responsable de l'augmentation trop importante des dépenses de santé, puisque aucune limite de ne lui est imposé tant sur les tarifs pratiqués que dans la quantité des actes effectués.

Les dernières années montrent une évolution assez sensible de la médecine libérale dans la plupart des pays, elle dispose de moyens pour influencer l'évolution du système de santé et devient un interlocuteur indispensable dans tout projet de réforme du système. Elle est aussi une des principales manifestations de l'effort de privatisation, encouragé universellement comme un facteur d'amélioration de la qualité des prestations santé.

C.1.1. L'évolution progressive des principes de la médecine libérale

La médecine libérale a établi une certaine relation entre le médecin et le patient qui a abouti à un contrat d'échange dans lequel le médecin s'engage à fournir des services et son savoir faire au patient et reçoit en contrepartie un prix ou un salaire pour cela.

Cette relation matérielle bien qu'elle soit libre entre les deux parties, est aujourd'hui de plus en plus régulé par les pouvoirs publics et les instances de financement de la santé (système de sécurité sociale et d'assurance-maladie

Pour des raisons très variables, ces entités (Etat, sécurité sociale ...) souhaitent s'introduire plus profondément dans cette relation pour réguler les tarifs de la médecine libérale.¹⁰³

Il s'agit bien sûr de protéger les malades contre d'éventuels abus, d'harmoniser les patients et surtout de contenir les coûts des dépenses de santé.

Aussi, sous peine de faillite très rapide, aucun agent financier ne peut accepter de rembourser un patient sur la base d'un tarif entièrement libre. Le contrôle des prix est donc nécessaire dans une médecine entièrement libérale.

Celui-ci peut être fait d'une manière unilatérale par les pouvoirs publics qui, par voie réglementaire, imposent les tarifs, mais le plus souvent, les tarifs sont établis par la voie de la négociation, qui débouche sur une convention. Cette convention est négociée par différents acteurs selon les pays : Etats, assurance

¹⁰³ Philippe Batifoulier

maladie, représentant de la médecine (ordre des médecins ...), usagers (association)Etc.

C.1.1.1 L'évolution du principe du libre choix des prescriptions

La liberté du choix des prestations, de nature diagnostique ou thérapeutique a de tout temps été la base de la médecine générale et de la médecine libérale en particulier. Cette liberté prescrit l'obligation aux médecins de mettre en oeuvre des moyens thérapeutiques et diagnostics nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques de leurs patients.

Dans la plupart des codes déontologiques élaborés par les pays, il est établi que le médecin s'engage dans une telle action.

Toutefois, la liberté du choix des prestations et de plus en plus remise en cause ou du moins réglementés pour les raisons suivantes :

a- les raisons économiques : cette liberté a pour effet d'augmenter les dépenses de santé dans la mesure où le médecin recourt à un riche éventail de moyens techniques, souvent onéreux, sans qu'il puisse en justifier le choix où l'avantage comparatif par rapport à d'autres mesures d'égale efficacité. Cette tendance est renforcée dans les pays où la prise en charge par l'assurance-maladie laisse une faible part à la charge du patient.

Pour toutes ces raisons, ceux qui financent les dépenses de santé (Etat, assurance ...) vont chercher les moyens de limiter les dépenses sans remettre en cause le principe de liberté de prescription.

Parmi les mesures généralement prises dans ce sens, on trouve : la substitution en faveur des médicaments génériques, la limitation de certains actes (un nombre d'échographies pour la femme enceinte par exemple).

Cette régulation de la liberté thérapeutique peut être opérée de façon unilatérale et réglementaire. L'Etat où les organismes d'assurance-maladie dictent des mesures qui s'imposent à l'ensemble de la médecine libérale.

b- Les raisons professionnelles : dans le souci d'améliorer la qualité des prestations, des principes directeurs et des protocoles de bonnes pratiques sont proposés par des professionnels aux médecins praticiens dans le cadre de la formation permanente.

La liberté du choix des prestations est donc progressivement liée à la démonstration de l'efficacité de ces prestations et à la nécessité de résultat.

Les systèmes de santé expérimentent actuellement diverses solutions théoriques qui, pour contenir les coûts, limitent le champ de manoeuvre des praticiens :

-Substitution médicamenteuse : le pharmacien reçoit l'autorisation de substituer un médicament générique (moins coûteux) à un médicament de la marque.

-Références médicales opposables : Elles font interdiction à un médecin de pratiquer un acte ou d'effectuer une prescription parce qu'il s'avère être dangereux ou inutile.

-Différenciation dans les taux de prise en charge de certains médicaments et exclusion de remboursement pour certains médicaments ou examens de confort.

-Reversements d'honoraires, lorsque les médecins ont pratiqué un nombre de consultations trop élevées au cours de l'année.

Les nouvelles orientations dans ce domaine s'inscrit dans la recherche d'une plus grande responsabilisation des médecins et d'une plus grande participation des patients, ces nouvelles conventions visent à amener ces acteurs à une prise de conscience de la nécessité d'une maîtrise des dépenses de santé est une amélioration de la qualité des prestations.

C.1.1.2. L'évolution du principe de liberté de choix du médecin par le malade

Les adeptes de la médecine libérale font de la liberté de choix du praticien par le patient, un des principes fondamentaux de la relation médicale.

Le libre choix, constitue aussi une condition indispensable à l'établissement d'une relation de confiance entre les deux parties. Mais, dans beaucoup de cas il induit des excès que l'on nomme généralement le « nomadisme » ou le « vagabondage médical »¹⁰⁴.

Ses conséquences en matière d'augmentation des dépenses de santé sont très importantes ; ces excès sont d'autant plus importants quand le patient jouit d'une bonne couverture médicale par un organisme d'assurance-maladie.

Pour des raisons financières et pour une meilleure utilisation des ressources humaines, les responsables de la santé cherchent à éviter ce nomadisme médical sans pour autant remettre en cause la liberté du choix par le patient.

Plusieurs techniques sont expérimentées :

Choix d'un médecin traitant, carnet de santé à présenter par le patient à tout médecin, etc.

L'objectif est de fidéliser la relation entre le médecin et le patient ou de renforcer la notion du colloque singulier.

On passe donc d'une relation contractuelle ponctuelle à une relation contractuelle dynamique qui s'inscrit dans la durée.

Cette relation contractuelle n'est généralement pas formalisée, mais la tendance actuelle cherche progressivement une certaine formalisation.

¹⁰⁴.Charle Boelen op. Cité

Depuis le début 2005, en France, les patients doivent choisir un médecin traitant et pour cela faire remplir par le médecin de leur choix un formulaire de déclaration comme médecin traitant.

C.1.2. La capitation :

Le paiement à la capitation change totalement la logique de la rémunération des professionnels de santé.

Dans ce système, le financeur verse une somme donnée par capita à un prestataire de services de santé qui s'engage à utiliser ce montant forfaitaire afin de fournir tous les soins de santé à ces adhérents, ou des soins défini dans le paquet de services considérés.

Pour le financeur, cela représente plusieurs avantages :

-le paiement à la capitation devient pour le financeur une façon simple de réaliser son contrôle des coûts. Ces entités créatrices ayant accepté de recevoir le paiement per capita, héritent de la responsabilité de demeurer dans l'enveloppe financière acceptée. Le risque est ainsi transféré du financeur aux prestataires.

-Cela permet au financeur de mettre les prestataires en concurrence afin de négocier le montant per capita.

- par des systèmes d'appels d'offres et de suivi de négociations, le financeur peut obtenir le prix le plus avantageux sans pour autant réduire la qualité des soins.

Il s'agit d'un changement radical, car cela modifie véritablement la nature de la relation entre les financeurs et les professionnels de santé.

Le financeur ne se positionne plus en tant que financeur ex post d'une activité indépendante, il se place alors en tant qu'acheteur de services de santé au nom de ses adhérents.

le contrat entre les deux parties peut ne porter que sur les activités exercées par ce prestataire ou peut porter sur un paquet d'activités dont certains sont réalisés par le prestataire ayant signé le contrat ou d'autres services réalisés par d'autres prestataires.

C.1.3 L'évolution du principe du libre installation et implantation

Les pouvoirs publics peuvent laisser entièrement libre installation du praticien ou l'implantation d'une infrastructure sanitaire.

Mais, ils peuvent aussi et pour des raisons variables chercher à réguler cette opération dans les conditions suivantes :

-Lorsque l'offre en matière de médecine libérale est importante, les pouvoirs publics peuvent chercher à limiter l'installation en instaurant un *numerus clausus* pour les études médicales.

En France par exemple, l'installation de pharmacien privé est conditionnée à l'importance de la population de la zone considérée.

--Lorsque l'offre en matière de médecine libérale est insuffisante, les pouvoirs publics peuvent adopter des mesures incitatives telles que l'octroi de subventions ou de prêts avantageux au personnel de santé qui souhaitent s'installer dans une zone géographique définie.

Il ressort de l'évolution sur ce point que beaucoup de pays cherchent aujourd'hui à réguler l'installation de la médecine libérale.

La question n'est plus de savoir si la pratique libérale l'emporte sur l'approche étatique mais plutôt de voir comment amener la pratique libérale à collaborer à la mise en oeuvre de la politique nationale de santé dont se dote chaque pays.

Aussi, nous pouvons souligner que la médecine libérale et de plus en plus régulée. Toutefois, la manière dans cette régulation est menée est très importante. On est ainsi passée d'une régulation discrétionnaire et imposée par « l'Etat » à une régulation négociée sur une base collective. La situation s'oriente ces dernières années vers une négociation plus individualisée, les instances responsables de la santé définissent simplement le cadre de cette négociation.

D. Le rôle de l'Etat face à la contractualisation

L'Etat est donc au centre de tout recours à la contractualisation dans le système de santé. La situation est délicate car la contractualisation n'est « ni privatisation, ni désengagement de l'Etat », elle est un outil du service de l'organisation des systèmes de santé. Il revient alors à l'Etat de s'assurer que cet outil est utilisé de manière efficace et appropriée.

Face au développement de la contractualisation, l'Etat peut adopter une stratégie de « laisser-faire ». Il fait alors confiance aux lois du marché pour que les relations contractuelles qui se nouent entre les acteurs soient profitables au système de santé.

L'Etat peut aussi considérer que l'optimum ne sera pas atteint sans son intervention, la contractualisation lui donne cependant l'opportunité de développer un interventionnisme qui suit d'autres chemins que ceux de la prestation directe de services de santé.

D.1 L'Etat acteur de la relation contractuelle

Il est admis aujourd'hui que dans la plupart des pays, l'Etat ne peut plus avoir le monopole dans la prestation de services de santé et de leur financement. Mais, dans le même temps, la plupart des pays ne souhaitent pas faire le choix de la privatisation du système de santé, l'Etat préfère donc continuer à jouer un rôle d'acteurs.

Simplement, la manière d'effectuer ce rôle change : d'acteurs exclusifs, il souhaite devenir un acteur au travers du relation nouvelle dans laquelle d'autres acteurs interfèrent.¹⁰⁵

D.1.1. L'Etat acteur direct :

Pour des raisons très variables : politiques, économiques et sociales surtout, l'Etat ne soit plus être un acteur exclusif, mais ne souhaite pas aussi se désengager totalement de la prestation et du financement des services de santé.

La contractualisation devient donc un moyen qui lui permet de concilier ses positions. Dans ce cas, l'Etat deviendra signataire du contrat qu'il établit avec d'autres acteurs à travers l'une des méthodes suivantes :

a. Prestation de services de santé : l'Etat souhaite conserver la maîtrise de la couverture sanitaire du pays sans pour autant supporter tout le poids du financement et de la gestion du système. Dans ce cas, et tout en conservant la propriété de ces infrastructures, l'Etat délègue la responsabilité de leur gestion à d'autres acteurs. De la même manière, l'Etat peut amener des prestataires privés, propriétaire de services de santé à s'associer au service public. Dans les deux cas, l'Etat ne sera pas l'exploitant du service public, mais par le biais du contrat, il demeure le maître de la couverture sanitaire.

b. Achat de services de santé à l'extérieur : plutôt que de réaliser lui-même certaines activités, l'Etat décide alors d'acheter la production de soins à un acteur (généralement du secteur privé). Les contrats qui en découlent sont de type « contrat de services », dans lesquels l'Etat paye un acteur pour la réalisation d'un produit donné. Cette stratégie d'achat s'applique à deux niveaux selon l'objet de l'achat :

- l'achat porte sur un produit fini c'est-à-dire sur un service de santé
- l'achat porte sur des facteurs de production, blanchisserie, restauration des malades, maintenance, gardiennage, etc.

c. Achat de services de santé à l'intérieur : Afin d'éviter les inconvénients d'une concentration de toutes les fonctions au sein d'une même entité, L'Etat peut procéder à la séparation des fonctions des prestations et de financement en créant des entités spécifiques.

¹⁰⁵ Jean Perrot « Le rôle de l'Etat face à la contractualisation » La contractualisation dans les systèmes de santé ED karthala 2005, pp446-460

Cette séparation pourra amener chacun des prestataires et financeurs à négocier avec l'autre partie. Aussi, cette négociation basée sur la compétition doit déboucher sur un arrangement contractuel qui assurera une meilleure efficacité du système de santé.

d. La coopération contractuelle : la coopération contractuelle peut prendre les formes diverses, allant de système de cogestion de structures sanitaires, en passant par des relations contractuelles du type de « franchising » et jusqu'à des systèmes plus complexes de type « contrat de plan », « convention cadre », « de réseaux de soins ».¹⁰⁶

Cette stratégie de l'Etat -acteur devenant un Etat co-acteur présente de nombreux mérites en matière d'amélioration de l'efficacité de gestion, notamment en réduisant la distance entre le pouvoir de décision et la production de services de santé.

D.1.2 L'Etat régulateur des relations contractuelles

Le rôle de l'Etat face à la contractualisation ne s'arrête pas à son implication directe dans une relation contractuelle, mais intervient pour réguler l'action des nouveaux acteurs qui relèvent désormais du secteur public.

Cette diversification des acteurs et la séparation des rôles débouchent nécessairement sur l'émergence d'interactions multiples entre les acteurs.

Parce que la santé est un bien qui engage l'intérêt général, plusieurs raisons justifient toujours l'interventionnisme de l'Etat dans ce domaine. Car, la contractualisation peut toujours conduire les acteurs à une utilisation sous optimale des ressources.

Elle peut aussi conduire à des relations contractuelles néfastes pour l'ensemble des population ; sélection des risques des risques par exemple.

Cette régulation des relations contractuelles s'inscrit dans la logique des nouvelles réformes de

L'Etat qui se déroule dans de nombreux pays.

Le rôle de l'Etat est reconsidéré, notamment dans les secteurs sociaux dont les fonctions sont davantage celles d'un pilotage de l'intérêt général plutôt qu'un prestataire et d'un financier de services.

D.2 Les modalités de régulation des relations contractuelles par l'Etat

Concrètement, les modalités par lesquels l'Etat peut réguler des relations contractuelles sont les suivantes :

¹⁰⁶ Jean Perrot , « rôle de l'Etat face à la contractualisation » op. cité

D.2.1. L'engagement de l'Etat :

La contractualisation est une démarche nouvelle qui induit un changement profond dans des relations entre les acteurs de la santé à tous les niveaux du système de santé.

Il est important que l'Etat indique son soutien le plus fort à cette approche est envois à tous les acteurs un message clair, de façon à les inciter à s'inscrire dans cette logique.

Aussi, l'Etat doit préciser que la contractualisation n'induit ni privatisation ni désengagement de sa part.

D.2.2. L'accompagnement des relations contractuelles

L'Etat doit préparer le cadre légal de la contractualisation en s'assurant que les textes juridiques du pays favorisent cette action.

Ce cadre légal définira « l'espace de décision » qui est accordé à un chacun des acteurs. Les variations de ce cadre seront sans doute importantes entre les pays, selon les réformes institutionnelles qu'ils ont engagées.

D.2.3 la concurrence :

Dans un environnement libre et caractérisé par la diversité des acteurs en plus d'une incitation à une concurrence dans le but d'une meilleure efficacité des prestations et de gestion du système l'Etat est le seul agent qui peut et doit instaurer les règles de la concurrence pour éviter tout dépassement des acteurs, une fluidité des informations et surtout une maîtrise des facteurs des coûts de production.

D.3 -Théorie de l'agence et l'approche contractuelle

La théorie de l'agence est aujourd'hui un cadre majeur d'analyse des formes d'organisation économique. Son point de départ est constitué par l'analyse de la relation d'agence et les problèmes qu'elle peut faire émerger.

La relation d'agence

La définition de la relation d'agence est développée par Jensen et Meckling, qui l'analysent comme « un contrat par lequel une ou plusieurs personnes (le principal) engage une autre personne (l'agent) pour exécuter en son nom une tâche quelconque qui implique une délégation d'un certain pouvoir de décision de l'agent ».¹⁰⁷

¹⁰⁷ Op. Cit., Stéphane TiziO, « l'approche contractuelle d'une perspective interindividuelle à une perspective systémique » ED Karthala p. 504.

Globalement, différents acteurs considèrent que toute relation dans laquelle la situation d'un individu dépend des actions d'un autre est une relation d'agences.

Dans cette perspective, l'individu qui agit est dénommé l'Agent, l'individu qui délègue est le Principal.

Principal et Agent sont aussi défini par leur situation à l'égard de l'information : l'Agent est en général celui qui détient une information à laquelle n'a pas accès tout du moins gratuitement le principal.

L'approche contractuelle du système de santé s'inscrit dans cette perspective, dans la mesure où les différents intervenants du secteur sont conduits à contracter sur la base d'une délégation d'une partie de leur pouvoir de décision, en situation d'asymétrie ou d'incomplétude de l'information disponible.

les problèmes auxquels s'attache la théorie de l'agence sont ceux qui apparaissent dans la relation entre deux ou plusieurs contractants, dont les intérêts sont d'une part en partie divergents d'autre part, lorsque la répartition de l'information entre eux est asymétriquement distribués.

Les analyses des relations Principal Agent aboutissent à distinguer deux grands types de situation : le risque moral et la sélection adverse.

a.1 Le risque moral : Il émerge du fait même de l'existence du contrat.

Ce phénomène est présent dans les systèmes d'assurances et concerne le cas où le principal ne peut observer le comportement réel de son agent ; lorsque l'information sur le comportement de l'agent n'est pas disponible pour le principal, l'agent pourra s'attribuer une part du produit de la relation.

Par exemple, un individu (Agent) couvert pour des risques particuliers par un assureur (le Principal) ne sera pas incité à se prémunir de ce risque dans la mesure où il est assuré.

b-La situation adverse : est une situation qui se produit lorsque l'information sur la nature de l'objet proposé à l'échange n'est pas disponible pour le principal. L'Agent peut donc adopter un comportement qui vise à masquer la qualité du produit échangé afin de s'approprier une part plus importante du gain.

Cette situation est présente entre un patient et un praticien médical. Le premier ne connaît ni son état, ni la thérapeutique adoptée à son affection ; en revanche le médecin joue le rôle d'experts, mais peut aussi très bien manipuler l'information dont il dispose afin de multiplier les actes thérapeutiques.¹⁰⁸

¹⁰⁸ Philippe Batifoulier, l'interaction médecin-patient : un examen par la théorie des jeux, in cahiers de sociologie et de démographie médicale, décembre 1997

La qualité des soins qui est l'objet de l'échange n'est pas connue du patient, la multiplication des actes qui peut en résulter permet donc au médecin de maximiser son revenu lorsqu'il est payé à l'acte.

La théorie de l'agence est donc focalisée sur les problèmes qui émergent des relations inter individuelles en situation d'asymétrie d'information, mais elle s'intéresse également à la mise en œuvre de dispositif visant rectifier la répartition des gains mutuel à l'échange.

Cette théorie débouche donc sur la construction d'incitation contractuelle à la poursuite de la relation inter individuelle.

D .3 .1 Les objectifs de la théorie de l'agence

L'objectif de la théorie de l'agence consiste à expliquer comment devrait être conçu les caractéristiques des rapports contractuels.

Parmi ses caractéristiques, les approches privilégiant l'analyse des incitations contenues dans les contrats.

Les hypothèses sur lesquelles repose la théorie de l'agence correspondent à l'analyse économique traditionnelle qui considère que les individus cherchent à maximiser leur propre satisfaction, sans égard pour l'intérêt général. Ils cherchent leurs propres intérêts qui ne correspondent pas forcément aux objectifs des autres individus.

Ceci permet de concevoir que dans les relations contractuelles qu'ils contractent, les intérêts de chacun ont toutes les chances d'être au moins en partie divergents.

En matière de santé par exemple, les intérêts des patients et des praticiens médicaux ne coïncident jamais. Les praticiens cherchent à maximiser leur revenu en multipliant les actes, alors que l'intérêt du patient consiste essentiellement à recouvrer une bonne santé dans un laps de temps très court.

Pour ces raisons, et en situation d'imperfection de l'information, la relation entre ces deux acteurs donne lieu à des phénomènes de risque moral ou de sélection adverse.

Le but de la théorie de l'agence consiste donc à chercher la forme du contrat la plus efficiente de façon à limiter au maximum les divergences à travers la mise en place de systèmes d'incitations et de surveillance.

Mais, en règle générale, la mise en place de ces systèmes ne se fait pas sans coûts, ces derniers sont appelés : les coûts d'agence.

Les coûts d'agence sont les dépenses monétaires ou non monétaires supportés par les deux parties du fait de la nécessité de mettre en place de systèmes d'obligations et de contrôle.¹⁰⁹

¹⁰⁹ A.Beresniak, G.Duru « les dépenses de santé » Economie de la santé ED Masson N°5 Paris 2001

Dans ce domaine, les études ont dégagés deux types de dépenses :

1- les dépenses de surveillance et d'incitation : elles sont engagés par le principal, elles conduisent théoriquement l'Agent a révéler son comportement ou la qualité du produit échangé.

Plus concrètement, il peut s'agir de primes ou d'intéressements qui incitent l'agent à coopérer avec le principal.

Pour déterminer le budget d'une structure sanitaire, le principal peut mettre en place un système de prime pour inviter l'agent à coopérer en donnant un maximum d'information sur l'ensemble des facteurs de production de la structure. Bien évidemment, le versement de cette prime constitue un coup pour la collectivité, mais elle permet de s'assurer de la diligence du producteur.

2-Les coûts ou dépenses d'obligations : sont les dépenses engagées par l'Agent qui lui permettent de dédommager le principal en cas de non engagement. Cette situation peut donner lieu au versement par l'agent d'une caution par exemple qui couvre les éventuels dégâts qui pourraient être commis.

Il existe en théorie, un autre coût appelé « pertes résiduelles » qui est un coût d'opportunité résultant de l'écart inévitable entre le résultat de l'action de l'agent sur le bien-être du principal et le gain maximum potentiel du principal.

Comme les dispositifs contractuels entraînent des coûts, et compte tenu des caractéristiques de la relation d'agence analysée, l'objectif de la théorie consiste à déterminer la forme du contrat qui minimise ces coûts

Il s'agit pour le principal d'arbitrer entre les différents moyens de contrôle du comportement de l'agent. D'autre part, il s'agit pour l'Agent de négocier avec le Principal la valeur des dépenses d'obligations qui lui doit.

D.3.2.Les implications de la théorie de l'agence sur l'approche contractuelle

L'intérêt de la théorie de l'agence pour l'approche contractuelle réside principalement dans le rôle déterminant joué par les incitations et le contrôle dans la gestion concrète des relations entre les acteurs du système de santé.

Lorsqu'on considère que la relation entre un directeur d'hôpital est un chef de service par exemple, il est possible de se référer aux outils de la théorie de l'agence pour déterminer l'ensemble des mécanismes incitatifs, les sanctions et le mode de contrôle approprié qui vont permettre aux deux acteurs de contracter efficacement.

Parmi ces outils, il s'agit tout d'abord de déterminer :

a- une relation d'interdépendance entre les acteurs

b- déterminer parmi les différents intervenants le ou lesquelles d'entre eux, sont en situation de principal (sous informé) ou d'agent (surinformé)

c- définir selon les diverses caractéristiques de la transaction, les différentes incitations à l'efficacité qui pourront être envisagées.¹¹⁰

Ces dernières années, un assez grand nombre de travaux met en oeuvre la théorie de l'agence lorsqu'il s'agit par exemple d'étudier les modalités de rémunération des professionnels de la santé.

La théorie s'intéresse aussi aux marchés de l'assurance-maladie qui se construisent dans certains pays en transition vers l'économie de marché.

Si les outils fournis par la théorie de l'agence sont fort intéressants pour formaliser les contrats entre les différents acteurs du système de santé ; pour les analystes, ces événements ne suffisent pas pour fonder une véritable stratégie sectorielle de la santé.

En effet, si l'objectif final est la contractualisation, cette dernière doit être contenue dans une politique contractuelle qui vise précisément l'amélioration des performances du système de santé dans son ensemble.

Cette amélioration des performances du système de santé est à rechercher dans la restructuration d'un « mode de gouvernance » efficiente pour l'organisation du secteur de la santé.

D.3.3 La contractualisation dans les pays développés :

La transformation profonde de l'environnement socio-économiques ces dernières années n'a cessé de présenter les nombreux avantages des contrats comme modalités de régulation des relations entre les acteurs du système de santé.

Mais, comme la contractualisation a été associée à une transformation radicale des secteurs sociaux, la question du retrait de l'Etat était centrale, et a créé un débat très riche sur plusieurs questions relatives à ses fonctions et sa place dans le nouveau jeu de réforme et de contractualisation.

Avec l'enracinement progressif des économies libérales les idées du « retrait » de l'Etat ont perdu de leurs forces, car le premier débat s'est révélé assez décalé par rapport aux évolutions observées.

Dans la pratique, les contrats sont apparus comme des outils qui pouvaient servir aussi bien une relation par le marché ou un encadrement de celui-ci.

Dans cette perspective, la question des attentes particulières de l'Etat à l'égard de la contractualisation est devenu plus pertinente que celle de son

¹¹⁰ Jean Perrot, « Eléments théoriques et conceptuels de la contractualisation » ED Karthala pp29-68

retrait, et montrer les conditions dans lesquelles les contractants pouvaient être des facteurs d'efficacité de l'action publique.¹¹¹

En gros, les questions sur la contractualisation ont abouti aux résultats suivants :

1- Les contrats et succès des idées néo- libérales :

Les pays européens qui, après la seconde guerre mondiale, avaient développé des systèmes de santé intégrés dans le cadre de l'Etat providence ont fait face à des difficultés de régulation économique à partir du second choc pétrolier. Ces difficultés étaient de nature variable selon les pays et notamment selon les principes d'inspiration Bismarckienne ou Beveridgienne qui ont présidé historiquement à la construction du système de santé.

2. retour idéologique dans les pays de tradition bismarckienne

: À partir des années 70, la maîtrise du taux de croissance de la dépense publique de soins est devenue une nécessité. Le débat relatif aux changements a été dans un premier temps focalisé autour d'une problématique de rationnement. Il n'a pas été envisagé au début de tirer parti des dispositifs contractuels qui étaient en vigueur.

L'idée de réforme de l'organisation et du financement des soins médicaux s'est imposée plus vite, et dans la mesure où les pouvoirs publics étaient directement concernés par le problème, le changement débuta par la mise en place d'une nouvelle architecture institutionnelle.

La première réforme basée sur la contractualisation fut en 1991 sur le National Health Service (NHS) en Grande-Bretagne.

Dans ce système, l'Etat était à la fois financeur et producteur des soins.

Le principe de séparation entre acheteurs et prestataires de soins est apparu comme une nouveauté radicale.

Suite au mot d'ordre selon lequel « l'argent devait suivre le patient », l'allocation des ressources a été confiée à des acheteurs qui étaient considérés des agents légitime des usagers, ces agents furent investis de fonctions d'acheteurs décentralisés

La transformation des hôpitaux publics en trust Hospitalier de statut privé et la passation de contrats entre acheteurs et prestataires devaient participer à l'instauration de marché interne au NHS, ou la compétition entre unités de soins serait encouragée.

Cette référence approximative à la concurrence a suffi à conférer à la réforme britannique une représentation inséparable du mouvement de

¹¹¹ Alain Letourmy, « l'enjeu sociopolitique de la contractualisation » ; contractualisation dans les systèmes de santé, p 520.

néolibéralisme, synonyme de promotion d'une logique privé fondée sur la rentabilité et surtout annonciatrice du retrait de l'Etat du secteur public de la santé.

Quelques années plus tard, les pays du sud de l'union européenne se sont explicitement inspirés de la réforme britannique. Ils ont aussi associés la démarche de contractualisation et la mise en concurrence des unités de soins pour améliorer l'efficacité productive, mais les échanges se situaient là dans un contexte qui était au départ assez différent.

Il faut juste rappeler que les idées néolibérales ont tenu aussi une place importante dans les débats sur la réforme de la santé dans les pays d'inspiration bismarckienne ou les régimes assurance-maladie étaient à la base du financement du secteur. C'est la notion de concurrence qui s'est imposée comme la nouveauté du débat et notamment la concurrence entre payeurs.

Ainsi, dans plusieurs pays, l'idée a émergé de reconsidérer les conditions de rattachement obligatoire des assurés aux régimes existants et d'établir un mode de fonctionnement concurrentiel équitable entre les caisses gestionnaires, l'objectif était de donner un coup d'arrêt à la dérive « supposé » de la dépense publique.

Il faut noter toutefois que, dans des pays de tradition bismarckienne, les mécanismes contractuels étaient déjà en place pour établir la relation entre payeurs et prestataires, mais il convient de les faire évoluer pour permettre la mise en concurrence des fournisseurs de soins par les payeurs.

Par exemple, le principe des conventions médicales en vigueur en France et en Allemagne correspondent plutôt à des contrats d'usage, selon lesquelles tout professionnels agréés pouvait être associés au dispositif de protection maladie, et non aux contrats d'échange qui caractérisent le fonctionnement des marchés traditionnels. Le passage d'un type de contrats à l'autre était nécessaire, car la mise en concurrence impliquait des pratiques de sélection des prestataires.

D.3.4 Dans les pays d'Europe de l'Est

L'observation des réformes des systèmes de santé qui ont été proposées dans les pays de l'Europe de l'Est permet de faire le même rapprochement entre contractualisation et libéralisation du secteur que dans les pays européens industrialisés.

Mais, l'argumentation qui a inspiré ces réformes ne porte pas sur la régulation, car c'est la situation du système qui est en cause comme résultat direct de l'action publique.

En effet, dans la plupart de ces pays, les secteurs publics sont le lieu de multiples dysfonctionnements. Les populations sont peu satisfaites des services rendus, les personnels de santé sont peu motivés, l'administration n'est pas en mesure d'organiser correctement le secteur ; d'une manière générale l'Etat est inefficace comme entrepreneur, comme gestionnaire et financeur des services de soins.

Les réformes proposées tentent alors d'injecter plus directement des ressources privées dans le secteur en cherchant à donner une garantie d'efficience dans leurs allocations et leurs utilisations.

La privatisation des établissements ou la délégation de gestion à des entrepreneurs privés, puis la mise en place des mécanismes de marché fondé sur des contrats entre les divers parties constituent de nouveaux ingrédients de la réorganisation du secteur.

Même si les débats qui ont précédé et accompagné des réformes de la santé en Europe ont donné une place importante à la privatisation du secteur, les mesures effectivement prises n'ont pas correspondu à une telle stratégie. Car, le taux de croissance de la dépense publique de santé a été maintenu au-dessus de celui du PIB dans la plupart des pays.

Le financement public de la santé est resté largement majoritaire et les prérogatives étatiques sur le fonctionnement du secteur n'ont pas été réduites notamment en liaison avec les problèmes de santé publique.

En ce sens, les réformes n'ont pas entraîné véritablement le rejet de l'Etat providence mais redéfinit est repensé dans un nouveau cadre.

D. 3.5 dans les pays en développement

Les systèmes de santé des pays en développement sont aujourd'hui à un tournant de leur histoire. Les modèles de politique sanitaire passés ont montré durant les trois dernières décennies un certain nombre de limites qui incitent les différents partenaires à proposer de nouveaux instruments pour assurer une meilleure performance.

Globalement, l'évolution des systèmes de santé dans les pays en développement est marquée par trois grands mouvements :¹¹²

D.3.5.1 l'Etatisation des systèmes :

Dans les années 60, beaucoup de pays en développement avait adopté la gratuité des soins de santé comme principe de fonctionnement des structures publiques de santé. Ce choix reposait sur plusieurs considérations :

¹¹² Alain Letourmy op. Cité

1. la capacité à payer des populations était particulièrement faible par rapport au niveau de développement atteint dans ces pays
2. la santé ne devrait pas être considérée comme un bien ordinaire, au contraire la médecine curative et préventive devrait être considérée comme des biens nécessaires au développement économique et la promotion humaine.
3. Plus généralement, ce schéma était sous entendu par la philosophie de l'Etat providence qui prévalait à cette période. La santé fait partie des prérogatives de l'Etat, ce dernier doit mettre en place les moyens pour permettre l'accès de la santé toute la population.

La croissance économique obtenue dans ces pays grâce à l'amélioration de la conjoncture mondiale a favorisé une amélioration du niveau de santé dans la majorité des pays en développement. Cette situation a permis aux Etats de dégager des ressources toujours plus grandes et favoriser la dominance du mode de financement public pendant plus de deux décennies.

le premier mouvement de l'évolution des systèmes de santé vise donc à assurer un accès aux soins le plus large possible, aussi les systèmes de soins doivent être organisés de sorte qu'il n'existe aucun obstacle pour bénéficier des soins, c'est-à-dire que ces derniers soient identiquement disponibles pour l'individu, quelquefois son revenu.

En termes de politique sanitaire, cela suppose que l'offre soit adéquatement réparti, au regard de la répartition géographique des besoins.

De même, il est généralement développé dans ces pays une politique de gratuité ou de subventions des soins de santé pour les consommateurs pour éliminer le différentiel des revenus face à la santé.¹¹³

La logique égalitariste qui fonde à l'époque des politiques sanitaires et sous entendu par une conception tutélaire du rôle de l'Etat.

Théoriquement, cette conception introduite par les travaux de Musgrave qui ont conduit à justifier l'omniprésence de l'autorité publique dans des domaines variés pour des raisons qui tiennent à la préservation ou la garantie de l'intérêt général. (2)

La dimension de financement des systèmes de santé ne paraît pas à l'époque constituer une préoccupation majeure pour beaucoup de pays en développement.

Mais, assez rapidement, la conjoncture économique qui devient défavorable se traduit par le déclin des budgets publics dévolu à la santé et par l'impossibilité d'aboutir à des réformes de politique sanitaire fondée sur l'Etatisation complète du secteur de la santé.

Stéphane Tizia, « l'approche contractuelle » d'une perspective intérêts individuelle à une perspective systémique, Ed. Kart hala.

L'échec des réformes Etatistes des systèmes de santé traduit alors l'effondrement du pouvoir des autorités publiques en matière d'organisation de l'activité économique en général et de l'organisation des systèmes de santé en particulier.

B.3.5.2 Phase de libéralisation des systèmes de santé

Le deuxième mouvement de l'évolution des systèmes de santé s'inscrit dans un cadre plus large de désétatisation dans les pays en développement.

En effet, à la fin des années 80, le courant de l'Etat providence prend fin et les gouvernements de ces pays doivent faire face à des crises financières profondes qui les conduisent presque tous à adopter des restrictions puis des réformes.

Les gouvernements font face donc à des crises financières profondes qui les conduisent presque tous à adopter des restrictions et parfois des réformes dans le cadre des plans d'ajustement structurel.

La situation des structures publiques s'est sérieusement dégradée, les recrutements de personnel dans la fonction publique ont été limités par les contraintes économiques. Les moyens de fonctionnement des structures de santé ont été drastiquement réduits, enfin l'offre publique connaît en général un recul très appréciable.

Face à cette dégradation, c'est l'essai de résister un premier temps, car la question méritait une profonde réflexion quant aux effets des nouvelles mesures sur la société toute entière.¹¹⁴

Face à la persistance des faits, la plupart des pays décident de mettre en place des expériences locales.

Dans cette situation apparaît alors une volonté manifeste de « privatisation active » ou les gouvernements, souvent poussés par certains partenaires au développement, encouragent l'émergence des activités privées.¹¹⁵

Ainsi, sous l'effet de la conjoncture mondiale, impulsé par les vagues de libéralisation de l'économie d'une part et les différentes actions conduites par le FMI et la banque mondiale ont favorisés une privatisation très rapide des différents systèmes de soins de santé.

L'objectif des réformes dans son ensemble fait ressortir deux points essentiels :

Alain Le Tourmy et Jean Parrot, « assurance-maladie et contractualisation avec l'offre de soins dans les pays en développement », édition Karthala, p 376.

Jean Parrot, « éléments théoriques et conceptuels de contractualisation », la contractualisation dans les systèmes de santé, Ed. Kart hala, Paris 2005.

CHAPITRE.I L'ETAT ET LES SERVICES PUBLICS DANS LA NOUVELLE CONJONCTURE ECONOMIQUE

Il s'agit d'abord de remplacer le financement public défaillant par un financement dans la plupart du temps privé.

Ensuite un processus de décentralisation de la politique sanitaire est mis en place pour permettre aux autorités de créer « des marchés locaux » de la santé et de l'assurance-maladie.

Les premières actions se concrétisent par une participation financière plus grande des populations. Ceci n'est pas venu uniquement des décisions des Etats et de leurs représentants, mais plus souvent de la base qui songeait déjà à faire face à l'absence de l'Etat qui exprimait plus souvent ses limites par la multiplication des pénuries, le prolongement des files d'attentes.....etc.

Cette adaptation des Etats est avant tout pragmatique, il lui permet d'une part de se décharger du fardeau tout en évitant les troubles sociaux qui ne manquent pas de germer en situation de forte pénurie. D'autre part, il marque dans une moindre mesure une profonde réflexion idéologique, car partout dans le monde de la crise de l'Etat providence s'amplifie et les politiques libérales prennent de l'importance assez rapidement

Ce courant va s'institutionnaliser et le recours aux soins se fait de plus en plus en échange d'une participation financière des individus qui insistent sur une meilleure qualité des services.

Il est donc important de souligner qu'une des caractéristiques essentielles du paiement direct est en principe la correspondance entre les coûts induits par un acte de santé et le paiement effectué pour cet acte.

Les mécanismes de recouvrement des coûts ont ainsi permis d'améliorer la distribution des services, mais les conditions pratiques de leur mise en application ont montré leur limite.

Cependant, malgré ces réformes, d'importants dysfonctionnements subsistent ; Des problèmes liés à la fois à la mauvaise qualité des soins et à l'absence de tutelle étatique réelle dans les politiques de santé , ce qui a conduit à la nécessité de reconsidérer l'organisation et la gestion des systèmes de santé en entier.

Dans ce contexte,la contractualisation a commencé à germer dans ces pays en se rapprochant des modèles Européens ; Mais les différences sont très palpables d'un pays à un autre, en raison de plusieurs facteurs :

- 1- La place accordée à l'Etat dans les nouveaux systèmes de soins
- 2-La conviction et l'étendu du champ des réformes
- 3-Les bases juridiques et institutionnelles qui peuvent offrir un caractère « juste » et « sure » aux contrats.

D.4 Diversification des acteurs et séparation des rôles dans les nouveaux systèmes de santé

Depuis une dizaine d'années environ, on assiste à une évolution assez sensible de l'organisation des systèmes de santé.

D'un côté, on observe une multiplication et une diversification des acteurs impliqués dans le champ de la santé sous l'effet conjugué du développement du secteur privé, des processus de démocratisation et de décentralisation des décisions de gestion.

D'un autre côté, cette évolution va de paire avec une plus grande séparation des fonctions, ou les différents acteurs se spécialisent de plus en plus dans une fonction particulière du système de santé : prestations, achat de services,... Etc

D.4.1 La diversification des acteurs

Les dernières années ont été marquées par deux changements profonds issus de la diversification des modes de gestion des services publics :

La déconcentration : l'administration fortement centralisé qui a longtemps prévalu, laisse progressivement la place à une administration déconcentrée. Cette action dans le secteur de la santé a été développée essentiellement avec l'organisation en district sanitaire.

L'autonomie : celle-ci est conférée par l'autorité centrale qui délègue certains de ses compétences aux responsables du district sanitaire.

Ce nouvel arrangement institutionnel permet à l'évidence une gestion plus efficace parce qu'il présente l'avantage de rester au contact des réalités du terrain.

La diversification des acteurs de la santé s'est également opérée avec l'entrée en scène de partenaires extérieurs au secteur de la santé avec une plus grande implication et responsabilisation des usagers ou consommateurs des soins.

En effet, la notion de « populations » qui désigne la catégorie de personne qui use des services de santé est au jour d'Hui appelé à prendre en charge individuellement ou dans un cadre organisé une grande partie de ses problèmes de santé.

Ceci est un grand changement, car, autre fois les politiques publiques ont toujours considéré les problèmes de santé comme une question qui relève impérativement des fonctions de l'Etat. Pour cela c'est l'Etat qui doit définir dans ces programmes les actions prioritaires, urgentes et collectives qui concerne la population.

De ce fait, comme tous les individus ou « population » n'était pas impliquée directement dans la définition des besoins de leur santé ou même les moyens de les solutionner il s'est posé un grand problème de disponibilité et d'équité des soins au niveau de toute la population.

La libéralisation des systèmes, par les nouveaux mécanismes de financement, de gestion et de management a impliqué toutes les populations par des actions diverses : préventions, assurance complémentaire... etc.

C.4.2 La séparation des fonctions

Dans le passé, on pouvait trouver un acteur qu'il soit public ou privé qui occupe simultanément tous les rôles ; cet acteur était généralement l'Etat.

L'organisation actuelle des systèmes de santé va vers une plus grande spécialisation à travers une séparation des rôles des différents acteurs.

Cette séparation peut prendre une des formes suivantes ou plusieurs formes en même temps.

b.1. *La séparation entre la prestation et le financement des services de santé .*

Ces deux fonctions ont longtemps été détenues simultanément par les acteurs de la santé.

L'Etat, par exemple et à travers sa politique de système de santé proposait des services généralement gratuits à toute la population.

Avec l'apparition des systèmes de prépaiement dans beaucoup de pays d'Europe, apparaissent des entités juridiquement distinctes chargées d'organiser le financement de la santé.

Même, dans les pays en développement, la pratique de recouvrement des coûts a enclenché le processus de séparation de ces deux fonctions.

Cette séparation engendre la nécessité de relations entre ces acteurs qui se caractérisent par des arrangements contractuels.

En Angleterre par exemple, cette séparation « provider » « purchaser » constitue un des éléments chef de la réforme du système national de santé.

b.2. *La séparation entre la possession du capital et la fonction managériale*

Dans les formes habituelles d'organisation, le propriétaire exerce également la fonction de management, il est le directeur de l'établissement puisqu'il est le propriétaire.

Avec l'émergence des statuts conférant la personnalité morale à des établissements relevant du secteur public, apparaît la notion de conseil d'administration, avec une double implication :

-Tout d'abord, au sein de l'établissement sanitaire naît une entité qui est chargée de définir les orientations, d'approuver la gestion et de déterminer les actions menées.

-D'autre part, cette entité dont les membres qui la composent peuvent venir d'association, d'usagers, personnels de l'établissement... etc.

Cette entité n'assure ni le management ni la gestion quotidienne de l'établissement, ces fonctions sont confiées à une direction exécutive.

b.3. La mise en évidence du pouvoir de l'état de règlementer les relations entre les différents acteurs du système de santé

L'Etat s'est longtemps focalisé sur les fonctions de production et de financement des services de santé. Le désengagement progressif de ces deux fonctions l'amène à repenser son rôle pour créer une nouvelle régulation. Cette régulation peut s'exercer de différentes manières : par exemple, créer un système qui permet de reconnaître les acteurs de la santé qui placent leurs actions dans le sens de la politique nationale de santé. Aussi, l'Etat peut définir un cadre juridique à l'intérieur duquel les acteurs de la santé pourront contracter en toute légitimité et négocier ensemble.

Cette transformation progressive des rôles et l'émergence d'acteurs nouveaux s'est parfois opérée d'elle-même,(par exemple, la montée en puissance des O.N.G.). Elle a aussi été amplifiée par des programmes de réformes des systèmes de santé mis en place par les pays, souvent avec l'appui des partenaires au développement.

E. Contractualisation et réseaux de soins dans les nouveaux systèmes de santé

La notion de réseau a envahi ces dernières années le champ de la recherche en sciences économiques et plus largement celui des sciences humaines en tant que concept privilégiée de l'interactionnisme social et comme expression de la complexité de la réalité sociale.

On parle de nos jours de réseau financier, de réseau criminel... comme pour signifier la multiplicité des relations qui existent entre les entités ou membres de systèmes qui auparavant présentaient des caractères déstructurés.

E.1 La notion de réseau de soins :

Le réseau de soins désigne une forme d'organisation potentiellement capable de résoudre le problème du cloisonnement des disciplines médicales et

paramédicales par le rapprochement des secteurs publics et privés, mais aussi de la médecine de ville et de l'hôpital.¹¹⁶

En pratique, on ne peut nier le fait que les réseaux ont toujours existé comme cadre des pratiques médicales, à travers notamment les relations interpersonnelles installées entre les malades et les praticiens (carnet d'adresses des médecins ...) ou à travers les pratiques de concertation développée au sein de certains services médicaux.

Ce pendant, il faut souligner les particularités des réseaux qui ont émergés depuis quelques années dans le système sanitaire.

La forme réseau est privilégiée d'une part dans le traitement des pathologies pour lesquelles la présence des patients est récurrente (sida, ...) d'autre part pour les pathologies dont le diagnostic nécessite un fort contenu en connaissances médicales, à savoir les pathologies relevant de la médecine « innovantes » : cancer par exemple.

En raison de l'ensemble des compétences que nécessite la prise en charge des patients atteints de pathologies lourdes et de, l'avancée des recherches médicales, cette complexité s'est développée parallèlement à une spécialisation accrue des praticiens.

Dès lors, il est devenu nécessaire de favoriser les échanges de compétences entre les médecins de différentes spécialités et d'établissements différents sans pour autant recourir à la création de nouvelles structures administratives.

Aussi, comme la prise en charge globale du patient devient de plus en plus difficile pour regrouper toutes les compétences en même temps, l'objectif poursuivi consiste donc à mieux coordonner la chaîne des soins délivrés aux patients par les acteurs de la santé conjointement ou successivement.

La réponse pratique cette logique prend alors de plus en plus la forme d'un réseau de soins.

M. Bremond, définit le réseau de soins comme suit :

« Le réseau est une forme d'organisation au sein de laquelle des professionnels, issus des disciplines et de structures différentes, après avoir défini en commun un certain nombre d'objectifs, ont construit par la négociation, des règles de pratique et d'ajustement mutuel dont l'observance leur paraît être la meilleure garantie -a priori des résultats attendus de la prise en charge d'une population sur un territoire donné ». ¹¹⁷

Cette approche en réseau permet aux praticiens libéraux de garder leur identité et de s'intégrer dans une dynamique de soins orientés vers le bien-être global de l'individu.

¹¹⁶ Nicola Goutela, « les réseaux de soins entre coordination, convention de coopération et conflit : le cas d'un réseau de cancérologie », mondialisation et régulation sociale, Tome II.

¹¹⁷ Charles Boelen et Jean Perrot, Op. Cit., la contractualisation dans les systèmes de santé, pp 344, 348.

La contractualisation qui en résulte a donc pour résultat de formaliser leur rôle dans un dispositif cohérent d'approche globale du patient. Ce dernier, lorsqu'il s'adresse à un des professionnels de la santé, ne s'adresse pas à ce professionnel mais au réseau, c'est-à-dire un système cohérent.

En principe, lorsque cette logique se confirme, le patient peut s'attendre à une prise en charge globale et continue quelle que soient l'intervention et le point de contact avec le système de santé, (hôpital, polyclinique, assurance

L'objectif du réseau est donc de coordonner les soins apportés par chacun des acteurs du réseau, de mutualiser leurs connaissances et d'échanger leurs connaissances dans la perspective d'une meilleure prise en charge du patient. La comme l'organisation du réseau doit répondre à des objectifs nombreux dont la finalité est d'apporter des soins de qualité aux patients, ce réseau pour réussir sa fonction il doit obéir à certaines conditions.¹¹⁸

E.2 Formalisation des conditions d'un réseau

En pratique, la réussite d'un réseau doit obligatoirement remplir certaines conditions qui peuvent être résumées comme suit :

- 'adhésion volontaire du groupe à des objectifs clairs, définit en commun tel que sécurité, proximité, accès aux soins, circuit médical, prise en charge à domicile, prévention, orientations,... Etc. tout ces objectifs aboutiront à la constitution d'un consensus auxquels chaque membre doit s'adhérer et trouver sa place dans le fonctionnement global.

-L'implication de l'ensemble des structures et professionnelles identifiées comme ayant un rôle dans la prise en charge des malades, doit être intégré dans un système d'information clairement définie.

-L'absence de hiérarchie entre les acteurs mais de relations transversal, chacun ayant un rôle définit avec le souci de soigner au mieux le patient en fonction des missions que lui aura confiées cette nouvelle organisation.

- Valorisation des acteurs dans l'exécution de leur mission, chaque acteur étant un maillon d'une chaîne.

- Reconnaissance des droits et devoirs de chacun et définition des moyens à mettre en oeuvre.

Le réseau de soins devrait être formalisé par les actions suivantes :

➤ Etablir des conventions en précisant les modalités de formation et d'organisation. Ceci devrait aboutir à des protocoles précis de soins médicaux et paramédicaux avec le rôle de chaque acteur du réseau.

¹¹⁸ A.Lievre, G.Moutel, C.Hervé ; définition des réseaux de soins de leurs finalités : ELEMENTS DE R2F2XIONS. Laboratoire d'éthique médicales de droit de la santé publique ; Necker 2001

➤ Le réseau nécessite dans son fonctionnement la mise en place d'un système de recueil d'information sur les malades (carnet de santé, ...) car l'objectif est de déterminer un minimum d'information entre les différents acteurs. Ceci doit aboutir à la définition des règles d'évaluation sur la pertinence de l'organisation et des moyens futurs à mettre en oeuvre.

➤ L'organisation du réseau devra en outre prévoir un comité de pilotage réseau comportant tous les correspondants du réseau et les représentants institutionnels, car la nécessité de la fluidité d'information doit aboutir à l'établissement d'une sorte « d'annuaire de réseau » comportant les coordonnées des différentes structures et professionnels mis en réseau et leur responsables.

➤ Il apparaît donc clairement que le concept de réseau prend tout son sens dans l'analyse économique du système de soins.

Ces entités nouvelles constituent une forme alternative de coordination des acteurs qui n'est ni hiérarchique ni marchande.

La coordination devrait alors permettre l'élaboration d'un compromis entre la stabilité d'une organisation verticalement intégrée et la flexibilité des transactions marchandes.¹¹⁹

En théorie deux conceptions de réseaux sont ainsi proposées :

La première met l'accent sur la dynamique du changement et la seconde approche prend appui sur la notion d'apprentissage.

Dans la théorie évolutionniste, les compétences et l'apprentissage sont appréhendés comme les acteurs de la dynamique.

Il est tout à fait clair aujourd'hui que cette coopération entre professionnels concernés par la santé d'un malade est un montage souvent plus complexe qui intègre généralement les éléments suivants :

a- La constitution du réseau de soins : dans les dernières réformes des systèmes de soins, il est souvent recommandé d'aller vers la création des réseaux de soins comme stratégie pour une approche globale de la santé d'une catégorie de patients. Car l'avantage premier qu'offre un réseau est la concentration de l'ensemble des compétences pour la prise en charge d'une « pathologies » ou d'un ensemble de pathologies sur un lieu donné.

Ce qui permettra une meilleure prise en charge médicale des malades.

Le réseau doit alors prendre une forme juridique en fonction des possibilités constitutionnelles offertes par les pays. Ceci donnera une seconde protection des malades par un cadre législatif reconnu.

¹¹⁹ Jean-Paul Domin, « les réseaux de santé : une approche communautaire de la médecine », mondialisation et régulation sociale, Tome I.

E.3 L'adhésion au réseau de soins :

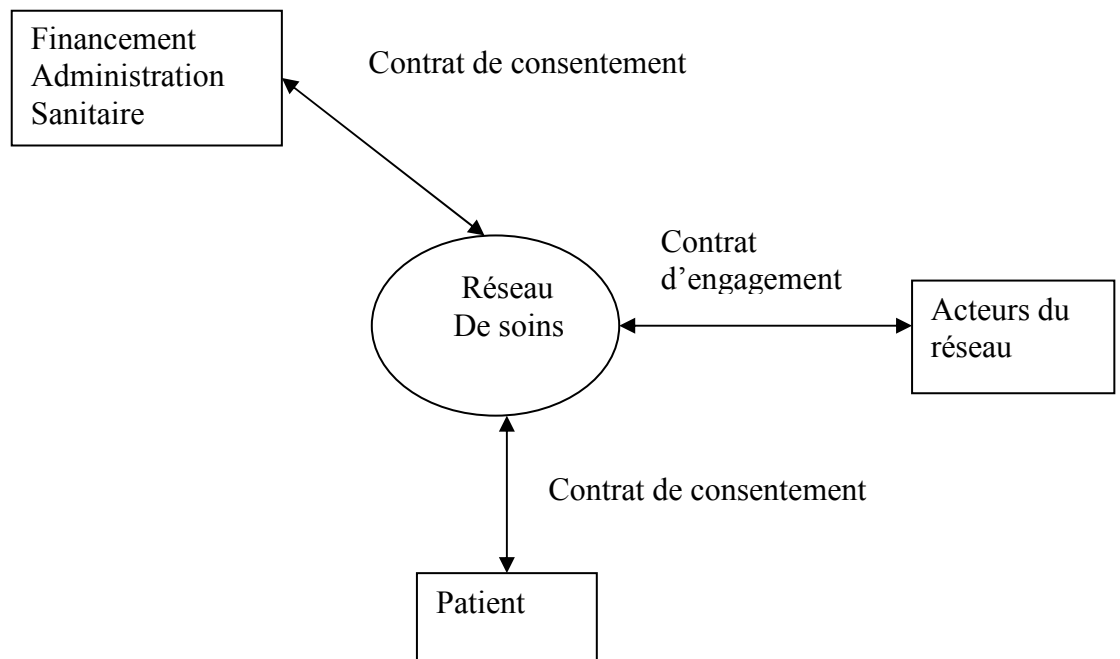
L'adhésion concerne aussi bien les professionnels de santé que les malades.

-*Pour les professionnels de santé* : l'adhésion peut se faire par un contrat d'engagements, généralement c'est un acte volontaire d'un professionnel qui s'engage à respecter les objectifs du réseau. Ce contrat prévoit aussi les modalités de contribution du professionnel quand même maillon fondamental de toute la chaîne.

-*Pour les patients* : le malade doit être informé sur le réseau et doit avoir accepté d'être pris en charge par ce réseau. Il est alors recommandé d'un contrat de consentement qui doit être établi et signé entre le médecin et l'association responsable du réseau de soins.

Cette précaution mais le réseau à l'abri des recours juridiques possibles de la part du patient.

-*Liens avec financeurs et les autorités sanitaires* : comme le réseau de soins doit avoir un caractère juridique, il doit être sûrement être reconnu par les autres instances sanitaires. Mais, le réseau de soins à généralement besoin de moyens financiers spécifiques pour mener à bien ces activités. Il est alors nécessaire établir un contrat de partenariat ou de prestations entre le réseau et l'entité qui accepte ces financements spécifiques.



SECTION V : Système de santé en Algérie

Aborder la question du système de santé en Algérie, revient à retracer son histoire pour comprendre l'état actuel des faits, surtout dans le cadre de la transition du pays vers l'économie de marché.

En effet, ce système est d'une richesse extrême sur le plan idéologique, économique et sociale où de très grands efforts ont été déployés par l'Etat dans ce domaine, le plaçant parmi ceux des plus développés en Afrique de dans le monde Arabe dans les années quatre vingt.¹²⁰

A. Périodes de financement du système de santé

L'histoire de ce parcours peut globalement représenter cinq périodes différentes :

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

- Une phase de recentrage du développement du secteur à la lumière des dispositions relatives à la gratuité des soins. Cette période couvre le deuxième plan quadriennal (1974-1979).

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

- Une phase de la stabilisation de la croissance, qui correspond à la période entre (1984-1989). Le début de cette période, c'est-à-dire jusqu'à 1986 elle est caractérisée par la recherche des aspects qualitatifs et l'investissement dans les soins lourds. La seconde période qui débute à partir de 1986, elle caractérise le début de la crise économique et financière en Algérie.

- Une phase de relance de l'investissement public avec une modification du schéma de la distribution des soins.

A.1 Première phase 1967-1974

Cette phase est dite phase antérieure à la gratuité des soins. Elle se caractérise par l'héritage du système colonial qui reproduit l'aspect individualiste dans la prise en charge des dépenses de soins.

¹²⁰ D .Bourras, « Tentative d'évaluation du programme d'investissement sanitaire », CREAD, 1984, p10-20

Cette période recouvre également les premiers pas vers la socialisation du système, puisque le premier plan triennal et malgré les faibles ressources de l'Etat, prévoit des dépenses financières importantes.

Les objectifs retenus par les plans, prévoyaient la construction de 10 nouveaux hôpitaux, 82 centres de santé et 109 polycliniques répartis à l'échelle nationale.¹²¹

Unité : millions de dinar

plans	autorisation du programme	paiement	
Plan triennal (67-69)	772	325	42%
Premier Plan quadriennal (70-74)	1249	223	26%

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

L'adoption du régime socialiste comme mode de gestion, modifia progressivement les anciens rapports sociaux .Dans cette nouvelle doctrine c'est l'Etat qui assume toute cette responsabilité

A.2 Deuxième phase à partir de 1974

L'année 1974 est le début de la deuxième phase de l'histoire de l'édification du système de santé Algérien. Elle marque d'abord une rupture totale avec l'ancien système hérité à l'indépendance, puis la mise en place d'un nouveau système compatible avec les principes du socialisme.¹²²

Faisant de ce choix irréversible et inchangeable dans n'importe qu'elle situation ou' se trouve le pays , la santé devient un droit fondamental pour tous les citoyens. C'est un droit qui protégé par la souveraineté de l'Etat car tous ses principes sont dictés par les textes de la charte et de la constitution.

L'accès social, égal et gratuit à tous les soins disponibles curatifs ou préventifs ; le rapprochement des soins de toutes les catégories sociales et leurs implantations à travers tous les coins du pays, sont les principales caractéristiques du système Algérien gratuit.

Cet événement, de part la libéralisation des besoins qu'il engendre, montre l'ampleur des taches restantes à réaliser et les correctifs à apporter aux

¹²¹ Premier plan triennal (1967-1969) , ministère de la santé publique

¹²² La charte nationale, Loi du 31 décembre 1973.

programmes précédents de façon à favoriser une meilleure prise en charge de la population.

En même temps, cet événement a favorisé une meilleure connaissance de la couverture sanitaire et de l'organisation des services de santé en permettant une évaluation réelle des besoins de santé de la population et en posant sérieusement les moyens financiers nécessaires pour l'exécution des plans et programmes.

Obéissant à un mode de gestion socialiste, la planification centrale est une caractéristique fondamentale de la gestion du système.

C'est un système gratuit, géré par l'organe central l'Etat et ou' le champ de l'exercice privé est délimité.

Le financement est effectué par le budget.

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

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

Source : rapport général sur l'organisation du système de santé, ministère de la santé, janvier 1990

Les chiffres dévoilent une mobilisation importante des dépenses publiques qui marquent que le PIB c'est multiplié par 3,4 en 15 ans.

A.3 Troisième phase 1980-1984

Ce qui caractérise cette phase c'est le lancement de l'Etat dans un vaste programme d'investissement en infrastructures, équipements et formations des praticiens médicaux.

Aussi, il est relevé sur le compte de l'Etat des dépenses importantes greffées non seulement des recettes pétrolières qui étaient très abondantes en cette période, mais aussi des fonds de la sécurité sociale qui accumulaient à l'époque des réserves énormes grâce à la politique de l'emploi engagée par le pays dans le cadre de l'industrialisation.

Cette phase aussi, est caractéristique de la recherche de l'amélioration de la qualité des soins par l'introduction d'un programme très ambitieux relatif aux soins spécialisés en Algérie : chirurgie cardio- vasculaire, dialyseetc.

D'autre part, même si les chiffres dévoilent une volonté politique infatigable pour bâtir un système de santé moderne qui pourrait bénéficier pour tous les Algériens, les premiers résultats de la gratuité dévoilent déjà de lourdes incorrections dans le fonctionnement des structures de soins.

Les problèmes de mauvaises gestions s'éclatent de part et d'autres dans les hôpitaux surtout, parce qu'ils subissent le contrepoids de la libéralisation de la demande des soins.

A.4 Quatrième phase 1986- 1995

Cette phase correspond à une chute brutale des prix du pétrole qui a créé une situation de crise profonde, imposant à l'Etat une révision totale de sa politique de gestion et de financement.

En effet, la crise économique qui a secoué le pays était associée à une crise économique mondiale et à un retour littéral des idées socialistes et communistes qui s'exprimaient par la fragmentation des ex pays socialiste.

Au cours de cette période, la dynamique de l'investissement productif étant ralentie et les ressources de l'État étaient en grande partie détournées vers la consommation. Les prix à la production étaient fixés par la loi et un très grand nombre de biens et de services continuent d'être subventionnés par le Trésor public.

De plus, l'établissement du monopole sur commerce extérieur, son exercice attribué à de grandes entreprises commerciales ainsi que l'expansion monétaire ont entraîné une forte demande impossible à satisfaire et, ses corollaires, la pénurie et le développement de la corruption.

Cette rigidité de la planification centrale et la politique laxiste en terme d'aides et de subvention à la consommation sont apparus pleinement au contre choc pétrolier de 1986 : une baisse de 50% des recettes budgétaires provenant des hydrocarbures a littéralement changé toutes les données micro et macro économiques.

Croyant à une conjoncture limitée dans le temps, l'État a poursuivi sa politique économique laxiste en augmentant le déficit budgétaire et en encourageant massivement à l'endettement extérieur à court terme pour financer les inputs de l'industrie et de grands chantiers d'infrastructure. L'endettement du pays s'est aggravé en valeur et pour une structure très défavorable.

La crise économique en Algérie a été aggravée, dès 1986, par les chutes des prix du pétrole et du dollar qui ont réduit les revenus des exportations, fondés

à 95% sur les hydrocarbures. Jusque là, conforté par ses excédents en devises, le pays dépensait (en empruntant) pour importer principalement, 80% de sa consommation alimentaire. L'Algérie avait accès sans problèmes jusqu'à 1988, au marché internationale des capitaux. Les recettes pétrolières ont commencé à chuter, la croissance annuelle chute, les réserves de change diminuent et la paupérisation s'aggrave.

B. Crise d'endettement, intervention des institutions de Brettons Wood et début de libéralisation du système de santé

En 1988 les premiers contacts de l'Algérie avec la Banque mondiale (BIRD) ont été entrepris ; L'Algérie avait préféré alors négocier avec la banque mondiale un financement destiné à l'ajustement structurel devant toucher l'ensemble des secteurs économiques.

B.1 crise financière en Algérie

En ce moment, et selon la Banque d'Algérie, les recettes des exportations avaient encore chuté en 1988 de 12% par rapport à 1987 après avoir déjà reculé de 35% entre 1985 et 1986 passant de 13,08 M\$ à 8,06M\$. Les importations qui étaient pour une grande partie incompressibles ont été ramenés de 8,8 M\$ en 1985 à hauteur de 7,88 M\$ en 1986. Au moment où les exportations et les importations ont baissé, le montant de la dette arrivée à échéance passe de 4,93 M\$ en 1985 à 4,95 M\$ en 1986, portant ainsi le ratio : service de la dette / exportation de 35% à 54,3%, contre 27,6% en 1979 ; 29,63% en 1982 et environ 33 à 35 % entre 1982 et 1984.

En fin de l'année 1988 ce ratio a fait une montée dramatique à 78,2% des recettes des exportations. Dans une telle situation, il n'était pas surprenant d'arriver à un niveau de déficit de la balance des comptes courants de plus de 2,09 M\$ soit l'équivalent de 30% des importations. Les prévisions pour l'année 1989 ne prêtaient pas non plus à l'optimum ; L'instabilité du marché pétrolier mondial duquel dépendait fortement l'économie nationale était difficile de laisser voir clairement l'avenir. C'est ainsi que le gouvernement a été contraint de relancer les discussions de Bretton Woods.

La possibilité d'élargir les négociations au FMI, sans aller toutefois jusqu'à solliciter un programme de stabilisation tel que connu et conçu par cette institution, n'étant pas écartée. Ce qui a été fait par la suite puisqu'un premier accord Stand Bay été signé entre l'Algérie et le FMI le 31 mai 1989. Cet accord a été accompagné d'une Facilité de financement compensatoire (FFC) pour un montant de 560 m \$. Un second accord similaire a été signé en juin 1991 pour un financement de 400 m\$. La consommation de ce crédit n'était pas totale, car la quatrième tranche a été bloquée par le créancier en raison de non respect par l'Algérie, de certaines closes en relation avec le critère de performance. Un troisième accord Stand Bay a été signé en mai 1993.

CHAPITRE.I L'ETAT ET LES SERVICES PUBLICS DANS LA NOUVELLE CONJONCTURE ECONOMIQUE

Le gouvernement algérien avait bénéficié conformément aux dispositions de cet accord, d'un financement compensatoire de l'ordre de 1M\$. L'engagement de négociation avec le FMI (Fonds monétaire international) dans le but de soutenir le programme de relance économique a amené l'État à accepter en 1989 une libéralisation partielle du commerce extérieur.

L'élargissement des mesures de démonopolisation du commerce extérieur à partir de 1991 a permis à toute personne physique ou morale inscrite au registre de commerce de l'Algérie d'avoir facilement accès à l'importation de biens soit pour son propre usage ou en vue de les revendre à titre de grossistes, à l'exception des produits dont l'importation est interdite par la loi.

Pendant les trois années 1990-91-92, la crise a été étouffée grâce à l'augmentation des cours de brut suite à l'éclatement, en janvier 1990, de la guerre du Golfe.

Selon la Banque d'Algérie, le montant des exportations algériennes en hydrocarbures était de 12,384 M\$ en 1990, contre 11,975 M\$ en 1991, et 10,848 M\$ en 1992, il a fallu que ce montant descende à 9,59 M\$ en 1993, pour que la crise s'éclate sur tous les fronts.

En effet, à la même année, l'Algérie avait remboursé dans le cadre de service de la dette quelques 9,05 M\$, soit un ratio service de la dette/exportation de près de 83% et les réserves de change sont descendues à un niveau catastrophique ne pouvant couvrir plus d'un mois et demi d'importations. L'économie nationale a failli connaître la situation de cessation de paiement similaire à celle du Mexique au début des années 1980 ou de l'Argentine à la fin de la décennie 90.

Les réformes 1989-1993 n'ont presque rien changé à la situation ; À commencer par la restructuration des entreprises publiques qui a été commencée au début des années 1980 sans aboutir en fin à refondre de véritables secteurs économiques capables d'être producteurs de richesses au lieu d'en être consommateurs.

Bien au contraire la restructuration des entreprises publiques avait aggravé la situation de leur trésorerie dans la mesure où leur autonomie n'avait pas été précédée de l'assainissement de leur déficit accumulé pendant plusieurs années d'économie dirigée et de prix administrés. Le gouvernement n'avait pas prévu également un système de compensation des pertes induites par une série de dévaluations du dinar qui a dopé les coûts des consommations intermédiaires importés pour la plus part et le volume de leurs dettes. Certaines entreprises se sont trouvées parfois avec une masse salariale dépassant leur chiffre d'affaires. D'autres n'arrivaient pas à payer leurs travailleurs que sur découvert bancaire

B.2 Programme d'ajustement structurel et passage à l'économie de marché

Cette crise a eu le mérite de mettre en évidence de façon définitive le dysfonctionnement de l'économie planifiée telle qu'elle était conçue et de s'orienter vers les réformes structurelles de façon décisive contrairement aux hésitations constatées de 1989 à 1993. Un accord de rééchelonnement de la dette a été signé avec le Club de Paris et le Club de Londres (BIRD), accompagné d'un Programme d'ajustement structurel (PAS) dont l'application par l'Algérie est strictement contrôlée par le FMI, la Banque mondiale (BIRD) et l'Union européenne. Conformément aux dispositions de cet accord, le gouvernement algérien avait bénéficié d'une Facilité de financement élargie (FFE) d'une valeur de 1,8 M\$.

Cet accord qui est étalé sur une période de 3 ans a permis, avec l'accord de mai 1993, de remédier aux déséquilibres de la balance des paiements fortement affectée par la chute des cours des hydrocarbures et du poids de la dette extérieure.

Le Programme d'ajustement structurel (PAS) est articulé autour de quatre objectifs :

- Favoriser une forte croissance de manière à absorber l'accroissement de la population active et à réduire progressivement le chômage.¹²³
- Assurer une convergence rapide de l'inflation vers les taux en vigueur dans les pays industrialisés.
- Atténuer les retombées provisoires de l'ajustement structurel sur les couches les plus démunies de la population.
- Rétablir la viabilité de la position extérieure toute en constituant des réserves de change suffisantes.

Le PAS concerne la libéralisation du régime des changes, la libéralisation du commerce extérieur, la libéralisation des prix, la réformes des entreprises publiques et le développement du secteur privé, une politique financière orthodoxe et la réforme du système foncier, la modernisation et la réforme des finances publiques, un dispositif de protection sociale, le développement du marché du travail et en fin le secteur de l'agriculture par une limitation du soutien des prix des céréales, une réforme du régime foncier ainsi que la privatisation des terres et des activités agricoles.

Le passage d'une économie dirigée à une économie de marché est conforté par la dévaluation du dinar de plus de 75%, la libéralisation du commerce extérieur, la liberté des prix, la promulgation d'une loi sur la concurrence semblable à ce qui existe dans les économies libérales (janvier 1995), la promulgation d'une loi sur la privatisation (août 1995) ainsi que la séparation

¹²³ B.Jack, G.Elinas ; L'ajustement structurel et la réforme des soins de santé dans le tiers monde ; Novembre 1995

de l'État puissance publique de l'État actionnaire à travers la loi sur la Gestion des Capitaux marchands de l'État (septembre 1995). Cela sans omettre bien entendu la réforme en 1995 du code du commerce et l'installation par la suite de la bourse d'Alger.

À l'issue de trois ans d'application, le PAS a produit des effets récessifs qui ont touché certains secteurs, dont celui de l'industrie. En effet, selon le ministère de l'Industrie l'indice de productivité a chuté d'un peu plus de 11 points entre 1994 et 1997, Ce sont surtout les industries manufacturières qui ont été le plus particulièrement affectées par la récession, puisque leur production a chuté de plus de 21 points entre les deux dates. En revanche, les seules industries ayant enregistré une croissance régulière sont bien logiquement les branches de l'énergie et des hydrocarbures.

Les contraintes structurelles de l'économie nationale ont contribué à l'aggravation de la situation des entreprises nationales. L'État s'est désengagé des sphères économiques, en décidant de ne pas protéger comme par le passé les sociétés nationales. Ces dernières devaient, sans y être préparées, faire face à un environnement issu des décisions macro-économiques.

En effet on a pu remarquer une forte corrélation entre la dévaluation de dinar et le gonflement des découverts bancaires. Ce dernier passe, selon le ministère de l'Industrie, pour l'ensemble du secteur industriel, d'un peu plus de 90 M de dinars en 1995 à plus de 113 M de dinars à la fin de l'année 1996. Il représente 28% du chiffre d'affaires total, soit 3,4 moins de recettes en moyenne. Le découvert des entreprises publiques s'est fortement accru depuis 1993, passant de 10 M de dinars à la fin de décembre 1994 à 92 M de dinars à la fin de décembre 1995.

L'État, dont a été retirée la production aux entreprises publiques, s'est efforcé toutefois, d'assainir la situation dans laquelle évoluaient ses entités.

Soumises à rude épreuve, les sociétés nationales n'ont pas réussi à s'adapter à la nouvelle donnée économique, et ce, malgré les sommes colossales dont elles ont bénéficié.

Selon le CNES, près de 800 milliards de dinars ont été injectés dans le processus d'assainissement des entreprises dont les résultats se font toujours attendre.

Présentés comme un programme ambitieux destiné à ranimer les unités de production, les plans de redressement ont été mis en application non sans difficultés. Des réformes qui ont produit des effets pervers dans le monde de l'entreprise : des centaines d'unités de production ont été dissoutes et des milliers de travailleurs ont été licenciés. En effet, plus de 800 entreprises ont été touchées par les mesures de dissolution entraînant, selon le ministère de l'Emploi, la suppression de 211 960 employés.

À cette dernière, il convient d'ajouter les départs volontaires au nombre de 50700 (financés par le Trésor public dans le cadre de l'assainissement financier des entreprises) et les personnels mis en chômage technique (100 840 agents) et pour des durées anormalement longues. Par ailleurs, selon l'UGTA (Union général des travailleurs algériens), le volume des personnels compressés équivaut à près de 5% de l'ensemble de la population occupée dans le secteur structuré en 1997 (4,7 millions de personnes) ; si l'on ajoute les départs en retraite anticipée aux effectifs compressés, on obtient le chiffre de 264 000 employés touchés, ce qui représente 6% de la population occupée. Les compressions massives par le biais du départ volontaire et de la retraite anticipée ont concerné les personnels les plus qualifiés et les plus expérimentés ; cela explique l'effondrement des industries manufacturières et des industries sidérurgiques, métallurgiques, mécaniques, électrotechniques et électroniques où l'expérience, la dextérité individuelle et la formation collective constituent une part fondamentale du capital et du patrimoine de l'entreprise.

À la libéralisation du commerce extérieur accompagnée d'une baisse drastique du pouvoir d'achat de la population, les entreprises algériennes se sont trouvées face à une baisse de la demande, des produits inadéquats, difficiles à écouler car de mauvaise qualité et des stocks immenses de matières premières, biens intermédiaires et produits finis. Selon le ministère de l'industrie, le ratio stocks/chiffre d'affaires représente 29% en février 1995, 25% en 1996 et 22% à la fin du premier semestre de l'année 1998.

B.3 Les principaux résultats macro-économiques du PAS •

L'inflation, après avoir atteint 39% en 1994, est tombée à 36% en 1997. • Les réserves de change sont passées de 1,5 M\$ en 1993 à 2,1 M\$ en 1995 puis 8 M\$ en fin 1997 soit huit mois d'importations. • Le ratio du service de la dette extérieure a été ramené de 83% en 1993, à 30% en 1997

• Le PIB, après avoir régressé de 2% en 1993 n'a régressé que de 1% en 1994 pour afficher des taux de croissance de près de 4% en 1995 et 1996 et supérieur à 4,2% en 1997. • Un système de prix fondé sur le marché a été établi, le contrôle des prix et les subventions généralisés ayant été abolis.

Le désengagement de l'État des activités productives et commerciales est allé de pair avec l'établissement d'un système bancaire davantage axé sur le marché, qui a imposé des contraintes budgétaires à ses clients, y compris les entreprises publiques.

C. Système de santé avec le retour de l'embellie financière

Cette phase est décomposée en deux, une première qui couvre le début de la fin de la décennie noire en Algérie avec l'amélioration des principaux agrégats économiques et financiers grâce à la hausse relative des prix du pétrole et l'application du programme de financement du remboursement de la dette publique.

La deuxième période que l'on peut qualifier d'aisance financière, débute des années 2003 jusqu'à nos jours. Elle est marquée par la hausse vertigineuse des prix du pétrole qui dépassent le seuil des 100 dollars sur les marchés étrangers ; ce qui permis d'améliorer sensiblement les dépenses publiques d'une part et les réserves de changes qui favorisent les opérations d'investissements dans le pays.

Quelques indices sur le financement de la santé sont résumés dans le tableau suivant :

CHAPITRE.I L'ETAT ET LES SERVICES PUBLICS DANS LA NOUVELLE CONJONCTURE ECONOMIQUE

1. Démographie		
- Population (en millions d'habitants)	31,0 (2002)	28,6 (1996)
Sexe (%)		
Hommes	50,6 (2001)	50,6 (1990)
Femmes	49,4 (2001)	49,4 (1990)
- Age (en %)		
0-19	44,1 (2001)	53,3 (1990)
20-59	49,2 (2001)	40,9 (1990)
60 ans et plus	6,7 (2001)	5,8 (1990)
- Accroissement démographique annuel (%)	1,43 (2000)	2,5 (1990)
- Taux brut de natalité (pour 1000)	19,8 (2000)	31,0 (1990)
- Indice synthétique de fécondité)	2,5 (2000)	4,5 (1990)
- Espérance de vie à la naissance (ans)	71,5 (2000)	67,3 (1991)
Hommes	70,3 (2000)	66,9 (1991)
Femmes	72,8 (2000)	67,8 (1991)
2. PIB et dépenses de santé		
- Tendence du PIB (%)	5,5 (1998)	4 (1996)
- PNB / habitant (USD)	1550 (1998)	2880 (1986)
- PIB alloué à la santé (%)	3,6 (1998)	5 (1987)
- Dépenses nationales de santé / habitant (USD)	61 (1998)	150 (1987)
- Dépenses publiques pour la santé (%)	4,7 (1997)	5,6 (1994)
3. Développement et pauvreté		
- Niveaux d'endettement (USD)	28 Milliards (1999)	30 Milliards (1998)
- Indice de développement humain (PNUD)	0,693 (1999)	0,641 (1990)
- Indice de pauvreté humaine (IPH-1, en %)	23,5 (1999)	
- Population vivant en dessous de pauvreté (%)	< 2 (1999)	
- Analphabétisme (population âgée de 10 ans et plus, en %)	31,9 (1998)	43,6 (1987)
Hommes	23,6 (1998)	30,7 (1987)
Femmes	40,3 (1998)	56,7 (1987)
4. Statistiques sanitaires de base		
- Taux brut de mortalité (pour 1000)	5,46 (2000)	6,00 (1990)
- Taux de mortalité infantile (pour 1000)	51,1 (2000)	56,9 (1990)
- Taux de mortalité maternelle (pour 100 000)	117 (1999)	224 (1989)
- Contraception (prévalence en %)	64 (2000)	56,9 (1995)
- Couverture vaccinale (12-23 mois en %)	87 (2000)	84 (1995)
- Vaccination anti-tétanique des mères (TT2 en %)	54,7 (2000)	52 (1995)

Source : Organisation Mondiale de la santé, Mars 2006

C.1 Résultat de la première période

En mai 2001, un rapport du ministère de la Santé tirait la sonnette d'alarme sur les conséquences de la crise qui menacent sérieusement les principes fondamentaux du système de soins que sont la solidarité, l'équité et l'accessibilité.

En effet, avec l'amélioration de la situation sécuritaire et financière, les mesures de rattrapage ont surtout concerné les personnels, dont les traitements avaient été quasi gelés pendant de longues dates. Le budget de la Santé a été porté à 82 milliards de dinars algériens (DA) en 2003 (986 millions d'euros), après avoir longtemps stagné aux alentours de 53 milliards. Ainsi, les salaires des médecins du public ont été revalorisés de 50 % à 100 % selon les cas. Le budget des seuls hôpitaux, qui représentait 3,6 % du Produit intérieur brut (PIB) en 1987, est tombé en 2000 à 1,3 % du PIB. Les usagers payent lourdement les frais des restrictions. C'est eux qui prennent en charge désormais une part importante des dépenses. Ceux qui disposent des revenus suffisants se dirigent vers le privé, en plein essor, mais comme les consultations et les soins en clinique sont généralement remboursés sur une base très faible, voire pas remboursés du tout, ils ne peuvent bénéficier à l'ensemble de la population. Les transferts pour soins à l'étranger, pris en charge par l'assurance maladie, qui concernaient les patients inopérables en Algérie et qui constituaient une forme de gouffre financier pour l'État et la Sécurité sociale, ont été sévèrement limités. Ils sont tombés de 7 000 en 1987 à environ 1 200 en 2001, un chiffre en augmentation par rapport au plus bas historique, enregistré en 1996 (762). C'est à la fois une bonne et une mauvaise chose : les économies dégagées ont permis à la médecine algérienne de soigner des affections qui nécessitaient auparavant une hospitalisation en France, mais des malades méritant quand même d'être transférés n'ont pas pu l'être, faute de moyens.¹²⁴

L'aspect financier de la réforme est déterminant ; Le secteur de la santé publique négligé pendant la « décennie noire » traversée par le pays dans les années quatre-vingt-dix nécessitait des moyens financiers considérables. Malgré ce début de rattrapage financier, la réhabilitation du système de santé ne sera pas une mince affaire. Parce qu'il s'agit au fait d'un cumul de plusieurs années de gestion et de financements.

Depuis la proclamation de la médecine gratuite en 1973, la population du pays a triplé et la demande de soins a explosé avec plus d'un million de consultations spécialisées, des interventions chirurgicales de tous genres des actions de préventions... tous cela par de l'argent public. Le système, malgré des imperfections évidentes, il a levé de grands défis dans les domaines de la santé de base et de la prévention. Les résultats ont été incontestables : les programmes nationaux de santé (vaccination, lutte contre la tuberculose, les maladies infantiles et infectieuses, l'éradication du paludisme) ont fait reculer drastiquement la mortalité. Le maillage de l'immense territoire de l'Algérie a permis d'offrir une couverture géographique homogène. Les citoyens, où qu'ils se trouvaient, ont pu accéder à des salles de soins ou à des centres de santé, capables de traiter leurs affections ou de les orienter vers les polycliniques, les hôpitaux, les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) ou les centres hospitalo-universitaires (CHU). Seulement, tout s'est fait dans le désordre. En

¹²⁴ Samy.Ghorbal « une réforme tant attendue » Jeune Afrique, Avril 2003

effet, l'affiliation à la Sécurité sociale est « facultative ». Les pauvres, les chômeurs et ceux qui travaillent dans l'informel ne cotisent pas. Ceux qui ne sont pas assurés sociaux sont considérés comme des démunis, le coût de leur traitement est pris en charge par le budget de l'État, au titre de la solidarité nationale. « La gratuité a accrédité l'idée que la médecine ne coûte rien. On n'a aucune idée de ce que coûte un malade, une intervention et du nombre et de la nature des actes pratiqués.

Face à une sur utilisation du matériel la maintenance devient rigoureusement impossible. Or c'est précisément l'un des points faibles du système de santé algérien. Une partie des équipements est vétuste, la crise ayant empêché un renouvellement significatif des appareils lourds et le taux de pannes faute de pièces de rechange, est de l'ordre de 30 % environ.

Le mode de financement est très inflationniste, l'hôpital fait ses prévisions, demande un budget, il se voit octroyer tant par la tutelle et les chiffres varient d'une année à l'autre en fonction de la situation financière de l'État.

La médecine algérienne a souffert de ces insuffisances. Les praticiens sont technologiquement dépassés, faute d'appareillages modernes. La lassitude gagne, d'autant que les salaires du public n'ont rien d'attractif : 20 000 DA en début de carrière pour un généraliste, 30 000 DA pour un spécialiste. Des sommes qui ne permettent pas toujours de retenir des jeunes souvent tentés par le privé ou par l'étranger. La conjugaison de la faiblesse des rémunérations ce climat a d'ailleurs provoqué un exode massif de médecins.

Le taux d'occupation médiocre des hôpitaux de l'intérieur, inférieur à 50 %, contre 65 % dans les CHU et les EHS, avec des pointes à 75 % en chirurgie, s'explique largement par le manque d'encadrement médical. L'État et la Sécurité sociale n'ont plus les moyens de payer pour tout le monde. L'équation financière est redoutable

C.2 Résultat de la deuxième période

L'aisance financière du pays a encore une fois était très favorable sur le financement public de la santé.

En effet, L'Algérie a commencé à se distinguer par la vigueur de son exécution des programmes de stabilisation et d'ajustement structurel mis en œuvre depuis 1994 avec le concours du FMI et de la Banque mondiale. La stabilisation a été réalisée avec succès dans un contexte de volatilité des cours du pétrole accompagnée de quelques progrès au plan des réformes structurelles, lesquelles ont jeté les bases d'une plus forte croissance.

Depuis 1999, l'Algérie bénéficie d'un boum pétrolier continu qui génère un montant sans précédent de recettes pour l'État et une impressionnante accumulation d'actifs étrangers nets. Après la période de solide croissance de 1999-2004, où le PIB s'est accru de 4,1 % en moyenne par an, l'Algérie a

connu une autre année faste en 2005, avec un taux de croissance du PIB estimé à 5,3 %. Pendant la période 1999-2004, la croissance était certes impulsée par le secteur des hydrocarbures, mais elle était également soutenue sur le plan de la performance en matière de résultats par les secteurs non liés aux hydrocarbures et non agricoles. En 2005, le secteur des hydrocarbures contribuait largement à la croissance, en enregistrant une hausse de 6 % alors que le secteur agricole affichait un ralentissement du taux de croissance de 2 %. La croissance dans les secteurs de la construction et des services est restée forte avec des taux de 7 % et 6 % respectivement.¹²⁵

. La valeur unitaire du pétrole brut algérien exporté s'est accrue passant à 54,6 dollars le baril en 2005, en hausse par rapport aux 38,5 dollars le baril en 2004, ce qui a contribué à une augmentation des exportations d'hydrocarbures de l'ordre de 44 % en valeur nominale en dollars. Les exportations d'hydrocarbures devraient s'accroître davantage en 2006 et le taux de croissance prévu du PIB devrait atteindre un niveau similaire à celui de 2005, entre 5 % et 5,5 %.

Le taux d'inflation s'est ralenti à un niveau plus traditionnel en 2005 pour atteindre 1,6 %, ce qui constitue une baisse par rapport aux 3,6 % de 2004. Selon les chiffres publiés par l'Office National des Statistiques (ONS), le taux de chômage a continué de chuter pour atteindre 15,3 % en 2005, contre 17,7 % en 2004 (soit une importante baisse par rapport au taux de 27,3 % enregistré en 2001) grâce au Programme de soutien à la relance économique (PSRE) de 2001-2004 et au nouveau programme de suivi pour les investissements publics intitulé Programme complémentaire de soutien à la croissance (PCSC), qui s'étend de 2005 à 2009 et dont les décaissements sont estimés à 114 milliards de dollars. Outre le programme initial d'investissement public du PCSC, le montant total comprend des projets en cours du PSRE ainsi que des nouveaux programmes en faveur des régions déshéritées du sud et du Haut Plateau. Le chômage chez les jeunes reste cependant chroniquement élevé, avec un taux de 45 %, et il frappe tout particulièrement les nouveaux diplômés universitaires et les nouveaux venus sur le marché de l'emploi.

La position extérieure de l'Algérie a continué de s'améliorer en 2005, grâce à l'accroissement des exportations d'hydrocarbures. D'après les estimations, l'excédent courant atteindra 21 % du PIB en 2005, ce qui constitue un record à la hausse. Bien que les importations, surtout celles des biens de consommation et des capitaux, aient augmenté en 2005, elles ont été plus que compensées par l'accroissement des recettes d'exportation. Les réserves de change brutes ont également augmenté, atteignant un montant de 56,2 milliards de dollars (soit environ plus de deux années de couverture des importations) en fin décembre 2005. L'accroissement des niveaux de réserves a permis une accélération de la politique de gestion de la dette grâce aux remboursements anticipés. Par conséquent, la dette totale a baissé de 22

¹²⁵ Note de présentation sur l'Algérie, Groupe Banque mondiale, Août 2006

milliards en fin 2004 à 17 milliards en décembre 2005, tandis que le ratio de la dette extérieure au PIB a diminué, passant de 26 % en 2004 à 17 % en 2005.

L'Algérie a accompli des progrès au regard de l'amélioration de ses indicateurs sociaux, Selon les estimations de la pauvreté basée sur la plus récente enquête disponible sur le budget des ménages, soit celle de 2000, le taux de pauvreté a baissé de 14,1 % (4 millions de personnes) en 1995 à 12,1 % (3,7 millions de personnes) en 2000, en raison de l'augmentation des dépenses publiques, notamment les transferts sociaux, et d'un certain redressement du secteur industriel non pétrolier, qui ont entraîné une augmentation de revenu. L'incidence de la pauvreté est plus prononcée en milieu rural qu'en zone urbaine. L'espérance de vie a augmenté, passant de 56 ans au début des années 70 à 71 ans en 2004, tandis que le nombre de décès d'enfants de moins d'un an a baissé de 120 à 35 (par millier de naissances vivantes). Les améliorations survenues dans le secteur éducatif ont fait reculer le taux d'analphabétisme de 36 % à 20 % chez les hommes et de 59 % à 40 % chez les femmes entre 1990 et 2004.

La nouvelle aisance financière du trésor, suite à l'amélioration des rentrées fiscales pétrolières, permet de maintenir à plus long terme d'une action publique mieux orientée.

Les dépenses affectées, consacrées aux soins préventifs ont plus que triplé à partir de cette date ; tandis que le chapitre des dépenses pharmaceutiques, brusquement insuffisantes suite aux dévaluations, reçoit alors des dotations très fortes en augmentations et peut faire face aux nécessités de fonctionnements des services et programmes publics.¹²⁶

¹²⁶ F.Z Oufriha « crise-PAS et santé des enfants en Algérie » créad, Alger

CONCLUSION

La mondialisation entendue comme la création d'un marché mondial unique et indifférencié suite à la libération des mouvements de marchandises, des capitaux et à la généralisation de stratégies planétaires des grandes firmes ; marqua un retrait très apparent de l'Etat des mécanismes de production et d'échange. Son désengagement laisse aujourd'hui des traces très nettes dans le fonctionnement de l'économie mondiale entière, car il est appelé à revoir son caractère non marchand et redéfinir son rôle et ses tâches dans un nouvel environnement caractérisé par la concurrence et la recherche de profit.

Dans le nouveau contexte, il n'est pas facile de trouver un compromis entre les deux modes de gestion et pourtant cela est plus que nécessaire ; car chaque type d'organisation a ses avantages. Si le marché peut être efficace pour satisfaire des choix individuels, l'intervention de l'État paraît indispensable pour mener à bien l'organisation de services collectifs tels que la santé, l'éducation ou encore pour dégager des externalités positives, tel est le sens de l'apport de la théorie de la croissance endogène.

Cependant, face à ce constat, il est très difficile d'imaginer une liberté absolue grâce au marché. Cette thèse paraît cependant assez extrémiste puisque tout serait privatisé ; or, il est évident que dans un souci de morale et de justice que l'État continue de chercher les moyen nécessaires d'aider une partie de la population qui se trouve en difficulté et pour financer des services publics dans l'intérêt de tous.

CHAPITRE II : Protection sociale et régulation de l'offre des soins

Introduction

Au début du 20^{ème} siècle et avec l'impulsion des théories économiques « la fonction sociale » s'introduit parmi les nouvelles attributions de l'Etat, elle s'impose progressivement grâce à l'importance et le poids des effets sociaux sur l'équilibre économique des nations.

Depuis, l'économique et le sociale se sont imbriqués et l'un ne se conçoit plus sans l'autre. Jusqu'à une date très récente, certaines fonctions sont devenues indissociables de la notion même de l'Etat ; comme par exemple la santé et la protection sociale.

L'étude de la sécurité sociale dans ce chapitre se fait pour trois raisons essentielles :

1- pour ressortir le lien intime existant entre le système de soins et de sécurité sociale ; lien tissé par l'évolution historiques de certains facteurs politiques, économiques et sociales.

2-étudier l'effet de la globalisation de l'économie sur le fonctionnement des différents systèmes de protections sociales dans le monde ; effet qui se mesure directement sur les systèmes de soins et de santés.

3-Mesurer l'ampleur du changement et ses effets par rapport au système de sécurité sociale en Algérie, car cela nous aide à comprendre une partie de l'organisation actuelle de l'offre des soins en Algérie

SECTION I : Régulation économique et rôle de la protection sociale

Etudier la régulation économique en passant par les objectif de base de la sécurité sociale revient à puiser dans les nombreuse théories économiques qui ont constitués à travers le temps les modèles de sécurité sociales tels qu'ils se présentent aujourd'hui.

En effet, l'histoire de la pensée économique est très riche par les nombreux travaux élaborés à travers des siècles pour concevoir des systèmes qui restent fonctionnels malgré les derniers bouleversements économiques et sociaux dans le monde.

Parmi les nombreux travaux sur la sécurité sociale, le modèle Keynésien se présente par une singularité pertinente par ces idées qui ont révolutionné la théorie économique en évoquant la place de l'Etat par le moyen de la sécurité sociale afin d'atteindre la régulation globale.

A- Les fondements de l'intérêt de la sécurité sociale

Le développement de la sécurité sociale dans le monde est impulsé par un certains nombres de facteurs idéologiques, théoriques et surtout économiques ; ils peuvent globalement être résumés par les éléments suivants :

A1- place du revenu indirect dans la théorie Keynésienne

La théorie Keynésienne a donné un coup d'accélération à la généralisation des systèmes de sécurité sociale par ce qui est appelé « le revenu indirect ».

En effet, L'effort physique ou morale est généralement récompensé par un salaire qui constitue le revenu direct pour chaque individu. Cependant, beaucoup de contraintes peuvent empêcher l'individu d'accomplir son travail : la maladie, le vieillissement, l' handicap ... etc. Dans ce sens, l'esprit de protection sociale stipule que des revenus doivent être versés à ces individus pour compenser leur arrêt de travail .C' est ce qui est appelé « revenus indirecte » dont les prestations sociales sont le parfait exemple.

Le revenu indirect a un rôle économique considérable puisque selon la théorie Keynésienne, tout supplément de revenu est un supplément de consommation qui va déboucher sur un supplément d'emplois. Aussi, le revenu indirect constitue un véritable soutien à la consommation puisque les individus perçoivent selon le risque un second revenu (indirect) versé par l'Etat ou les organismes sociaux.¹ Selon les cas, il peut se substituer

¹ Philippe Deubel, Marc Montoussé, Serge d'Agostino, Gilles Renouard ; Dictionnaire des sciences économiques et sociales ; Editions Bréal, 2008

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

au revenu du travail ou le compléter ce qui permet aux individus de maintenir un niveau de consommation régulier et élevé.²

Explicitement le revenu indirect présente trois caractéristiques économiques fondamentales :

a) Il autorise l'adéquation de la production et de la consommation

Avec le revenu indirect qui complet ou remplace le revenu direct, les individus auront les ressources pour acquérir les biens de leur choix ce qui permet une consommation de masse qui se traduit par la suite par une consommation de masse

b) Le revenu indirect joue un rôle de stimulant au crédit puisqu'il permet aux individus de contracter des crédits et de les rembourser en partie. Pour les banques le revenu indirect est une garantie au remboursement (retraité par exemple)

c) IL joue un rôle d'antidépresseur, puisqu'il atténue l'effet d'une récession en maintenant un niveau de consommation minimal. De ce fait, il joue aussi un rôle « contra cyclique » en limitant les effets de la crise économique

Pour les analystes, le revenu indirect n'a de sens économique que si il est consommé et non épargné car l'effet multiplicateur est d'autant plus élevé quand la proportion à consommer est grande, pour cela et dans un souci de plus d'efficacité économique, il est nécessaire d'attribuer les revenus indirects aux plus démunis.

A 2 Développements des attributs des bienfaits économique de la protection sociale :

La mise en place de systèmes d'assurances sociales en accordant des garanties de revenus et de soins, permet de maintenir et de conforter ce qu'on appelle la « demande solvable ». Les systèmes par leurs nombreuses formes de prestations, mènent à une action de justice sociale qui se traduit par une réduction des inégalités et d'un rétrécissement de l'éventail des revenus par les transferts sociaux que réalise la sécurité sociale.³

Par le jeu des recettes et des dépenses, la protection sociale permet d'atténuer les crises économiques, car elle adoucit les variations de revenu en période de récession. , elle apparaît donc comme véritable régulateur de l'économie.

² Otto Kaufman, la notion de la sécurité sociale au niveau international et communautaire ; Social-law.net ; Juin 2004

³ M.Mimouni, les revenus indirects ; Eco Droit Bepvam, ED Foucher

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

La protection sociale est aussi un facteur d'investissement ; elle est tout d'abord un investissement humain dans la mesure où elle permet d'améliorer la santé des citoyens.

Elle sauvegarde le « capital » humain en contribuant à la baisse de la mortalité, en réduisant les absences pour maladie surtout lorsqu'elle met l'accent sur la prévention.

De ce fait, elle rend l'homme plus apte à produire et à participer à la vie économique puisqu'elle contribue à terme à réduire le coût de l'homme pour l'entreprise et pour la société entière.

Elle a donc un effet direct sur les investissements industriels et sur l'emploi en garantissant la « demande solvable » en bien de santé, construction d'hôpitaux, développement de l'industrie pharmaceutique et d'appareils médicaux.

En outre, dans certains pays la création d'un fond de prévoyance alimenté par les actifs en prévision (de leur vieux jours) selon un système garanti de capitalisation, stimule l'épargne et permet d'utiliser celle-ci pour des investissements économiques (industrie) et sociaux (dispensaire) comme c'est le cas dans de nombreux pays au monde.

Dans la mesure où la protection sociale crée plus de justice et permet de satisfaire des besoins essentiels, elle contribue à la réalisation d'une certaine stabilité sociale car, elle atténue les conflits politiques et crée un climat de consensus favorable à la croissance économique et à la stabilité politique.

De façon générale, les hommes politiques et certains économistes soulignent souvent les bienfaits économiques de la protection sociale, mais ils sont fréquemment sous-estimés, méconnus, voire contestés en période de crise ou de pénurie.

A.3 Le renforcement du Fordisme économique

au lendemain de la deuxième guerre mondiale, le rôle de l'Etat se renforça, en menant une politique sociale très active qui vise à intervenir dans l'économie à travers une large régulation sociale, qui vise à soutenir l'investissement des entreprises et la consommation des classes populaires. Le « fordisme » se renforça comme modèle de régulation sociale et s'imposa dans tous les pays capitalistes industrialisés.⁴

En effet, ce grand modèle de consommation revient au grand constructeur de véhicules Henri Ford qui décide en 1914 d'augmenter sensiblement les salaires de ces ouvriers dans le but d'améliorer leur

⁴ Gustave Massiah, *Grandeurs et décadence de l'ajustement structurel : les programmes d'ajustement structurel et le développement* ; AITEC (association internationale de techniciens, experts et chercheurs), Avril 2002

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

pouvoir d'achat de sorte que ses propres ouvriers deviennent des consommateurs à part entière.

Cette politique de salaires permettait de faire correspondre une consommation de masse à la production de masse qui s'appuie essentiellement sur le taylorisme c'est-à-dire une organisation scientifique du travail.

Dans ce même contexte économique, les modèles de sécurité sociale nécessitent de prendre des formes de groupements (régime des travailleurs, des mines ...) en définissant aussi les principaux risques (maladie, accident, ...) et en développant la législation du travail qui précise les conditions d'accès aux droits de couverture et de prestations

A.4 La généralisation des fondements de l'Etat providence

Le développement économique et l'évolution des rapports sociaux conduisent l'État à remplir une fonction de régulateur social. Cette fonction se développa de plus en plus grâce à l'enracinement des idées Keynésiennes dans les économies mondiales.

L'expression "Etat Providence" désigne l'ensemble des interventions de l'État dans le domaine social, qui visent à garantir un niveau minimum de bien-être à l'ensemble de la population, en particulier à travers un système étendu de protection sociale.

On l'oppose couramment à celle d'"État gendarme ou protecteur", dans laquelle l'intervention de l'État est limitée à ses fonctions régaliennes.⁵

La protection sociale réfère aux mécanismes fournissant une sécurité économique et sociale aux personnes contre les aléas de la vie tels la maladie et le chômage.

Cette sécurité se fait selon trois modalités : la répartition économique, la répartition sociale et la répartition domestique.

La répartition économique correspond aux ressources reçues en contrepartie de leur travail. Le salaire et les prestations de retraite d'un régime d'employeur en sont des exemples. Ainsi, le marché du travail est la principale source de répartition économique.

La répartition sociale, quant à elle réfère aux transferts sociaux, l'aide sociale notamment. Ce sont donc les institutions chargées de prélever les revenus et les redistribuer qui assurent la répartition sociale.

La répartition domestique, enfin regroupe tous les transferts fondés sur un lien personnel, elle renvoie donc principalement à la solidarité familiale.

⁵ L'Etat providence ; la documentation Française, site Internet « Vie Publique.fr »

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Ces trois formes de répartition sont complémentaires et s'articulent entre elles pour prendre des formes diverses. Lorsque ces formes deviennent institutionnalisées au niveau de l'État nation, elles donnent lieu à l'État Providence.

« L'État Providence est préoccupé donc du bien être collectif, il se donne pour mission de produire des services non marchands, de garantir une protection sociale, d'opérer une redistribution des revenus, et de réguler l'économie au moyen de politiques économiques ». ⁶

L'institutionnalisation de la protection sociale entraîne donc la création d'un État Providence. En retour, un État Providence permet de coordonner les trois modalités de répartition de la protection sociale

L'État Providence se caractérise par la dé marchandisation des individus vis-à-vis du marché et par la stratification sociale limitée.

Pour ce faire, les indemnités, telles que l'aide sociale ou les pensions de vieillesse, doivent être universelles et suffisamment élevées afin d'affranchir les citoyens de la participation au marché du travail. Par ailleurs, les prestations ne doivent pas être associées à la stigmatisation sociale ni à des contraintes.

La stratification sociale, quant à elle se minimise lorsqu'on crée une solidarité entre les citoyens plutôt que des divisions en fonction de la classe ou de la profession. Ainsi, on minimise la stratification sociale en accordant les mêmes droits à tous ⁷ les citoyens

B- l'Etat providence et les grands modèles de sécurités sociales dans le monde

Les premiers modèles de protection sociale apparaissent en Europe à la fin du 19^e siècle et en Amérique du Nord quelques décennies plus tard. ⁸

Ces programmes constituent une réponse aux problèmes sociaux de l'époque.

Chaque pays développe ses propres systèmes conformément à sa culture, ce qui a expliqué par la suite les divergences entre les pays dans le mode de prise en charge des problèmes sociaux.

Malgré ces différences, le dénominateur commun au cours de cette première phase de l'évolution de la protection sociale est la remise en question des formes traditionnelles d'assistance fondées sur la famille et sur l'Église.

⁶ Palier.B ; Les évolutions des systèmes de protection sociale en Europe et en France ; in pouvoirs N°82 ,1997

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Dans tous les pays concernés, l'État s'acquitte de la responsabilité du bien être collectif et prend des moyens économiques pour protéger ses citoyens contre les aléas de la vie : l'État Providence est né.

B1 La protection sociale dans les modèles Bismarckien et Bévériidgien

Au cours de cette phase d'édification, deux modèles de protection sociale très différents émergent ; Il s'agit des modèles bismarckien et beveridgien.

B1.1. Le modèle Bismarckien

A la fin du 19 siècle, l'idéologie socialiste s'adhère de plus en plus au sein de la classe populaire allemande.

Voyant cette idéologie comme une menace à son autorité, le chancelier Bismarck, conservateur prussien à l'époque, met sur pied des assurances sociales afin d'apaiser les esprits des ouvriers et de renforcer leur dépendance envers l'État .

Dans le modèle de protection sociale bismarckien, le risque est lié à la production du travail. On assure donc la capacité à conserver un revenu salarial dans le cadre d'une communauté de risque limité aux cotisants, c'est-à-dire les travailleurs. Il s'agit donc d'une assurance fonctionnant à partir d'un système de primes. Toutefois, il n'y a pas de sélection des risques car tous les assurés d'un même régime sont couverts de la même façon.⁹

Les assurances sont découpées selon les différents corps de métier.

Ce programme reflète l'héritage historique du pays ; L'Allemagne étant une société traditionnelle fondée sur des distinctions professionnelles, ces mêmes distinctions se retrouvent dans les programmes de protection sociale.

En effet, les prestations remplaçant le salaire sont plutôt élevées, mais il faut cotiser, donc travailler, pour y avoir droit. De ce fait, beaucoup de personnes sont exclues de ce régime.

Par ailleurs, ce régime édifie une forte stratification sociale car les prestations sont proportionnelles aux salaires. En outre, les assurances sont fondées sur le statut socioprofessionnel reproduisant ainsi les classes sociales du marché du travail.

Enfin, la protection à la bismarckienne renforce la dépendance envers l'État et la famille.

⁹ Protection sociale : assistance ou assurance sociale ? Par l'union syndicale solidaires, 29 février 2004

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

C'est à la fin du XIXème siècle que se substituent dans certains pays d'Europe les premiers systèmes d'assurance sociale (destinés à protéger les salariés contre les risques liés à la vieillesse, à la maladie ou aux accidents du travail) aux anciens systèmes fondés sur l'assistance.¹⁰

L'État se voit assigner une mission nouvelle : promouvoir le bien-être de tous les membres de la société. Sont ainsi mises en place l'assurance maladie (1883), l'assurance contre les accidents du travail (1884), et l'assurance invalidité et vieillesse (1889). Initialement destinées aux ouvriers dont les revenus ne dépassent pas un certain plafond, ces assurances sociales sont progressivement étendues aux autres catégories professionnelles tout en restant soumises à des conditions de ressources

B.1.2 Le modèle Bévérigidien

En Angleterre, la protection sociale dans sa forme moderne apparaît au début du 20^e siècle. Il existait déjà un système de protection sociale libérale résiduelle mais ses failles qui deviennent flagrantes au cours de la crise économique et des deux Guerres mondiales, motivent d'importantes réformes.

Inspiré par les théories économiques interventionnistes de John Maynard Keynes, William H. Beveridge propose alors un programme de protection sociale qui vise à « libérer l'homme du besoin » et à relancer la consommation.

Paru en 1942, ce document développe la notion de « Welfare State » ou ("État de bien-être"), Il rejette les systèmes d'assurances sociales réservées aux seuls travailleurs ainsi que le principe d'une assistance limitée aux plus démunis. Il introduit l'idée d'une protection universelle de tous les citoyens financée par l'impôt. Il plaide pour un système de Sécurité sociale à la fois :

Généralisé : chacun, par sa seule appartenance à la société, doit avoir le droit de voir ses besoins minimaux garantis par la solidarité nationale ;

Unifié : une seule cotisation est nécessaire pour accéder aux différentes prestations ;

Uniforme : les prestations sociales sont les mêmes pour tous;

Centralisé : le système est géré par un organisme public unique ;

Global : le système regroupe l'ensemble des aides et des assurances.

Le régime créé par Beveridge se distingue de celui de Bismarck par son caractère collectif. Le modèle beveridgien vise ainsi à couvrir tous les citoyens, pas seulement les cotisants (ou travailleurs), en les liant par un contrat social.

¹⁰ Géraldine Mattioli ; la protection sociale, ED SEUIL ,1999

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Dans ce modèle, l'État (pas seulement l'individu) prend en charge la couverture des risques en finançant le système de protection sociale à travers les mécanismes de la fiscalité ¹¹

Dans sa conception initiale, le régime de Beveridge est démarchandisant car il s'agit d'un filet social universel ou les prestations se veulent généreuses.

Ce régime cherche à minimiser la stratification sociale et augmenter la solidarité car tous les citoyens sont couverts selon leurs besoins.

Enfin, le régime permet une certaine indépendance envers le marché, et de la famille, mais instaure une dépendance envers l'État.

L'héritage historique, la coalition de la classe politique et la nature de la mobilisation de la classe ouvrière expliquent la configuration de la protection sociale anglaise.

B .2 La notion d'Etat- providence et explication de la croissance économique:

Pris dans son sens premier et simplifié, l'Etat providence signifie la prise en charge par l'Etat des tâches de couverture sociale.

On distingue en effet trois sphères principales où s'organise la solidarité sociale : la sphère familiale et privée, la sphère du marché et des solidarités professionnelles et la sphère de l'intervention publique.

Le rôle strict de l'Etat est au fond assez limité et pourtant il pénètre largement les deux autres sphères par les droits et les obligations qu'il y introduit.

La notion anglo-saxonne de « Welfare State » désigne la fonction attribuée à l'Etat de contribuer à assurer le bien-être des individus, ce qui peut passer par des actions directes et indirectes ; elle indique clairement le passage d'une solidarité subjective (les actions de charité) à une solidarité objective fondée sur des droits.

On peut considérer ainsi que le coeur de l'idée de Welfare State est la notion de « citoyenneté sociale », selon la proposition de T.H. Marshall en 1949, on doit distinguer trois niveaux de la citoyenneté : civile, politique et sociale.

¹¹ Ruta et Dagenais, Les trois mondes de l'Etat providence : Essai sur le capitalisme moderne, Paris PUF 1999 édition Anglaise 1990

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

La citoyenneté civile désigne selon le même auteur, l'ensemble des droits fondamentaux qui garantissent la liberté et la dignité de chaque homme.

La citoyenneté politique se définit à son tour, par la possibilité pour les citoyens d'exercer leur souveraineté à travers l'exercice du pouvoir de manière directe ou indirecte, notamment dans les démocraties représentatives par l'exercice du droit de vote.

En fin de compte, la citoyenneté sociale établit qu'il ne peut y avoir durablement de démocratie sans égalité sociale et de droit au travail.¹²

La citoyenneté sociale suppose l'octroi de droits sociaux et de préciser d'où sont issus ces droits, elle s'inscrit donc dans une certaine stratification sociale et d'un certain rapport de force entre les classes sociales.

Il faut donc voir comment l'Etat- providence insère le jeu des droits sociaux au sein de cette stratification et de ces rapports de force.

L'Etat-providence ne peut pas seulement être compris en termes de droits qu'il accorde ; il faut aussi tenir compte de la manière dont les rôles de l'Etat sont coordonnés avec les tâches remplies par le marché et la famille.

La crise de légitimité traversée depuis une vingtaine d'année par les différents Etats Sociaux a poussé de nombreux auteurs à comparer systématiquement la formation et des fondements des différents Etats-providence.

On est passé en gros d'une vision développe mentaliste et descriptive dans les années soixante (où on mesure les Etats selon des échelles uniques ou mixtes, selon le degré de couverture ou selon la modalité de couverture, c'est à dire opposant une modalité assurantielle ou étatique) à une vision analytique actuellement où on cherche à construire des idéaux-types d'Etat-providence.

On peut distinguer trois grandes logiques explicatives.

L'analyse consiste dans la mise à jour de logiques macro sociales qui expliqueraient la croissance de l'Etat-providence. On peut repérer ici les cinq logiques suivantes :

B .2.1 Logique de développement économique lié à l'industrialisation.

« La croissance économique est la cause déterminante du développement du Welfare State » nous dit le chercheur anglais Harold M. Wilensky. Le développement ruine les fonctions des anciens groupes intermédiaires et fournit le surplus nécessaire à l'Etat pour qu'il se substitue à ces anciens groupes en assumant de manière nouvelle les fonctions de soutien et

¹² Numa Murard, du warfare state au welfare state, la protection sociale ; Ed la découverte, Belgique 2004

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

solidarité sociale. Cet angle d'analyse insiste sur la nécessaire convergence des Etats providence.

Outre les exemples qui prouvent le maintien de divergences nationales ou qui montrent que des pays peuvent se développer sans un Etat social fort, comme les Etats-Unis, on a souvent reproché à ces analyses de se contenter de fournir des corrélations en guise d'explication.

B.2.2 - Logique d'interdépendance et d'intégration sociale.

Des études sociologiques ont insisté sur le rôle indispensable de l'Etat providence face aux maux engendrés par le développement économique. On peut trouver une inspiration durkheimienne dans cette analyse : la croissance économique se faisant par et avec une division du travail croissante cela rend l'interdépendance entre les individus indispensable à la régulation et à l'intégration sociale ; la solidarité qui s'en dégage devient moins évidente que dans la solidarité « mécanique » et suppose que la conscience de cette interdépendance, soit accompagnée par un rôle croissant de l'Etat social. L'Etat a pour but de réduire les dysfonctionnements issus de la modernisation et des anomalies de la Division du Travail.¹³

B.2.3 - Logique du développement du capitalisme.

Les analyses néo-marxistes des années 70 ont produit de nombreux travaux sur l'Etat- providence comme « béquille du capital ». S'inspirant partiellement du marxisme, les économistes de l'école de la régulation considèrent que la croissance de l'Etat providence correspond à l'émergence d'un nouveau rapport salarial propre à une accumulation fordiste du capital. On peut compléter cette analyse de l'Etat providence comme agent d'accumulation par une dimension sociologique où il joue aussi un rôle d'agent de légitimation.

B.2.4 - Logique de démocratisation.

La même normativité est à l'oeuvre dans un courant alternatif au néo-marxisme : l'Etat providence est considéré comme l'étape ultime de la démocratisation. L'origine de ce courant peut se trouver dans la formulation de T.H Marshall dans sa conférence de 1949 sur les trois étapes de la citoyenneté : civile, politique puis sociale.

Dans ce contexte, la crise de l'Etat providence est analysée comme le résultat inéluctable de l'évolution des sociétés et un moyen de résoudre les contradictions soulevées par leur propre développement, notamment l'écart entre l'égalité juridique et les inégalités économiques. « L'Etat- providence doit d'abord être conçu comme une radicalisation, c'est à dire une extension et un approfondissement de l'Etat protecteur classique »¹⁴.

¹³ Patricia Turquet, Sécurité sociale : éléments de comparaisons européennes
<http://cmapspublic2.ihmc.us/rid>

¹⁴ Pierre de Rosanvallon, la crise de l'Etat providence, Ed seuil 1983

B.2.5 - La logique de solidarité.

Proche de l'analyse précédente, une interprétation de l'apparition de l'Etat providence consiste à la relier à l'émergence d'une nouvelle conception du lien social. Certains historiens américains ont notamment mis en évidence que les politiques sociales dès avant 1914 peuvent se lire comme une réponse de la république à la tension interne qui la menace entre égalité juridique et inégalité économique, par la mise en place progressive d'un système de corrections des inégalités et de couverture des risques.

Certains auteurs comme François Ewald affirment que la société assurantielle est une invention du XXème siècle pour répondre à la demande de protection face à la montée des risques engendrés par la société industrielle.

D'autres auteurs comme Michel Foucault, confirment les faits en faisant remarquer que l'intérêt individuel ne peut pas fonder la couverture des risques car la solution du contrat ou du marché est inapplicable aux nouveaux risques engendrés par l'industrialisation.

Avec la théorie du service public et l'émergence du concept d'économie sociale, surplombée par l'idéologie solidariste de Léon Bourgeois ou d'Emile Durkheim, la technique des assurances sociales obligatoires va générer une nouvelle conception du lien social qui n'est plus fondé sur la responsabilité individuelle mais la mise en commun ou la mutualisation des risques. Cette thèse est naturellement contradictoire avec la logique de la démocratisation.

B.3 Les régimes d'Etat-providence.

L'analyse la plus développée ces dix dernières années consiste à établir une typologie des Etats- providence en s'appuyant sur les acquis sociaux.

Pendant fort longtemps on s'est souvent contenté pour ce genre de typologie de deux systèmes d'opposition : une opposition verticale entre les régimes de forte protection sociale et les régimes de faible protection sociale, et une opposition horizontale entre une logique bismarckienne d'assurances sociales et une logique beveridgienne de couverture étatique.

Le caractère simplificateur de la première distinction et le caractère historiquement très marqué de la seconde ont amené les chercheurs à proposer des typologies plus élaborées et plus analytiques.

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Les travaux sur ce sujet sont très nombreux depuis une vingtaine d'années et la typologie la plus connue demeure celle élaborée par le chercheur danois Gosta ESPING-ANDERSEN

B.3.1 Les trois critères de différenciation entre Etats providence.

L'idée fondamentale d'Esping-Andersen pour construire sa typologie est de la fonder sur les relations que nouent trois sphères de la vie sociale : la sphère publique de l'Etat, la sphère marchande des relations professionnelles et de l'entreprise et la sphère domestique, privée et familiale.

Pour mener cette étude, G. E A utilise trois critères : le rapport de l'Etat Providence au marché, son rapport à la stratification, son rapport au système familial dominant et au statut de la femme dans la société.¹⁵

A la suite de la mise en oeuvre des de ces trois critères de différenciation il se permet de fournir une typologie d'Etat providence. Dès lors, cette typologie n'est pas seulement classificatoire mais peut mettre en évidence la logique de fonctionnement de chaque Etat social, à travers le concept de « régime d'Etat providence ».

B.3.1.1 La dé marchandisation

La dé marchandisation se mesure par la capacité d'une personne de conserver ses moyens d'existence sans dépendre de sa participation au marché, et notamment au marché du travail. Il faut juste remarquer que toute aide sociale ne permet pas nécessairement cette dé marchandisation.

La recherche de la dé marchandisation a structuré l'action syndicale des salariés qui vise à ce que les salaires et l'ensemble des ressources sociales dépendent le moins possible des fluctuations du marché du travail. Dans les régimes économiques les plus libéraux, à régulation marchande dominante, il est relevé la faiblesse du processus de dé marchandisation engagé par l'Etat providence.

Dans les pays structurés par l'assurance sociale obligatoire, l'essentiel est l'éligibilité fondée sur le statut salarial et les règles d'indemnités dépendantes des contributions sociales.

Quant aux pays à couverture universelle, la dé marchandisation est poussée beaucoup plus loin, puisque la couverture sociale est totalement séparée de la place dans la production mais liée à la qualité de citoyen.

Ce principe de dé marchandisation de la force de travail constitue la progression des acquis sociaux obtenus dans le cadre de la constitution d'un statut salarial protégé. On peut d'ailleurs comprendre la crise actuelle de la protection sociale comme liée à une tentative de remarchandisation de la force de travail. Ce principe présente un autre avantage : il nous contraint

¹⁵ René Révol, les Etat providences, Ressources disciplinaires en ligne, CRDP Académie de Montpellier

de relier l'analyse des Etats providence à l'analyse du fonctionnement et de l'évolution des marchés du travail.

B.3.1.2 – La stratification sociale

Dans ce contexte, il est distingué trois types de stratification sociale selon trois types de politiques sociales dans les pays capitalistes :

La politique sociale conservatrice : Elle s'oppose à une stratification qui cherche à la fois à refuser le nivellement social et les antagonismes de classe. Le paternalisme étatique de Bismarck sert d'exemple en ce domaine par l'appui qu'il prend sur le corporatisme. « Les principes fondateurs du corporatisme sont une fraternité basée sur l'identité statutaire, l'adhésion obligatoire et exclusive, le mutualisme et le monopole de la représentation. » Dans les pays contemporains les statuts particuliers protecteurs sont reconnus par l'Etat et servent ainsi de structuration au salariat moderne. L'Etat providence fait remarquer que le corporatisme conservateur est souvent lié à un certain familialisme entre l'Etat et la famille. Ces pays vont donc produire des stratifications sociales très élaborées avec des hiérarchies statutaires bien établies.¹⁶

La politique sociale libérale refuse les statuts particuliers et ne promet que la responsabilité individuelle dans la compétition économique et sociale et donc une assistance aux plus pauvres, le reste de la société trouve dans la participation au marché du travail les moyens de se protéger ; D'où une stratification fondamentalement dualiste entre les inclus qui participent au marché et ceux qui en sont exclus. Le système libéral promet donc une assistance ciblée sur les exclus.

La politique sociale socialiste est celle qui promet la plus grande et la plus large solidarité entre tous les travailleurs. Pour cela elle doit se séparer d'une part d'une vision dualiste qui privilégierait l'aide seulement aux plus pauvres et d'autre part d'une vision corporatiste élargie qui ne construit une solidarité qu'entre salariés statutairement reconnus. Ainsi les différences de classe au sein des salariés se dissolvent dans un universalisme populaire qui peut devenir avec la croissance économique et la hausse du niveau de vie un universalisme de « classes moyennes » au sens large.

Il est donc remarqué une certaine causalité réciproque entre un certain type de stratification sociale et un certain type d'Etat providence. Cela contribue à enraciner les Etats providence dans une expérience sociale donnée qui lui donne ainsi toute son épaisseur historique. Le modèle anglo-saxon fondé sur la vérification des besoins et la couverture des plus pauvres produit une véritable stigmatisation et correspond donc à une stratification marquée par une forte dualisation sociale, avec une frontière sociale forte entre les classes moyennes et les « pauvres ».

¹⁶ Pierre de Rosanvallon ; op. Cité pp 123- 146

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Le modèle corporatiste conservateur est structuré sur une forte solidarité des salariés et un lien privilégié avec l'Etat, d'où une stratification fondée sur une alliance centrale entre les salariés à statut et les fonctionnaires.

Quant au modèle universel il correspond à des avantages décidés par la puissance publique obtenus par les salariés et étendu par le système politique à tous les citoyens.

La forte coïncidence entre l'usage du critère de décommodification et celui de stratification lui permet d'asseoir définitivement sa typologie en trois « régimes d'Etat providence » : le régime libéral, le régime corporatiste conservateur, et le régime social-démocrate.¹⁷

B.3.1.3 La défamiliarisation de la protection sociale.

Il est clair que dans l'Etat providence corporatiste conservateur, la femme est beaucoup plus assignée aux tâches domestiques et d'éducation des enfants, d'où une situation d'ayants droits par rapports aux hommes salariés protégés alors que les deux autres modèles laissent plus de place à l'autonomie de la femme mais avec une défamiliarisation plus poussée dans le modèle universel social-démocrate notamment à cause de l'importance des services sociaux et de la prise en charge de la petite enfance.

B.3.2 La typologie des régimes d'Etat- providence

1 - La notion de régime d'Etat providence

La notion de « régime » d'Etat providence ne vient pas là par hasard, car elle manifeste l'abandon d'une analyse « normative » essentiellement basée sur l'analyse économique.

En effet, dans une analyse économique on cherche à construire un modèle qui permet de comprendre comment l'action d'agents rationnels s'agence dans la mise en place d'un Etat social ; Celui-ci ne se justifie ici qu'en fonction des défaillances du marché : l'Etat social ne se développe alors que dans les cas où le marché n'est pas assez efficace.

Avec la notion de régime, on passe à une analyse systémique, car l'objectif est de mettre en évidence la cohérence du système de Protection sociale et des différents sous-systèmes qui le constituent, en soulignant aussi les liens avec les autres systèmes économiques, politiques et sociaux. L'interrogation sur la cohérence interne et externe du système d'Etat social et ses différentes articulations ont conduit l'analyse néo-institutionnaliste à utiliser la notion de régime moins déterministe que celle de système. Esping-Andersen se réfère explicitement à cette tradition épistémologique pour construire sa typologie de « régimes » d'Etat providence.

¹⁷ Guillemard.AM ; La protection sociale ; in La socio histoire comparée, université de Paris V Mars 2007

2 - Les trois grands régimes d'Etat-providence.

La typologie des Etats providence nous amène à décrire les trois régimes différents d'EP :

B.3.2.1- Le régime libéral ou résiduel.

Dans ce régime, l'essentiel de la couverture sociale est acquise sur le marché où l'acteur social obtient le revenu nécessaire pour l'achat de ses biens sociaux. On ne peut envisager une intervention de l'Etat que pour la production de biens sociaux indivisibles. L'essentiel de la protection collective sera donc affectée à ceux qui ne trouvent pas de ressources suffisantes sur le marché du travail ou qui en ont été exclus pour une raison ou une autre. ¹⁸C'est pour cela qu'on qualifie cet Etat providence de résiduel.

C'est donc un régime de dé marchandisation faible. Les aides sont donc individuelles et monétaires et se font sous condition de ressources. Les aides sont en conséquence accompagnées d'un contrôle de la situation réelle de ceux qui les demandent. Ce régime d'aides ciblées vers les plus pauvres contribue à un effet de stigmatisation,

Préconisant la responsabilité individuelle dans la gestion de sa protection sociale,

. Par ailleurs, l'État encourage le marché en ne garantissant que le minimum ou en subventionnant des programmes de prévoyance privés. Par conséquent, le pouvoir démarchandisant de ce régime est limité.

La stratification sociale quant à elle est accrue car il se crée un dualisme entre les pauvres dépendants de l'État, et les riches capables de s'offrir des régimes d'assurance privée plus généreux. ¹⁹

L'offre de services sociaux est limitée, mais l'activité rémunérée est fortement valorisée. Ainsi, la répartition économique est à l'avant-plan, mais l'État et la famille sont également appelés à jouer un rôle dans la protection sociale.

Ce régime peut parfaitement s'accorder à un statut libéral de la famille et de la femme mais la faiblesse des ressources peut conduire les individus à se replier sur les protections privées et familiales et par là même assigner les femmes dans un rôle traditionnel. La défamiliarisation de la protection sociale est donc ici possible mais pas nécessaire. Si on cherche un pays qui symbolise le mieux l'idéal type décrit ci-dessus on le trouvera sans nul doute avec les Etats-Unis. On trouve des situations similaires -avec à chaque fois des caractéristiques particulières- au Canada et en Australie, en Suisse ou au Japon

¹⁸ Claude Martin, Etat providence et cohésion sociale en Europe, Edition La Découverte Paris, 1997.

¹⁹ M.Vial « Les grandes réformes structurelles : réformer l'Etat » ; cours de politique économique janvier 2007

B.3.2.2 Le régime corporatiste conservateur

Cette dénomination est propre à Esping-Andersen, qu'on pourrait également qualifier d'assurantiel, constitue une protection sociale essentiellement adossée au travail salarié et visant le maintien au moins partiel des revenus du salarié si des circonstances particulières lui interdisent le maintien dans une activité rémunérée. La couverture des grands risques sociaux (maladie, accident, vieillesse, chômage, maternité) se fait donc par un système d'assurances sociales obligatoires.

Ce modèle se caractérise donc par « la centralité du statut professionnel dans l'acquisition des droits sociaux : le système de Sécurité Sociale est, de façon prépondérante, financée par la cotisation sociale assise sur le salaire ».

La généralisation de l'obligation des assurances sociales à la fin du 19ème et dans la première moitié du 20ème siècle a constitué le socle essentiel de la formation de ce régime dans des pays comme l'Allemagne, la France ou certains pays d'Europe du sud qui adoptent le modèle Bismarckien qui prend désormais la forme du modèle corporatiste conservateur.

Les droits sont donc liés à la participation préalable au marché du travail et au fait qu'on ne peut plus y participer. Ce sont des droits collectifs qui sont partie intégrante d'un statut salarial. En accédant à l'emploi salarié, le travailleur accède en même temps à une protection collective qui est liée à ce statut de salarié.

Dans ce régime d'Etat providence, la dé marchandisation est donc partielle puisque la protection sociale est liée à la participation préalable à une activité salariée. Ce régime est par ailleurs indirectement redistributif : le phénomène redistributif des plus riches vers les plus pauvres n'est que partiel car l'objectif premier du système n'est pas la redistribution mais la protection des grands risques sociaux; il est indirect dans la mesure où les plus pauvres sont plus touchés par les grands risques sociaux.

Le poids de la stratification sociale est fort, puisque la couverture sociale dépend de son appartenance de classe et du degré d'organisation politique et sociale des salariés. Par ailleurs, le caractère « conservateur » de ce régime tient à ce qu'il soit lié à une forte familiarisation de la protection sociale.

B.3.2.3 Le régime social-démocrate ou universel :

Il se caractérise par la coexistence de trois caractéristiques principales:

Un niveau élevé de protection sociale qui couvre la totalité de la population, indépendamment de la situation des individus sur le marché du travail ;

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Une offre importante de services collectifs publics et sociaux ;

Un financement qui ne se fait pas sur la base de la rémunération obtenue sur le marché (la cotisation fonction du salaire) mais qui est réalisé par l'imposition de toute la population.

Il en découle une dé marchandisation forte de la protection sociale : elle implique la possibilité de percevoir un revenu de remplacement proche du salaire d'activité lorsqu'on se retrouve hors du marché du travail. La tendance universaliste de ce régime se vérifie tant par la couverture que par le financement qui semble être guidé plus par un critère de citoyenneté que par un critère lié au travail. Tout citoyen quelle que soit son sexe, son âge, sa condition sociale est éligible à la protection sociale. L'impôt universel est le moyen unique de financement. A partir de là, le régime social-démocrate a tendance à élargir la notion de besoins sociaux : elle y intègre par exemple la maternité, l'exercice de responsabilités familiales, l'éducation, la formation, les activités sociales et de loisirs...On est donc face à une dynamique d'extension des champs de compétence de l'Etat social. Les transferts de revenus ne sont pas la manière exclusive de réponse à ces besoins sociaux comme c'est souvent le cas dans les deux autres régimes.²⁰Le régime social-démocrate pousse ainsi à la création de services publics et sociaux collectivement fournis au lieu de fournir des allocations pour que les individus se fournissent sur le marché.

Deux conséquences sociales majeures découlent d'une telle conception de l'Etat providence ; D'une part, la volonté égalisatrice est forte d'où le fait qu'une des missions essentielles de l'Etat social est de réduire les inégalités sociales entre les individus. On retrouve donc là une différence liée au deuxième critère de différenciation, celui qui relie l'Etat providence à une certaine stratification.

On dit souvent que le modèle social démocrate est diamétralement opposé au modèle libéral ; Or ces deux modèles proviennent de la même source et partagent plusieurs points en communs. Ils sont tous deux individualistes et à certains égards universalistes.²¹

De même, ils sont surtout tous deux axés sur le marché et privilégient la répartition économique.

Les deux logiques ont donc sensiblement la même fin, mais ce sont les moyens qui diffèrent radicalement.

Dans le cas social démocrate, l'égalité des hauts standards est visée afin de stimuler la demande ; par conséquent, les prestations sont généreuses et les services sociaux offerts sont nombreux. Ici la répartition sociale est au service de la répartition économique.

²⁰ Claude Martin, OP Cité, pp569-585

²¹ Patricia Turquet, réformes des systèmes de protection sociale : éléments de comparaison Européenne

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

A l'inverse, le modèle libéral se préoccupe d'abord et avant tout de la répartition économique au détriment de la répartition sociale et domestique. Ainsi, l'État n'intervient qu'en dernier recours et à certaines conditions afin de permettre aux individus d'accéder au marché du travail.

Le développement des systèmes de protection sociale s'était poursuivi dans divers pays au monde en combinant des données sociales, économiques et politiques très différentes mais en même temps avec des éléments très comparable.

Les débats actuels, qui ont lieu sur la protection sociale dans le monde peuvent être classés en deux courants dominants :

a) La pensée libérale réformatrice : cette pensée ne considère que le capitalisme dans son fonctionnement produit des déséquilibres sociaux qu'il faut corriger. La politique sociale de l'État a pour objectif de concilier entre les impératifs de l'efficacité et de la compétitivité d'une part et le progrès social d'autre part. La justice sociale passe par la suppression des avantages qui ne doivent rien au mérite et à l'effort personnel. Les moyens de la politique sociale qui sont préférés par les libéraux sont la fiscalité et l'aide directe de l'État.

Mais la limite à observer dans toutes les formes de soutiens de l'État reste le respect des mécanismes de marché.

b) La pensée social démocrate : pour ce courant de pensée, la protection sociale est fondamentalement l'aboutissement des luttes des travailleurs. La société est mise dans l'obligation d'assurer à tous un certain droit de protection face à la maladie, la vieillesseetc.

Le problème qui se pose de plus en plus pour ce courant est celui des coûts de cette protection et de son financement, surtout que les domaines concernés par la protection sociale sont de plus en plus nombreux et touchent aussi bien aux conditions de travail qu'à la politique familiale, l'éducationetc.

C- Effets de la généralisation des systèmes des assurances sociales dans le monde

Les modèles de sécurités sociales ont connus une large application après la deuxième guerre mondiale, soit entre 1947 et 1973

Beaucoup d'auteurs qualifient cette période de « Trente Glorieuses », elle apparaît rétrospectivement comme un âge d'or, celui du plein emploi, des emplois stables et d'une protection sociale étendue.²²

²² Dictionnaire des sciences économiques et sociales .op. cité pp 257-260

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

La protection sociale se développe grandement à cette époque; Partout en occident les assurances sociales s'étendent pour couvrir plus de personnes et plus de risques.

Les multiples programmes se différencient et prennent une cohérence interne.

Chaque pays a construit son propre système de protection sociale en fonction des valeurs de son histoire et de ses ressources. On peut cependant observer qu'il y a des grands types d'Etats providence et essayer de les regrouper en fonction de leur étendue, c'est-à-dire du degré de solidarité qu'ils impliquent entre les personnes.

Beaucoup d'effets sont relevés dans ce contexte, parmi les plus significatifs sont ceux se rapportant à l'économique et le social

C.1 Effets économiques

Durant cette période, âge d'or de l'Etat providence, le produit intérieur brut par habitant doublait tous les douze ans. Le taux de croissance, variable extrêmement importante, était de l'ordre de 5 à 7 % par an hors inflation.

Le premier ressort de ce dynamisme économique exceptionnel qui a concerné l'Europe a été une structure démographique favorable à une industrialisation rapide.

En effet, le baby-boom qui était un phénomène nouveau d'après guerre, s'est concentré sur une vingtaine d'années et a entraîné des conséquences assez importantes sur le social qui se sont étendues par la suite sur une période très longue.

Le second ressort est l'organisation du travail dans laquelle le taux d'activité féminin était extrêmement faible. Le troisième levier de cette croissance est l'impact de la reconstruction qui a été favorisée par la mise en œuvre du plan Marshall, un mécanisme économique qui a permis de remettre en marche le système économique européen.

Enfin, la mise sous séquestre de la compétition par le rideau de fer et la marginalisation du tiers-monde ont favorisé la croissance durant ces trente années. L'ensemble de ces facteurs a eu comme conséquences d'occulter les contraintes économiques et de permettre l'épanouissement rapide d'un Etat providence de type bismarckien.²³

De même, jusqu'au milieu des années 70, le cercle vertueux de la croissance, le schéma Keynes Beveridge créait un effet de synergie entre la croissance économique et l'accroissement des dépenses sociales. Plus la

²³ Guy Delande « La sécurité sociale a 60ans » ; colloque à Deauville, économie et solidarité : nouveaux défis managériaux, 16 et 17 Juin 2005

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

croissance économique était rapide, plus l'Etat providence se développait. Conformément à l'approche keynésienne, ces dépenses sociales soutenaient la demande intérieure et maintenaient la croissance et le plein emploi, ce qui générait de nouvelles ressources financières pour financer de nouvelles prestations sociales.

Dans les négociations sociales, une partie du supplément de croissance était consacrée à l'amélioration des revenus et au développement des équipements collectifs mais une autre partie était systématiquement allouée à l'amélioration ou à la création de prestations sociales.

Les Politiques de cette époque pensaient avoir trouvé la solution puisque l'économique et le social se fécondaient parfaitement l'un l'autre.

C.2 effets sociaux

L'Etat providence est d'abord un système de redistribution des revenus visant à protéger les individus contre les risques sociaux.

Ces risques peuvent être définis comme des événements incontrôlables provoquant soit des dépenses importantes pour l'individu (la maladie ou l'accident, par exemple), soit une diminution sensible de ses revenus habituels (chômage, cessation d'activité, par exemple).

Ces risques ont bien sûr toujours existé, mais dans une société traditionnelle c'est essentiellement la famille qui assurait autrefois cette prise en charge. Les liens de dépendance étaient alors très forts, en particulier entre les enfants et les parents.

La révolution industrielle et les transformations de la société qui l'ont accompagnée ont bouleversé ces solidarités traditionnelles : l'urbanisation et la faiblesse des rémunérations des travailleurs imposent la réduction de la taille des familles, la taille des logements rend impossible la prise en charge de parents âgés. Parallèlement, les individus, se différenciant de plus en plus, revendiquent une autonomie personnelle grandissante. Ils préfèrent pouvoir s'adresser à une entité abstraite « l'Etat providence » qui est devenu l'expression de la solidarité collective, plutôt que de dépendre de leur famille par exemple. Il apparaît donc que l'Etat providence traduit la transformation sociale de l'après guerre qui vise la promotion des droits de l'homme dans la société dans le nouveau contexte socio culturel.

Cette protection sociale a aussi comme avantage d'être universelle, c'est-à-dire de concerner l'ensemble des personnes vivant sur le territoire national.

Concrètement, la solidarité s'exprime à travers le financement de la protection sociale : tous les citoyens sont appelés à financer les dépenses de protection sociale, indépendamment de leur situation personnelle face aux divers risques sociaux. Ainsi, un salarié sans enfant paie des cotisations pour financer les allocations familiales d'un autre. Ce mécanisme contribue

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

néanmoins au financement de l'assurance dont tous les individus en profitent selon leurs besoins, quand ils sont malades, au chômage ou trop vieux pour continuer à travailler.²⁴

Le plus grand avantage de la protection sociale, c'est qu'elle se traduit par une importante redistribution des revenus. En effet, Cette redistribution est d'abord horizontale, c'est-à-dire indépendante du revenu des personnes. C'est le cas des remboursements maladie, par exemple : les personnes en bonne santé, qu'elles soient riches ou pauvres, financent par leurs cotisations les dépenses des personnes malades, qu'elles soient riches ou pauvres. Mais elle peut aussi être verticale, c'est-à-dire redistribuer l'argent des plus riches vers les plus pauvres. C'est le cas notamment du RMI qui est financé par les impôts payés par l'ensemble des Français, et notamment les plus riches, mais dont les prestations sont réservées aux ménages les plus modestes.

A travers le temps l'Etat providence met en oeuvre deux types de solidarité : l'assurance contre la perte de revenu et l'assistance aux plus démunis.²⁵

La logique de l'assurance : Chaque actif cotise proportionnellement à son revenu et il reçoit des prestations proportionnelles à ses cotisations. Pour les personnes qui ne travaillent pas, les différents systèmes ont mis en place un système d'aide sociale particulier. Ici, il n'y a donc pas a priori de volonté de réduire les inégalités, la redistribution s'effectuant entre actifs en bonne santé et malades, entre actifs et retraités, entre actifs sans enfant et actifs ayant des enfants, etc. Le versement des prestations est « sous condition de cotisation », c'est-à-dire qu'il faut avoir cotisé pour en bénéficier.

La logique de l'assistance : La protection sociale est un système redistributif visant à assurer une plus grande égalité entre tous en couvrant les besoins considérés comme « de base ». Dans ce type de système, tous les individus sont couverts quelle que soit leur situation professionnelle (c'est le principe d'universalité) ; les prestations dépendent des besoins et non du montant des cotisations, elles sont même parfois « sous condition de ressources », c'est-à-dire que la prestation décroît avec le niveau de revenu, ce qui accroît l'effet redistributif du système (les plus riches cotisent plus et perçoivent moins). Le système est géré par le service public et financé par l'impôt : la participation au système doit être obligatoire pour qu'il y ait redistribution des revenus, sinon les plus riches qui sont en quelque sorte les « perdants » dans cette logique refuseraient d'y participer.

²⁴ Michel Herland, La révolution Keynésienne in Les Cahiers Français N°280, Mars 1997

²⁵ Robert Boyer, Quel modèle d'Etat-providence ?, L'Apport des sciences Sociales, PUF, Janvier, 2007

C.3 Effets liés aux caractéristiques des systèmes d'assurances (assurances obligatoires et répartition)

C.3.1- l'assurance obligatoire

Une des caractéristiques fondamentales des trente glorieux est La généralisation de l'assurance sociale obligatoire. Cette assurance sociale obligatoire est fondée sur

Le travailleur et sa famille, c'est-à-dire que le travailleur est non seulement couvert par un dispositif de solidarité sociale, mais aussi de prestations se sont élargies pour couvrir ses différents ayants droits dont il a la charge : généralement épouse et enfants

Le système d'assurance obligatoire est généralement accompagné par le principe de contingence.

Ce principe postule que la prestation n'est pas liée à une caractéristique contrôlée par le bénéficiaire. Or, ce principe s'est soldé par des effets très préjudiciables à l'assurance elle-même et au principe de solidarité, en raison de l'existence de l'aléa moral c'est-à-dire du fait que lorsque les assurés ne sont pas contrôlés ou limité dans leurs actions, ils adoptent un comportement opportuniste : comportement à risques ou surconsommation.²⁶

C.3.2 Le choix de la répartition

Il signifie que le travailleur d'aujourd'hui cotise pour le retraité d'aujourd'hui.

La période durant laquelle les transferts sociaux semblaient se revitaliser les uns les autres a été nommée « la dynamique Keynes Beveridge ». Elle correspondait à une régulation fordiste qui fonctionne dans un contexte dans lequel les individus ont des emplois stables, des salaires élevés et une protection sociale importante.

Le choix de la répartition dispense d'efforts une génération pour reporter la charge sur les générations futures, notamment dans un contexte de variations démographiques.

²⁶ Marc Montoussé, Dominique Chamblay, De l'Etat-Gendarme à la crise de l'Etat providence ; Editions Bréal, 2001

Section2 : Libéralisme économique et retour sur le financement social dans le monde

A – Motifs sur le retour du financement social

Il fallait en effet bien d'abord saisir la logique à l'oeuvre dans le fonctionnement de l'Etat social pour comprendre ensuite comment depuis une vingtaine d'années les modifications profondes du régime de croissance et des modalités de la régulation sociale ont ouvert une crise majeure dans les Etats sociaux.

Quelque soit le régime d'Etat providence, tous ont subi cette même crise même s'ils ne l'ont naturellement pas géré de la même manière. La logique à l'oeuvre est dans l'ensemble la même dans les trois régimes d'Etat providence : le ralentissement du rythme de croissance économique a donc à la fois diminué les ressources de la Protection sociale et augmenté la demande sociale en direction de cette protection sociale : cet effet de ciseaux ne pouvait qu'entraîner une crise financière majeure des Etats sociaux. La réponse à cette crise a été plus ou moins violente mais elle s'est exercée dans la même direction : diminuer les ponctions fiscales et sociales sur les actifs et donc diminuer en conséquence les transferts sociaux. Le régime résiduel et le régime universel ont certes vivement subi cette crise mais ils ont pu y répondre plus facilement parce qu'ils pouvaient modifier les ressources et les dépenses de manière discrétionnaire, alors que le régime assurantiel ne peut évoluer que sur la base d'un accord de tous les partenaires sociaux avec l'Etat, ce qui naturellement est plus difficile et plus lent à obtenir. En tout état de cause quelque soit le régime d'Etat providence, s'est appliqué un véritable régime de crise de l'Etat social qui repose en gros sur trois piliers :

a- Diminuer les prélèvements sur les revenus et donc diminuer les ressources de l'Etat social, que ces prélèvements soient fiscaux ou sociaux. Cette orientation est donc congruente avec une politique de diminution des prélèvements obligatoires.

b- Diminuer le montant des transferts sociaux ce qui suppose en même temps d'une part de faire appel à la responsabilité individuelle des acteurs concernés (comme on le voit clairement dans le cas de l'assurance maladie) et d'autre part d'améliorer l'efficacité des systèmes sociaux (voir réforme de l'hôpital).

c- Développer une nouvelle conception de l'Etat social plus actif et plus efficace dont le secours ne soit plus automatique, ce qui se couple avec une politique de mise au travail d'une plus grande partie de la population.

A1- Crise de l'Etat providence

Jusqu'au début des années 1970, l'intervention de l'État dans l'économie et la société prend toute son ampleur avec la généralisation des systèmes de Sécurité sociale et la mise en place des politiques de redistribution des revenus. Elle se traduit notamment par une hausse importante de la part des prélèvements obligatoires dans la richesse nationale dont le taux passe de 10 % du PIB au début des années soixante, à plus de 50 % du PIB au début des années quatre vingt, et cela dans beaucoup de pays européens.²⁷

Le ralentissement de la croissance et la modification du contexte économique ont commencé à susciter de nombreuses interrogations sur cette intervention, surtout que le financement de la protection sociale est devenu de plus en plus difficile en raison du ralentissement de la croissance et de l'augmentation des besoins sociaux.²⁸

La régulation économique ne permettait pas d'endiguer les difficultés des années 1970.

Il s'est avéré que les hausses du pouvoir d'achat des ménages n'a fait que creuser le déficit des Etats et a rendu difficile d'entretenir l'inflation. En plus, le poids excessif de départ des travailleurs pour des raisons de compressions d'effectifs a directement pesé sur le niveau des prélèvements obligatoires et devenu par la suite une entrave au bon fonctionnement de l'économie.

Le recours à l'Etat comme principal organe régulateur a atteint ses limites surtout que le montant des charges sociales ne cessait de croître à des rythmes vertigineux.

Les recettes publiques diminuent sensiblement et la crise de l'Etat providence se prononce dans la majorité des pays du monde.

Cette crise semble être pour les analystes d'une triple nature :

A.1.1 La crise financière :

Les dépenses de protection sociale augmentent, ce qui rend le coût de la solidarité difficilement supportable pour les contribuables.

²⁷ Laurence Bloch et Pierre Ricordeau, La régulation du système de santé en France ; Revue française d'économie, N° 11, 1996

²⁸ Marie-Thérèse Join-Lambert ; Les politiques sociales, 130 années d'histoires, la grande transformation depuis 1973 ; Presses de la fondation nationale des sciences politiques ; Dalloz, 1994

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Il y a crise financière de l'Etat providence parce que le financement de la protection sociale est de plus en plus difficile, sous l'effet conjugué de la hausse des dépenses et du ralentissement des recettes lié au ralentissement de la croissance.²⁹

La hausse des dépenses de protection sociale est la conséquence du vieillissement de la population et de la montée du chômage. L'allongement de l'espérance de vie, qui est une bonne chose en soi, accroît toutefois la part des personnes âgées dans la population. Il faut donc dépenser plus pour les retraites, mais aussi plus pour la santé. De plus, ceux-ci se sont renchérissés avec le progrès technique et les découvertes médicales.

Ainsi, et à titre d'exemple, la consommation médicale en France (soins et médicaments) est passée de 100 milliards d'euros en 1995 à 147,6 milliards en 2004.

Par ailleurs la montée du chômage accroît les besoins d'indemnisation, ainsi que les dépenses de solidarité avec les plus pauvres. On le voit tout concourt à une hausse des dépenses de protection sociale.³⁰

Les recettes de l'Etat providence par contre marquent le pas. C'est d'abord la conséquence du ralentissement économique : le taux de croissance annuel moyen du PIB a pratiquement été divisé par deux depuis la fin des « Trente Glorieuses », et contrairement aux dépenses, les recettes ne peuvent guère augmenter plus vite que la richesse nationale. Il y a plus, car les prélèvements obligatoires servant à financer les prestations sociales sont encore beaucoup calculés en fonction des salaires. Or, depuis les années 80, avec la montée du chômage et l'austérité salariale, les salaires constituent la catégorie de revenu qui augmente le moins vite.³¹

Ces difficultés se traduisent par une progression continue du taux de prélèvements obligatoires avec une difficulté accrue d'assurer à toutes les couches sociales la quantité et la qualité des services autrefois garantis.

D'un autre côté, depuis le début des années 70, les difficultés économiques et sociales que connaissent la plupart des pays du monde et surtout ceux de l'OCDE en particulier, montrent les limites du fordisme. Malgré des salaires relativement élevés, les formes de contestation sociale se multiplient remettant en cause les conditions de travail.

Les inégalités se creusent malgré l'effet redistributif de la protection sociale ; les dispositifs mis en place dans le passé paraissent de moins en moins adaptés aux besoins d'une société qui s'est beaucoup transformée (ex des retraites ou des politiques familiales). Enfin, les prélèvements effectués

²⁹ Etat providence et cohésion sociale in Economie et sociologie

³⁰ Jean-Marie Harribey « La protection sociale et /ou l'allocation universelle : une occasion de revisiter la théorie de la production et de la distribution de la valeur », reprise d'une communication au colloque en hommage à IVAN ILLICH ; institut de sociologie, université Libre de Bruxelles.

³¹ J.M Harribey ; op. Cité

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

sur l'activité économique semblent pour certains contre-productifs et nuiraient à la croissance.

A.1.2 La crise d'efficacité :

Un deuxième élément de la crise de l'Etat providence est sa difficulté croissante à atteindre les objectifs qu'il s'était donné.

L'Etat providence actuel réduit peu ou mal les inégalités et ne profite pas toujours à ceux qui en ont besoin. On s'aperçoit tout d'abord que le « filet » de la protection sociale n'est plus équitable, c'est-à-dire qu'une partie de la population ne bénéficie pas du système de protection et reste exposée aux risques sociaux.

Les dépenses de protection sociale sont mal régulées ce qui conduit à un gaspillage de l'argent public, cela signifie que l'on n'arrive pas à les contrôler, c'est-à-dire à sélectionner celles qui sont justifiées au regard des objectifs que l'on poursuit. C'est tout particulièrement le cas des dépenses de santé.

Comme l'assurance maladie rembourse les soins aux patients, ces derniers n'ont aucun intérêt à en limiter l'usage, car ils sont rarement en position de juger la nécessité ou la pertinence des soins qu'ont leur propose. Mais les professions médicales n'ont pas à leur tour intérêt à freiner les dépenses de santé qui constituent leur source de revenu. Nous avons ainsi obtenu une envolée des dépenses sans rapport forcément avec l'efficacité médicale

A.1.3 La crise de légitimité

La crise de légitimité résume au fait l'ensemble des critiques formulées par les libéraux envers le système d'assurance obligatoire.

Dans ce contexte, ils avancent en premier lieu que la protection sociale peut avoir des effets pervers, surtout qu'il faut rester convaincu qu'un surcroît de protection sociale n'est pas forcément un progrès social.

La crise de légitimité de l'Etat providence est une interrogation sur la justification morale et politique des systèmes de protection sociale. Jusqu'où l'Etat doit-il prendre en charge les individus et doit-il se substituer aux mécanismes de solidarité traditionnels³²

La protection sociale entraîne le risque de déresponsabilisation individuelle car, on reproche souvent à l'Etat providence de développer une culture de l'assistance et de faire perdre aux individus les sens de leur responsabilité. Dès lors que la société procure une aide en cas de difficulté,

³² Philippe Van Parijs, les fondements éthiques de l'Etat-providence et de son dépassement, L'apport des sciences sociales, Paris, PUF, 2006 pp125-146.

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

on n'a plus à se soucier de risques que l'on court, on se repose sur l'idée que la collectivité interviendra en cas de malheur.

De même, pourquoi un travailleur chercherait-il un emploi payé au SMIC s'il peut bénéficier sans travailler d'allocations d'un montant voisin du SMIC. Au-delà de cet effet pervers sur le comportement des individus, on peut dénoncer ici un recul du lien social dans la mesure où les individus ne pensent plus qu'à leurs droits sur la société.

La protection sociale peut paradoxalement affaiblir le lien social naturel. Il y a un risque, que certains dénoncent, d'affaiblissement du lien social engendré par le système de protection sociale : l'Etat ayant pris en charge la protection des individus, ceux-ci se sont dégagés des liens et des solidarités traditionnelles notamment les solidarités familiales et de voisinage. C'est potentiellement une forme d'individualisme triomphant qui se développe : dès lors que l'on a payé nos impôts, nous ne nous sentons plus responsable d'autrui

Cela peut expliquer en partie l'exclusion : ceux qui, pour une raison ou pour une autre, ne sont plus protégés par le système, ne trouvent plus aucun secours dans la société, et sont renvoyés à leur responsabilité individuelle sur un mode très culpabilisant.³³

Dans un contexte financier plus difficile, les dépenses de protection sociale sont économiquement irrationnelles. C'est une des questions cruciales qui est invoquée pour remettre en cause l'Etat providence. Toutes les ressources utilisées pour financer les prestations sociales font défaut aux dépenses qui assurent la compétitivité de l'économie, sa capacité d'innovation et donc de croissance. Une forte critique adressée par les économistes libéraux à l'Etat providence est que les sommes ainsi détournées de l'investissement ralentissent la croissance économique et donc la capacité à financer la protection sociale. Nos sociétés modernes vivraient « au-dessus de leurs moyens », plus soucieuses qu'elles sont de dépenser leurs richesses plutôt que de les produire.

Si l'Etat providence tend à prendre en charge la pauvreté, ce n'est pas tant parce que le nombre de personnes pauvres augmente il a plutôt tendance à diminuer mais plutôt parce que, depuis une vingtaine d'années, la pauvreté a changé de nature et n'est plus perçue de la même façon par la société. Et le système de protection sociale bâti pendant les Trente glorieuses apparaît inadapté à cette « nouvelle pauvreté ».

La pauvreté « traditionnelle », celle que l'on connaissait en France dans les années 50 et 60, concernait essentiellement les personnes âgées et les salariés les moins qualifiés.

La « nouvelle pauvreté » touche une population plus jeune et plus urbaine, et a pour origine la montée du chômage, le développement de

³³ Patrick Feltese, De l'histoire de la sécurité sociale à ses enjeux et perspectives actuels ; in Education permanente, Janvier 2005

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

l'emploi atypique et l'éclatement des familles. On trouve aujourd'hui parmi les pauvres des jeunes sans qualifications qui n'arrivent pas à obtenir un emploi ou des salariés âgés dont les entreprises ne veulent plus. Par ailleurs, la précarisation du travail et la montée des emplois à temps partiel subi amènent certains travailleurs (alors même qu'ils ont un emploi) à avoir des revenus très faibles, les plaçant en dessous du seuil de pauvreté. Les Américains les appellent des « **working poors** » (travailleurs pauvres).

Le regard de la société sur la pauvreté a changé, et celle-ci n'est plus considérée comme un phénomène transitoire. Le net ralentissement de la croissance économique après les chocs pétroliers des années 70 a fait s'évanouir le rêve d'une pauvreté qui disparaîtrait sous l'effet de l'enrichissement général. Les transformations même de l'économie, l'innovation et l'ouverture internationale, en aiguisant la concurrence semblent susciter un risque permanent de déqualification économique et donc de pauvreté. Celle-ci apparaît donc comme un phénomène plus durable. De surcroît, elle se double de plus en plus d'une exclusion sociale.

Les personnes pauvres ont de plus en plus de mal à sortir de leur situation, ce qui rend nécessaire une solidarité collective.

D'où la nécessité de développer des mécanismes de solidarité avec les plus pauvres.

L'Etat est donc appelé à construire une politique visant à maintenir le lien social avec tous les membres de la société. Dans cet esprit, sont créés en France deux dispositifs dont l'objectif est de lutter contre les formes modernes de pauvreté et d'éviter l'exclusion : le Revenu Minimum d'Insertion (R.M.I.), la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.) et la Prime Pour l'Emploi (P.P.E.).

La solidarité nationale fondée sur un système de protection collective semble se heurter à une montée des valeurs individualistes.

En effet, les mécanismes de prélèvements et de prestations sociales, caractéristiques de l'Etat Providence, ne satisfont plus des citoyens à la recherche de relations moins anonymes et d'une solidarité davantage basée sur des relations interindividuelles.³⁴

Devant la montée des logiques de privatisation du risque, L'Etat Providence doit également affronter l'effacement des cadres collectifs de cohésion (solidarités nationale et professionnelle)

Les difficultés de financement de la protection sociale, les doutes quant à son efficacité et à sa légitimité caractériseraient selon certains, une « crise de l'Etat Providence »

³⁴ Bruno Palier, Giuliano Bonoli ; Entre Bismarck et Beveridge crise de la sécurité sociale et politique ; Revue Française de Science politique N°4,1995

A.1.4 dérive du système assuranciel

Le système assuranciel est passé de la couverture d'un risque à la satisfaction d'un droit. Au départ la sécurité sociale vise à prendre en charge les conséquences financières liées à l'occurrence d'un risque de détresse (vieillesse, maladie, chômage) pour les travailleurs et leurs familles. Au cours du temps, une nouvelle conception fondée sur la notion de droit social a émergé : droit à la santé, au revenu, au logement, etc.

Cette évolution est particulièrement sensible dans le domaine de la santé ; Nous sommes passés d'une conception stricte de la santé comme absence de maladie à une conception élargie de la santé comme état de bien-être physique, social et mental. Dès lors, nous sommes confrontés à une alternative, La conception béverigienne privilégie un accès uniforme des citoyens à des droits sociaux précisément définis à partir d'un pourcentage fixé du PIB.³⁵

Nous avons tendance à superposer à cette approche une approche en termes de droits qui va déboucher sur ce que les économistes appellent « une utopie non finançable ». En effet, nous cumulons une conception en termes de droits qui seraient absolus et illimités et une conception en termes d'assurance sociale qui permet le rattrapage des dérives financières.

Dans le domaine de l'assurance, quand la sinistralité est supérieure à celle qui a été anticipée, l'assureur augmente les cotisations.

Or, cette question est devenue très difficile à concrétiser dans le domaine social vu le caractère législatif dont bénéficie désormais le système de protection sociale.

De même, cette difficulté c'est aggravé par l'utilisation croissante de l'assurance sociale comme mécanisme supplétif de la redistribution sociale.

Normalement, la vocation d'un système d'assurance ne repose pas sur la confusion entre péréquation des risques et péréquation des revenus qui relève de la fiscalité. Cette dérive appellera, tôt ou tard, une correction béverigienne.

A.1.5 Pressions de l'Etat providence sur l'Etat régalien

La part revenant aux fonctions régaliennes (la sécurité, l'éducation, les infrastructures) stagne ou régresse au profit de l'effort social qui contraint l'Etat à une plus grande mobilisation des ressources fiscales.

Face à cette situation, deux solutions deviennent envisageables ; La première consiste à procéder à des arbitrages de réallocation en faveur des fonctions fondamentales de l'Etat, ce qui ne le dispense pas d'un effort

³⁵ Maryvonne Fremicourt, quel avenir pour la protection sociale dans une Europe élargie ; UCNSS-universités, 2004

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

d'efficience. Dans ce cas, l'Etat se recentre sur la production de biens publics et abandonne la gestion du système social au profit d'opérateurs avisés. Ces derniers existent mais n'avaient pas la possibilité de jouer pleinement leur rôle.

La seconde possibilité, qui est devenue par le temps la solution la plus probable se résume par l'intensification de solutions privées.

A2 renaissance du courant libéral

La pensée libérale a toujours considéré les principes de la sécurité sociale comme étant contradictoire aux lois du marché. Ils justifient cela par le fait qu'en favorisant l'accroissement de la demande, les assurances sociales deviennent un facteur d'inflation nécessitant un appel important à l'effort contributif par l'impôt et par la cotisation.

Ils considèrent aussi que ces systèmes détournent une partie des sommes disponibles de revenus l'orientant vers une dépense immédiate au lieu de la consacrer à l'épargne et à des investissements industriels directs productifs.

Même si elle est reconnue comme un investissement humain de première nécessité, les libéraux pensent que la sécurité sociale provoque un conflit entre cet investissement collectif dont la rentabilité « économique » n'est pas toujours facile à évaluer et les investissements industriels et commerciaux qui ont un impact direct sur les revenus .

En fin de compte, ils posent les problèmes de la perception et de la collecte des recettes surtout lorsque les revenus sont très faibles.

Cette question se traduit d'après eux par des coûts de gestion énormes dont les moyens administratifs pour contrôler les ressources demeurent toujours très insuffisants.

Malgré ces critiques, et en raison de la généralisation des idées Keynésiennes après la seconde guerre mondiale, les idées libérales se sont éclipsées pendant plus de trois décennies donnant un fort argument à la socialisation des systèmes de sécurités sociales dans le monde.

Cependant, le nouveau contexte de la régulation depuis des années 1980 s'est situé à la jonction de l'économie et de la politique. Car, durant ces années il faut le rappeler, la politique a joué un rôle important dans le changement de régulation avec une volonté de réduire les espaces des actions de l'Etat.³⁶

Les idées néolibérales ont conforté les nouvelles stratégies en s'attaquant aux modes traditionnelle d'intervention de l'Etat. Ainsi, le discours néoclassique traditionnel qui justifie dans un certain nombre de cas (externalité, bien publiques ...) l'intervention de l'Etat est remplacée par un

³⁶ Robert Lafore ; Politiques sociales, politiques de protection sociale : définitions, champs, limites et actions ; Science et technologie de la santé et du travail, Mai, 2008

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

discours néolibérale insistant sur la nécessité d'élargir le domaine laissé aux monopoles naturels.³⁷ Les raisons qui justifient ces faits sont variables : difficulté dans la gestion publique, accroissement continu des dépenses, l'absence de rentabilité et d'efficacité dans la gestion des services de l'Etat, ... etc.

Le nouveau contexte de régulation est opéré dans un cadre global, n'épargnant aucun pays au monde quel que soit son appartenance politique ou niveau économique.³⁸

La généralisation du capitalisme fortifié par les difficultés et la critique envers les économies dirigées a conforté l'idée de la nécessité de rétablir la vérité du marché.

Car, dans la lignée de la philosophie de F. Hayek, c'est le « tout marché » qui est souhaitable y compris dans le domaine des politiques sociales ; parce que l'idée principale est que la croissance serait bénéfique à tous pourvu que la participation au fonctionnement du libre marché soit garantie

De ce fait, la concurrence doit pénétrer dans de nombreux domaines où elle était absente auparavant.

Au début des années 80, la Grande-Bretagne et les États-Unis incarnent la renaissance du courant libéral dans les politiques économiques. Il s'agit de permettre le retour du marché en tant que régulateur économique avec un espace limité aux actions de l'Etat.

Cette situation est en conformité avec la pensée monétariste de Milton Friedman qui recommande de laisser faire le marché quitte à réduire les mesures de protection sociale des travailleurs.³⁹

Ainsi, Friedman encourage les privatisations et préconise même le recul de la protection sociale notamment en supprimant la gratuité de certains services publics.

Les libéraux considèrent que la protection sociale génère dans la plupart des pays des coûts beaucoup trop importants, ces coûts sont susceptibles d'entraver le développement.

Il s'agit aussi de restreindre les hausses de salaires et de réduire les revenus sociaux, perçue comme responsable de l'accroissement du chômage ; cela va de soi avec une limitation de l'influence des syndicats.

³⁷ Nicolas Anneau, Synthèse sur les principaux courants de la pensée économique : le courant libéral, *planet'Economie*, décembre 2008

³⁸ Merriem François-Xavier ; *l'Etat face à la globalisation, une perspective internationale comparée* ; CNRS, 2005

³⁹ Nicolas Baverez, *Plus ou moins d'Etat ? Plus ou mieux d'Etat* ; journée d'étude de l'association pour l'histoire économique ; La Sorbonne, 16 Novembre 2002

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Pour lutter contre l'inflation, ils proposent aux gouvernements de réduire le déficit budgétaire qui est source de création monétaire excessive et d'augmenter les taux d'intérêt afin de décourager les recours aux crédits.⁴⁰

Cette vague néolibérale se diffuse dans l'ensemble des pays notamment ceux de l'OCDE avec des politiques très contrastées.

A 3 -Privatisations des économies et difficulté du financement social

Engagée au début des années 1980, et en réponse à la crise de rentabilité, à la réduction de la croissance et à la montée du chômage ; la conjoncture mondiale offre favorablement un nouveau processus de réorganisation des économies basé sur des idées libérales

Cette régulation jusqu'au début des années 1970 et à la lumière du socialisme considérait que l'Etat social n'est plus une charge, mais « un stabilisateur économique et politique interne contribuant à régénérer les forces de la croissance économique ».⁴¹

Dans le nouveau contexte, le compromis Keynésien va disparaître, ces idées sont remises en cause par l'idéologie néolibérale devenue progressivement puissante.

Cette situation a directement abouti à la libération financière et l'accroissement de la mobilité internationale du capital.

Le secteur public se rétréci par une vague énorme de privatisation des entreprises.

Les raisons bien qu'elles soient variables, sont très convaincantes pour beaucoup de gouvernements. Désormais toutes les actions s'orientent vers les objectifs de réduire les dépenses publiques, de rechercher d'efficacité et les rationalités dans l'utilisation des ressources pour ouvrir l'économie à la concurrence afin d'accroître l'investissement dont l'aboutissement reste aussi une meilleure utilisation des facteurs de production⁴²

L'effondrement politico-économique de certains systèmes a favorisé l'accélération du processus ou les Etats ont mis en place une nouvelle jurisprudence pour céder une partie ou la totalité de leur actif industriel.

L'Etat entrepreneurs ou actionnaire s'efface, d'autant plus volontiers que les entreprises publiques du secteur sont loin d'être efficaces dans la sauvegarde de l'emploi en raison de la compétitivité accrue des prix et surtout de la qualité .

⁴⁰ Pierre la Masmé, L'industrie dans la nouvelle économie mondiale, Op. Cit., p. 40.

⁴² Béatrice Hibou, La privatisation de l'Etat, in Critique Internationale, volume 1, 1998

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

depuis la fin des années 1980, le nombre de privatisations dans le monde a augmenté rapidement, près d'une centaine de pays sont concernés par ce puissant transfert d'actifs publics aux investisseurs privés nationaux ou étrangers. Ces cessions massives traduit la volonté de réduire le gigantisme de l'Etat sur toute la sphère planétaire.

Du fait des privatisations, les poids des entreprises publiques dans les économies de beaucoup de pays se sont considérablement amoindris. Cette vague n'a pas épargné les ex pays communistes qui entreprit de grandes réformes à leur tour menant à de profonds changements de leur économie en reconnaissant par la même occasion l'inefficacité des anciens systèmes dits « socialistes » .

Les privatisations ont créés une rupture totale avec l'ancien mode de régulation économique qui s'est traduit par des conséquences sociales très importantes.

Le recul ou le retrait de l'Etat de la sphère économique s'est traduit par un affaiblissement des services publics (régaliens ; relevant de l'état providence, de réseaux ou locaux), constitue d'ailleurs une révolution importante des vingt dernières années.

La situation sociale dans le monde est devenue très critique surtout dans les pays à faible revenu o'u ceux qui ont engagé de profondes réformes comme est le cas des ex pays socialistes. le constat offre un taux de chômage structurellement élevé dû à une précarité des emplois qui s'est fortement accru. De même, le niveau des salaires a sensiblement baissé menant à un élargissement du coût social des classes défavorisées ; l'écart entre les revenus est largement creusé.

Avec l'élargissement de la division internationale du travail, certaines industries (le textile par exemple) se sont délocalisées massivement. L'emploi subit alors les conséquences des évolutions précédentes et de la déréglementation du marché du travail.

Avec le retrait de l'Etat, la redistribution et moins verticale compte tenu de l'accroissement de la fiscalité.⁴³

Dans les années 1970, la redistribution n'était pas concentrée sur des populations pauvres seulement, mais concernait aussi les couches moyennes. Les politiques sociales avaient des objectifs plus larges visant à donner à chacun, au travers d'un certain nombre de droits des conditions de l'insertion économique et sociale.

De même, les politiques sociales des années 1970 relevaient d'une logique centrée sur le salariat. La rémunération de la force de travail était envisagée de façon large et incluait la couverture de la maladie, de l'accident et de la retraite.

⁴³ Philipp Muller, Face à la globalisation néolibérale : du capitalisme organisé vers le capitalisme désorganisé

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Aujourd'hui, et dans le nouveau climat économique, la volonté de l'Etat et de passer progressivement d'une logique de sécurité sociale à une logique d'assurance dans laquelle le salarié organiserait lui-même en partie des conditions de sa couverture maladie ou retraites en liaison avec les organismes privés.

La régulation sociale est donc complètement désynchronisée de la régulation économique. L'Etat se retire progressivement de la production économique en se spécialisant dans les tâches d'accompagnement économique et social.

Résultats, sont que beaucoup de groupes sociaux sont profondément déstabilisés par ces évolutions et son exposé quotidiennement au chômage et à la précarité

B. Globalisation et éclatement des systèmes de protections sociales

On assiste actuellement à une offensive globale contre les protections sociales dans le monde accompagnée par une transformation plus ou moins brutale du rôle de l'Etat. ⁴⁴La remise en cause de la protection sociale est un enjeu de civilisation. Car, son extension sur la majorité des continents (à l'exception du nord américain) n'est pas seulement un acquis des luttes sociales, c'est aussi la prise en compte de certains facteurs qui ont conduit aux désastres des siècles passés, particulièrement aux deux dernières guerres mondiale qui ont laissés des traces profondes sur l'économique et le social.

En effet, L'enjeu politique premier de la protection sociale, de la retraite ou de la santé, ne se situe donc pas au niveau des débats autour de quelques paramètres démographiques ou de calculs de coûts, la protection sociale est devenu un pacte fondamental dans les pays civilisés :

Solidarité entre les actifs et les retraités, entre les bien-portants et les malades, entre les Salariés et les chômeurs, etc. ...

Sa généralisation à l'ensemble de la population est une leçon d' Histoire dans la lutte contre la pauvreté, qui est elle même une condition nécessaire aux visions à long terme et au développement soutenu.

B .1 Facteurs influençant le déclin des systèmes

L'ensemble des éléments pouvant résumer globalement ce déclin se limite aux facteurs suivants :

⁴⁴ Alain Letourmy Les réformes des systèmes de santé, de l'Etat providence et de la santé publique, Actualité et Dossier en Santé Publique ,N° 18 , Mars ,1997

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

B.1.1 Les 2 chocs pétroliers (1973 et 1979) :

Les augmentations successives du prix de pétrole devenu l'énergie la plus utilisée dans les pays industrialisés ont provoqués d'importants déficits pour les pays importateurs.

En effet, considéré comme la matière première de base dans la plupart des secteurs et d'industrie en particulier, la hausse des prix s'est traduite par une très forte multiplication des coûts qui a tout de suite créé au niveau mondial une situation inflationniste sans précédent.

De même, et en dérégulant tous les autres prix des biens et services, les prix du pétrole ont fortement atteint les grands agrégat économique : la demande, la consommation et l'épargne.

Ce choc a été brutal, Le prix du baril est soudainement passé de trois à trente dollars le baril. Cette explosion du prix a engendré des transferts de richesses importants et des restructurations. L'intensité pétrolière de la production, c'est-à-dire, la quantité d'énergie nécessaire pour produire un point de PIB, a considérablement diminué dans les pays riches. Il a fallu restructurer l'appareil de production pour faire face à cette évolution.⁴⁵

Le choc pétrolier est à l'origine du développement du chômage. Jusqu'en 1970, ce problème était quasiment inexistant, le chômage ne faisait d'ailleurs pas l'objet d'une protection sociale particulière.

En 1974, la France a mis en place les mécanismes d'indemnisation du chômage, ces mécanismes étaient relativement généreux car, à l'époque, le chômage ne concernait qu'une part marginale de la population.

En l'espace De quelques années seulement, le nombre de chômeurs va exploser et les mécanismes de financement vont être mobilisés.

Pour financer ces prestations chômage, L'Etat augmente les prélèvements sur les entreprises qui sont déjà dans une situation difficile.

En effet, elles doivent réaliser des investissements massifs pour restructurer leurs éléments de production afin de s'adapter au prix du pétrole.

L'augmentation des prélèvements obligatoires aggrave la récession et dégrade la situation de l'emploi à un moment où le système de protection sociale est davantage sollicité. Dans le même temps, les salariés vont garder la mémoire de la période antérieure dans laquelle les salaires augmentaient rapidement ; la situation se dégrade, les gouvernements décréteront la rigueur salariale et stabiliseront les prélèvements sur les entreprises pour les reporter sur les salariés.

De même, Il a fallu restructurer l'appareil productif qui consommait jusqu'alors énormément d'énergie. Par ailleurs, l'exigence croissante de

⁴⁵ Serge Berstein, Pierre Milza ; Le second choc pétrolier et les nouvelles conditions économiques (1979-1981) in Histoire de la France au XXe siècle : de 1974 à nos jours ; ED Bruxelles.Complexe ; 2006

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

compétitivité internationale va entraîner un chômage structurel important puisque le seuil du million de chômeurs va être franchi.

Dans ce nouveau contexte, le financement de l'Etat a été le premier à être décrié en raison des nombreuses difficultés liées d'une part aux moyens de trouver de nouvelles ressources pour faire fonctionner les différents services relevant de sa compétence ; d'autre part, pour changer les mécanismes de fonctionnement publics qui exprimaient déjà beaucoup d'incorrection en matière de gestion et de management.

B .1. 2 L'implosion sociale dans les pays de l'Est

Depuis la dernière guerre, les relations économiques internationales et les régulations étatiques internes ont été largement imprégnées par les rapports Est/Ouest.

Jusqu'en 1975, l'URSS et ses alliés connaissent une croissance économique continue, une amélioration sensible des niveaux de vie, une expansion idéologique sur tous les continents⁴⁶

A l'Ouest, l'arrivée à maturité des principales multinationales à dominante américaine, se heurtent souvent aux barrières et limites imposées par les pays de l'Est.

En Europe la situation dévoile une accélération très rapide des budgets militaires directs et indirects.

Le climat économique montre une stratégie de croissance sans précédent dans l'histoire des couches moyennes qui sont devenu relativement aisées, donnant une image forte de prospérité naturelle, appuyées sur un rôle élargi des fonctions des Etats : contrôle de secteurs économiques, politique des revenus, équilibres entre régions d'un même pays, etc.

Du côté des pays de l'Est, la course idéologique devait s'étendre par de multiples formes de soutien et de financement aux différentes parties et couches ouvrières à l'intérieur de l'URSS ainsi que dans les pays limitrophes des pays de l'Est en particulier la RFA.

La réponse des Etats de l'Est a été plusieurs fois basée sur l'accroissement continu des dépenses militaires dont les moyens ont souvent été collectés sur les efforts de leurs propres populations freinant ainsi considérablement la croissance des niveaux de vie

Le financement partiel (près du tiers) du niveau de vie de ces couches par les régions périphériques, la hausse des cours des matières premières, l'accroissement des dettes publiques ainsi que d'autres problèmes sociaux politiques ont donné les premiers signes de la crise socialiste

⁴⁶ Jean Pierre Escaffre « Introduction protection sociale » groupe de travail, la lettre d'Attac (Association pour la taxation des transactions financières et d'aide aux citoyens) Rennes, janvier 2007

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Le manque de perspective d'amélioration de la situation et des images des niveaux de vie occidentaux meilleures conduit à une grave implosion sociale dans les pays de l'Est.

Associés aux différents chocs conjoncturels qui ont secoués les économies de ce pays qui étaient déjà très sensible par le retour des idées libérales, les appels plus haut à la liberté individuelle et des conditions de vie meilleure sont devenu un nouveau motif pour le démantèlement du plus grand modèle « socialiste » de la sécurité sociale ».

B.1.3 la situation économique générale dans le monde

Avec la chute du régime socialiste, le monde économique et social bascule vers une nouvelle logique basée davantage sur la recherche du profit

La stratégie dite de la "globalisation" qui a eu des effets sur les financements de la protection sociale et celle de la santé dans le monde sont depuis favorisées globalement par l'émergence des faits suivants :

1. - freinage de la croissance des dépenses militaires, jusqu'à ces toutes dernières années où l'on perçoit une remontée sensible sur tous les continents

2. – Les tentatives de maîtrise des flux migratoires et des pressions en provenance des pays en voie de développement et des pays de l'Est.

Ces faits ont placés les pays d'Europe dans une situation plus difficile vu la nécessité des moyens financiers supplémentaires d'aides aux démunis.

3. - Une industrialisation rapide des régions potentiellement les plus dangereuses, surtout en Asie ; croissance fulgurante des "dragons», depuis cette date, beaucoup de pays se tournent vers la Chine dans le commerce, le recrutement de la main-d'œuvre bon marché et ou les régimes de sécurité sociale sont les moins motivant en matière de protection.⁴⁷

4. –La prise en charge des politiques économiques par les grands groupes transnationaux eux-mêmes (intégration économique des espaces) et contrôlent des circulations des capitaux avec une nette dominance américaine.

6. –Le déclin relatif du rôle de l'Etat de régulateur économique qui se limite désormais à celui de régulateur social

7. - les couches moyennes se réduisent sérieusement dans les pays industrialisés européens; les problèmes politiques consistent à gérer une paupérisation relative de la population.

⁴⁷ Dictionnaire des sciences économiques et sociales .op. Cité pp 270 -290

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Dans toutes ces conditions une nouvelle conception de la protection sociale s'installe, elle éloigne « l'Etat » de son rôle de protecteur et rapproche d'avantage les idées individualistes dans la prise en charge des différents risques sociaux économiques.

Les difficultés qui se sont manifestées dans les années 70 se sont accrues au cours des années 80 et 90. Elles peuvent être analysées en relation avec la notion de mondialisation qui recouvre désormais plusieurs composantes notamment celle de la généralisation de l'économie de marché.⁴⁸

Après la chute du rideau de fer, l'économie de marché devient la règle quasi universelle et ou le développement du libre-échange est généralisé et devient fondamentalement favorable aux consommateurs. Il génère une très grande instabilité économique et exige une importante flexibilité de l'appareil de production.

Dans le même contexte, l'irruption de géants démographiques et la redistribution internationale des activités a fait que les pays dits « pauvres » ont réalisé une montée en gamme extrêmement rapide de leurs capacités et sont devenus de nouveaux compétiteurs qui viennent bousculer les anciens pays riches.

L'impératif de compétitivité selon la nouvelle économie traduit la volonté d'un meilleur partage de la richesse mondiale.

Cette exigence de compétitivité rend impossible la sanctuarisation de la protection sociale dont l'hypertrophie et l'insuffisante gestion exigent des prélèvements excessifs qui désertifient le tissu économique.

Face à ce durcissement des contraintes économiques, il est devenu nécessaire de reformer les principes de l'Etat providence.

B.1.4 Rétrécissement du Rôle des couches moyennes

En termes économiques, la croissance historique des couches moyennes est le résultat d'une nouvelle répartition des richesses produites dans les pays de l'Est et dans beaucoup de pays d'Europe durant les années soixante. Ce phénomène est le résultat, qui a créé une dynamique liant intimement le progrès scientifique et technologique, le développement de la formation et la protection sociale. Cette dynamique entre dans ce qui est appelé : "les trente glorieuses" o'u Une grande partie du financement de la protection sociale repose sur les revenus de ces couches moyennes.⁴⁹

A partir du milieu des années 80, des lézardes apparaissent dans le système soviétique, entraînant la chute du mur en 1989. Dès lors, l'entretien

⁴⁸ Pierre Rosanvallon, La nouvelle question sociale de penser l'Etat providence, Ed Seuil Paris 1995

⁴⁹ Jean Lojkine, Cathy Suarez, Jean pierre Escaffre ; L'Etat social, mythe et réalités ; Revue Nouvelles Fondations N° 5 ; Avril 2007

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

des couches moyennes, très majoritairement liées aux activités étatiques et aux monopoles publics, devient très difficile, voir même inutile.

La récupération des valeurs ajoutées réparties devient une priorité pour la finance internationale (d'où les campagnes idéologiques contre "l'Etat Providence"). Ceci se traduit concrètement par un freinage sensible des salaires, par les privatisations des monopoles publics, par les "dégraissages" de l'Etat acculé à son rôle régalien.

Dès lors, le gros du financement de la protection sociale reposant sur les couches moyennes connaît mécaniquement des problèmes "insurmontables", de même que la recherche scientifique et technologique de long terme.

L'accroissement historiquement massif et stratégique des couches moyennes, par l'intermédiaire d'un développement sans précédent des fonctions sociales des Etats dont celui des monopoles publics est terminé et connaît aujourd'hui un mouvement inversé. Ces couches moyennes sont par essence très disparates, individualistes, peu syndiquées, incapables de se forger des théories politiques leur permettant d'avoir la prétention d'imposer une direction politique et donc idéologique.

B.1.5 Les nouvelles données financières dans le monde

Suite à l'implosion des pays de l'Est, la stratégie « d'empire » des Américains a pu librement se déployer. Mais la situation nécessitait des moyens considérables, d'où sa stratégie de récupération de moyens financiers dans le monde, et tout particulièrement en Europe.

Les Etats- unis connaissent aussi un vieillissement de la population, ce qui nécessite des ventes massives de placements boursiers gérés par des fonds de pension, dont une partie a été placé en Europe.

Il est difficile d'honorer la masse des nouveaux retraités américains ayant opté pour la capitalisation (forte offre pour une faible demande de titres boursiers). D'où les fortes pressions des Etats-Unis pour un démantèlement suffisant et rapide des systèmes de protection sociale européens ; seule région encore capable de dégager massivement de l'épargne dans le monde afin de les transformer en systèmes assurantiels (santé et retraite par capitalisation).

L'objectif est de permettre la création d'une demande de titres financiers, relançant ainsi les indices boursiers.

De plus, le déficit historique de la balance commerciale américaine, doublée actuellement par un déficit budgétaire d'un niveau identique, oblige les Etats-Unis ⁵⁰d'Amérique à importer massivement des capitaux afin de compenser le déficit commercial, et d'éviter ainsi un dégagement de la confiance internationale vis à vis du dollar.

⁵⁰ JP Escaffre « globalisation et réformes des protections sociale »

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

En forçant l'Union Européenne à ne pas puiser sur ses propres ressources d'épargne, rôle réduit de la Banque Centrale Européenne à une simple surveillance du taux d'inflation afin de ne pas dévaloriser cette épargne par rapport au dollar ; les encouragements par le traité de Maastricht qui empêche les Etats de puiser dans cette épargne (par des déficits trop importants) et en maintenant en dépendance les places boursières européennes vis à vis de celle de Wall Street, les Etats-Unis d'Amérique a incité les financiers européens à détourner une partie importante de l'épargne européenne vers eu.

Ils l'ont investi massivement dans les secteurs industriels stratégiques, accentuant ainsi le différentiel économique et militaro-industriel entre les deux rives de l'Atlantique. D'où la quasi stagnation des investissements en Europe, contribuant au chômage massif et aux déficits des régimes sociaux tout aussitôt accusés de systèmes usés à dépasser.

B.1.6 L'enracinement des transnationales dans les économies

La libéralisation des économies mondiales ont renforcé la place des transnationales qui trouvent dans les fondements de la sécurité sociale une contradiction majeure dans les coûts, les prix et par conséquent leur compétitivité.

Les transnationales, en s'attribuant un nouveau rôle économique et social, affichent Leur volonté de désengagement progressif, de l'Etat et de la sécurité sociale du financement social.

Accélééré depuis 1989, le financement des actions collectives par L'Etat et la sécurité sociale fait d'elles des entités de moins en moins citoyennes. Elles s'attribuent de moins en moins un rôle de socialisation locale.

Il apparaît donc que les frontières ne sont plus géographiques, mais beaucoup plus organisationnelles.⁵¹

Par rapport aux années 70-80, il s'agit d'une transformation sociale radicale, qui a déjà des répercussions profondes sur les organisations sanitaires, ne serait-ce que parce que les transferts de valeurs ajoutées deviennent opaques, ce qui nuit la planche salariale sur laquelle s'appuient les recettes de la sécurité sociale .

L'Etat, devenant de moins en moins régulateur économique et de plus en plus régulateur des difficultés liées à l'emploi, est aussi déficitaire. Ce déficit peu visible par la population du fait du recours à l'emprunt, pousse les gouvernements successifs à utiliser les organismes de sécurité sociale comme relais essentiel de sa politique en faveur de l'emploi.

⁵¹ Christian Deblock, l'intégration des pays en développement à l'économie mondiale, in Mondialisation et régulation ; centre d'étude internationales et mondialisation, Québec, Février 2002

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Le retrait de l'Etat qui atteint des limites politiquement acceptables, génère le grand risque de la rupture des solidarités entre les catégories sociales, que même les mutuelles ne peuvent compenser avec l'ampleur nécessaire.

Aux conséquences lourdes pour la plupart des structures sanitaires, cela pourrait encourager par exemple des stratégies de spécialisation des établissements par type de cotisants.

Une autre tentation serait de réduire les remboursements des prestations, cela signifie une dévalorisation politique de la sécurité sociale par rapport à ceux qui tentent de prendre la place restante : les sociétés mutualistes, et surtout les grands groupes d'assurances.

D'un côté, la création de holdings de chaînes de cliniques spécialisées, souvent performantes mais sélectives, avec en parallèle un fort mouvement de concentration des cliniques privées existantes, l'objectif serait évidemment de contrôler la production de soins.

D'un autre côté, le développement de groupes d'assurances vers les risques santé et tout spécialement vers la prise en charge hospitalière dont l'objectif consiste à maîtriser une collecte d'épargne et à l'évacuer vers la finance euro américaine, ce qui n'est pas encore complètement le cas des cotisations de la S.S., hors contrôle de ces circuits internationaux.

La cotisation dans les régimes complémentaires continue sur sa lancée actuelle, par l'élimination du rôle des couches moyennes qui sont à l'origine de la masse des cotisations sociales et de la fiscalité ; ce qui fait que la concentration des pouvoirs économiques se fixe au sein des seules entreprises commerciales et financières

Aussi l'inversion des rapports assurances privées /S.S dans le monde élimine les solidarités entre les différentes couches sociales qui représentent dans leur globalité une rupture historique vis-à-vis des principes de fonctionnement de la sécurité Sociale et expliquent les raisons de fond des blocages budgétaires actuels dans le domaine de la protection sociale et celui de la santé en particulier.

En fin de compte, même si les faits ou les motifs avancés sont en faveur d'une plus grande réforme appuyée sur une libéralisation des systèmes de sécurité sociale, trois avantages majeurs demeurent au profit de l'Etat ⁵²

-Il s'agit d'institutions dans la plupart des pays sans but lucratif ce qui permettra de défendre les intérêts sociaux sans se soucier des profits.

Dans cette situation, l'absence de concurrence permet de supprimer tous les frais de marketing et de prospection commerciale ce qui maintiendra les prix à un niveau relativement bas et accessible à une large population

⁵² Gilles Caire , Economie de la protection sociale ; journal des politiques économiques , édition Bréal , oct. 2005

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Aussi, il faut remarquer que la gestion publique restera simplifiée pour trois raisons :

-le calcul de la cotisation est uniforme et les prestations sont identiques alors que le privé gère au coup par coup en fonction de la situation de chaque client, les frais engagés pour segmenter la clientèle n'ont pas lieu d'être

-Le recouvrement des contributions s'opère sur les employeurs, ce qui nécessite moins d'ordre de paiement et engendre plus de régularité.

-les systèmes d'assurance santé concurrentiels génèrent en outre des "coûts" de transaction importants : pour les assurés, difficultés d'analyse et de comparaison qualité - prix, des contrats particulièrement complexe dans le secteur santé.

Pour les entreprises, le problème se pose par la hausse inéluctable des coûts de gestion de la main d'oeuvre dans les suivis des contrats.

B.2 Bases idéologiques soutenant les réformes : « la gouvernance »

Les bases idéologiques soutenant les réformes se puisent toutes du nouveau courant libéral qui soutient le retour en force aux mécanismes du marché.

Seulement, ce même courant revient avec certains concepts qui pour le moins qu'il faut dire est propre au nouveau siècle.

Parmi les idées qui se lancent : la gouvernance

B.2.1 Les principes de la gouvernance

L'acceptation politique des « réformes » et de leurs conséquences est obligatoirement passée par d'intenses campagnes idéologiques dont les concepts ont été élaborés aux Etats- Unis d'Amérique, celui de « gouvernance » en est l'un des principaux piliers.⁵³ Son objectif est de faire accepter un véritable changement dans la façon de gouverner et de gérer les « relations humaines » dont les caractéristiques essentielles peuvent se résumer comme suit :

1- au nom d'une société plus « complexe », trop complexe pour les élus politiques, seuls les détenteurs de savoirs (les « experts et les « élites ») choisis et nommés peuvent « rationnellement » décider. Les réformes institutionnelles doivent donc faire siéger ces derniers dans les organes de décisions avec au moins les mêmes pouvoirs que les élus politiques ou professionnels dès lors relativisés.

⁵³ Jean-Marie Harribey La « bonne gouvernance » ou l'allocation des ressources par le marché, c'est le non développement assuré ; séminaire « finance et développement » FSE Florence, 8 Novembre 2002

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

2- Les notions de peuple et de souveraineté sont remplacés par celles de « société civile » (qui inclut les lobbies désormais officialisés), et de « partenariat », la gouvernance locale étant réduite par des « contraintes » déclarées par les « experts » et imposées par les « décideurs » ; la notion de Nation est combattue, le rôle de l'Etat est réduit à un rôle régalien et d'accompagnement.

3- Il en découle que les décisions stratégiques nient toute responsabilité sociale et territoriale des entreprises, ainsi que la démocratie sociale fondée sur le droit.

4- le libre échange, la libre entreprise, l'excellence individuelle sont les bases d'une société « d'acteurs » et de « projets » : la « bonne gouvernance » consiste alors à mettre en mouvement des acteurs pour des projets, la liberté, c'est le libre choix des individus pour devenir acteur de la société et pour réaliser des projets dans les bornes fixés par la souveraineté du « marché », celui-ci se substituant à la souveraineté populaire ou de l'Etat.

Cette caractéristique de la nouvelle gouvernance bouleverse profondément la hiérarchie des valeurs politiques (les axes politiques fondent les missions, qui se déclinent en objectifs réalisés par des projets).

L'acteur est donc mis en état d'infériorité quant aux conditions structurales de son champ de vision et donc d'action, de telle sorte qu'il devienne autogestionnaire de sa propre domination.

5- La hiérarchie des valeurs se modifie : l'équité remplace l'égalité.

L'équité consiste à aménager des efforts pour corriger les déséquilibres de l'ordre naturel du marché ; c'est le fondement philosophique du principe de la charité et de l'assistance.

L'égalité est un droit politique historiquement acquis par le combat social ; c'est le fondement philosophique du principe de « l'accès pour tous »

L'objectif est donc d'évacuer le politique (relativisation du rôle de représentation sociale des élus transformés en simple gestionnaire des effets naturels du « marché ») et de ramener les responsabilités au niveau de l'individu seul, nouveau type de « citoyen » libéré

B.2. 2 L'un des vecteurs principaux de la « gouvernance » : les sociétés de conseil

Dans le secteur sanitaire comme dans les autres secteurs économiques, les cabinets conseil généralement anglo-saxons ont joué un rôle efficace dans l'acceptation des principes de la gouvernance et dans l'application concrète des mesures de réformes.

Ils sont bien connus : Cooper et Lybrand, Deloitte Touche Thomatsu, Ernst et Young, KPMG, Price

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Waterhouse, Andersen, Cap Gemini, ... adossés aux groupes financiers et industriels mondiaux, ils bénéficient d'un double système qui leur permet de monopoliser l'édition des normes gestionnaires : certification des normes, expertise auprès des tribunaux parfois même complémentée par un département d'avocats.

Ces cabinets conseil couvrent ainsi l'ensemble des points clé du management : commissariat aux comptes de grandes entreprises, expertise comptable, conseil juridique et fiscal, conseil en système d'information, conseil en stratégie (organisation, acquisition, fusion,...). Ils sont de fait juge et partie. Leurs interventions sont devenues si massives qu'elles édictent des normes de gestion, et ils tendent désormais à se substituer à l'Etat dans le domaine de la réforme des administrations et des institutions publiques, dont la sécurité sociale.

Dans ce dernier domaine, ces cabinets ont pour rôle de faire émerger des assurances complémentaires à la sécurité sociale afin de marginaliser celle-ci, tout en tentant de prendre le contrôle de la conception et de l'utilisation des systèmes d'information.

Ce cabinet tente d'intégrer des laboratoires pharmaceutiques, des hôpitaux et des sociétés d'assurances.

Il existe même un pôle bancaire fortement impliqué dans les systèmes boursiers (Suez, Paris bas)

B.2.3 l'O MC et rôle de l'A GCS dans la libéralisation des services

L'OMC, via l'AGCS (Accord Général sur le Commerce des Services), est l'un des outils les plus puissants utilisés par les Etats-Unis pour faire pression sur l'Europe en vue de la privatisation des services publics (services financiers, transports, eau, gaz, électricité, santé, éducation, ...) Les décisions prises au sein de l'AGCS sont irréversibles ; Elles interdisent donc toute modification due à un changement politique dans les pays signataires sous peine de lourdes compensations.⁵⁴

L'AGCS a été signé en 1994. Son objet est la libéralisation (privatisation) des services de toute nature. Les Etats signataires se sont engagés à augmenter progressivement et aussi loin que possible le nombre de services couverts par l'accord, sauf ceux fournis « dans l'exercice du pouvoir gouvernemental » (police, justice, armée, ...).

En France par exemple, la technocratisation de la Sécurité Sociale aujourd'hui mise sous tutelle directe de l'Etat dans le but de réduire les

⁵⁴ Protection sociale : assistance ou assurance sociale ?; union syndicale solidaire, janvier 2004
<http://www.solidaires.org/article 212.html>

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

prestations remboursées sous prétexte de maintenir les coûts de la santé, a pour corollaire la montée des assureurs complémentaires privés. Dans ce contexte, les prestations de l'Assurance Maladie se trouvent en concurrence avec un ou plusieurs fournisseurs, ce qui rend plus aisé l'engagement de tout le secteur santé dans l'AGCS.

SECTION III Le nouveau contexte de financement des systèmes de sécurité Sociale

A caractéristiques du nouveau cadre de financement

A.1 Le difficile financement de la protection sociale

La protection sociale mobilise des ressources très importantes au budget de l'Etat pour financer la plupart de ses politiques sociales.⁵⁵

Le financement de ces derniers dépend pour l'essentiel de la masse salariale. Il se répercute directement sur les coûts de production, et par conséquent partiellement sur la compétitivité.

Le premier effet de la sécurité sociale est que le niveau élevé des cotisations est généralement compensé par des salaires directs faibles par rapport aux autres pays ou la cotisation est faible ou inexistante ; Situation qui se répercute négativement sur l'emploi et surtout sur la rotation de la main- d'œuvre.

La pression des cotisations sur les coûts stagne, car l'augmentation de la collecte des fonds se fait par accroissement des cotisations salariales (neutre vis-à-vis des coûts, du fait de la baisse du salaire direct)

En Europe, et suite à la crise économique ce phénomène est devenu un sérieux problème ou les taux de cotisations patronales sont restés inchangés depuis 1981 pour l'assurance maladie et depuis 1979 pour l'assurance vieillesse.

Ces même taux et pour des raisons sociales ont baissé pour les allocations familiales et les accidents du travail.

Par ailleurs, il est remarqué ces dernières années que l'Etat s'appuie de plus en plus sur les ressources de la sécurité sociale pour réguler la gestion de l'emploi : indemnité chômage, pré-retraite, coût de la formation professionnelle, exonérations des cotisations sociales et fiscales. Ce

⁵⁵ François-Xavier Merrien, les différents types de l'Etat-providence, Les cahiers Français, N°330, Janvier-Février2006

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

mouvement s'est fortement accéléré depuis le début des années 90, du fait des possibilités nouvelles d'utilisation de décrets simples en substitution de la loi, qui se traduit par le maintien d'une étatisation rampante de la sécurité sociale.

A.2 menace sur les acquis « sociaux »

Privatisation et la libération de l'activité économique avec l'ouverture à la concurrence ont beaucoup pesé sur les systèmes de protection sociale ; Car des pans entiers de l'économie se sont avérés non compétitifs.

La conjonction des faillites, de restructuration des privatisations d'un grand nombre d'entreprises a généré une forte augmentation du chômage. Le résultat est que les avantages sociaux accordés autrefois aux entreprises sont devenus très faibles.

D'autre part, l'internationalisation de la production et la libération financière ont favorisé beaucoup de changements de régulation, car les groupes transnationaux effectuent souvent la majorité de leurs actions à l'étranger et font constamment pressions sur l'Etat pour réduire les charges sociales.⁵⁶

D'un autre côté, le discours néolibéral insiste sur la légitimité des disparités salariales sur l'incitation au travail ; et que la pauvreté découlant de la déréglementation sociale est considérée comme un état transitoire vers un système plus efficace.

Sur le terrain, et suite aux mouvements de réformes, la situation est tout à fait contraire et fait que l'aspect de solidarité et de protection sociale dans leurs sens le plus profond menace aujourd'hui l'équilibre des sociétés toute entières.

Les faits actuels et dans la plupart des pays sont caractérisés par la nécessité d'adopter tous les mécanismes de la protection sociale au nouvel environnement économique qui se situe entre deux logiques en partie contradictoire est difficilement réalisable :⁵⁷

- Soit, augmenter les ressources de l'Etat par la croissance économique dans le but de sauvegarder le niveau de protection sociale et l'adopter aux nouveaux besoins.

-Ou diminuer le coût de la protection sociale en conservant au minimum les moyens de maintenir la cohésion sociale.

⁵⁶ Nicolas Baverez, Plus ou moins d'Etat ? Plus ou mieux d'Etat ? , Journée d'étude de l'association pour le développement de l'histoire économique, La Sorbonne, 16 Novembre 2002

⁵⁷ Sophie Ricci, protection sociale et ouverture des économies ; séminaire de recherche « relations économiques internationales », Université Paris-Dauphine 2003-2004

A.3 Individualisation profonde des risques

Pour la santé comme pour les retraites, l'idéologie néolibérale repose sur deux principes :

Les risques individuels doivent être couverts par les individus eux-mêmes, à un taux librement choisi par chacun. Dans ce cas on fait systématiquement abstraction au niveau disponible du revenu individuel.

Quant aux individus incapables de se prendre en charge eux-mêmes, une aide de survie doit leur être proposée soit par l'intermédiaire de sociétés caritatives soit par l'Etat (principe de l'assistance).

Cette idéologie n'est pas nouvelle : sa "théorisation" date du XIXème siècle, en particulier par les économistes néoclassiques en réaction à l'ampleur prise par les théories marxisantes en Europe. Les réformes actuelles n'ont donc rien de nouveaux.

Il s'agit d'un retour historique et un ébranlement du fondement du pacte de civilisation d'après guerre.

Ajoutons que dans les projets actuels de récupération de l'épargne, les couvertures des risques sont obligatoires pour les salariés auprès d'assureurs privés (directement ou par l'intermédiaire de leur entreprise), ces derniers étant dans les faits liés à la finance euro américaine .

La mission de ces assureurs est d'organiser la collecte de l'épargne "fixée" dans les organismes de protection sociale. Ces réformes s'accompagnent souvent d'une pression idéologique dont les organisations internationales telles que le FMI et la Banque Mondiale sont des vecteurs actifs.

L'offensive date de la fin des années 80. Par exemple, les coups de butoir contre les systèmes des retraites par répartition européens se sont généralisés en 1994 avec le fameux rapport de la Banque Mondiale. Celui-ci préconise une "modernisation" qui repose sur trois piliers:

a – un système obligatoire, dit système public d'assistance financé par l'Etat (il s'agit bien d'assistance, et non plus d'assurance collective). Son objectif est d'assurer un minimum vieillesse de 20 % du salaire moyen

b – un système obligatoire de comptes d'épargne individuels gérés par des institutions au choix du salarié.

c – un système facultatif d'épargne individuelle.

Evidemment, les financiers s'intéressent aux deux derniers piliers, le premier devant être minimisé.

Reste que la question principale est de faire accepter un tel système par les salariés, qui endosseraient alors tous les risques de pertes.

Le FMI en fournit la recette "Il convient de forcer les gens à épargner pour leur retraite en orientant les fonds vers le secteur privé. Cela convient

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

à conclure que les systèmes par répartition créent trop de sécurité dans le corps social.

L'objectif politique est donc d'insécuriser les populations pour les inciter à épargner.

Il est souhaité corrélativement que les solidarités collectives entre actifs et retraités soient remplacées par une individualisation par contractualisation.

Mais le résultat se solde généralement par un affaiblissement du pouvoir d'achat du salarié.

Cette stratégie d'individualisation n'a rien de nouveau, historiquement elle a été à la base du développement de régimes propre au capitalisme.

Parallèlement, sur le plan technique se pose pour les assureurs complémentaires le problème de la détermination de leur tarification.

En effet, et comme toute assurance dans le cadre marchand elle doit tenir compte des différences des risques individuels pour effectuer les remboursements, ceci est d'autant important pour assurer la rentabilité financière des organismes qui fonctionnent selon les règles du marché et placent le profit au cœur des principales actions.⁵⁸

Contrairement aux systèmes socialisés pour lesquels un prix global est suffisant, il existe un grand risque d'orienter la clientèle vers une gamme de prix qui aura pour objectif de différencier des segments de clientèle.

Les risques pourraient être nombreux en entraînant la population vers la pauvreté, la maladie et la précarité. Cela peut concerner surtout les catégories à faible revenu ou ne disposant d'aucune ressource financière.

Aussi, on peut conclure que les nouvelles démarches de libéralisations font perdre à la population beaucoup d'acquis sociaux qu'autrefois était à la base d'une croissance économique qui a duré plus de trois décennies ou période dite des « trente glorieuses »

A.4 - Exposition à de nouveaux risques financiers

Aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, les recettes correspondant à la Sécurité Sociale ont été largement introduites dans le circuit financier international (particulièrement les fonds de pension et les assureurs privés); elles ont été à l'origine de bulles spéculatives offrant des opportunités rapides et éphémères, ce qui a poussé à la "liquéfaction" des actifs des entreprises, d'où le freinage de l'investissement entraînant ainsi un chômage massif.

⁵⁸ A.Bocognano, A.Couffinhal, M.Grignon, R.Mahieu, D.Polton ; La mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé : Théorie et Bilan des expériences étrangères ; CREDES N° 1243 Novembre 1998

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

De ces quelques caractéristiques de la globalisation et de la dominance Nord-

Américaine, on peut tirer au moins quatre conséquences vis-à-vis des problèmes qui préoccupent les décideurs vers les exigences de réformes :

a. - conséquences sur le financement des Etats et de la "protection sociale",

b. - conséquences sur le contrôle de près de 30 % des PIB des nations européennes, particulièrement des recettes de la S.S. qui représentent une épargne collectée n'entrant pas dans la circulation internationale des capitaux,

c. - conséquences sur les structures sociales et familiales.

d. - conséquences sur le nombre et les formes des prises en charge hospitalières.

En fin de compte, même si l'exigence des temps modernes se tourne vers la recherche de l'efficacité et de la rentabilité⁵⁹; les Keynésiens n'ont pas tord de considérer « le social » comme déterminant de la croissance et du bien être social.

Les systèmes de protection sociale se structurent ces dernières années autour d'un noyau non contributif dont il faudra éviter qu'il ne prolifère, par des mesures incitatives et coercitives.

Il faudra trouver des mécanismes qui peuvent fournir un ensemble de prestations qui seront universellement accessible en adéquation avec les moyens économiques collectivement disponibles grâce à des mécanismes de paniers. Au-delà de ces actions il pourra s'opérer un déversement vers des mécanismes de marché dont la variété s'accroît rapidement. Il s'agit en particulier des marchés dérivés qui supportent les risques non assurables en les faisant absorber par les marchés nationaux ou internationaux du capital. Un tel schéma ne rencontre ni l'adhésion ni l'aval des peuples qui éprouvent déjà de grandes difficultés à se stabiliser dans leurs emplois.

B. Réformes et mesures de rationnements dans les dépenses des systèmes de sécurité sociale :

L'enracinement progressif des principes de la mondialisation surtout avec la vague de l'individualisme a favorisé l'accroissement de la recherche de l'efficacité dans les mécanismes de la protection sociale.

Cette question est devenu une urgente et prioritaire dans tous les pays du monde du fait de la généralisation des idées libérales.

⁵⁹ Alain Letourmy ; les réformes des systèmes de santé, de l'Etat providence et de la santé publique : un point de vue, in actualité et dossier en santé publique N° 18 ? Mars 1997

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Les déficits chroniques que représentaient les comptes des systèmes de sécurité sociale à la fin des années 80 ont poussé à une plus grande recherche de rationalités.

Il est certain que le souci de maîtriser les dépenses a toujours été un objectif majeur pour l'Etat, mais ce problème n'a jamais pu être résolu définitivement en raison d'abord de l'accroissement continu des besoins sociaux, ensuite pour les nombreux problèmes de gestion liés à la difficulté de dissocier les problèmes sociaux du reste de la gestion de l'Etat. Cette situation a pris des proportions alarmantes surtout par l'accroissement régulier des dépenses qui présentaient un poids énorme dans le PIB de beaucoup de pays.⁶⁰

Pour cette raison, la plupart des gouvernements se sont vu exposé à la similitude du problème, donc à la nécessité de revoir le mode de fonctionnement de leurs systèmes. Ils ont élaboré de nouveaux modèles en s'appuyant sur des mécanismes de gestion qui se distinguent tous par caractéristique majeure, celle d'orientation vers les systèmes marchands.

Globalement, les principales réformes portaient sur les domaines suivants : les structures, les financements et les prestations.

B.1 réduire le poids financiers des systèmes

Dans ce domaine il est recherché le moyen de réduire les dépenses des systèmes sociaux, publics ou parapublic ; Soit par l'introduction des mécanismes de marché, la décentralisation des institutions sociales ou le renouveau des solidarités naturelles.

B.1.1. les mécanismes de marché :

Dans cette rubrique, il est possible de regrouper quatre manifestations différentes selon les pays :

Les politiques de solvabilité de la demande, Accès à de nouveaux marchés, les politiques de tri se substituant à la gratuité de certains services et enfin l'introduction et le développement des méthodes « managériales ». Il faut remarquer que ces réformes touchaient principalement le secteur public

E n même temps, et avec l'élargissement des mécanismes de marché le secteur privé, est entré en concurrence en développant de nouveaux produits : assurance complémentaire, assurance dépendance, assurance dérivée de l'assurance-vie... etc.

Face à ce nouveau phénomène, la plupart des assurances privées et des mutuelles ont vu augmenter leur participation dans le financement des dépenses maladie.

⁶⁰ Emmanuelle hoareau, Magalie Rasclé Performance économique et protection sociale, conférence ESIP Paris, décembre 2005

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Ainsi, le développement des mécanismes de marché portait dans beaucoup de pays sur les éléments suivants :

B.1.1.1 Principes de solvabilité de la demande

Il consiste à fournir aux bénéficiaires potentiels des prestations en espèces afin qu'ils orientent eux-mêmes leur demande au lieu d'organiser la fourniture de prestations en nature ou en subventionnant directement des offreurs de services.

Ce mode de financement rompt avec l'ancien système où durant les années de prospérité économique, l'Etat finançait des structures de prise en charge pour certains cas « sociaux » ou des sujets présentant des pathologies coûteuses. L'objectif est d'atténuer les effets des charges sociales sur les ménages et la société toute entière. Ceci s'est traduit par un coup très élevé sur les comptes de l'Etat et surtout de la sécurité sociale.

Avec l'élargissement des mécanismes de marché, l'Etat est revenu sur certaines politiques d'exonération, qui étaient autrefois des formes de prise en charges pour les démunis ou des catégories de bas salaires. Il préconise l'augmentation des prestations en espèces de façon à responsabiliser les sujets sur leurs dépenses (de santé surtout) et éliminer par la même occasion l'effet du « risque moral » qui occasionnait la multiplication de recours aux soins sans aucune contrainte financière.

De ce fait, il invite tous les assurés à supporter le coût réel de la maladie pour aboutir en fin de compte à une maîtrise et réduction au meilleur des cas des dépenses publiques de santé.

B.1.1.2. Multiplication des procédures d'évaluation

Le développement des mécanismes de marché a multiplié le calcul des coûts et des prix des différents services. L'objectif est de maintenir le rythme de croissance des dépenses de sécurité sociale dans un seuil tolérable.⁶¹

De même, il est question de dissocier la fonction « sociale » de celle de l'économie pour aboutir à une gestion plus transparente et plus efficace des systèmes de sécurité sociale.

L'objectif final est d'aboutir à une responsabilisation profonde des individus (pour atténuer le risque moral) sur l'ensemble de leurs dépenses de santé.

Les différentes études menées dans ce domaine ont montré les limites de la politique des prix administrés par l'effet inflationniste. Elle s'est traduite par des effets très néfastes sur l'offre globale.

⁶¹Bruno Palier, Les enjeux des réformes de la protection sociale, CEVIPOF, CNRS, 2002

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Dans ce contexte plusieurs actions étaient devenues nécessaires pour aménager le fonctionnement de base.

L'augmentation du ticket modérateur, la réduction des politiques de gratuité des prestations, l'application d'une modulation tarifaire ... toutes ces mesures visaient une plus grande responsabilisation individuelle sur la consommation des soins.

Le même objectif visait également un ralentissement de la croissance des dépenses socialisées.⁶²

B.1.1.3. Développement de méthodes managériales et de gestion

Le contexte actuel de la valorisation des mécanismes de marché a touché directement la gestion des organismes et des institutions sociales. Ce mode de gestion prend aujourd'hui plusieurs formes qui diffèrent selon les pays mais s'orientent dans la plupart des cas vers la gestion privée. Cette dernière place le profit comme principal outil de mesure de rentabilité et d'efficacité.

Le nouveau mode de gestion prend également la forme d'un transfert technologique de procédure, de méthodes de gestion et de principe de management dont l'objectif fondamental demeure le rationnement des dépenses.

L'exemple le plus caractéristique de cette évolution est celui de l'application des principes du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) en France, le HMO (Health Maintenance Organisation) aux États-Unis, APDRG en Suisse ... etc.

Aussi, le nouveau management des structures est en faveur d'une plus grande décentralisation de la gestion. Les arguments qui justifient cette action se trouvent dans la volonté de réduire les effets d'une gestion bureaucratique des services, une meilleure qualité des prestations et une recherche de forme organisationnelle de fonctionnement plus efficace.

Il est clair aussi, que dans son principe majeur, la décentralisation favorise le rapprochement entre l'utilisateur et les différents services sociaux.

B1.1.4 Les solidarités naturelles

Avec le retrait de l'Etat et la généralisation des mécanismes de marché, beaucoup de problèmes font pression sur la société toute entière, notamment ceux de santé.

⁶² David Bardley, Agnès Couffignal, Michel Grignon ; trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex post en santé, bulletin d'information de la santé N°53 juin 2002

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Dans ce sujet, il est recommandé de développer d'autres formes de solidarités ou l'Etat n'est plus obligatoirement un acteur.⁶³

Le mouvement associatif peut être une des nombreuses formes de soutiens développés ces dernières années par ce qui est appelé « l'économie solidaire ».

B.2 recherche de moyens d'amélioration du financement

L'accroissement considérable des dépenses sociales a creusé l'écart entre les recettes et les dépenses de la plupart des systèmes d'assurance sociale au monde. Cette situation a abouti à une accélération du rythme des déficits des différentes caisses et porte une menace sérieuse sur les principales fonctions des organismes sociaux.

Le financement des systèmes « sociaux » provient essentiellement de deux sources : les cotisations sociales et la fiscalité.

Dans la nouvelle conjoncture économique, ces deux moyens sont devenus insuffisants pour financer la totalité des prestations. Pour cette raison, plusieurs pays ont adopté des moyens différents pour réguler cette situation, la plupart se sont basé sur les éléments suivants :

B.2 .1. Aménagement du barème des cotisations

Pour faire face à la progression continue des prestations sociales, les taux de cotisation tant des employeurs que celui des salariés ont été relevés : en France, en Grande-Bretagne ... etc.

Dans le même domaine, le débat s'est développé autour du financement des retraites avec l'opposition entre le principe de répartition (les actifs d'aujourd'hui cotisent pour les inactifs d'aujourd'hui) et le principe de la capitalisation (chacun par son épargne finance les retraites pour demain).

Dans le système français, la question a été tranchée par l'allongement de la durée de cotisations donc d'années de travail. Ainsi, pour bénéficier d'une retraite complète il faudra désormais 160 trimestres de cotisations (40 ans) contre 150 (37,5) auparavant Cette mesure devait aussi combiner pour augmenter les recettes et diminuer les dépenses.

Dans le même sujet, il a été décidé d'encourager les fonds de capitalisation qui permettent à chaque individu de cotiser pour sa propre retraite ou une retraite complémentaire.

En France, par exemple, à côté du système de répartition qui reste la règle générale, il a été développé ces dernières années une multitude de fonds de réserve qui reposent sur l'épargne individuelle dont le but est de fournir un éventail de services complémentaires aux retraités participant.

⁶³ Camille Dorival, Sécurité sociale : réduire les dépenses, Alternatives Economiques N° 284-Octobre 2004

B.2.2. Accroissement de la fiscalité

Accroître le financement public pour éponger les déficits les différents systèmes ou pour maintenir l'équilibre de comptes est une action qui a toujours été contestée par les « libéraux ». Il justifie cette action par un accroissement d'inefficacité de gestion et de management, d'extension du « risque moral » et pose un sérieux problème d'équité entre les différentes classes sociales.⁶⁴

Malgré cela, beaucoup de systèmes, Français notamment ont eu recours à cet outil par la création en 1991 de la contribution sociale généralisée CSG.

En effet, il a été constaté qu'avec le prélèvement des cotisations sociales sur les seuls revenus du travail décourage l'emploi ; et cet effet risque de faire diminuer d'avantage les ressources de la sécurité sociale.

Pour cela est dans le but d'atteindre un équilibre financier des comptes de la sécurité sociale il a été réfléchi à l'élargissement de l'assiette imposable, en cherchant à y inclure tant les revenus du patrimoine que les revenus de remplacement (retraite, préretraites, allocations chômage, salaire brut est revenu d'activité des non-salariés).

La CSG est donc un impôt qui a pour assiette de l'ensemble des revenus.

L'accroissement de cette fiscalité a pour but d'effacer les déficits chroniques des comptes de la sécurité sociale et remettre les différentes caisses sur une gestion plus saine et plus facile à faire.

Pour le même motif la France a créé en 1996 un nouveau prélèvement obligatoire appelé le (RDS) : le remboursement de la dette sociale. Son objectif est de combler les déficits cumulés durant plusieurs années. Ce prélèvement s'étale sur treize ans à un taux de 0,5 % appliqué sur une assiette plus large que celle de la CSG ; seuls les revenus minima (RMI) et les revenus de l'épargne populaire sont épargnés par cette taxation.

B.2.3. Les freins à la croissance des prestations

Les premières mesures en vue de réduire les dépenses des différents systèmes de sécurité sociale ont été concentrées sur les moyens de réduire le nombre de prestations que pouvait offrir les différents organismes à l'ensemble des usagers et des prestataires.

Nous assistons dans ce domaine à une multitude d'actions qui peuvent être regroupées en trois grandes catégories

⁶⁴ Gilles Nezosi , La gouvernance de la sécurité sociale, Problèmes politiques et sociaux N° 913, Juin ,2005

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

B.2.3.1. Les politiques de rationnement

Le rationnement a touché principalement le secteur de la santé. Cette action a pris des formes diverses : le blocage des postes de personnel, la fermeture des services jugés peu rentables,... etc.

Il est développé aussi des mesures de limite de contrôle et de consultation médicale, de non remboursement des médicaments ... etc.

Enfin les formes se sont multipliées dans ce domaine selon les pays et selon les convictions selon lesquelles, les mesures draconiennes n'enchaînent que d'autres problèmes sociaux encore plus graves.

B.2.3.2. L'individualisation des soins

Pour réduire leurs dépenses, beaucoup d'organismes et dans un cadre législatif ont tenté d'augmenter la dépense des ménages. Dans ce contexte le phénomène est appelé « la désocialisation ». Elle s'accroît grâce à la privatisation de la dépense en augmentant la part de financement laissé aux ménages.⁶⁵

B.2.3.3. L'indexation sur les prix et non sur les salaires

L'indexation sur les prix signifie que les coefficients de la majoration applicable aux pensions de retraite et d'invalidité des salariés servant de base pour leurs calculs, se fixent conformément à l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation avec ajustement a posteriori en fonction de l'évolution réelle

B. 3. Mesures sur les solidarités sociales

L'assurance en tant que système a développé durant plus de trois décennies plusieurs formes possibles de solidarité.

En effet parce que la redistribution à laquelle elle procède est compensatoire, cette redistribution est dite « horizontale » ; elle fait classer les individus sur un même plan d'égalité par rapport aux malades et des bien portant, handicapés et valide, et enfin chômeurs et actif.

Cette fonction est dévolue à l'Etat à travers le système d'imposition des revenus et la politique d'aide sociale ou d'assistance publique aux populations les plus démunies.

La recherche d'équité favorisée par les différentes actions de solidarité contenue dans les textes de l'Etat est complétée par les différents programmes sociaux s'est soldée par une socialisation accrue qui a mené au bout d'une décennie à un débordement des systèmes d'assurance.

⁶⁵ Patrick Feltesse, De l'histoire de la sécurité sociale à ses enjeux et perspectives actuels op. .cité

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

L'accroissement incontrôlé des services a fait perdre les systèmes d'assurance une grande partie de leurs fonctions de protection contre les différents aléas sociaux. Ainsi les menaces touchent au jour d'Hui les retraités, les malades ... et la majorité des autres branches.⁶⁶

Les critiques sur les caractères régressifs de la distribution ont conduit à une multiplication d'évaluation des différentes actions de protection sociale.

Les dernières mesures portent sur une recherche d'efficacité dans les formes de solidarité et trouver de nouvelles mesures pour limiter les effets d'exclusion sociale par la création de certains mécanismes d'aide sociale. Ils portent essentiellement sur :

B.3.1. Les revenus minima

Ce sont des revenus qui sont attribués à certains cas sociaux : chômeurs, handicapés, malade chronique ... etc. Ils assurent à l'individu un minimum de vie est une certaine insertion sociale.

Dans ce domaine aussi, l'Etat et les différents organismes ont mis en place un ensemble d'outils de contrôle des dépenses parmi lesquelles, le durcissement des critères d'attribution des allocations et des pensions, la multiplication des contrôles et des surveillances des bénéficiaires.⁶⁷

En France par exemple, il y a lieu de distinguer entre les minima nationaux et locaux, les minima permanents et les minima temporaires... ,enfin des formes qui permettent un contrôle plus proche et plus rigoureux au niveau de la base.

En dépit de cela, les difficultés économiques, les mouvements de libéralisation économique ... ont favorisé dans beaucoup de pays au monde (Europe, Amérique et même pays en développement) une croissance continue de personnes en détresse qui nécessitent une prise en charge par une quelconque forme de solidarité sociale.

B.3.2. Les ayants droits

La croissance régulière de l'économie dans les décennies précédentes associées à une généralisation des principes de la sécurité sociale a renforcé aussi la multiplication des formes solidaires par une extension des services aux ayants droits de tous les assurés sociaux .Ce genre de décisions publiques a créé au fil des ans une situation de plus en plus tendu entre les cotisants et les bénéficiaires des prestations.

⁶⁶ Philippe Batifoulrier, J.P Domin, M. Gadreau ; La crise de l'assurance maladie est-elle imputable à l'orientation marchande de l'Etat social ? , Colloque international (Etat et régulation sociale) Institut National d'histoire de l'art, Paris, septembre 2006

⁶⁷ A.Bocognano, A.Couffinhal, M.Grignon, R.Mahieu, D.Polton ; La mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé : théorie et bilan des expériences étrangères ; Bulletin de l'information en économie de la santé N°15, novembre 1998

C Exemple de recherche de rationalité de l'assurance maladie

Les exemples sont très nombreux dans ce domaine mais les techniques les plus élaborés sont contenues dans ce qui est appelé la contractualisation.

C.1. La contractualisation dans les systèmes de santé

Face à la libéralisation rapide des systèmes de soins, la majorité des systèmes de sécurité sociale sont exposés à de nombreux problèmes, notamment le moyen de réaliser l'équilibre des comptes des différentes caisses.

Comme la conjoncture économique n'est pas très favorable à une création massive d'emploi, le taux de cotisation, la quantité et la qualité des prestations posent un sérieux problème de gestion.

En effet, l'assurance maladie est fondée sur les notions de risque et de partage du risque, c'est-à-dire sur « l'imprévisibilité » de l'événement maladie et la compensation par l'assureur d'une partie de ses conséquences financières.

En pratique, elle offre une garantie en cas de sinistre pour une catégorie de risque (maladie, accident ...) bien définie à l'avance, en contrepartie du paiement régulier d'une prime.

Dans ce nouveau contexte, toutes les questions portent au jour d'Hui sur la garantie de la compensation des diverses conséquences dut à la maladie : perte de revenus, dédommagement d'un tiers, couverture des soins, ... etc.

Le débat opposant les partisans de l'Etatisation sanitaire à ceux de la libéralisation du système de santé se trouve alors transcendé par l'ouverture de possibilités de coopération entre le secteur public et privé.

Pour certains, L'Etat n'est plus en lui-même un facteur dysfonctionnel du système de santé mais un acteur, légitime au même titre que les acteurs privés. Cette légitimité lui donne un rôle très important à jouer tant en matière de production que d'information, c'est-à-dire de régulation.

Toutes ces actions sont orientées dans la perspective de faire mieux fonctionner les marchés privés et publics de la santé et de l'assurance.⁶⁸

À travers cette stratégie, l'approche contractuelle chercherait une meilleure organisation du secteur de la santé dans les pays en développement. L'objectif est de mettre en relation sur des fonctions bien définies les divers intervenants du système de santé.⁶⁹

⁶⁸ Stéphane Tizio, Op. Cit., p 503.

⁶⁹ Gérard de Pourville et Joseph Tedesco ; la contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics ; Revue française de gestion, N°146, 2005

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Il s'agit d'essayer de trouver une troisième voie entre l'Etatisme totale et la marchandisation du système de santé, qui ont tout deux étaient dans le passé source de dysfonctionnement majeur.

C.1. 1 Problématique de la contractualisation

Dans beaucoup de travaux, il est souvent analysé les avantages généraux de l'assurance-maladie comme mode de financement de soins de santé et de protection des individus contre les différents risques.

Mais, dans la situation actuelle, les avantages tirés de ces contrats ne sont pas évidents pour tous les individus. En effet, le fait de s'assurer contre les risques de maladies peut ne pas être avantageux à court terme et pour une personne qui présente des caractéristiques bien déterminée.

La prime s'apparente à une perte pour la personne qui s'assure, tant que les conditions d'application de la garantie ne se sont pas présentées.

Les individus rationnels n'acceptent de payer une prime d'assurance que parce qu'ils ne savent pas a priori s'ils seront ou non malade et qu'ils craignent d'avoir à faire face à une dépense qui ne pourra financer seule

S'il connaissait l'avenir, seuls ceux qui auraient à faire face à des problèmes de santé induisant des dépenses supérieures à leur prime accepteraient de payer celle-ci.

Ils n'en reste pas moins que, selon leurs disponibilités financières, leur aversion pour le risque et la préférence pour le présent, certaines personnes ne seront pas intéressés par le contrat proposé par un risque d'assurance-maladie.

À l'opposé, s'assurer contre la maladie peut apparaître comme une bonne affaire pour ceux qui savent qu'ils vont avoir besoin de soins compte tenu de la connaissance qu'ils ont de leur santé.

Contrairement aux faits précédents, c'est le régime d'assurance qui peut ne pas trouver avantage dans le contrat, si celui-ci n'attire que les mauvais risques. Son intérêt à lui est d'obtenir des informations sur la santé de ce qui sont candidats à l'assurance et d'écarter ce dont il a de bonnes raisons de penser qu'ils vont entraîner une forte dépense de soins.

Les questions de sélection adverse de sélection des risques par l'assureur renvoient principalement à l'asymétrie d'informations relatives à la probabilité du risque qui précède la contractualisation.

Dans la majorité des cas, l'assureur a rarement le niveau d'informations qu'a l'assuré sur sa propre santé, ce qui facilite le développement de comportement dommageable par rapport à la fiabilité d'un régime.⁷⁰

Aussi le risque moral, bien connu des assureurs, est difficile à circonscrire dans le domaine de la santé. Le risque moral renvoi au fait que

⁷⁰ Jean Perrot, La contractualisation dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE ; organisation mondiale de la santé (OMS) Genève 2006

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

les personnes recourent plus aux soins parce qu'elles sont assurées et ne sont pas forcément malade ; ce qui rend la situation particulièrement délicate à traiter.

Les contrats prévoient des co-paiements, voire des franchises ou des plafonds, mais s'est souvent au niveau de la garantie proposée que l'assuré se prémunit contre le risque moral en écartant de la prise en charge des soins qui semblent moins exposé à son sujet.

Le développement de la contractualisation dans les différents systèmes donne une couverture juridique sûre pour les deux parties contractantes, sur la quantité et la qualité des soins, sur les bases du remboursement et surtout une possibilité d'une meilleure organisation du marché des soins et des assurances.

Le plus important dans tout cela, l'Etat restera un acteur très actif dans le processus de contractualisation

C.1.2 La contractualisation et gestion des risques dans les nouveaux systèmes d'assurances

La contractualisation dans les systèmes d'assurance et à partir de considérations techniques, pose les problèmes de la définition de la population assurable, des prestations de soins à couvrir et les limites de la couverture destinée à contrer les comportements stratégiques.

Les systèmes d'assurance obligatoire adoptée par beaucoup de pays jusqu'au début des années 70 ont développé les avantages de l'assurance-maladie qui découlent de la mutualisation du risque, c'est-à-dire de la possibilité de mettre en commun au sein des régimes, des ressources collectées auprès des assurés pour couvrir les risques frappants chacun dont il faut supposer aussi qu'ils ne concernent pas tous les assurés en même temps.

En dépit des avantages et des inconvénients de ce système, la contractualisation est aujourd'hui un fait qui ne se définit plus par une simple formalisation de la relation entre le malade et l'unité de soins ; mais elle a une dimension économique et sociale très particulière par rapport à la nouvelle conjoncture.

Le contrat élaboré en tenant compte de certains facteurs de santé essaye de concilier la réalisation de deux objectifs principaux :

a. il doit permettre au régime de tenir ses engagements avec les assurés en garantissant la prestation de soins, réalise les clauses de la garantie qu'il offre aux assurés en contrepartie de la prime.

b. Réguler la relation entre le malade et la structure ou acteurs de santé pour que les conséquences économiques de celle-ci ne puissent mettre en péril sa propre existence.

Du fait, que l'assurance-maladie prend des formes pratiques, peut donner lieu à un ensemble très diversifié d'organisation qui décline les

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

mêmes principes de base quant aux personnes couvertes, du système de santé, de financement de soins ; mais prend des formes particulières quant à la nature, les auteurs et des objectifs du contrat.

Ainsi, dans les systèmes d'assurance non obligatoire, il existe aujourd'hui une grande diversité des « mandats » proposés afin de coller au mieux avec les préférences des populations. Ils représentent globalement cinq types.

a. Systèmes d'assurer / payeur

L'adhérent exerce son droit de s'adresser à un prestataire de services de santé pour obtenir les services qu'il juge utiles pour améliorer ou maintenir son état de santé. Suivant le cas, l'assurance santé peut se substituer à vue pour supporter le paiement pour le prestataire de services de santé. Elle peut se substituer dans le remboursement d'un individu d'une partie ou de la totalité des dépenses engagées de soins de santé.

Ce système consiste à puiser dans l'épargne accumulée d'un individu dans un compte spécifique tenu par l'assurance santé.

Il peut aussi donner à l'assurance santé le moyen de répartir les risques entre malade et non malade, entre gros risques et petits risques d'exercer la fonction classique d'assurance.

b. Système (mandat) de prestation

Dans ce cas, le détenteur de fonds, à la demande de l'individu, exerce également la fonction de prestation de services de santé. Cette logique et celle de l'Etat qui collecte les fonds au travers du système fiscal et assure la prestation au travers de ses structures sanitaires.

Généralement, tous les systèmes d'inspiration Bénédictin s'inscrivent dans cette logique.

C'est également le cas, des systèmes d'assurances qui mettent sur pied leur propre structure sanitaire telle que les Health Maintenance Organisation (HMO) aux États-Unis.⁷¹

La différence entre les systèmes de prestation publique et privée renvoie la mise en œuvre d'une « solidarité ». En effet, les structures sanitaires publiques devant accueillir toutes les catégories de personnes, que l'individu et contribuer financièrement ou non à la place de collecte de fonds, avant que les structures sanitaires appartenant à un système d'assurance privée ne donnant généralement aux individus ayant financièrement contribué.

c. Systèmes d'encadrement

L'adhérent conserve son droit de s'adresser un prestataire mais les conditions de l'exercice de ce droit va être encadré. L'assurance santé reçoit le mandat de négocier les conditions de l'achat qui sera réalisé par l'adhérent. Les négociations peuvent porter sur des éléments tels que :

⁷¹ Gérard de Pourville et Joseph Tedesco ; op. Cité

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

1. la définition des prestations auxquelles le membre s'adresse et en charge par l'assurance santé
2. les prix : l'assurance santé, aura négocié les tarifs que les prestataires doivent appliquer aux membres.
3. Les services pris en charge : l'assurance santé ne prend pas nécessairement en charge tous les services de santé, la négociation peuvent porter sur un nombre déterminé de services.
4. L'accueil et l'accès : l'assurance santé aura négocié les conditions d'accès de ces adhérent, sur prestation de cartes par exemple sans prépaiement ... etc.

d. Mandat au système d'achat

Dans ce cas, l'assurance santé reçoit une délégation de pouvoir de la part de l'adhérent pour se substituer à lui dans l'acte d'achat de services de santé.

Les raisons qui mènent l'adhérent à un tel comportement peuvent être les suivantes :

1. l'adhérent considère que l'assurance santé sera plus forte que lui pour acheter les meilleurs services de santé au meilleur prix.
2. Il reconnaît ses limites et considère que l'assurance santé connaît mieux ses besoins réels (asymétrie d'information).
3. Il estime que les activités non individualisables ne peuvent être efficaces que par une action collective (actions de prévention contre le tabagisme).

À travers cette délégation de pouvoir, l'adhérent accepte que l'assurance agisse en son nom et le délègue en achat, le choix des services de santé.

Cet achat peut concerner un paquet de services clairement identifiés à l'avance

Par exemple l'assurance santé aura négocié avec un prestataire de services un nombre déterminé à l'avance d'opérations à coeur ouvert. C'est l'assurance santé qui déterminera les bénéficiaires de ces services. Dans ce cas, le prestataire connaît exactement la demande et ne supporte aucun risque.⁷²

e. Mandat de coopération

Dans ce cas, l'assurance santé reçoit pour mandat de développer les partenariats avec les prestataires de services de santé, la logique repose sur « faire ensemble » assurance santé et prestataire de services, compte tenue

⁷² Agnès Couffinal ; Concurrence en assurance santé, entre efficacité et sélection ; Thèse de Doctorat en sciences économiques sous la direction de Lise Rochaix-Ranson ; Septembre 1999

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

des avantages comparatifs de chacun lié à leur spécificité, vont s'entendre pour réaliser des actions ou comme, la logique sera donc celle du cofinancement.

C.1.3. Le contrat un moyen de limiter les effets de la concurrence parfaite

La question à laquelle il est peut-être le plus difficile à répondre concernant la réforme des secteurs de la santé est de savoir si en introduisant ou en renforçant la concurrence entre les assurances on parviendrait à diminuer la dépense globale de santé, à améliorer l'efficacité des prestataires et à préserver l'équité.

Pourtant, il y a quelques années, ouvrir le marché à une assurance privée était considérée comme une forme d'atteinte à l'équité des citoyens devant les soins.

Cette question a été abordée par les différents systèmes avec une différence très variable, allant d'un simple choix individuel, à une décision publique d'une libéralisation totale des caisses d'assurances.

La manière de concilier la concurrence sur le marché de l'assurance et l'équité d'accès est l'une des grandes questions auxquelles les réformes devaient concilier. Car, même avec l'orientation vers des systèmes de soins libéraux, presque tous les pays sont d'accord pour que tous les individus aient accès à une assurance, et que la prime ou le montant de la cotisation doit être en fonction du revenu et non pas des risques liés à la personne.

En ce qui concerne l'universalité de la couverture, on peut partir du principe que les assureurs doivent offrir une assurance de base à tous et élaborer des lois de façon à interdire l'écroulement (refusé les personnes présentant des risques et plus âgées...

Dans ce contexte, l'Etat est appelé à jouer un rôle important. Car, pour concilier la concurrence et faire accepter que la prime soit calculée en fonction du revenu il y aurait justement des risques qui pourront toucher les individus ou le marché en entier.⁷³

Même si le mécanisme a pu être différent selon les pays, certains ont déjà trouvés la formule ; Aux Pays-Bas par exemple c'est une caisse centrale qui opère en centralisant les primes d'assurances calculées sur les revenus.

Chaque assuré reçoit un montant forfaitaire ajusté en fonction des risques, qui tient compte des écarts attendus dans la dépense selon les adhérents.

Ensuite pour dégager un profit, les assureurs doivent s'efforcer de négocier des tarifs meilleurs auprès des prestataires de soins et s'efforcer de

⁷³ Réforme du système de santé, maîtriser les dépenses et accroître l'efficacité, revue d'économie économique de l'OCDE, n°24, 1999.

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

réduire leurs coûts administratifs. Le renforcement de la concurrence entre les assureurs de façon à proposer pour la clientèle des services aux coûts les plus bas.

Malgré cela, la concurrence sur le marché de l'assurance laisse subsister un certain nombre d'incertitudes qui peuvent se résumer comme suit :

a. Ajustements en fonction des risques

Les ajustements en fonction des risques ne sont pas simples à opérer, parce qu'ils tiennent compte des facteurs qui expliquent la variabilité des dépenses de santé : en tenant compte de l'état de santé de l'assuré, des antécédents recours aux soins, de certains facteurs de risque

Enfin, il s'agit de rassembler toutes les informations (médicales, économique sur l'assuré), dont la tâche peut être très difficile et coûteuse.

En plus certaines informations ne sont pas nécessairement disponibles et vérifiables sur tous les sujets.

Dans ce système, même si les assureurs doivent accepter que les clients qui se présentent ont les risques les plus bas, ils sont néanmoins fortement incités à attirer et à conserver les meilleurs risques de manière attirer une clientèle en bonne santé.

À l'inverse si nous considérons que l'Etat restera un acteur actif dans ce domaine, les assureurs ne supporteront aucun risque parce que l'Etat peut couvrir des assureurs en difficulté ; estimant qu'ils ont pris de gros risques avec certaines clientèles, ou risques plus importants que prévu en supportant l'intégralité du coût des soins médicaux ; l'assureur n'est plus incité à essayer d'abaisser ses coûts. Pour cela, il faut trouver un juste équilibre entre les risques supportés par une caisse d'Etat et des risques supportés par chaque assureur si l'on veut laisser subsister un marché concurrentiel.

b. Coûts administratifs

Même si la majeure partie de la dépense de soins de santé est prise en charge par une caisse d'Etat, la concurrence entre les assureurs pourrait contribuer à limiter les coûts administratifs.

Car, on peut penser que les systèmes qui comptent un grand nombre d'assureurs proposent des plans et des produits multiples qui reposent généralement sur un réseau varié de contrats avec les prestataires. La plupart du temps l'offre est faite sur la base d'une étude détaillée des coûts et des prix des différentes prestations. Généralement, les systèmes d'assurances compensent l'accroissement des coûts « administratifs notamment » par des économies réalisées sur d'autres postes ou grâce à des gains d'efficacité au stade de la production.

C- sélection des malades

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Le renforcement de la concurrence sur le marché de l'assurance doit se traduire par une baisse globale des coûts. En effet, lorsque le montant des primes peut-être fixé librement, celle-ci peut a terme avoir tendance à augmenter plutôt que de baisser.

Car, sur un marché d'assurances très fragmentées, des prestataires peuvent se faire concurrence en proposant une offre globale de soins plus sélective (accès aux meilleurs spécialistes ... etc.) ce qui rend la maîtrise des coûts difficiles et poussera les prix à la hausse lorsque l'offre est inélastique. Cela peut avoir un ralentissement sur l'équité d'accès aux assurances.

d- Effet sur la santé

La concurrence entre les assureurs privés risque de pousser à continuer à mettre l'accent sur les soins plus que sur les résultats. Les systèmes de santé actuellement sont davantage axés sur les soins curatifs que sur la prévention.

L'assureur ne sera guère incité à privilégier la prévention à moins qu'il n'y voit la possibilité de réaliser des économies ultérieurement du fait d'une dépense médicale moindre.

Section IV sécurité sociale et régulation de l'offre en Algérie

Les organismes de sécurité sociale et à travers les missions qui lui sont confiées, régule une partie importante de l'offre des soins par des actions préventives, curatives et même de correction.

La place et l'étendue de cette tâche, il faut le préciser, diffère d'un pays à un autre et d'une économie à une autre en fonction de plusieurs variables qui sont généralement, la place du système de santé et de prévoyance dans l'économie d'un pays, l'étendue de la politique sociale et surtout les moyens financiers dont sont disposé ses individus et la société toute entière à mettre en place pour s'assurer contre les différents risques dont ils sont prêts à couvrir.

En Algérie, cette question a été très tôt réglée par l'État indépendant parce que les principes et le choix pour le socialisme ne pouvant laisser une telle question au libre choix des individus.

Ainsi, l'organisme de la sécurité sociale en Algérie a été appelé dès l'indépendance à participer au financement des « grands projets » initiés par l'Etat. Cela se passe au début des années 70 ; depuis, il est considéré

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

comme l'un des piliers des politiques sociales à travers le financement d'un grand nombre de projets sociaux, de santé, de prévoyance et de solidarité.

L'étude de la régulation de l'offre à travers le fonctionnement et la gestion des caisses de la société sociale en Algérie devient alors une question incontournable pour deux raisons essentielles :

1. expliquer l'effet de la gestion des caisses de la sécurité sociale sur l'offre publique globale
2. les facteurs qui justifient aujourd'hui les nouvelles réformes caractérisées par les nouveaux rapports avec l'Etat.

A place de la sécurité sociale dans la régulation de l'offre

La sécurité sociale a connu en Algérie plusieurs étapes qui correspondent à des organisations différenciées selon les objectifs et les fondements de chaque période.

Avant l'institution de la médecine gratuite, les régimes existants entretenaient des rapports essentiellement financiers avec le secteur public et privé de la santé.

Les prestations médicales (en espèces ou en nature) dispensé aux assurés sociaux et à leur ayants droits sont financées selon les mécanismes de remboursement pour les soins ambulatoires et du tiers payant pour les hospitalisations.

Pour les soins ambulatoires, l'assuré social avance des frais des prestations et se faisait remboursé au taux de 80 % ou de 100 % lorsqu'il est exonéré du ticket modérateur.

Les frais d'hospitalisation des assurés sociaux et de leur ayants droit (disposant d'une prise en charge délivrée par les caisses de sécurité sociale) sont réglés selon la procédure du tiers payant. Cette dernière consiste en un paiement après facturation par les hôpitaux, établissement public aux cliniques privées conventionnées.⁷⁴

Le remboursement s'effectue sur la base d'un prix de journée négociée entre les départements et les caisses de sécurité sociale.

Pour le cas des cliniques non conventionnées, l'assuré est obligé d'avancer les frais et de se faire remboursé plus tard sur la base d'un dossier médical.

⁷⁴ Larbi Lamri, le système de sécurité sociale Algérie, une approche économique, OPU, pp 27 - 28, 2004.

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

La proclamation de la médecine gratuite en 1973 a mis fin à cette procédure et fut remplacé par une nouvelle méthode de financement publique dite « budget global »

A.1. Organisations et fonctionnement des caisses de la sécurité sociale

Entamée à partir de 1980, de grandes réformes ont été entreprises dans l'organisation et la gestion de la sécurité sociale en Algérie. L'objectif fondamental est de rendre plus large que possible la couverture sociale, de façon à toucher la majorité de la population.

Les fondements idéologiques, le système politique mis en place et la conjoncture globale ont favorisé l'enracinement de beaucoup d'actions sociales dont le meilleur moyen fut par le biais de l'organisme de sécurité sociale.

Ainsi, est en vertu des lois de 1983, il a été procédé à l'unification de l'ensemble des caisses.

A1 1. Unification des caisses de la sécurité sociale

Les principes fondamentaux sur lesquelles repose ce dispositif sont contenus dans les textes qui portent essentiellement sur :

- a- le principe de généralisation du système de sécurité sociale
- b- le principe d'unification des régimes, des avantages et du financement
- c- la participation des représentants des travailleurs dans la gestion de cet organisme à travers une forte représentation dans les conseils d'administration.

Les syndicats sont donc fortement impliqués dans la gestion de cet organisme qui couvre toutes les catégories de population y compris les handicapés et les personnes âgées.

L'apport des lois de 1983, outre l'unification des régimes, s'est traduit par une refonte totale de *l'organisation administrative de la sécurité sociale*. La nouvelle réforme s'est soldée par l'institution d'organismes de sécurité sociale spécialisée par grand origine des risques couverts, maladie, invalidité, retraites, chômage ... avec une distinction bien entendue entre salariés et non salarié.⁷⁵ Les nombreux régimes existants avant 1983 ont été unifiés autour de deux caisses :

-La caisse nationale des assurances sociales et des accidents du travail (CNASAT)

⁷⁵ Zine Barka et Tarik Salhi , protection sociale et système de retraite en Algérie, 33 eme conférence mondiale du CIAS, TOURS (France) , 30 Juin -4 Juillet 2008

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

-La caisse nationale des retraites (CNR)

La transformation de l'environnement économique au niveau mondial, ses principales répercussions sur les finances de l'économie algérienne, l'extension large et rapide du secteur privé des soins associé à une difficulté accrue de gestion et de financement du système de sécurité sociale due au caractère centralisée des caisses ont rendu plus que nécessaire la réforme de l'ensemble des régime au début des années 1986.

En 1992 une nouvelle organisation apparaît en donnant naissance à trois caisses que sont :

-- la caisse nationale des assurances sociales (CNAS)

--la caisse nationale de retraite (CNR)

--la caisse des assurances sociales des non-salariés (CASNOS)

A.1 2. Les risques couverts par la sécurité sociale

le système de sécurité sociale comprend actuellement cinq organismes institué en caisses autonomes, couvrants pratiquement tous les risques définis par l'organisation internationale du travail (OIT) qui sont :

la **CNAS** et la **CASNOS** gèrent les soins médicaux, l'invalidité, le décès, la maladie, la maternité, les accidents de travail et les maladies professionnelles

CNR la vieillesse

CNAC le chômage

CACOBATH les congés des les intempéries (

CNAC : Il faut juste préciser que la caisse nationale d'assurance chômage(CNAC) a été créé dans des conditions exceptionnelles due à la transformation profonde du système économique et de l'environnement politico sociale qui était secoué à l'époque par une crise profonde caractérisée par une chute libre des prix du pétrole.

Aussi, L'application du plan d'ajustement structurel imposé par le FMI et la banque mondiale, (dans le but d'amortir le choc social) induit des mesures portant sur la dissolution des entreprises publiques et les compressions d'un nombre important d'effectifs de personnel. Cette situation a rendu nécessaire la création d'un tel organisme.

Ce qui fut le cas, ou la caisse nationale d'assurance chômage (CNAC) a été créé par le décret du 6 juillet 1994.

Cette caisse, qui relève également du financement et de la gestion de l'Etat, en plus d'un pourcentage tiré des cotisations sociales, collecte des paiements des droits d'ouverture (contribution d'ouverture des droits : COD)

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

auprès des entreprises publiques ayant appliquées des volets sociaux (essentiellement compressions des travailleurs des entreprises publiques) et assure des prestations aux travailleurs libérés selon un dispositif modulé par période.

La CACOBATH : les mutations socio-économiques en Algérie, en vertu des réformes macro-économiques et l'orientation de son économie vers les nouveaux mécanismes de marché, ont fragilisé l'emploi dans les principaux secteurs pourvoyeurs de main-d'œuvre.

Dans ces conditions, certains secteurs comme celui des bâtiments sont créateurs de nombreux emplois mais sont souvent exposés aux aléas climatiques et aux contraintes financières. Dans le but de participer au maintien de leur équilibre économique et financier, l'Etat a songé à créer cette caisse (la CACOBATH) pour préserver les acquis sociaux des travailleurs qui favorisent par la même occasion le développement économique du secteur par la multiplication de la valeur ajoutée.

Aussi, le rôle de cette caisse est venu dans des conditions particulière du marché du travail et de la détermination de l'emploi, ou la majorité des contrats de travail permanents initiaux ont été convertis en contrat à durée déterminée.

Cette situation a limité sérieusement la générosité du système (Ex. statut général travailleur) et a exposé les employés à des pertes considérables de revenus.

De même, pour pallier aux insuffisances, éviter à la fois la parcellisation et le morcellement des congés payés entre de multiples employeurs et assurer une couverture pour les journées perdues accordées intempéries, la CACOBATH s'est imposé comme un investissement de couverture des risques liés à ces aléas.

B. l'Etat gestionnaire de la sécurité sociale en Algérie

Le choix pour le socialisme et le cadre politico-économique régnant dans les années 70 à facilité à l'Etat d'agir dans la gestion des caisses de la sécurité sociale pour financer sa politique sociale jugée très ambitieuse à l'époque par l'ampleur des coûts économiques et financiers générés par les différents programmes initiés par l'Etat.

La révision du cadre législatif des caisses à légitimisé l'ensemble des actions de l'Etat, en plaçant d'abord sous sa compétence l'organisation puis le fonctionnement de l'ensemble des caisses, puis fixé des objectifs définis par l'autorité publique.⁷⁶

⁷⁶ Miloud Kaddar, sécurité sociale et contrainte de financement en Algérie, données des problèmes actuels, revue du cread n°3

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Ces organismes ne pouvaient s'associer avec l'Etat dans la définition des objectifs, le mode de gestion, la recherche de l'équilibre financier, ou même les modalités de financement des prestations.

Il s'agit donc d'une institution au même titre que le reste des entreprises publique qui obéit fortement à la gestion socialiste des entreprises publiques.

Après plus d'une décennie d'exercice, la situation s'est soldée par des résultats très appréciables sur le plan de la couverture sociale des différentes couches de la population, de la distribution de soins des différents services de santé et de l'amélioration globale du niveau social de la population.

Mais et sous pression de nombreux facteurs conjoncturels, l'Etat gestionnaire s'est soldé par des résultats pour le moins que l'on puisse, étaient catastrophiques sur le plan financier.

Les chiffres affichés par les dépenses des différentes caisses laissent présager des difficultés financières étouffantes pour les années à venir. Car, l'ampleur de la tâche d'assurance attribuée à cet organisme devenu de plus en plus lourde compte tenu de la pression continue d'un ensemble de facteurs variables, complexes et parfois propres à l'économie algérienne.

Le mode de gestion des ressources de la sécurité sociale explique aujourd'hui une des raisons de la nécessité de sa révision dans le nouveau contexte économique et cela par rapport aux éléments suivants :

B.1. Caractère administratif des caisses d'assurance sociale

Le caractère administratif des caisses d'assurance sociale les qualifiant d'établissement public à gestion spécifique s'est soldé par une perte d'autonomie financière de ses caisses.⁷⁷

En effet, depuis l'indépendance et suite au choix du pays pour le socialisme ; ce mode de gestion n'a pas épargné ces caisses du reste des entreprises publiques ou l'organisation et le fonctionnement se caractérise par une intervention très poussée de l'administration centrale.

Aussi, leur mode de fonctionnement a dû se renforcer par la réforme des différentes caisses en 1983 en proclamant leurs unifications.⁷⁸

Dès son application, il exprime ses premières difficultés surtout par rapport à l'égalité des assurés des différentes caisses (branches économiques) entre les charges et les avantages.⁷⁹

⁷⁷ Loi 88-01 du 12 janvier 1988 relative à l'autonomie de l'entreprise.

⁷⁹Loi du 2 Juillet 1983 portant sur l'unification des régimes de la sécurité sociale

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

En effet, l'application de divers système de financement aux différentes branches en fonction de la structure des risques exige que chaque branche jouisse de l'autonomie financière, c'est-à-dire le maintien des comptes et des réserves séparément. Ce qui permet une évaluation financière continue, une gestion transparente des risques et envisage au cas de besoin une véritable gestion comptable et financière.

De ce fait, les taux de cotisation fixée devraient assurer l'équilibre financier pour chaque risque et le déficit d'une branche ne peut être compensé par les fonds accumulés dans d'autres caisses.

B2. Principe d'autonomie financière dans la gestion des caisses

Les réformes entreprises par l'Etat au début des années 80 avaient pour objectif principal de faire bénéficier une large couche de la population des services de sécurité sociale. Pour cela, la législation a intégré un ensemble de textes et de loi allant droits vers la concrétisation de ce but.

Depuis, le fonctionnement des caisses de la sécurité sociale est orienté dans ce sens.

Pour financer ces actions, l'Etat prélève unilatéralement des fonds la sécurité sociale pour financer ses nombreuses actions sociales, solidarité ... etc.

De même, ce prélèvement s'ajoute l'obligation faite depuis 1978 de mobiliser tous les avoirs et les réserves de l'organisme auprès du trésor ou la rémunération des dépôts est moindre que les banques.⁸⁰

Depuis 1981, l'assurance-maladie et généralisée à la quasi-totalité de la population dans le cadre de régimes de sécurité sociale obligatoire dont les règles relatives aux prestations de ressources sont fixées par les pouvoirs publics. Ainsi chaque citoyen doit obligatoirement relever d'un régime particulier en raison de son activité professionnelle présente, passé ou celle de la personne dont il est ayant droit. Ceci devait se répercuter directement par un déséquilibre entre la catégorie des actifs et des inactifs, condition nécessaire pour l'équilibre dans le régime de répartition

De même ceci devait mener à une concentration des charges autour des seules caisses existantes ou lors le consommateur « de soins » n'a aucun choix pour un tiers organisme d'assurance en fonction du rapport coût avantage qu'il peut en retirer.

Il est constaté aussi que l'organisme de la sécurité sociale n'a aucune autonomie dans la fixation des critères de la sélection de ses clients, la détermination des avantages qu'il peut offrir et même l'imposition de ses critères de choix.

⁸⁰ Op. Cit. Miloud Kaddar.

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Il apparaît alors de manière multiforme, un Etat tutélaire qui entend organiser lui-même l'activité des producteurs de soins et des assurances sociales, fixer les prix, décider des modalités de prise en charge par les différents organismes, de la nature des frais auxquelles sont exposés les assurés et même des catégories de bénéficiaires que l'Etat compte inclure.

Ainsi, entre tous les acteurs de ce système, professionnelle, pouvoir politique et administrations publiques, s'est formé un réseau de relations où chaque groupe tente de faire valoir ses intérêts

Le rappel de ces aspects du problème montre que la sécurité sociale en Algérie n'a jamais fonctionné comme une institution autonome et qu'elle a d'abord été un instrument aux mains de l'Etat de prélever des ressources et financer une large partie de sa politique sociale.⁸¹

S'ajoute à tout cela, que la sécurité sociale jamais été libre de l'investissement de ses réserves estimées après de 25 milliards de dinars en fin de 1985, sans oublier que ces chiffres n'englobent pas le montant des cotisations à recouvrir.

B.3. Gestion des ressources de la sécurité sociale

Conformément à un arrêté fixé en 1974 portant domiciliation des fonds de la sécurité sociale, les fonds de cet organisme ont été domiciliés au trésor public jusqu'à la levée de cette contrainte un peu plus tard pour permettre aux caisses de rentabiliser leurs réserves.

À partir de 1981, la loi de finances autorise le trésor public d'emprunter une partie ou la totalité des fonds des caisses de la sécurité sociale sous forme de bons d'équipements rémunérés à un taux dérisoire.

le choix d'un système de financement entraîne toujours des conséquences à long terme, mais, ce qui est retenu dans l'organisation et la gestion financière de ce type d'organismes est de tenir compte de deux principes fondamentaux ; à savoir la solvabilité du régime et la stabilité du taux de cotisation.

En effet, dans le financement des assurances il faut impérativement inclure des mécanismes de façon à assurer le paiement des prestations aux assurés à leur échéance et couvrir l'ensemble des coûts administratifs de l'institution.

Toutes ces méthodes de financement reposent sur une étude proche que possible sur la détermination « du risque » et sa valeur probable qui doivent aboutir à une stabilité assez longue du taux de cotisation.

⁸¹ Roustoumi hadj nacer abderrahmane, Santé et sécurité sociale, cahier de la réforme N° 3 ED. Alger 1989

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Pour maintenir la stabilité de ce taux, il est utilisé généralement deux méthodes : l'une dite de capitalisation, c'est-à-dire les fonds accumulés pendant une certaine période peuvent faire face au paiement des prestations.

L'autre est dite de répartition annuelle c'est-à-dire en employant les charges quotidiennes sont couvertes par les recettes courantes de l'organisme.

Pour le cas algérien, ces deux principes devraient être mis en place indépendamment pour les prestations à court et à long terme.

Pour les prestations à court terme : pour les remboursements des soins par exemple, il aurait été souhaitable d'opter pour le système de la répartition annuelle dans des branches où on peut supposer une stabilité relative entre les dépenses annuelles et la masse salariale soumise à cotisation.

En cas de stabilité, il n'est pas nécessaire d'accumuler des réserves techniques car, le taux de cotisation fixée est fait de manière que les recettes soient chaque année équivalente aux charges.

Ainsi, si le taux est fixé par rapport à une période d'évaluation moyenne, on ajoute automatiquement une petite marge destinée à couvrir les fluctuations éventuelles du rapport entre les dépenses et les cotisations. Les excédents qui dérivent de cette marge sont cumulés dans une réserve dite de sécurité destinée à absorber les variations aléatoires de l'intensité de chaque risque.⁸²

pour les prestations à long terme : pour le cas des pensions des retraites par exemple, le principe de répartition n'est pas très recommandé car il s'agit des prestations à long terme ou l'organisme a le temps de rentabiliser ses avoirs dans d'autres institutions et cela ,même si la croissance démographique, le vieillissement de la population ou d'autres facteurs sociaux peuvent influencer à long terme sur la rentabilité des réserves et sur le fonctionnement de global de ce types de caisses. Dans ces conditions, un système de capitalisation partielle (ou de la prime échelonnée) est généralement plus favorables et plus rentable pour les assurés dans son application pour ce type de prestations

Ce dernier présente l'avantage d'une grande flexibilité pour le choix du taux de cotisation qui peut être fixé en fonction de la durée des périodes d'équilibre désiré en tenant compte de la capacité contributive des assurés, ou en fixant catégoriquement une accumulation particulière des fonds de réserves.

Autrement dit, la fixation d'un taux initial peu se faire durant une période déterminée afin d'assurer l'équilibre financier des branches concernées.

⁸² OP. CITE, Roustoumi hadj nacer abderrahmane, les cahiers de la réforme, ENAG 1989

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Toutefois, ce taux ne s'applique que jusqu'au moment où les ressources provenant des cotisations ajoutées à celle qui provienne du produit des réserves (excédents des cotisations placées dans le circuit financier) couvrent toutes les dépenses. À ce stade, un nouveau taux de cotisation pour une nouvelle période doit être fixée.

Même si théoriquement la gestion des caisses de la sécurité sociale devait obéir à ces règles, la réalité offre un schéma tout à fait différent, dut essentiellement au caractère administratif de ces caisses qui permettait à l'Etat d'affecter les ressources vers d'autres objectifs qui ne relèvent pas forcément des tâches de la sécurité sociale

En somme, la gestion du système d'assurance dans son ensemble et durant de longue année n'a jamais obéit à une quelconque recherche d'efficacité ou d'économies dans l'affectation des ressources, ni au moins insister sur la nécessité de l'équilibre financier des comptes.

Cette situation trouve son explication dans l'ensemble des facteurs conjoncturels qui soutenaient cet équilibre par une hausse sensible du prix du pétrole.

B.4 Poids des missions de la protection sociale en Algérie

Le rôle de la sécurité sociale est la prévoyance contre un certain nombre de risques sociaux en garantissant à l'assuré et à ses ayants droits un revenu de remplacement en cas de maladie, d'accident, d'invalidité, de retraite ou de décès.

Pour assurer ses missions, le prélèvement obligatoire que représentent les cotisations sociales ont atteint aujourd'hui les 30 % du salaire de poste⁸³. Ce qui représente un chiffre important en comparaison actuelle avec les salaires et le pouvoir d'achat des citoyens qui s'est détérioré ces dernières années par une flambé généralisée des prix des biens de consommation et de services.

Depuis la proclamation de la médecine gratuite en Algérie, les chiffres ressortent une participation de plus en plus importante de la caisse de sécurité sociale dans le financement de la santé avec un dégagement prononcé des actions de prévoyances.

B.4.1 Financement du système de soins

⁸³ Le régime Algérien de sécurité sociale, CLEISS (centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, 2009

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

En Algérie, nous pouvons considérer que la première déviation du système par rapport aux principales fonctions fut lors de la proclamation de la gratuité des soins en 1973 qui a été suivie d'un effort d'investissement énorme tant en équipement, en structure qu'en formations médicales et paramédicales

La libération de la demande est malgré les investissements consentis à vite conduit une mobilisation croissante des ressources de la sécurité sociale.

L'Etat par rapport au caractère administratif des caisses prélève unilatéralement des fonds de la sécurité sociale pour les affecter à des dépenses de son ressort⁸⁴. Aussi il impose à ses caisses de prendre en charge financièrement des mesures d'ordre social du catégoriel qui ne relève pas de la logique de la protection sociale. Cette lourde charge est vite ressortie dans le tableau de financement de la santé en Algérie.

D'ailleurs les chiffres affichent un basculement du poids de financement au dos de la sécurité sociale.

Evolution des dépenses de santé entre 1991 et 1998 prix constant de 1991

Unité: millions de DA

Années	1991	1993	1998
Dépenses nationales de santé (DNS)	32 314	40 112	36 189
Etat	10 400	11 872	10 261
Sécurité sociale	16 155	16 110	15 795
Autres (ménages, privées)	5 759	12 130	10 133
DNS/PIB (%)	3,8	4,7	3,6
DNS (millions de DA)	32 314	40 112	36 189
DNS/habitant (en DA)	1 260	1 491	1 227
DNS/habitant (en USD)	68	87	61

(En 1998, 1 USD = 75 DA)

⁸⁴ M. Kaddar, Op. Cit.,

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Malgré une progression des montants absolus, on observe depuis l'instauration du Programme d'ajustement structurel (1994), une baisse relative des dépenses nationales de Santé, qui sont passées de 4,7 % du PIB en 1993 à 3,6 % en 1998

Les dépenses de santé par habitant ont également régressé de 87 USD / habitant en 1993 à 61 USD / habitant en 1998. Les sources de financement de la santé, en 1998, sont l'Etat (28,4 %), la sécurité sociale (43,6 %) et les ménages et sources privées (28 %). La part des ménages, qui s'est sensiblement accrue par le passé, est appelée à poursuivre sa progression.⁸⁵

La logique de la protection sociale stipule qu'en matière de soins, la sécurité sociale devait intervenir pour couvrir les actes de prestations en relation stricte avec la santé de l'assuré et de ses ayants droits, son programme de solidarité devait être financé par des moyens que l'Etat aurait défini dans son propre budget.

Même si son objectif était de généraliser la gratuité, il aurait été souhaitable de financer ce principe en introduisant des mécanismes de gestion plus fiables et plus transparents.

La sécurité sociale lui est attribuée à l'origine un rôle de prévoyance ;

Ses actions devaient être renforcées davantage pour agir sur la « maladie » plutôt que l'accident. Autrement dit, cet organisme devait développer tous les moyens de prévention pour réduire la prévalence des maladies et diminuer le recours aux soins lourds surtout hospitaliers.

Le plus grand tort dans la gestion de cet organisme est que les dépenses sont souvent effectuées de manière anarchique sans aucune tendance à la maîtrise des coûts par ce que d'une part, jamais un système d'évaluation fiable n'a été mis en place ou les dépenses continuent à augmenter sans aucun souci du rapport coût/efficacité.

De même, parce que le principal payeur (la sécurité sociale) n'exerce aucun contrôle sur le devenir de l'argent qu'il débourse.

Les prélèvements obligatoires doivent être en harmonie avec les possibilités économiques réelles du pays est évoluent avec elles ; un examen détaillé sur les dépenses de la sécurité sociale nous ont permis d'illustrer le poids de sa fonction économique et sociale depuis de longues années.

En fin de compte, le financement des établissements de soins publics fait ressortir une ambiguïté persistante quant à la nature du système de santé mise en place. Ce dernier oscille entre un service de santé publique fondée

⁸⁵ Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, 2003

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

sur les principes de l'universalité et de la gratuité mais avec une nette tendance vers le modèle de l'assurance-maladie obligatoire.⁸⁶

La part grandissante de la sécurité sociale dans le financement du système de santé signifie que la « gratuité » est financée progressivement par les cotisations des assurés

B.4.2 Autres actions de financements sociaux économiques

La structure de financement des dépenses dans la phase du développement intensif à partir du début des années 70, a dévié la sécurité sociale de ses principales fonctions, elle s'est initiée dans un programme d'investissement comprenant de nombreuses unités de soins. En 1982 le programme d'investissement s'élevait déjà à 310 milliards de dinars représentant 95 % du budget de fonctionnement de toute la sécurité sociale.

Le programme d'investissement comportait à la fois des unités légères comme des centres médico-sociaux, des cliniques spécialisées et des unités lourdes spécialisées conçues dans une optique d'offres médicaux complémentaires aux assurés sociaux et de leur ayants droits et de faire de ces unités une référence médicale en matière de prestations sanitaires.

En 1979, le secteur rassemblait 145 unités de soins composés de centres médico-sociaux (CMS), de maternité, d'unités légères de soins, de laboratoire d'analyses médicales, de centres d'imagerie et d'hôpitaux spécialisés.

Depuis 1980, ce programme allait connaître un développement extraordinaire grâce à l'embellie financière du pays.

Quelques années plus tard, ces structures implantées essentiellement en milieu urbain ne pouvaient limiter l'accès aux assurés sociaux et leur ayants droits, elles ont étendu leurs services à toutes les autres couches de la population sans aucune discrimination ni contrepartie financière.

Les résultats ne cessaient d'afficher une croissance vertigineuse des coûts de gestion et de fonctionnement qui s'affichaient d'année en année par un déficit chronique des comptes de la sécurité sociale.

Le vaste programme de développement socio-économique qui s'est étalé jusqu'au début des années 80, allait se traduire par la création d'un nombre important d'emplois, et donc une « salarisation » qui atteint les 80 % de la population.

Cette approche de cotisants s'est accompagnée par une augmentation des salaires qui, elle-même a démultiplié les recettes des cotisations et donc des recettes de la sécurité sociale.

La croissance des recettes n'a pas été accompagnée par une augmentation des dépenses. Ces dernières sont restées stables, compte tenu de

⁸⁶ Ouzzir Saliha, le financement de la santé, les enjeux de la réforme, quotidien d'Oran, Mai 2002.

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

l'engagement de l'Etat dans le développement sanitaire du pays en investissement est en budget de fonctionnement.

Ces fonds accumulés, constitué sous forme de réserve ont généré des attitudes différenciées : pour l'UGTA c'est, le syndicat le plus large et représentatif de la plus grande catégorie de salariés les considère comme des salaires non distribués et épargné pour faire collectivement aux difficultés ou aléas économiques pouvant toucher le monde du travail et des travailleurs. D'autre part, l'Etat considère ces fonds provenant des prélèvements sociaux obligatoires comme des moyens devant servir à consolider son action sociale. Dans les faits, l'Etat à utilisé ces fonds pour asseoir sa politique sociale.

C. LA situation financière des organismes de la sécurité sociale à partir de 1990

Jusqu'au début des années 80, la situation financière les différentes caisses en Algérie étaient jugées excellentes parce qu'elle ne laissait voir aucun déficit. La stabilité des grands facteurs économiques qui étaient soutenus par une hausse sensible des prix du pétrole est la raison essentielle qui a poussé l'Etat à s'engager dans de grandes actions sans pour autant porter un grave préjudice aux principales ressources de l'organisme.

À partir de 1986, la sécurité sociale commence à dévoiler ses premières souffrances financières qui ont pris la forme de crise multiple et successive. Les causes sont directement renvoyées aux différents facteurs conjoncturels, politiques et sociaux. Ces faits peuvent être reproduits dans l'analyse suivante des comptes.

C.1 Analyse des recettes dépenses

Depuis 1994, le déficit de la sécurité sociale à travers ses trois caisses CNAS, CASNOS et CNR ne cesse de fluctuer jusqu'à s'aggraver à partir de 1996.

Tableau : évaluation des recettes et des dépenses

Tableau : évaluation des recettes des dépenses		Milliard de DA									
années	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	89/90
Recettes	25,7	33,9	46,7	59,3	67,0	80,4	89,3	99,6	121,5	129,6	404 %
Dépenses	23,7	31,5	43,0	56,0	69,2	87,1	106,5	120,8	143,9	163,3	589 %
Écart	+2,0	+ 2,4	+3,7	+3,3	-2,2	-6,7	-17,2	-21,2	-22,4	-33,7	

Source : ministère du travail et de la sécurité sociale

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Même si les recettes ont connu une augmentation de 404 % passant de 25,7 milliards en 1990 à 129,6 milliards de dinars en 1999, les dépenses n'ont pas connu le même rythme. Elles sont passées de 23,7 milliards de dinars en 1990 à 163 milliards soit une progression de 589 %. Cet écart d'évolution s'est traduit par l'enregistrement de déficit progressif à partir de 1994 atteignant le chiffre de 33 milliards de dinars en 1999, représentant presque quinze fois celui enregistré en 1994, cette situation s'explique par les facteurs suivants :

a. facteurs conjoncturels : les changements économiques mondiaux enregistrés au début des années 1980 ont mené à un enracinement progressif de l'économie libérale. Aussi, la récession économique qui a touché la plupart des économies du monde s'est traduite par des effets très néfastes sur l'ensemble des pays en développement.

Comme la « rente pétrolière » est la principale source de financement de l'économie algérienne, la chute rapide et vertigineuse des prix s'est soldée par des dégâts financiers énormes. Le résultat est une dévaluation successive de la monnaie locale traduite par un renchérissement des prix des services et surtout celui des médicaments, tous les remboursements ont été multipliés par dix en l'espace d'une décennie.

Le taux d'inflation grimpe et les facteurs de production en investissements deviennent très difficiles face à une multiplication rapide des coûts de production.

b. Facteurs économiques

La crise économique qui a secoué le pays pendant plus d'une décennie s'est traduite par un endettement très lourd pour lequel, chaque année l'Etat réservait des moyens financiers considérables. Face aux nombreuses difficultés l'Etat a décidé de liquider, de privatiser et parfois de céder ses nombreuses entreprises publiques à des particuliers locaux ou étrangers.⁸⁷

Le résultat s'est soldé par la perte d'environ un demi million d'emplois, ce qui a affaibli la base cotisante de la sécurité sociale.

De même, entre 1994 et 2000 les pouvoirs publics ont décidé le blocage des salaires, ce qui s'est traduit par un important retard de paiements des cotisations par les entreprises publiques ; et dont les dettes parafiscales ont atteint des montants faramineux.

La situation est donc caractérisée par une contradiction majeure entre l'ampleur et l'étendue de la fonction « sociale » qui est attribuée à ces organismes et les véritables coûts des différents facteurs économiques qui

Evolution des systèmes de protection sociale, perspective, condition et modalité permettant d'assurer leur équilibre financier, CNES, 18^{ème} session plénière, Juillet 2001.

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

ont pesé lourdement par l'effet de plusieurs facteurs : inflation ,dévaluation monétaire et chômage .⁸⁸

Le fonctionnement global a réduit à son plus bas niveau le financement des principales missions de la sécurité sociale.

L'absence d'une relance économique créatrice d'emplois, a prolongé cette situation de déficit. Elle a aussi posé avec acuité le problème de financement et de gestion de l'ensemble des caisses par rapport aux nouvelles données économiques de transition du pays vers l'économie de marché

c. Facteurs démographiques et sociaux

La croissance démographique enregistrée avec un rythme très accéléré dès les années 1970 n'a pu observer de ralentissement qu'a partir des années 1990. Associé aux différentes dispositions d'élargissement de la couverture sociale à toutes les catégories de la population, elle s'est traduite par une prudente affiliation des assurés

De même, certains phénomènes sociaux, comme l'urbanisation et l'industrialisation de la population ont eut pour effet une plus grande prise de conscience des bienfaits de la sécurité sociale.

Aussi, les grandes « missions sociales » caractérisées par le financement d'une partie importante du système de santé, la prise en charge de certaines catégories de démunis et les divers actions de solidarité non pu maintenir à un niveau régulier les différentes dépenses de l'organisme de sécurité sociale en Algérie

d. les facteurs managériaux et de gestion

Les problèmes de gestion attribuée à cet organisme sont nombreux et peuvent être résumé globalement dans les points suivants :

- l'inadéquation totale entre le taux de cotisation et les différentes missions de sécurité sociale

- le caractère « publique », souvent centralisé dans la gestion des caisses

- absence de recherche d'efficacité, de rationalité et d'économicité caractérisées par une absence totale des études des coûts et de gestion

C.2. Les dépenses des organismes de sécurité sociale

Cette question se fera par rapport aux deux principales caisses de financement qui sont la CNAS et la CASNOS

⁸⁸ Omar Benderra et Ghazi Hidouci, Algérie : économie, prédation et Etat policier ; Comité Justice pour l'Algérie ; Dossier N°14, Mai 2004

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

C.2.1 les dépenses de financement de caisse nationale d'assurance sociale CNAS

Evolution des recettes et des dépenses

En milliards de DA

Rubriques	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	99/90
Recettes	18.0	20.9	23.8	32.1	34.7	43.4	51.3	55.2	62.2	67.0	272 %
Dépenses	14.2	16.7	21.2	28.8	37.2	45.1	55.8	56.9	62.4	68	379%
Ecart	+3.8	+4.2	+2.4	+3.3	-2.5	-1.2	-4.5	-1.7	60.2	-1.0	-
R/D%	127	125	112	111	93	96	92	97	99	98	-

Bien que les recettes ont plus que doublé entre 1990 et 1999 enregistrant une croissance de 272 %, les dépenses ont leur tour progressé enregistrant un taux de 379 %, ce qui paraît bien supérieur à celui des recettes. Les causes de ce déficit sont nombreuses et variables, mais pour une analyse plus profonde il faut revenir à la structure des différents postes de dépenses qui expliquent de façon plus claire tous les aspects économiques, sociaux et de gestion de la question.

C .2.1.1 Le forfait hôpitaux

Depuis 1974 est en vertu de la loi sur la médecine gratuite en Algérie, la sécurité sociale est appelée à contribuer au financement du budget de fonctionnement des établissements de santé à travers une participation forfaitaire fixée annuellement dans le cadre de loi de finance. Ces dispositions budgétaires appelées « forfait hôpitaux » sont une obligation financière supposée venir en compensation des prestations de santé servie aux assurés sociaux et leur ayants droits.

Evolution du forfait hôpitaux

En milliards de DA

Année	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	99/90
forfait hôpitaux	8.60	9.50	9.50	9.98	11.25	13.55	16.57	17.97	19.65	19.87	116%

Source : L. Lamri, p. 140

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Le forfait hospitalier est le plus important poste de dépense de la CNAS, il représente 1/3 de ses charges en 1993. Cette situation ne s'est pas arrêtée à ce niveau, au contraire les chiffres se multiplient d'année en année pour constituer une dette énorme pour les caisses de Sécurité Sociale ; ce qui a rendu très difficile la mise en place de différentes réformes entre autre, le système de contractualisation des soins⁸⁹

Le forfait global présente de nombreuses limites, et il s'est avéré nécessaire et depuis très longtemps de se substituer à ce mode de financement par de nouveaux mécanismes privilégiant le procédé de la facturation qui a un rapport direct avec les ressources allouées aux prestations de santé réellement fournies.

Aussi, les véritables inconvénients liés à ce mécanisme sont contenus dans les faits suivants :

- 1 *l'absence des références médicales et tarifaires* : en effet, la participation de la sécurité sociale est faite forfaitairement, c'est-à-dire que les montants prélevés annuellement n'obéissent à aucune base tarifaire. Les textes ne prévoient ni un pourcentage ni une somme clairement définies qui revient à la sécurité d'y participer.

-2 *gratuité totale des actes médicaux*

Il faut juste rappeler que la loi sur la médecine proclamée gratuite, a fait que tous les actes prodigués dans les établissements publics sont fournis sans aucune discrimination pour toutes les catégories de personnes.

L'absence des tarifs de soins a créé d'abord le problème de la connaissance des coûts de soins en milieu hospitalier qui peuvent servir de référence et de contrôle gestion. Aussi il est devenu très difficile de connaître les dépenses que couvre réellement ce forfait en matière de soins. Le résultat en est une désarticulation totale entre les sommes allouées et les services de santé réellement prodigués aux assurés sociaux et leurs ayants droits.

La détérioration de la qualité des soins a obligé beaucoup d'assurés de se tourner vers le secteur privé, ce qui a créé un double financement pour l'organisme de la sécurité sociale ; le premier pour les établissements publics et le second pour le remboursement des frais des assurés auprès du secteur privé.

La situation financière de la CNAS est devenue plus critique après 1993 où les pouvoirs publics ont affiché une volonté politique de réformer le financement de la santé.

Cette réforme signifie clairement que l'État ne peut plus continuer à prendre en charge les nombreuses actions liées à la prévention, la formation, la recherche et la santé des personnes nécessiteuses.

⁸⁹ Larbi Abid, La mise en œuvre de la contractualisation et l'amélioration des prestations de santé ; Le guide de la médecine et de la santé en Algérie, ESAA, 21 février 2009

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale étaient invités à développer entre eux des rapports contractuels devant se traduire par un système de facturation.

La situation liée à un financement accru de la sécurité sociale dans la santé de toutes les catégories a conduit au bout de quelque années à un revirement total dans les parts de financement des soins.

Pour approfondir cette question, il est important de rapporter la part de financement de la sécurité sociale par rapport aux autres agents surtout celle de l'État qui est censé couvrir l'ensemble des dépenses des soins gratuits.

C.2.12-les dépenses des transferts de malades pour soins à l'étranger

Ce transfert consiste à palier aux insuffisances du secteur public pour certains soins pointus concernant des pathologies lourdes (cancer, maladies cardio-vasculaires ... etc.)

Evolution des frais de soins à l'étranger

En milliards de DA

Années	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nombre malades transférés	2.666	2.100	2.490	3.466	4.502	4.639	2.411	762	811	834	435
Dépenses engagées	0.62	0.74	1.24	1.82	5.48	10.41	7.05	2.47	2.06	1.45	0.79

Ce genre de dépenses sont engagées par la CNAS pour couvrir ce type de soins s'est soldée au fil des années par des sommes faramineuses qui auraient pu servir de grands investissements dans le domaine de la recherche et de la santé.

En plus, un tel mécanisme n'a laissé à la sécurité sociale aucun moyen de contrôle (ni regards) sur l'ensemble des coûts et des prix de soins dans l'ensemble des établissements étrangers.

Aussi, ce type de soins de par le caractère pathologique lourd qui nécessite une prise en charge généralement longue pouvant aller jusqu'à six mois et plus d'une année pour certains malades, génèrent d'autres frais se rapportant aux multiples contrôles médicaux qui dédoublent facilement le coût des prises en charge des malades à l'étranger.

A titre d'exemples, les chiffres affichés 1994, laisser voir que le coût des transferts des malades pour des soins à l'étranger qui ont concerné 4639 personnes représentait l'équivalent du forfait des hôpitaux à cette même date.

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Aussi, la même dépense représentait le 1/3 du budget de fonctionnement global de l'ensemble des établissements publics de santé.

La maîtrise de ce type de dépenses est organisée depuis 1998 par un nouveau mode de financement des services spécialisés des hôpitaux publics destinés à recevoir les malades lourds initialement transférés à l'étranger.

Des conventions cadre ont été signées avec 37 services spécialisés pour la prise en charge des malades lourds en contrepartie d'un financement d'équipement approprié, de consommables et des médicaments par la CNAS.

Malgré cela, et devant l'absence d'un texte clair mettant fin à cette procédure avec en contrepartie un financement plus sérieux des soins lourds en Algérie, a laissé le phénomène persister pour constituer au jour d'Hui un grave problème médical, technologique et surtout financier qui continu à greffer des sommes importantes de la sécurité sociale

C.2.1.3. Les dépenses des médicaments

C'est le poste de dépense qui a connu la plus grande évolution et constitue une véritable source de déséquilibre financier.⁹⁰

Évolution des dépenses des produits pharmaceutiques

Année	En milliards de DA										
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	99/90
Dépenses engagées	0.94	1.35	3.50	5.50	6.50	10.57	14.9	16.92	16.44	17.0	1708%

Cette augmentation s'explique par :

- le renchérissement des prix des médicaments du aux dévaluations successives de la monnaie locale
- le système de marge plafonnée calculé au pourcentage au lieu des marges absolues, système qui favorise les médicaments les plus chers
- l'absence d'un système de référence, existence de prix différents pour des médicaments identiques
- l'absence de promotion des génériques
- la modulation des taux de remboursement qui continue à être identique pour l'ensemble des médicaments au lieu d'un système de remboursement à des taux dégressif en fonction de la valeur thérapeutique de chaque médicament
- une nomenclature de médicaments très large

⁹⁰ S.Kebour, l'économie de santé et le pharmacien d'officine, El watan, 14 Avril 2004

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

C.2.1.4. Les dépenses des autres actes médicaux et prestations

Ces dépenses couvrent les actes médicaux, les indemnités journalières de maladie, l'assurance maternité, l'assurance invalidité et l'assurance décès. Globalement, ce poste a lui aussi enregistré une augmentation sensible passant de 2 milliards de dinars en 1998 à 9,59 milliards de dinars en 1998, soit cinq fois plus.

Ce poste aurait connu une augmentation plus importante si ce n'est le maintien des valeurs monétaires des lettres clés des actes médicaux, des examens et analyses médicales qui datent de 1987.

Ces valeurs sont loin de refléter la réalité des prix pratiqués par le secteur privé.

Il faut juste remarquer que les valeurs des lettres clés n'ont pas été actualisées depuis 1989. Avec un recours de plus en plus large au service du secteur privé : consultation, hospitalisation, examens et analyses médicales.

C.2.1.5. Des accidents de travail et des maladies professionnelles

La faiblesse des actions de prévention en milieu professionnel, le peu de respect des conditions d'hygiène et de sécurité par de nombreuses entreprises ont contribué à l'augmentation des dépenses du aux accidents de travail et des maladie professionnelles.

La faiblesse de la législation algérienne en matière de prévention contre les différents risques et surtout la faible application des textes (déjà existants) à crée une évolution rapide à de type d'affection et dont les dépenses sont de plus en plus lourdes pour lesquelles la sécurité sociale mobilise chaque année des moyens énormes.⁹¹

Evolution des dépenses des accidents de travail Et des maladies professionnelles

En milliards de DA

Année	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	99/90
Dépenses engagées	1.07	1.28	1.74	2.15	2.74	3.59	4.30	4.50	4.80	5.20	436%

⁹¹ Colloque international , Santé et Sécurité au travail, Développement et Mondialisation, université Abderrahmane MIRA, BEJAIA ,Algérie, Juin 2009

C.2.1.6. Les dépenses de fonctionnement

Les dépenses de fonctionnement représentent environ 6 % de l'ensemble. Elles sont estimées à 3,76 milliards de dinars couvrant essentiellement les dépenses de personnel.

On peut conclure que globalement une évolution des dépenses de la CNAS semble peu liée à l'évolution de l'activité mais résulte davantage d'un effet inflationniste de la dévaluation de la monnaie locale et de la conjoncture économique présente.

C.3. Les dépenses engagées par la CASNOS

Les régimes des non salariés a été créé en 1958, et jusqu'à 1974, ils ne couvraient que le risque vieillesse (retraite). L'assurance-maladie et maternité n'a été élargie aux non salariés qu'à partir de 1975.

Intégré à la CNAS et à la CNR depuis 1983, les non salariés n'ont eu droit à une caisse autonome qu'en 1992 qui a donné naissance à l'organisme de sécurité sociale dénommée CASNOS et qui a hérité des activités relevant initialement du régime des non salariés de l'ex CNASAT ; pour les volets relatifs aux assurances maladie, maternité, invalidité et capital décès et de celui de la CNR pour le volet retraite.

Compte tenu des obstacles institutionnels à l'exercice des activités privées dans les différents secteurs d'activité économique, la catégorie des non salariés était très réduite au début des années 83 et tend progressivement à s'élargir ces dernières années, avec la transition du pays vers l'économie de marché.

C.3.1 Analyse des recettes et dépenses de la CNR

Globalement, les recettes de cette caisse ont fortement évolués passant de 1,4 milliards en 1995 à plus de 9,99 milliards de dinars 1999.

Mais, le plus grand problème demeure du côté des dépenses qui se sont multipliées à un rythme vertigineux comme l'atteste le tableau suivant :

Evolution des recettes et des dépenses

En milliards de DA

Rubriques	1995	1996	1997	1998	1999	99/95
Recettes	1.415	2.080	4.519	7.879	9.099	543 %
Dépenses	3.286	4.875	6.365	8.100	8.984	173%
Écart	-1.871	-2.795	-1.846	-0.271	+0.115	-
R/D%	43%	43%	71%	97%	101%	-

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Depuis sa création, cette caisse ne cesse d'enregistrer des déficits pour des raisons de gestion, de l'étendu de ses fonctions et surtout par rapport aux problèmes d'affiliation. En effet malgré l'obligation juridique d'affiliation de toutes les catégories des non salariés, cette question reste un problème crucial pour cette caisse.

L'analyse des dépenses de la CASNOS nous donne un éclaircissement sur la situation

Evolution des frais de l'assurance maladie Et de l'assurance maternité

En milliards de DA

Années	1995	1996	1997	1998	1999	99/95
Forfait Hôpitaux	0.391	1.074	1.168	1.200	1.200	206 %
Autre frais de l'assurance	0.668	0.815	0.963	1.101	0.881	31%
Total	1.059	1.889	2.131	2.301	2.081	9%

Comme pour la CNAS ; la CASNOS est en relation avec le système des soins. À cet effet, elle contribue au forfait hôpitaux et rembourse les frais de ses adhérents. Le forfait hôpitaux enregistre un taux d'accroissement de 206 % de 1995 à 1999.

Aussi, cette caisse finance lourdement les dépenses pour soins à l'étranger qui sont depuis 1999 en constante baisse.

C.3.2. Les dépenses de retraite

C'est le taux de dépenses le plus important et qui enregistre une évolution importante.

Évolution des dépenses de retraite

Années	1995	1996	1997	1998	1999	99/95
Pension de retraite directe	1.330	1.769	2.549	3.844	5.300	307 %
Pension de retraite réversion	0.469	0.650	0.786	1.059	1.540	227%
Total	1.799	2.419	3.335	4.903	6.840	280%

Source : L.Lamri op. Cité

Globalement, l'accroissement est de l'ordre de 280 % de 1995 à 1999.

En structure, ce sont les pensions de retraite directe qui sont les plus importantes, soit 78 % du total.

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

D'autre part, cette dépense a continué son rythme de croissance avec les différentes mesures d'augmentation des pensions des retraités décidé par le gouvernement entre l'année 2000 et 2009, ce qui a crée une charge encore plus lourde pour la caisse retraite et pour l'Etat en terme d'assistance et de solidarité⁹²

Section V Sécurité sociale et moyens de rationnement des dépenses.

L'utilisation rationnelle des moyens financiers est une situation qui a été imposé en Algérie, comme beaucoup de pays au monde ; par de nombreux changements dans la sphère économique sous l'effet des multiples crises financières surtout, qui au bout de quelques années les concepts de rationalité et d'efficacité sont les guides d'une nouvelle idéologie de libéralisation des économies mondiales appelé « globalisation »

A- facteurs imposants le rationnement

De façon globale, la pression de certains facteurs a rendu nécessaire la recherche de l'utilisation rationnelle des moyens financiers des différentes caisses de la sécurité sociale.

Certains analystes placent ces facteurs en deux groupes essentiels :

- Le premier résume le mode de gestion de l'ensemble des caisses par l'effet d'unification, de centralisation et d'extension assez large de prestations à de nombreuses catégories ne disposant pas de base réelle de cotisation.

- Le deuxième résume l'effet direct de la crise économique sur le fonctionnement du système de protection sociale en Algérie.

Généralement, ces facteurs peuvent être résumés comme suit :

A-1 crise mondiale et effets sur les économies des pays en développement

La crise économique qui a secoué le monde au début des années 1980 a été déclenché par l'effet des deux principaux chocs pétroliers qui ont traduits des conséquences assez sérieuses sur les économies mondiales.⁹³

⁹² Badreddine Khris, À partir de demain des soins gratuits pour les retraités, Liberté, 4 Mars 2009

⁹³ Rachid Boudjema, Algerie : Chronique d'un ajustement structurel ; Revue d'Economie et statistique appliquées, I.N.P.S, N° 6, Mai 2006

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Il faut dire que cette crise n'a au fait que ressortie sur surface les nombreux bouillonnements politiques, économiques et sociaux qui se sont accumulés pendant de longues années (guerre idéologique) dans de nombreux pays au monde.

Dans les pays capitalistes, la guerre de « l'or noir » a toujours été un sujet de discorde entre les producteurs et les consommateurs. Ces derniers sont généralement les grands pays industrialisés où les prix se répercutent directement sur les coûts des différents facteurs de productions.

Pour les pays producteurs, les rentes pétrolières représentent pour la plupart la base de financement des principaux secteurs d'activités.

Ces chocs ont donc traduit l'économie mondiale dans une situation où aucun acteur n'a tiré profit.

Pour les pays industrialisés, c'est le renchérissement des facteurs de productions d'où l'aboutissement à la récession.

Pour les pays pétroliers (avec une différence assez large entre les pays du golf et le reste des pays pétroliers), s'est la chute libre des prix, la révision des plans de financements et d'investissement qui s'accompagne chaque fois par des conséquences économiques et sociales pour le moins qu'on puisse dire sont désastreuses.

Globalement, cette situation a créé une grande difficulté de fonctionnement de l'économie mondiale qui annonce déjà une autre vision idéologique basée sur le retour aux mécanismes du marché.⁹⁴

Les faits marquants rapportent alors, un taux de chômage élevé, une paupérisation large de la population, recul des indices financiersEtc.

A2-crise économique et programme d'ajustement structurel en Algérie

Le programme d'ajustement structurel (PAS) imposé en Algérie par le fonds monétaire international a mis le point sur la rationalité des dépenses de santé en invitant l'Etat à décompresser ses dépenses par divers moyens et surtout en invitant le secteur privé à une plus grande participation.

La rationalité porte aussi sur de nouvelles méthodes de recouvrement des coûts dont une part très importante revient à la charge des ménages.

L'extension du secteur privé va agir doublement, d'une part sur la forte pression du corps médical qui s'est rapidement multiplié par une politique active de formation ;

⁹⁴ Camilla Corradin ; les hydrocarbures dans l'économie algérienne, d'une économie planifiée à une économie de marché ;RITIMO(réseau d'information et de documentation pour le développement durable et de la solidarité internationale) ; N° 34 ; 2008

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

D'autre part, sur les défaillances chroniques de fonctionnement du secteur public de soins qui se sont aggravés grâce à la jonction de plusieurs : longues files d'attentes des malades, rupture de stock des médicaments, mauvaise gestion du matériel ...etc.

Le débordement du secteur public était ressenti bien avant le choc conjoncturel, d'où une première décision de l'Etat de revenir sur l'interdiction totale d'ouverture du secteur privé.

La recherche de la qualité et de la rapidité dans la prise en charge a favorisé en un laps de temps très court un accroissement spectaculaire du secteur du secteur privé.

Dans cette situation, l'Etat dévoile ses limites devant la grandeur de la crise et appelle à une plus grande implication des citoyens.

L'objectif final reste celui de responsabiliser les sujets sur leurs dépenses de santé afin d'éliminer l'effet du « risque moral » et inviter par la même occasion tous les consommateurs à supporter une partie de leurs dépenses de santé pour maîtriser ou réduire au meilleur des cas les dépenses publiques de santé.

A.2.1 Liquidations des entreprises publiques

En application du programme de la banque mondiale et du FMI, l'Etat Algérien a mis en application un mécanisme de dissolution des entreprises publiques par diverses formes : privatisation, liquidation et partenariats dans le but de réduire les dépenses publiques et atteindre par la même occasion une meilleure maîtrise des coûts.⁹⁵

Cette situation, s'est sodée par un vaste mouvement de licenciement du personnel qui a touché directement au fonctionnement de l'ensemble des caisses de la sécurité sociale.

Durant la période 94 - 97, d'importantes dispositions législatives ont été prises pour alléger les coûts sociaux des différentes entreprises pour les rendre économiquement plus compétitives et financièrement plus solvables.

Dans ce contexte, des réformes très courageuses ont été engagées touchant en premier lieu la compression des effectifs de personnels.

C'est ainsi qu'un dispositif de retraite anticipée a été initié à partir de 1994 afin de permettre aux travailleurs des entreprises publiques de partir en retraite à l'âge de 50 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes sous réserve d'avoir cotisé pendant 29 ans.

La seconde mesure visait la réduction des effectifs de la fonction publique.

⁹⁵ Rapport annuel du PNUD 2004 : 2015 mobilisation de partenariats mondiaux

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Le dispositif législatif de la retraite anticipée a été élargi aux fonctionnaires titulaires des administrations publiques.⁹⁶

Pour les entreprises, les modalités pratiques portent essentiellement sur le paiement d'une contribution d'ouverture des droits variantes entre 13 et 19 mois de salaire calculé sur le nombre d'années d'anticipation.

Sur le plan pratique, ce dispositif s'est traduit d'une part, par la perte de la base de cotisation ; d'autre part par la multiplication du nombre de paiements de pensions pour de nouveaux retraités.

Les effets négatifs sur les équilibres financiers de la caisse de la retraite ont été durement ressentis.

Résultats, c'est la perte de 400 000 emplois durant une période très courte associé à une très faible création de nouveaux postes dut aux nombreuses difficultés conjoncturelles.⁹⁷

De même, c'est l'inversement total du taux de couverture de cotisants / pensionnés. ce taux qui était de 18 cotisants pour un pensionné en 1979 à régresser à 8 pour un en 1989 pour passer aujourd'hui à 2,7 cotisants pour un pensionné en 1999, alors que la norme minimale de couverture est de six cotisants pour un retraité.

La dégradation de la situation économique et sociale au début des années 1990, accentuée par une difficulté financière qui se caractérisé par une chute libre des recettes pétrolières, alourdie par une dette extérieure énorme, une inflation galopante et une détérioration très grave de la situation sécuritaire, ont rendu toute tentation de redresser la situation des comptes de la sécurité sociale une affaire impossible.

Les taux du chômage progressaient chaque année à des rythmes incontrôlés, atteignant selon les chiffres officielles les 32% en 1997.

L'Etat censé être le premier garant de la création d'emplois, avait depuis longtemps limité ses recrutements à un niveau très réduit.

La création d'emplois devient une question très difficile à réaliser en absence de programmes d'investissements publics, privés et surtout étrangers.

Durant cette période, le poids des effets sociaux sur l'économie du pays était si lourd que ses retombées se sont répercutées directement sur les comptes de la sécurité sociale.

La réduction de l'emploi, l'augmentation du chômage, le développement du marché informel et d'autres échanges sont directement reportés sur les dépenses de l'ensemble des caisses.

⁹⁶ Décret exécutif n° 98-317 du 03 octobre 1998.

⁹⁷ Mohamed Saib Musette, Mohamed Arezki Isli, Nacer eddine Hammouda; marché du travail et emploi en Algérie, élément pour une politique nationale de l'emploi ; OIT , Alger octobre 2003

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Ce report qui constitue l'une des causes des déséquilibres est illustré par les déficits de l'ensemble des caisses jusqu'en 1999. Situation qui a empêché de maintenir une progression régulière de ressources du système et a contribué en parallèle à une augmentation plus rapide des dépenses en

raison des besoins accrus en matière de protection exprimée par les différentes couches de la population dont les conditions de vie et de travail se détériorent rapidement

A 2.2 inflation et effets sur le ticket modérateur

Depuis 1973, date de promulgation de la médecine gratuite, les taux de remboursement étaient pratiquement inexistantes avec d'une part, la domination du secteur public dans la distribution des soins caractérisés par la gratuité totale des actes de soins et de prévention, d'autre part le nombre de praticiens privé était très réduit et les services qu'ils offraient aux clients était très limitée regroupant principalement les services de consultation et de soins généraux.

L'ouverture du secteur privé « officiellement » à travers les textes de 1982, s'est traduite par une orientation d'une large demande de soins du secteur public vers le secteur privé.

Cette demande est qualifiée d'abord « d'importante » par le nombre d'actes de soins demandés et « rémunérée » parce qu'elle est prise en charge financièrement par les individus eux-mêmes.

Dans cette situation, au moment même où les principaux facteurs économiques affichent des difficultés de financement et de gestion, l'Etat institue par la loi du 12 juillet 1983, un ticket modérateur de 20 % à la charge des assurés sociaux sur l'ensemble des soins effectués dans le secteur privé⁹⁸

En d'autres termes, la sécurité sociale rembourse 80 % des dépenses des actes professionnels et des médicaments.

Ce taux est considéré comme une contribution financière des assurés aux dépenses médicales, l'objectif est triple

a- d'abord, essayez de maintenir le rythme de la croissance globale des dépenses à un certain niveau, par ce que les chiffres expriment déjà une croissance vertigineuse pour lesquelles l'Etat et la sécurité sociale mobilisent des sommes considérables.

b- puis agir sur les dépenses privées des soins (limiter le recours au secteur privé) pour atténuer la consommation même des ménages, et agir sur le phénomène de la « demande induite ».

⁹⁸ Mohamed Mebtoul, La médecine face aux pouvoirs : l'exemple de l'Algérie, Médecine et Santé, N°5, 1999

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

c- Agir sur le « risque moral » , un nouveau concept qui a été introduit par le courant libéral ces dernières années démontrant que la socialisation des systèmes de soins et de sécurité sociale a donné une certaine confiance des individus quant aux modalités de prise en charge des risques sociaux.

Cette situation de confiance se traduit généralement par une multiplication des actes de soins, surtout lorsque les contraintes financières sont absentes.

Les remboursements s'effectuent sur la base des tarifs réglementaires (actes professionnels cotés à la N. G .A.P. de 1987) et des prix des médicaments affichés sur les vignettes collées sur les emballages.

Ces taux de remboursement ont connu dans leur application la prise en considération de certains éléments qui résument en toute simplicité « la dimension sociale » souvent défendu est protégé par l'Etat.

En effet, comme toute procédure publiques, des exonérations du ticket modérateur sont prévues : Pour certains actes professionnels, pathologie, catégories de personnes ...etc.

a- actes professionnels : parce qu'ils sont considérés comme très coûteux et dont le remboursement risque de traduire des effets financiers dangereux pour le compte de la sécurité sociale.

Ils sont donc exonérés du ticket modérateur, les personnes ayant subi des actes suivants :

-- les actes professionnels affectés d'un coefficient égal ou supérieur à k 50.

-- les frais engagés suite à la fourniture du sang, plasma ou de leurs dérivés.

-- frais de placement des enfants prématurés en couveuses.

-- lorsque la durée d'hospitalisation est supérieure à 30 jours.

-- Frais concernant les grands appareillages d'orthopédie, de réadaptation professionnelle... Etc.

-- les frais médicaux engagés au-delà du quatrième mois d'interruption de travail lorsque le traitement nécessite une cessation de travail supérieur à un trimestre.

b- des affections particulières : il s'agit des affections qui sont souvent de longue durée.

Ces types de maladies sont définis par les textes de la sécurité sociale ; Par exemple, les maladies cancéreuses, les hémopathies, la tuberculose ... Etc.

c- Les situations particulières des assurés et de leurs ayants droits

Ils sont donc exonérés du ticket modérateur les catégories suivantes :

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

-- les titulaires d'une rente d'accident de travail ou de maladies professionnelles dont le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 50 %.

-- les titulaires d'une pension d'invalidité ou de retraite substitué à une pension d'invalidité égale ou inférieure au S. N. M. G.

--Les titulaires d'une pension de retraite de réversion dont le montant est égal ou inférieur au SNMG

Il est clair que le ticket modérateur a un rôle de régulateur, mais au fil des années, son application a démontré n'a pas rempli pleinement son rôle dans le système d'assurance Algérien et des limites sur plusieurs plans sont à dévoiler : économique, médical et social.

Économique : la question est de savoir aujourd'hui si les 20 % sont une proportion suffisante aux remboursements (des médicaments surtout) vu la cherté des prix d'une part et en rapport avec le taux de cotisation des assurés d'autre part.

Autrement dit, puisque que la demande de remboursement s'accélère pour des raisons très variables ; démographique, pathologique ... Etc., le problème est de savoir si le taux de cotisation est suffisant pour couvrir l'ensemble des demandes, surtout que la base « de cotisation » a nettement régressé par l'effet des privatisations des entreprises publiques.

A.2.3 multiplication des facteurs sociaux et de risques

L'application du programme d'ajustement structurel s'est soldée par une crise sociale étouffante pour l'ensemble de la population.⁹⁹

Il a pleinement frappé le marché de l'emploi ou avec la masse des licenciements qui a dégagé une large population soumise aux besoins quotidiens et croissant des services de la sécurité sociale : remboursements, services de soins ...etc.

Aussi, la situation de précarité, associée aux mesures de restrictions budgétaires de l'Etat ont favorisé l'émergence de nouvelles pathologies, transmissibles et parasitaires surtout .L'état de santé de la population se détériore alors à nouveau mettant à nus les graves problèmes de santé.

La montée du chômage à des proportions vertigineuses, la faiblesse du pouvoir d'achat, le surcoût des facteurs de productions, d'investissement et de consommation ont traduits d'une manière directe ou indirecte des effets profonds sur le fonctionnement et le financement de l'ensemble du système de sécurité sociale : prise en charge de nouvelles catégories non cotisantes, financement accru des soins, multiplication des remboursements médicaments, pensions et primes et divers formes de prestations en espèces et en natures.

⁹⁹ Bouriche Riadh ; l'Etat et la gouvernance ; le quotidien d'Oran, 29 Juillet 2004

A.2.4 difficulté de financement par l'Etat

Le développement des mécanismes de marché a multiplié le calcul des coûts et des prix des différents services. L'objectif est de :

--De maintenir le rythme de croissance des dépenses de sécurité sociale dans un seuil tolérable.

--Dissocier la fonction « sociale » de la fonction économique des différents organismes, car cela doit aboutir à une gestion plus efficace et plus transparente.

--La responsabilisation des individus (pour atténuer le risque moral) sur l'ensemble de leurs dépenses de santé

Les différentes études menées dans ce domaine ont montré les limites de la politique des prix administrés qui s'est traduite par un sérieux effet inflationniste sur l'offre globale.

Dans ce contexte plusieurs actions étaient devenues nécessaires pour aménager le fonctionnement des caisses.

L'augmentation du ticket modérateur la réduction pour revenir progressivement sur la politique de gratuité des prestations, l'application d'une modulation tarifaire ... toutes ces mesures visaient une plus grande responsabilisation individuelle sur la consommation des soins.

Ce sont des revenus qui sont attribués à certains cas sociaux : chômeurs, handicapés, malade chronique ... etc. ce sont des revenus qui assurent un individu un minimum de vie et une certaine insertion sociale.

Dans ce domaine aussi, l'Etat et les différents organismes ont mis en place un ensemble d'outils de contrôle de ses dépenses.

--Durcir les critères d'attribution

--multiplication des contrôles et des surveillances des bénéficiaires.

A. 2.5 secteur privé et dépenses des ménages

La participation grandissante des ménages aux dépenses de soins a été favorisée essentiellement par l'élargissement de l'offre privée des soins au début des années 1986.

En effet, la pression du choc extérieur dû à la chute subite du prix de pétrole qui constitue la principale source de financement de la santé a obligé l'Etat à développer tout au long de ces dernières années une politique qui tend à comprimer les ressources collectives et les maintenir à un niveau comptable avec les exigences d'équilibres budgétaires.

Aussi, l'application du programme d'ajustement structurel avait pour objectif de transférer une partie des charges médicales vers les ménages afin

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

d'atténuer les dépenses publiques d'une part et revenir progressivement sur le principe de gratuité totale des soins d'autre part.¹⁰⁰

Il faut remarquer que l'activité à titre privé en Algérie a été découragée voire interdite pendant plus de deux décennies.

Pour atteindre la place qu'il occupe maintenant le secteur est passé par les étapes suivantes, et chaque étape retrace des caractéristiques particulières du pays et du système de soins.

a- le service national préalable à l'autorisation d'installation difficilement accordée. Cette période...

b- l'obligation de la mi-temps pour pallier au manque de médecins dans les structures publiques...

c- le zoning pour obliger les médecins à s'installer dans certaines régions déshéritées dans un souci d'équilibre régional.

d- période de liberté totale d'installation est d'autorisation d'ouverture des cliniques privées.

Il faut juste rappeler que le mouvement de privatisation en Algérie est bien antérieur à la politique de réformes, mais existe un ensemble de facteurs qui ont accéléré le rythme, globalement, ils peuvent être résumés dans les éléments suivants :

-*récession de l'économie mondiale* : la chute du régime socialiste entraîné un retour sur tous les principes de gestion dans tous les secteurs économiques relevant de l'État. La recherche de l'efficacité à redonner une place privilégiée à la notion du profit comme principale mesure de nationalité. Aussi, les difficultés politiques sociales qui étaient largement financées par les Etats « socialistes » observent un recul très net dans le financement des différents programmes gouvernementaux, par l'effet de l'ébranlement de la théorie keynésienne.

-*La crise économique* : la crise économique qui a secoué l'économie mondiale au début des années 1980 s'est traduite par des effets divers sur les économies des pays en développement. En Algérie, et à partir de 1986, la pression du choc extérieur, due à la chute subite du prix de pétrole a imposé à l'Etat d'effectuer des priorités dans le financement de l'économie. L'inflation, la dévalorisation des unités monétaires, l'endettement sont de nouveau défi pour l'Etat qui devient incapable de prendre en charge l'ensemble des problèmes sociaux qui sont déjà très coûteux en moyens financiers.¹⁰¹

¹⁰⁰ Libéralisation du secteur pharmaceutique en Algérie, effets sur la disponibilité et les prix des médicaments, OMS (Organisation Mondiale de la Santé), Série de recherche N° 22, 1997

¹⁰¹ Abdellatif Benachenhou, l'aventure de la désétatisation en Algérie, Revue du monde musulman et de la Méditerranée, N°65, 1992 (pp175-185)

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

La participation des ménages aux soins de santé a enregistré une progression à des rythmes continus reflétant par la même occasion le désengagement progressif de l'Etat du financement de la santé.

En effet, les chiffres rapportent qu' en 1988, les dépenses des ménages étaient estimées à un taux de 18,9 % de l'ensemble des dépenses nationales de santé.

À la même date nous avons enregistré une participation de l'Etat de 20 % et celui de la sécurité sociale de 60,3 %.

Ces taux étaient appelés à changer d'année en année en fonction de l'élargissement du secteur privé et des modifications des parts de marchés de soins en Algérie pour se situer autour des 30% en 2007¹⁰²

B- mesures de rationnements des dépenses de sécurité sociale

La question des rationnements des dépenses c'est posé d'une manière cruciale au lendemain de l'application du programme d'ajustement structurel.

Le principe de fons devait répondre à une réduction des dépenses ; mais les outils et méthodes se sont multipliés au fur et à mesure que les conditions sont devenues plus critiques.

De façon globale, les mesures de rationnements ont porté sur les éléments suivants :

B.1 Multiplication des procédures d'évaluation

La crise de financement en Algérie a obligé tous les acteurs à faire des calculs et revoir les comptes autrefois établis.

La situation économique et sociale est devenue si dure que les différentes méthodes d'évaluations se sont multipliées pour trouver le moyen de limiter les dépenses.

En effet, il a été procédé à l'évaluation des coûts des ayants droits des assurés sociaux par exemple, o'u il est devenu nécessaire de réviser l'octrois des allocations familiales les limitant aux trois premiers enfants par exemple.

Aussi, la gratuité totale des actes de consultations et d'examens est révisé pour aboutir à une plus grande responsabilisation des assurés sur la consommation des soins et diminuer par la même occasion les montants de remboursements qui ne cessaient de faire creuser le déficit des caisses de la sécurité sociale.

¹⁰² Rapport de l'organisation mondiale de la santé, 2004

B.2 : Le système du tiers payant :

Compte tenu du renchérissement des prix des médicaments et suite aux dévaluations successives intervenues en application du plan d'ajustement structurel, la CNAS a institué un mécanisme dit de « tiers payant ». Il permet aux malades chroniques assurés et exonérés du ticket modérateur de se faire livrer des médicaments prescrits auprès de l'agence pharmaceutique de la sécurité sociale et des agences privées conventionnées.

Ce nouveau système allège en partie la trop forte pression sur les centres payeurs de la CNAS et atténue les lourdeurs bureaucratiques des mesures de remboursements.

Il faut noter que les produits pharmaceutiques inscrits sur la nomenclature des médicaments étaient initialement tous remboursés ; la croissance des dépenses de santé et surtout le poste « produit pharmaceutique » a fait qu'un nombre de 109 médicaments déterminés par la commission nationale ne sont plus remboursables.

B-3 recherche d'économicité des dépenses de ménages :

Les mécanismes de solidarité et de redistribution qui fondent les systèmes d'assurance sociale obligatoire semblent aujourd'hui éloigner l'assurance sociale de sa mission spécifique de garantie d'une couverture médicale adéquate.

En effet, tous les mécanismes semblent dévier de leur portée et c'est en direction de l'assuré que converge l'essentiel des mesures d'économicité de ressources des institutions.

Sur le terrain, nous enregistrons des retards importants dans les délais de remboursement des médicaments, des examens et des congés de maladies qui s'étalent sur des mois pour être remboursés.

La même situation est relevée dans le paiement des pensions (retraites, d'incapacité et autres) qui portent un grave préjudice à la situation financière et au pouvoir d'achat des assurés.

S'ajoute à cela des contrôles accrus et souvent inconsiderés par les organismes qui se soldent souvent par des pertes de droits des assurés. La liste des médicaments non remboursables s'allonge pour des prix très coûteux, il apparaît aussi que beaucoup de maladies ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale.

La sécurité sociale déjà impliquée dans le financement public des soins évite d'aborder toute éventualité de révision des tarifs de remboursement des soins privés compte tenu des pressions qui en résulteraient sur ses équilibres financiers.

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Cette pratique apparaît d'ores et déjà comme injustifié aux yeux des assurés et porteuse de graves sources d'inégalité en matière d'accès aux soins.

En effet, les assurés ne perçoivent pas l'adéquation entre leurs cotisations et les prestations perçues au regard des carences chroniques qui caractérisent le secteur public de santé.¹⁰³

D'autre part, le système de soins public n'introduit aucun critère de sanctions pour les non cotisants à la sécurité sociale.

Aussi, il y a une question très importante qui se rapporte au secteur privé,

Ce dernier observe un développement accéléré sans que soit défini clairement son rôle, son rapport au secteur public et encore moins le contrôle de ces activités et des prix pratiqués

Le secteur privé est en train de s'accaparer de parts plus grandes et diversifiées du marché des soins, il s'achemine ces dernières années vers la médecine hospitalière.

La poursuite de cette tendance induit à terme une soumission de la santé des citoyens aux mécanismes du marché qui se basent principalement sur la liberté des prix de soins.

Cette situation nous met face à trois questions essentielles :

a- la place de la sécurité sociale dans la promotion et la protection de la santé par sa fonction primaire de prévoyance sera-t-elle épargnée ?

b- l'effet des nouveaux mécanismes de marché sur le fonctionnement de l'organisme et la dimension de remboursement qui sera octroyé aux assurés.

c- La promotion du principe d'équité dans la nouvelle conjoncture économique et sociale

B.4 Mesures de réduction des dépenses

Suite au programme d'ajustement structurel, les dépenses engagées par l'Etat ont été réduites automatiquement suite à la baisse des recettes pétrolières.

Entre temps, la réflexion sur la réduction des dépenses est devenue une action urgente vu que le problème se pose sur deux aspects particuliers

- D'abord, les demandes de remboursements s'accéléraient à un rythme régulier

- Ensuite, les recettes diminuaient du fait de la baisse de la cotisation.

¹⁰³ Mahmoud Boudarene, La médecine est-elle encore gratuite en Algérie, El watan, Mai 2008

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Globalement, les mesures de rationnement portaient sur les postes les plus coûteux, à savoir les médicaments et les envois pour les soins à l'étranger.

B.4.1 Mesures sur les médicaments

Le médicament en Algérie demeure une statistique, un chiffre d'affaires, une facture de importations évaluées à 600 milliards de dollars en 2005 ; aussi, c'est une dépense qui a atteint 47,47 milliards de dinars pour la CNAS et 3,1 milliard de dinars pour la CASNOS, soit plus de 50 % des dépenses d'assurance-maladie.¹⁰⁴

La dépense de ce chapitre à plus que doublé en l'espace de cinq ans (2000 -- 2005).

Indépendamment aux facteurs extérieurs, cette situation a été expliquée par les facteurs suivants :¹⁰⁵

- a- l'extension de l'offre globale des prescripteurs, plus forte du côté privé.
- b- la rémunération des pharmaciens, proportionnelle au prix des médicaments vendus, pour ce dernier a proposé des produits les plus chers dans une situation de pluralité des prix et des marques substituant entre elles.
- c- le renchérissement des prix des médicaments par rapport au revenu moyen des citoyens à créé une augmentation sensible de remboursement.
- d- la montée du chômage et des catégories sociales sans ressources ou à faible revenu.
- e- le poids grandissant de certaines catégories de malades (diabète, cancer...) Prise en charge totale des soins et surtout des médicaments.

B.4.2 Mesures de déremboursements :

Pour réduire les dépenses de remboursement des médicaments, l'Etat a introduit certains mécanismes qui peuvent être résumé comme suit :

1- l'établissement d'une liste de médicaments non remboursables. Ces médicaments sont secondaire dans la consommation des soins et n'ont aucun effet néfaste sur la santé des individus. Il s'agit à titre d'exemple des vitamines, des gels de massage... Etc.

2- contrôle médical : ces dernières années, l'organisme de sécurité sociale multiplie les contrôle médicaux qui se soldent généralement par le déremboursement pur et simple de certaines ordonnances médicales :

¹⁰⁴ Zoubir Ferroukhi, Sans la réforme c'était la faillite de la sécurité sociale, Liberté, 26 janvier 2009

¹⁰⁵ Audition – président gouvernement, ministère des affaires étrangères, octobre 2006

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Quand les durées de soins sont rapprochées, saturation et multiplication du nombre des ordonnances... Etc.

3- limite du montant des ordonnances :

en 2006, l'Etat a rendu le contrôle médical systématique pour tout assuré présentant une ordonnance dépassant les 1500 DA¹⁰⁶.

Sont dispensés de cette mesure, les assurés âgés de 75 ans et plus, les malades chroniques.

Cette mesure a été accueillie avec un sentiment d'injustice surtout par rapport à la qualité des services et le coût élevé des médicaments qui envoi à une baisse directe de leurs revenus.

4-Le point sur les génériques :

Pour comprendre l'importance du générique, il faut revenir sur l'explication suivante :

Le médicament « original » ou « princeps » est un médicament découvert par un laboratoire qui en garde l'exclusivité. Après plusieurs années, les autres laboratoires ont le droit de produire un médicament identique à ce princeps fabriqué avec la même molécule, ce médicament est appelé « générique ».

Le médicament générique présente en principe la même efficacité.

Comme pour le reste des médicaments, le générique doit être commercialisé avec autorisation des pouvoirs publics, il est soumis exactement aux mêmes contrôles de fabrication et de conditionnement que le médicament « princeps ».

Les médicaments génériques sont moins coûteux, donc commercialisé à des prix plus bas parce que la firme qui les produits ne supportent pas les coûts élevés de la recherche.

L'orientation vers des génériques est une mesure qui a été prise il y a une dizaine d'années par les pays développés pour réduire leurs factures de médicaments.¹⁰⁷

Aussi, l'industrie des génériques devient très prometteuse pour rendre ce produit vital et accessible à de larges couches de population au monde.

¹⁰⁶ Examen du dossier relatif à la santé, conseil des ministres, 13 Avril 2008

¹⁰⁷ Larbi Abid, les médicaments génériques ; guide de la médecine et de la santé, septembre 2003

B.4.3 Remboursement des médicaments sur la base du tarif de référence

Parmi les nouvelles modalités de remboursement des médicaments en Algérie, pour promouvoir les génériques et réduire par la même occasion les dépenses de la sécurité sociale qui sont passées de 19 milliards de dinars en 2003 à 41,5 milliards de dinars en 2004 il a été appliqué le tarif de référence.¹⁰⁸

« Les tarifs de référence de remboursement des médicaments sont des montants de remboursement déterminé par groupe de produits dits similaires, c'est-à-dire ayant la même dénomination commune internationale (DCI) et forme de dosage pour lesquels seuls les noms de marques diffèrent »

Ainsi pour chaque D. C. I., forme et dosage concernée par un tarif de référence, il sera procédé un remboursement des différentes marques sur la base d'un prix unique qui a été déterminé en tenant compte de la disponibilité de plusieurs marques existantes¹⁰⁹.

Dans un premier temps, ce sont 116 D. C. I., forme et dosage des médicaments auxquels correspondent 928 marques différentes qui vont être soumises à des tarifs de référence. Les critères retenus dans la sélection sont

-- l'existence d'un nombre appréciable de génériques correspondants, enregistré et commercialisé au niveau national.

-- leurs poids important en matière de référence et de dépenses sur le plan de remboursement.

-- la grande variation de leurs prix de vente publique en fonction des marques disponibles.

-- la garantie de niveau suffisant d'approvisionnement du marché.

Dans ce contexte il a été prévu également, un réaménagement de la convention avec les pharmaciens d'officines pour susciter l'adhésion à la démarche.

La mesure n'est pas nouvelle puisque la loi 83 -- 11 du 2 juillet 1983 a rappelé l'existence d'un arrêt d'un tarif de référence. Les raisons de l'inapplicabilité de la mesure rappellent qu'à cette date, il avait été pris en considération le tarif le plus bas du médicament importé des prix retenus à l'époque comme référence était vieux déjà de deux ans. Ce qui porterait atteinte aux importateurs et les assurés sociaux.

¹⁰⁸ Journées professionnelles sur le médicament générique et les produits de santé en Algérie ; Ministère du travail et de la sécurité sociale, 7 Mai,2006

¹⁰⁹ El Watan, 27 décembre 2005

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Le nouveau tarif de référence se distingue par la particularité qu'il exprime la moyenne de plusieurs prix, c'est-à-dire d'un ensemble de médicaments génériques, ce qui devait situer le tarif de référence à des valeurs beaucoup plus rationnelles et raisonnables.

Cette mesure concerne les 10 % des médicaments figurant dans la nomenclature des produits pharmaceutiques qui en compte 1073 produits. Les premières estimations font qu'à travers cette mesure les caisses de la sécurité sociale vont réaliser des gains financiers estimés de 4 à 5 milliards de dinars. Cette somme sera redistribuée au profit de la prise en charge des actes médicaux dont la tarification sera révisée aussi.¹¹⁰

De même, cette mesure sera complétée par la révision des marges bénéficiaires dont le système de calcul date de 1988.¹¹¹

L'application du tarif de référence trouve aussi son fondement dans les différentes études qui ont été menées par le secteur et par d'autres organismes qui ont souligné l'impact du prix sur l'accroissement des dépenses plus que les autres facteurs. Ce rythme de croissance jugée très rapide et très lourd pour les caisses de sécurité sociale observe une croissance de 20 % par an alors que la plupart des pays sur le plan international dépassent rarement les 6 %.

Aussi, cette mesure tend surtout à réguler le marché intérieur du médicament, avec un objectif majeur celui d'aboutir à la préservation des parts de marché national par rapport aux parts des grands laboratoires étrangers, surtout si nous savons que la production nationale a du mal à épuiser ses produits génériques devant les masses des molécules mère importées.

B.4.4 Un exemple de remboursement sur la base du tarif de référence :

Les médicaments dont la DCI, la forme et le dosage figure sur cette liste peuvent donner lieu à un des remboursements sur la base d'un tarif de référence. Ce qui revient à dire que les autres produits remboursables qui ne sont pas compris dans cette liste limitative échappent à l'application de ce texte et seront alors pris en charge sur la base du produit de vente publique (PPA).

Le tarif de référence de remboursement devant figurer sur la vignette de conditionnement est exprimé en valeurs unitaires qui correspondent en fonction du médicament concerné, à celle du comprimé, de l'ampoule injectable, du suppositoire... Etc.

¹¹⁰ Mohand Ouali, L'Algérie encourage l'utilisation des médicaments génériques, Magharebia, 12 Mars, 2008

¹¹¹ La sécurité sociale en Algérie, quotidien d'Oran, 1 Mars 2009

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Il est obtenu en multipliant la valeur unitaire par le nombre d'unités contenues dans le conditionnement du produit.

Par exemple, le tarif de référence du paracétamol comprimé, dosage 500 mg, est obtenu en multipliant 2,30 dinars par le nombre de comprimés que contient la boîte.

■ pour l'organisme de sécurité sociale, le tarif de référence constituera le maximum servant de base de remboursement des médicaments. Ils seront remboursés selon le cas, au taux de 80 % ou 100 % appliqué au tarif retenu. Base de remboursement.

■ Dans un premier cas de figure, le remboursement s'effectue sur la base du tarif de référence du conditionnement si le prix de vente publique (P. P.A) lui est supérieur ou égal ; Si on a par exemple un P P.A égal à 500 dinars et un tarif de référence de 350 dinars, la base de remboursement sera de 350 dinars. Par conséquent, le montant de remboursement sera de 280 dinars à 80 % et de 350 dinars à 100 %¹¹²

■ Par contre, le remboursement s'effectue sur la base du P P A si ce dernier est inférieur au tarif de référence correspondant au conditionnement, autrement dit si le P PA équivaut à 320 dinars et le tarif de référence à 420 dinars, le remboursement se fera sur la base de 320 dinars. On aura ainsi un montant de remboursement de 256 dinars à 80 % et 320 dinars à 100 %.

-- -- dans un autre cas de figure où il s'agit de médicaments pour lesquels un tarif de référence a été fixé, et sans être mentionné sur la vignette (par exemple quand le produit fait partie des stocks antérieurs existants au niveau des officines et qui de ce fait continueront à être commercialisés à titre transitoire),le remboursement s'effectue sur la base du tarif de référence lorsque le P. P.A est supérieur ou égal à ce tarif de référence.

Exemple : le P. P. A est égal à 280 dinars alors que nos tarifs de référence à 220 dinars ; Cela voudra dire que le montant de remboursement sera de 176 dinars à 80 % et de 220 dinars à 100 %. Il s'effectue par contre sur le P. P.A s'il est inférieur au tarif de référence, c'est-à-dire un montant de remboursement équivalent de 224 dinars si le tarif de référence est de 340 dinars.

-- un autre cas de figure, les médicaments remboursables mais pour lesquels aucun tarif de référence n'a encore été fixé, sont remboursables à titre transitoire, sur la base du P. P. A affichés sur la ligne, c'est-à-dire si le P. PA est de 590 dinars, le montant du remboursement sera de 472 dinars à 80 % et 590 dinars à 100 %. Le document précise que la différence qui peut éventuellement exister entre le P. P. A et le tarif de référence reste dans tous les cas de figure à la charge des assurés sociaux.

¹¹² Le quotidien d'Oran, avril 2006

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Les dispositions de l'arrêté du 29 décembre 2005 relatives aux tarifs de référence prennent effet à compter du 18 avril 2006 pour le règlement des factures présentées par chaque officine conventionnée.

Cette décision, sanctionne une fois de plus l'assuré dont le pouvoir d'achat ne cesse de diminuer au fil des ans.

Les premiers résultats de l'application du tarif de référence se sont soldés par un sentiment d'injustice de la part des assurés qui pensaient à être sanctionné par leur choix pour les princeps. Aussi, ils soulignent que c'est le mode de prescription qui devrait changer car l'assuré ignore totalement le fond de cette question. De même, la catégorie qui fut sensible à cette mesure est celle des titulaires de cartes de tiers payants, car un retraité ou un malade chronique qui jusque-là n'avait qu'à présenter sa carte pour prendre son médicament est désormais obligé de payer cash la différence entre le prix de référence et le prix publique algérienne (PPA). Si on prend l'exemple du «MOPRAL », un médicament pris par les ulcéreux, coûte en officines près de 2370 DA., son prix de référence est près de 2117 dinars donc le malade est obligé de payer la différence 200 DA.

Ces différences peut pour certains médicaments être beaucoup plus importante dépassant même les 1000 DA.

B.5 Arrêt des transferts de soins à l'étranger

La gratuité des soins est alors restreinte comparativement aux grands efforts déployés par l'Etat au milieu des années quatre vingt, ou les seuls dépenses de soins à l'étranger concernant 6693 malades en 1987 ont coûtés 0,923 milliards de dinars . Chiffre qui a grimpé pour représenter 10,414 milliards de dinars en 1994 pour 4639 patients. La progression des coûts est alors importante vu l'explosion des coûts dans les établissements de soins étrangers d'une part et l'inflation des prix en Algérie d'autre part.

Cette progression est encore plus choquante lorsqu'on sait qu'en 1996 pour seulement 762 malades l'Etat a déboursé un budget de 2,472 milliards de dinars.¹¹³

Malgré une décision du ministère de la santé de limiter les transferts de soins à l'étranger aux cas les plus urgents, le pays ne cessé de payer une facture chaque année plus lourde

Au début des années 2000 l'Etat décide alors de limiter sérieusement le nombre de malades transférés à l'étranger, malgré cela ils sont 1541 malades à être transférés

¹¹³ Karima Bendjeddou ; soins à l'étranger/L'Est marginalisé, El wATAN, Algérie 13/04/2002

C. Vulnérabilité structurelle du système d'assurance sociale en Algérie

La situation actuelle du système de protection sociale et celle d'une difficulté accrue de financement qui s'exprime par une déficience fonctionnelle de la plupart des caisses.

En effet, la déficience actuelle de la sécurité sociale a des ressorts structurels, elle est imputable à des évolutions longues de la société et le résultat de certains choix idéologique ou politique économique : gratuité des soins, industrialisation, urbanisation qui font que l'ensemble des modes de financement autrefois utilisés sont au jour d'Hui inadaptés à la nouvelle conjoncture.¹¹⁴

C.1 Le marché de l'emploi

L'analyse du fonctionnement du système laisse apparaître donc des mécanismes structurels, car les recettes de la sécurité sociale sont prélevés sur les revenus au travail payé par les entreprises et reçus par des employés.

Le décalage entre un monde économique qui assure les recettes et un monde social dont les besoins et donc les dépenses sont autonomes accentue les risques d'une plus grande vulnérabilité des systèmes d'assurance en Algérie.

Il est tout à fait clair ces dernières années que les efforts de l'Etat s'orientent vers la recherche d'une plus grande création d'emplois par la création d'agences et d'organismes spécialisés dans ce domaine. ANSEJ, ANDI...

Aussi, ces dernières réformes fiscales visent une plus grande recherche d'allègements pour encourager l'emploi.

C.2 Désaffiliation et non déclaration des assurés

La désaffiliation d'un grand nombre de personnes est apparue surtout dans le secteur agricole suite aux restructurations de ce dernier

Par contre, le phénomène de la non déclaration et des sous déclaration des ouvriers et travailleurs appris de l'ampleur à partir des années 90, suite à l'élargissement de l'activité du secteur privé

- a. les revalorisations successives de pensions
- b. prises en charge de certaines actions relevant de l'action sociale

¹¹⁴ Miloud Kadar, système et politiques de santé au Maghreb : un état des lieux, guide de la médecine et de la santé, juin 2003

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Il est noté que le financement du système est structurellement déséquilibré par sa base cotisante accusant une évasion importante de cotisations. Les chiffres montrent que pour seul l'année 1999, plus de 2 millions de personnes occupées ne sont pas affiliées au régime.¹¹⁵

La participation du secteur privé reste très faible, en moyenne 370 000 personnes sur un potentiel de 2 millions de travailleurs. Le secteur agricole est le plus faible suivi du secteur du commerce qui n'a déclaré que 250 000 personnes en 2000 sur un total de 618 000.

Face à ces défaillances, l'administration reste le principal bailleur de fonds de la sécurité sociale, même s'il est reconnu qu'elle ne s'acquitte pas régulièrement de ses charges.

Les difficultés proviennent essentiellement des entreprises et des administrations publiques qui représentent les 90 % du volume de cotisations non recouvrées, soit environ 12,5 milliards de DA à la fin 1986

Ce chiffre grimpe d'une façon spectaculaire en 2000 en raison du vaste mouvement de liquidation est de privatisation des entreprises publiques.

Aussi, c'est des entreprises publiques qui sont fortement perdantes en voyant leurs bases de cotisants se rétrécir par le fait des licenciements massifs. Le tout se traduit par des créances cumulées détenues par la sécurité sociale de l'ordre de 10 milliards de DA en fin 1999. Les créances du secteur public s'élevaient à 62 milliards de DA et la part du secteur privé attendait 21 milliards de DA et celle de l'administration 20,67 milliards de DA.

Aussi, la diversité des fonctions dévolues à l'organisme de sécurité sociale s'est traduit ces dernières années par la multiplication des caisses pour améliorer les services aux prestataires, cette action a généré un accroissement rapide des coûts de gestion qui est estimé à 7,5 % de l'ensemble des recettes totales des caisses de la sécurité sociale en 1989.

Les insuffisances de la fonction recouvrement, associée une absence d'une comptabilité analytique rend très difficile l'amélioration de ressources de caisses de sécurité sociale.

C.3 Difficulté de financement du système de solidarité nationale

La solidarité constitue l'une des caractéristiques essentielles de notre système de sécurité sociale. Elle a pris plusieurs formes :

- la solidarité des actifs en faveur des retraites : elle est illustrée par le système de la « répartition »

¹¹⁵ Ouzzir Saliha, quotidien d'Oran

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

- la solidarité des travailleurs non chargés de famine au profit de ceux qui le sont surtout au niveau des allocations familiales et des soins de santé

- solidarité au bénéfice de certaines catégories (moudjahiddines, handicapés)

- la solidarité interrégionale rendue possible par l'unification des caisses de la santé sociale

- la solidarité en faveur des assurés sociaux à revenus modestes pour les soins de santé et les prestations familiales.

- Solidarité en faveur de certains non salariés, notamment ceux du secteur agricole.

Même si certaines formes de solidarité ont un fond économique et social très logique, d'autre part contre ne peuvent se justifier que par le fait qu'elles ont constitué un fardeau très lourd et une charge financière supplémentaire pour les caisses de la sécurité sociale.

Ainsi, logiquement cette la solidarité nationale aurait été confiée aux responsabilités collectives plutôt que d'élargir aux responsabilités des caisses d'assurances.

Les institutions de protection sociale complémentaire existante que sont la Mutualité sociale et les assurances économiques, devraient constituer des instruments privilégiés pour élargir le champ de la solidarité sociale et décharger par la même occasion la sécurité sociale de cette lourde charge

Comme il pourrait également être créé d'autres formes de couverture sociale complémentaire à caractère individuel ou collectif (associations, aides des particuliers ...etc.¹¹⁶

Les changements intervenus dans le contexte économique et social se sont traduits par des effets sociaux dont les charges directes et indirectes sont reportées sur le système de sécurité sociale.

Ce report constitue aux yeux des experts une des principales causes des déséquilibres illustrés par les déficits de l'ensemble des caisses de la sécurité sociale enregistrée au début des années 90. Cette situation est justifiée par deux contradictions majeures :

a. la confusion entre la politique sociale de l'Etat et de l'action sociale à l'égard des démunis

b. la confusion entre la politique sociale de l'Etat et de fonctionnement des organismes de la sécurité sociale

Les chiffres sont éloquentes et avancent que pour seul 2001 « le risque maladie » couvrait 5767000 assurés dont 2400000 sont constitués par des catégories d'inactifs.

¹¹⁶ Fatma Haouari, Quel avenir pour le mouvement mutualiste en Algérie, (Extrait du symposium sur le mouvement mutualiste en Algérie, 15 et 16 octobre), le soir d'Algérie, Août 2009

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

À la même date , sur les 2 .6403 millions de personnes sont couverts par la sécurité sociale et qui constituent les ayants droits de l'ensemble des assurés, ce qui donne en moyenne quatre ayants droits par assurés.

En 2000, les dépenses de la sécurité sociale ont atteint près de 186 milliards de dinars soit 4,52 % du PIB. Ces dépenses se rapprochent du niveau de l'action sociale de l'Etat plus que le budget social en faveur des ménages a atteint 221,6 milliards soit 5,4 % du PIB.¹¹⁷

Aide au revenu familial

La sécurité sociale a été appelée à couvrir d'autres risques sous forme d'aides aux revenus familiales que prévoit l'OIT. Ce risque obéit à un autre dispositif pris en charge intégralement par le budget de l'Etat.

C'est une aide directe apportée par l'Etat aux nombreuses catégories des nécessiteux ou une quantité importante de prestations est servi en espèces et en nature.

Cette aide est servie aux groupes de personnes identifiées comme défavorisées, dont les ressources financières sont soit insuffisantes (faibles revenu) ou inexistante (sans ressources). L'objectif final de cette action reste celui d'apporter un minimum de vie ou d'insertion aux personnes en difficulté.

Cette aide relève de l'action sociale de l'Etat qui dans sa configuration actuelle repose sur les volets suivants :

- prise en charge dans des établissements spécialisés des personnes âgées, femmes en détresse, enfants abandonnées ...
- Distribution d'aides sociales aux handicapés sous forme de versements en espèces
- Distribution d'allocations et d'indemnités aux ménages sans ressources (filet social)
- Prise en charge totale ou potentielle des frais de transport terrestre et ferroviaire des catégories sociales défavorisées et particulière.

C.4- La contrainte des tarifs de remboursement :

Si nous considérons que cette participation est illogique parce qu'elle traduit un ensemble de changements opposés dans l'ensemble du secteur de la santé, le problème le plus épineux demeure celui des tarifs de remboursement pratiqué par la sécurité sociale qui sont restés gelées depuis

¹¹⁷ Ghania Oukazi, les maladies de la sécurité sociale, le quotidien d'Oran, 19 juillet 2001, rapport du CNES.

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

1987 et ne reflète plus depuis longtemps les coûts réels supportés par les ménages.¹¹⁸

En effet, trois aspects essentiels se dégagent pour dévoiler l'incompatibilité des tarifs avec les prix des différents biens et services offerts par les différents organismes et structures de soins.

Economiques : Depuis la mise en place de cette nomenclature, les prix des différents, biens de consommation se sont multipliés, le pouvoir d'achat pour une large catégorie de la population s'est détérioré, les prix des médicaments sont nettement plus chers,

La situation sociale est moins sécurisée du fait du risque élevé du chômage et les risques de la maladie sont se multiplient au rythme de beaucoup de facteurs : écologique, biologiques et industriel surtout.

Médicale : le développement extraordinaire du domaine médical sur les plans de soins, de prévention, d'appareillages, d'actes biologiques, ont fait que la sécurité sociale s'est limitée au remboursement strict des soins de consultation, de certains actes biologiques, radiologique est de scanner ; car le remboursement des médicaments a causé un grave préjudice financier aux caisses de la sécurité sociale.

Sociale : la catégorie cotisante ne semble pas tellement bénéficier des prestations de la sécurité sociale puisque d'une part, les dépenses des assurés dans le secteur privé sont bien plus importantes par rapport au montant des remboursements perçus ; d'autre part, même les services publics expriment une saturation extrême caractérisée soit par un arrêt pur et simple des appareils et de services o'u les fils d'attente des malades sont assez longue entraînant dans la plupart du temps la fixation de rendez vous assez lointain.¹¹⁹

En résultat, la mise en place du ticket modérateur nous permet de faire des remarques suivantes :

a- l'institution du ticket modérateur est faite sans aucune information sur les coûts et les dépenses engagées par les assurés dans les structures médicales publiques et même privée.

b- il recouvre principalement des frais de médicaments et symboliquement certains frais d'examens médicaux, biologique ou radiologique.

c- les catégories de personnes exonérées du ticket modérateur incombent une charge financière supplémentaire pour les dépenses de la caisse de sécurité sociale, surtout qu'au départ leurs taux de cotisation étaient plus faibles par rapport aux autres catégories.

¹¹⁸ Nawal Imès, Sécurité sociale et actes médicaux, le remboursement au réel , le soir d'Algérie, 29 Août 2006

¹¹⁹ Isabelle Moreau, Algérie : l'émiettement de la santé, le Monde Diplomatique, Septembre 1998

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

d- l'actualisation des taux de remboursement est rarement faite pour tenir compte des facteurs : financiers, économiques et démographiques.

C.4.1 Le problème de la tarification des soins en Algérie :

La tarification s'est imposée comme une question majeure à la maîtrise des dépenses de soins au début des années 1983. Elle ne concerne pas la totalité des soins puisqu'ils sont toujours gratuits et non connus aucun changement dans les textes de la charte et de la constitution.

Les premiers textes sur la tarification en Algérie ont apparu pour la première fois en 1985 ¹²⁰ Ce texte de référence a été complété par l'arrêté interministériel de 04 juillet 1987 qui fixent la valeur monétaire des lettres clés relatives aux actes professionnels des médecins, des chirurgiens dentistes, des pharmaciens et des auxiliaires médicaux.

Les objectifs visés par cette nomenclature sont la mesure des activités de services et de calcul des coûts devant servir de base à la détermination de la participation financière de la sécurité sociale au budget de fonctionnement des hôpitaux. Or, sur le terrain aucune mesure des activités de sécurité n'a été entreprise sur la base de cette nomenclature.

La participation financière de la sécurité sociale au « forfait hôpitaux » est toujours déterminée forfaitairement en fonction du niveau de recettes de la sécurité sociale. ¹²¹

En revanche, et sur le plan de remboursement, l'ensemble des actes professionnels définis par (N. G. A. P.) sert de base de calcul et de remboursement par l'organisme de la sécurité sociale.

Les dispositions de cette nomenclature désignent des actes dans une lettre clé et un coefficient.

-- la lettre clé est en fait un signe de la valeur monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions et réglementaires relatives à la détermination ou des tarifs des prestations de santé

-- le coefficient est un nombre réel indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel. Ces coefficients sont indiqués dans la nomenclature pour chaque nature d'acte. En fait, ils sont censés moduler le niveau de technicité de l'acte, la durée, les risques qu'ils sont liés et les dépenses engagées pour sa réalisation notamment celles portant sur le matériel.

¹²⁰ Décret n° 85 – 283 du 12 novembre 1985 portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et de tarification des actes professionnels

¹²¹

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Tableau suivant résume la nature des actes et leurs valeurs monétaires.

Consultations et visites

unité : DA

Nature des actes	Médecin généraliste		Médecin spécialiste		Psychiatre		Chirurgien dentiste		Sage femme	
	Lettre clé	Valeur	Lettre clé	valeurs	Lettre clé	Valeur	Lettre clé	valeur	Lettre clé	valeur
Consultation de jour effectué au cabinet en dehors des jours fériés	C	50	CS	100	CPSY	125	CD	40	CSF	25
Consultation de jour effectué au cabinet pendant jours fériés	CJF	65	CSJF	125	CPSYJF	150	CDJF	48	CSFJF	35
Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jours fériés	V	75	VS	150	VPSYV	175	VD	48	VSF	40
Consultation de nuit effectuée au cabinet	CN	65	CSN	125	CPSYN	150	CDN	48	CSF N	35
Visite de jour effectuée au domicile du malade pendant les jours fériés	VJF	100	VSJF	175	VPSYJF	200	VDJF	56	VSFJ	50
Visite de nuit effectuée au domicile du malade	VN	100	VSN	175	VPSYN	200	VDN	64	VSFN	60

Source : L. Lamri op. Cité p .90

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Les autres actes pratiqués par les médecins et chirurgiens dentistes sont résumés dans le tableau suivant :

Unité : DA

Nature des actes	Lettre-clé	Valeur
Acte de pratique courante et de petite chirurgie pratiqué par le médecin	PC	11
Acte de chirurgie et de spécialités	K	11
Acte de pratique par le chirurgien dentiste spécialiste	DS	11
Acte de pratique par le chirurgien dentiste généraliste	D	9.5
Acte utilisant les radiations ionisantes pratiqué par le médecin ou le chirurgien dentiste	R	12.5
Acte d'analyse médicale	B	2

Nature des actes	Lettre-clé	Valeur
Soins infirmiers pratiqués par la sage femme ou l'infirmière en soins obstétricaux	SFI	10.5
Acte pratiqué par le kinésithérapeute	AMM	10.5
Acte pratiqué par l'infirmier ou technicien en soins infirmiers	AMI	10.5
Acte de prélèvement pour analyse pratiqué par un praticien non médecin	KB	11

Op. Cité L.Lamri P .91

C.4.2 rapport entre les tarifs et les remboursements en Algérie

Bien qu'ils sont considérés comme dérisoires aux yeux des contribuables, les tarifs de remboursements restent très coûteux pour les organismes de sécurités sociales , parce qu'ils se soldent par des dépenses très importantes surtout ces dernières années qui s'expriment par une hausse des prix de consommations.

Aussi, beaucoup d'analystes s'accordent à faire les critiques suivantes à ce sujet :

a- En effet, depuis son établissement en 1987, la nomenclature n'a jamais été élaborée sur la base d'une étude scientifique ni sur la réalité des actes et du système de santé algérien.

b -la détermination des actes et leur cotation ne sont pas explicites au point où on ne sait pas ce que couvrent comme coûts chaque acte et chaque clé référencée.

c- contrairement à l'objectif prévu lors de son établissement, la nomenclature ne dévoile aucun mode de calcul des coûts des différents actes surtout par rapport aux amortissements du matériel.

d- la N. G. A. P., n'inclut pas de nombreux actes et examens (scanner, biopsie, IRM ...)

e- depuis 1987 la N. G. A. P. n'a subi aucune actualisation. Les valeurs monétaires des lettres clés sont aujourd'hui largement dépassées. D'une part, elles ne reflètent pas l'expression monétaire réelle de leur valeur surtout par rapport à un taux d'inflation et aux différentes dévaluations monétaires depuis 1987.

Comme le recours aux soins privés devient ces dernières années une nécessité et ne résulte pas d'un choix, les dépenses engagées par les ménages profitent beaucoup au secteur privé parce que l'absence d'information fiable ne permet pas une évaluation rigoureuse.

De ce fait, on peut penser que la part des ménages qui représente près du tiers de la dépense nationale de santé est au fait plus importante et cela pour quatre raisons au moins :

a- les professionnels de santé pratiquent des tarifs bien supérieurs à ceux officiellement fixés par la voie réglementaire et sur lesquels se base la sécurité sociale pour les rembourser autour de 80 %.

b- une absence totale des statistiques sur le nombre exacte des non assurés et qui échappent par conséquent à une telle évaluation.

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

c- une absence des informations sur les dépenses supportées par les malades à l'occasion des soins à l'étranger et qui ne font pas l'objet de prise en charge par la sécurité sociale.

d- pour les soins reçus dans le secteur public, il n'est jamais comptabilisé les dépenses des ménages pour l'alimentation, la literie et parfois même le matériel médical et chirurgical. (Contribution non remboursée directement par le secteur public)

Malgré cela, nous pensons que les dépenses des organismes de sécurités sociales seront structurellement plus importantes par rapport à la pression de certains facteurs qui se résument surtout par le coût des maladies émergentes, conjoncture mondiale et effets sociaux-économiques résultant de la transformation de l'environnement interne.

C .5 coûts et remboursements des médicaments

La question des remboursements de médicaments est devenue très épineuse ces dernières années vu le coût élevé supporté par les différentes caisses.

En effet, les médicaments occupent le deuxième poste de dépense après celui du forfait des hôpitaux.

Les chiffres affichent une croissance vertigineuse pour lesquels l'organisme de sécurité sociale et L'Etat mobilisent chaque année des moyens financiers considérable.¹²²

Il faut juste remarquer que la question de remboursement des médicaments en Algérie est sensible à un ensemble de facteurs qui peut être résumés comme suit :

- la politique des importations et la conjoncture internationale.
- la production médicamenteuse et facteurs internes et externes de la fabrication.
- consommation de médicaments et l'état de santé de la population.
- textes est lois de remboursement mis en place par les pouvoirs publics en 1983, non révisés depuis.

Mais globalement ce sont deux éléments essentiels qui conditionnent le coût des médicament en Algérie qui influent grandement sur le taux des remboursements effectués par l'organisme de la sécurité sociale ; il s'agit de la production locale et du problème des importations.

¹²² Nissa Hammadi, marché du médicament en Algérie ; La Tribune, 4 décembre 2004

C .5.1 : conditions actuelles de la production locale des médicaments

Le marché algérien de médicaments est caractérisé par sa forte dépendance à l'importation à la hauteur de 80 %.

En dépit des textes et de lois en vigueur favorisant et encourageant l'investissement productif, les quantités de produits venus d'outre-mer sont très importantes.

L'évolution de cette activité a pris une courbe ascendante ces dernières années surtout après la libéralisation du marché.¹²³

L'industrie nationale représentée par quelques opérateurs dont Saïdal détient une grande part, n'arrive pas encore à consolider sa place.

Saïdal détient actuellement 85 % du marché national des médicaments avec une production de vente en 2003 de 124 millions d'unités de vente. Le chiffre d'affaires du groupe a connu une nette progression atteignant les 6,1 milliards de dinars avec une valeur ajoutée de 3,1 milliards soit 50 % du chiffre d'affaires.¹²⁴

Ce niveau d'amélioration s'explique surtout par la signature de plusieurs accords de partenariat, notamment avec des géants comme PFIZER, DAREDAWA de Jordanie et les entreprises nationales telles que DIGROMED.

Mais cette situation n'a pas résolu le fond du problème qui traîne depuis très longtemps, à savoir la consolidation du médicament algérien dans le marché local.

Afin de rendre plus transparent le domaine industriel pharmaceutique, le ministère a donné des garanties que seuls les fabricants auront droit aux exonérations douanières et pourront postuler à des mécanismes préférentiels d'accès au marché.

De même, pour protéger la production locale de médicaments, et dans le but de réduire la fracture des importations en favorisant les génériques, le ministère a rendu public une instruction dans laquelle il est interdit l'importation de médicaments déjà fabriqués en Algérie.¹²⁵

Mais, quelques mois après son application, cette institution a été battue en brèche en constatant que d'une part la production nationale ne peut couvrir la demande du marché, ce qui a provoqué de nombreuses ruptures de stocks.

¹²³ Katia -Salamé-Hardy, Maghreb bilan de santé ; ARBIES (le Mensuel du Monde Arabe de la Francophonie), Avril 2003

¹²⁴ Liberté économique du 11 au 17 février 2004

¹²⁵ , L'institution n° 5, septembre 2003

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Après tant d'efforts dans le domaine et cela depuis l'indépendance, la production des médicaments en Algérie nous interpelle à faire les remarques suivantes :

C.5.2 La facture de l'importation des médicaments

La levée du monopole sur l'industrie du médicament depuis le temps des années 90, s'est traduite par un accroissement sensible des importations, mais également par un développement timide des capacités de production nationale¹²⁶

En 2000, les statistiques montrent que le marché national du médicament est alimenté un auteur de 88 % par l'importation contre seulement 12 % de production locale.

Il est notamment relevé que la part de cette importation n'a cessé de s'accroître depuis 1999 ; La facture, elle suit évidemment la même tendance.

En effet, le volume des importations est passé d'un peu plus de 450 millions de dollars en 2000 pour atteindre 492 millions de dollars en 2001 et un peu plus de 619 millions de dollars en 2002 avant de franchir un nouveau record de 716,0 64 milliards de dollars en 2003. Ces chiffres classent l'Algérie à la 33em place des importateurs de médicaments au niveau mondiale, il est aussi le plus grand importateur en Afrique. Ces importations représentent près de deux fois celle de l'Égypte, un pays deux fois plus peuplé. Ce volume est également trois fois plus importants que celui de la Tunisie et quatre fois plus que celui du Maroc.

Il faut signaler aussi, qu'environ 92 % des produits importés sont « de médicaments conditionnés pour la vente en l'état », contre environ 1,06 % de médicaments qui subissent « un conditionnement local ».

La France se taille la part du lion dans des importations algériennes ans un taux de 73 % du total des importations, (Médicaments pour la vente en état) ; Alors que la Belgique qui est le premier exportateur mondial (15 % du commerce mondial du médicament) ne réalise que 5 % de parts du marché en Algérie.

La tendance est autre pour ce qui est du médicament à conditionner localement, sur ce Chapitre c'est la Jordanie qui occupe la première place en Algérie. Cette place correspond à un choix de coopération des autorités nationales avec ce pays et ne découle d'aucune position de compétitivité des pays exportateurs.

Le générique est sans doute le moyen le plus indiqué qui peut permettre à tous les citoyens d'accéder aux médicaments. Selon l'avis de plusieurs

¹²⁶ L.Amine, l'argent n'arrive pas à soigner la santé, El watan, 17 février 2009

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

experts et des expériences de beaucoup de pays au monde, La part des génériques en Algérie présente 33,6 % contre 66,4 % de princeps.¹²⁷

Avec ces chiffres, Saïdal reste le plus grand fournisseur de génériques dans le marché local.

Comme le marché national échappe depuis longtemps à des règles strictes de gestion, il a été remarqué que beaucoup d'importateurs (nationaux et étrangers) n'ont pas favorisé une large consommation de génériques en important chaque fois une quantité très importante de princeps.

De même, l'Etat n'a jamais fixé de critères incitatifs (par les prix surtout) encourageant la consommation des génériques.

Cette situation a été grandement favorisée par les modes de remboursement des médicaments au niveau des organismes de la sécurité sociale qui ne prévoyaient aucun critère sélectif pour les génériques ou les princeps et les plaçaient dans le même pied d'égalité.

Depuis quelques années, et pour encourager l'importation et la fabrication des génériques, mesures incitatives ont été prises par l'Etat :

1- la révision des marges bénéficiaires de perçoivent les pharmaciens sur les produits génériques. Ainsi, l'on s'attend à ce que les mêmes marges bénéficiaires seront accordées pour les copies (génériques) et pour les princeps, ce qui va nécessairement faire pencher la balance au profit du générique qui seront généralement moins chers au prix d'achat.

2- Trouver un « consensus » afin de fixer un taux de génériques à importer qui sera « obligatoire ».

En effet, dans cette question il a été remarqué que le nombre de grossistes de médicaments en Algérie était disproportionné par rapport au marché et à la norme¹²⁸.

Il est enregistré 300 en Algérie, alors qu'il n'y a qu'entre 30 et 35 au Maroc et en Tunisie et 3 en France.

Cette situation qui facilite les importations illégales, l'organisation des pénuries et rend quasi impossible la traçabilité du médicament.

L'option pour le générique va rétablir les parts du marché et rendre plus claire cette situation.

3- création d'une agence de médicament qui aura le rôle du contrôle, de la conformité du produit et le traitement de tous les aspects de l'importation et de la commercialisation des produits¹²⁹.

¹²⁷ Nouria Bourihane, Médicaments génériques en Algérie, le Jour d'Algérie, 16 Avril, 2006

¹²⁸ Rapport sur les troisièmes rencontres internationales de la pharmacie Alger, 19 septembre 2004.

¹²⁹ Quotidien d'Oran, avril 2006.

C.5. 3 Effet du marché mondial sur le médicament en Algérie

Depuis le milieu des années 90, le secteur de l'industrie pharmaceutique connaît de nombreuses opérations de restructuration entraînant un mouvement de concentration de capitaux et une forte internationalisation des marchés.

Le médicament occupe une place centrale dans notre système de santé en même temps qu'il constitue un bien de consommation très particulier.

Le médicament est aujourd'hui au coeur de multiples enjeux : enjeux santé publics, mais aussi enjeu industriel et commercial.¹³⁰

La logique de rentabilité qui guide les stratégies des grandes firmes multinationales du médicament ne peut que conduire à un creusement des inégalités car, l'un des risques majeurs étant la concentration des investissements, de recherche et développement sur les axes laissant peu de place aux objectifs de santé publique.

Les nouvelles stratégies mises en oeuvre par les laboratoires sont en passe de modifier en profondeur les conditions de l'offre du médicament.

Cette concentration se retrouve également au niveau des spécialités commercialisées (réduction du nombre de produits commercialisés), cette diminution de la gamme de produits offerts s'explique par les déremboursement opéré par les pouvoirs publics dans le cadre de la politique de la maîtrise des dépenses de santé, ainsi que par le retrait de médicaments anciens.

La grande diversité des produits et classes thérapeutiques qui représentent autant de spécialité bien distincte a modifié aussi le comportement de beaucoup de firmes multinationales qui sont motivé d'avantage par la recherche du profit vu que les conditions de concurrence sont de plus en plus rude.¹³¹

C.5.4 Effet de la concurrence mondiale sur le coût du médicament

Parallèlement, la mondialisation entraîne d'autres conséquences de dérégulation des services publics qui tendent à s'élargir au secteur de la santé, illustrant par la même occasion les difficultés des pouvoirs publics à mettre en oeuvre une régulation efficace.

¹³⁰ Les entreprises étrangères du médicaments boudent l'Algérie, le Matin, 7 Mai,2009

¹³¹ Jérôme Dumoulin, les grandes firmes peuvent –elles vendre moins cher les médicaments brevetés, Journal de REMED, N°24

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Dans le même temps, cette globalisation induit de nouvelles menaces sur la santé, du fait de l'accroissement de la mobilité et de la montée en puissance des risques globaux qui pèsent sur l'environnement.

Par rapport au marché mondial du médicament, l'éventail des domaines de compétence ainsi couvert est tel qu'une entreprise ne peut être présente sur tous les marchés en même temps. La plupart des laboratoires concentrent leurs activités sur un nombre limité de produits et d'axes thérapeutiques.

Au jour d'Hui, nombreux sont les laboratoires qui réalisent l'essentiel de leur chiffre d'affaires sur seulement deux, voir une classe thérapeutique.

Aussi l'étude de la concentration doit être appréhendée par une approche en termes de produits et de classe thérapeutique.

Selon ce type d'approche, le degré de concentration dépend à la fois de la taille des entreprises et du marché sur lequel elles évoluent.

Les nouvelles formes que revêt la concentration nous conduisent à rechercher les facteurs explicatifs de ces regroupements.¹³²

- des facteurs explicatifs de ces rapprochements

Trois séries de facteurs peuvent être distingués pour expliquer les vagues de fusion qui s'opèrent sur le marché mondial ces dernières années ; à savoir le coût croissant de la recherche, la complémentarité et la réglementation.

-- le coût croissant de la recherche

Le premier argument justifiant les opérations de fusions et d'acquisitions est le coût croissant de recherche, qui contraint les entreprises à se regrouper pour atteindre la taille nécessaire pour financer la recherche.

Dans ce secteur fortement concurrentiel, la rentabilité et la pérennité d'un laboratoire pharmaceutique repose en grande partie sur son aptitude à mettre régulièrement sur le marché de nouvelles molécules, et donc sa capacité d'innovation.

Le coût de la recherche a considérablement augmenté au cours des dernières années, il s'explique par la forte hausse des principaux coûts de développement : le nombre d'essais cliniques, lois fixant le nombre de personnes exigées par chaque essai ; la multiplication des technologies (la biologie moléculaire, l'informatique, la biotechnologie... Etc.).¹³³

Dans cette question, il est relevé aussi le recul de la participation de l'Etat du domaine de la recherche et développement. Ce dernier, et par rapport à

¹³² Eliane JAHAN « quel avenir pour l'industrie pharmaceutique »

¹³³ Philippe Abecassis, Nathalie Coutinet, caractéristiques du marché des médicaments et stratégie des firmes pharmaceutiques ; journal d'économie médicale, N° 768

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

la dernière crise de financement, il affiche des dépenses de plus en plus faible dans ce domaine.

-- **la complémentarité** : la complémentarité est recherchée à la fois sur le plan géographique et thérapeutique.

Les réglementations nationales étant très différentes d'un pays à l'autre, notamment dans le domaine sanitaire, la fusion avec un laboratoire étranger est un moyen efficace pour pénétrer un nouveau marché.

Aussi, cette complémentarité peut-être thérapeutique, car elle permet à un laboratoire d'élargir sa gamme de compétence tout en gardant le contrôle de ces activités et donc de diversifier les risques ; Le résultat est que beaucoup de laboratoires sont fortement spécialisés ces dernières années et dépendant d'un petit nombre de produits.

De ce fait, il n'est plus rare qu'un laboratoire réalise plus de la moitié de son chiffre d'affaire avec un seul produit, car même la stratégie de croissance externe permet de réduire sa dépendance.

-- **la réglementation** :

Les réglementations dans la question du médical constituent une puissante incitation à l'innovation.

Sur le marché, la promotion des produits innovants qui bénéficient d'un prix de vente élevée par rapport aux produits anciens (faiblement réévalués) contraint les entreprises à entretenir un important vivier de molécules en phase de développement.

Cette préférence pour les produits innovants se retrouve renforcée par la conjonction de plusieurs facteurs : l'émergence de nouvelles pathologies, réglementation (médicament retirés du marché), socialisation de la demande...etc.

Le second effet du contrôle des prix s'observe au niveau de la relation entre le producteur et le législateur.

Le fait pour un laboratoire d'appartenir à une grande structure renforce son pouvoir de négociation auprès de la tutelle publique, en particulier au niveau de la fixation du prix du médicament.

Pour contrer la nouvelle concurrence apportée par la percée des génériques qui devraient résulter de ces mesures, les grands laboratoires pourraient réagir en abaissant le prix du médicament princeps au niveau du générique et intensifier leur effort de recherche pour mettre sur le marché de nouveaux médicaments innovants.¹³⁴

¹³⁴ M.Kedada, commercialisation des médicaments-quand le générique devient plus cher que le princeps ; Horizon, 18 Mars,2009

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Par contre les recherches se concentrent sur la recherche de médicaments innovants intervenant dans le traitement de certaines pathologies lourdes (cancer, sida) dont les coûts et les profits sont relativement élevés.

Les fusions et acquisitions apparaissent donc comme un moyen pour les laboratoires pharmaceutiques de restaurer leur rentabilité dans un marché concurrentiel.

-- les risques liés à l'intégration :

Ces risques peuvent se révéler très défavorables pour l'industrie du médicament elle-même et surtout pour les pays pauvres.

La logique de rentabilité et de concurrence qui guident les stratégies des grandes firmes n'est pas sans danger sur la qualité et la quantité des médicaments produits et écoulés sur le marché mondial.

En effet, le risque majeur étant de voir les investissements en recherche et développement se concentrés sur les marchés porteurs au détriment des (maladie rare) des marchés non solvables.

En effet, les stratégies des géants du médicament consistent à mettre sur le marché les fameux médicaments milliardaire ou « blockbusters » (c'est-à-dire les médicaments générateurs de plus d'un milliard de dollars de chiffre d'affaires). Ces stratégies vont à l'encontre du défi que représente aujourd'hui l'ensemble des maladies rares et/ou orphelines¹³⁵ dans nos sociétés.

Ces problèmes se trouvent par ailleurs aggravés par les difficultés de diagnostic qui conduise à un surcoût financier énorme en raison de la multiplication des visites et des examens.

Aussi, et du point de vue économique ces maladies représentent un coût pour la collectivité qui s'exprime par le coût médical des dépenses remboursées et parfois non remboursées auquel il convient aussi d'ajouter les coûts indirects liés au caractère souvent invalidant de ces maladies.

La recherche dans ce domaine reste très insuffisante (en Europe surtout), seule une politique volontariste des pouvoirs publics peut contribuer à combler cette lacune, par des mesures incitatives auprès des laboratoires publics ou privés ainsi que par le développement de la recherche.

L'effort dans ce domaine aux États-Unis a eu des conséquences très appréciables sur le plan de la recherche et la commercialisation des médicaments.

Les maladies orphelines sont des maladies pour lesquelles il n'existe pas de traitement, elles ne sont pas nécessairement rares, le terme médicament orpheline peut désigner un médicament qui n'est pas développé en raison d'une rentabilité insuffisante.

¹³⁵ Qualifiée de maladie rare, les pathologies dont la prévalence sont inférieures à un malade pour 2000 personnes.

C.5.6 Le médicament et l'accès aux soins des pays pauvres

L'un des problèmes concernant l'accès aux soins des pays pauvres réside dans le coût du traitement de beaucoup de maladies.

Le médicament est un bien de consommation très particulier, c'est un produit actif, nécessaires à la santé, mais pouvant comporter des risques.

Pour d'autres raisons, économique et commercial, il fait l'objet d'une réglementation très stricte du côté de l'offre.

Les médicaments sont protégés par un système de brevets qui accordent un monopole temporaire aux laboratoires pharmaceutiques, afin de récompenser leur effort de recherche.¹³⁶

En conséquence, le prix du traitement est supérieur à celui qui résulterait d'un marché purement concurrentiel, car les producteurs y intègrent les coûts de recherche et de développement.

Sur le plan international, les accords TRIPS imposent aux pays membres de l'OMC de respecter les droits de propriété intellectuelle ce qui renforce bien sûr la structure oligopolistique du marché du médicament et constitue un obstacle supplémentaire à l'accès aux soins pour les pays les plus pauvres.

En effet, ces accords autorisent également les Etats membres de l'OMC à produire « sous licence obligatoire » des médicaments brevetés au nord, en cas de danger avéré pour la santé publique, ils les autoriseront à produire localement sous contrôle des grandes firmes.

Cette situation, donne la possibilité aux pays pauvres de produire sur leur territoire et dans certaines circonstances, des médicaments génériques, avant que le brevet n'arrive à expiration.

Mais, il faut juste remarquer qu'il y a des pays très pauvres et qui n'ont pas la capacité industrielle pour cela, ce qui crée un véritable problème d'accès aux soins.

Comme les pays riches sont formellement opposés à l'importation de produits génériques par les pays les moins avancés en provenance des pays intermédiaires par les craintes de voir arriver en masse ces médicaments sur leur marché intérieur et de déstabiliser leur marché et leur politique commerciale ; les grandes firmes multiplient les lois et règlements en la matière.

La logique de la rentabilité financière dans laquelle s'inscrit la stratégie des firmes pharmaceutiques entre donc en contradiction avec la volonté d'accès aux soins des pays les plus démunis.

¹³⁶ Teqquer Kaddour, les médicaments génériques, travaux de la troisième rencontre scientifique organisé à l'EHU 1 novembre, département de la faculté de médecine d'Oran

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

La solution de l'accès aux soins de pays pauvres est loin d'être simple, car elle met en jeu des intérêts considérables et souvent contradictoires.

Si l'on reconnaît l'accès aux soins comme un droit fondamental à tout être humain, la mondialisation a modifié le fond et le caractère de ce droit et fait qu'elle supporte une part importante de responsabilité dans la transmission de certaines pathologies et de dégradation de l'environnement qui porte atteinte à la santé humaine et dont l'origine est de plus en plus lié à des risques qualifiés de « globaux ».

il existe alors un besoin de gouvernance mondiale et de profonde réflexion sur la place du médicament dans la santé mondiale.

L'un des problèmes majeurs réside dans le fait que les facteurs qui agissent sur la santé présente de plus en plus les caractéristiques de biens (ou maux) publics mondiaux, alors que les moyens qui permettent de lutter contre les maladies font de plus souvent l'objet d'une régulation par les marchés privés. La santé publique se voit menacée dans son aspect Sociale et d'équité.

Des difficultés se trouvent par ailleurs aggravées par une répartition géographique défavorable. Les maladies sont au sud et les traitements sont au nord.

Les recherches médicales tendent à ignorer doit se détourner des maladies largement répandues dans certaines régions du monde parmi les moins favorisées.

De plus, avec la mondialisation même côté le besoin de biens publics augmente, et de l'autre, la production de biens publics tant à diminuer, sous la pression du mouvement de dérégulation qui a fait l'économie mondiale.... Les pouvoirs publics, comme ils ne parviennent pas en maîtriser la croissance des dépenses de santé sont amenés à prendre des mesures allant dans le sens d'un désengagement progressif : ticket modérateur, puis plus récemment avec les déremboursement ou remboursement aux forfaits

C.5.7 effets des accords TRIPS sur le marché mondial :

en 1995, les grands pays industrialisés ont décroché un accord permettant à leurs grandes firmes pharmaceutiques de protéger leurs recherche et d'obtenir un droit d'exclusivité de vingt ans sur leur brevet ; c'est ce qu'on appelle les accords sur le droit à la propriété intellectuelle touchant au commerce¹³⁷ (les ADPIC)

L'Inde, le géant mondial du médicament générique a décidé de respecter d'exclusivité des brevets de médicaments produits par les grands

¹³⁷ Kader Hannachi, « menace sur le médicament générique », quotidien d'Oran

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

laboratoires pharmaceutiques et se plier à cette réglementation imposée par l'OMC.¹³⁸

Ainsi, ce pays ne peut plus produire, ni exporter librement et à prix cassés les 6000 médicaments génériques que produit ses 20 000 laboratoires pharmaceutiques. Il est sommé par l'OMC de respecter d'exclusivité des brevets de médicaments dits de souche.

À terme, cette réglementation risque de briser tous les efforts que les pays en développement consentent pour se doter d'une industrie pharmaceutique.

Aussi, et en s'appêtant à devenir membre de l'OMC, l'Algérie qui entend réduire sa facture de médicaments évalués à plus de 600 millions de dollars en encourageant le générique, aura une partie extrêmement difficile à jouer.

Car, cette situation signifie tout simplement un renchérissement pur et simple des prix des médicaments brevetés.

De même, elle présentera une nouvelle menace sur l'accès aux soins et aux médicaments en particulier dans les pays pauvres est en voie de développement.

D. Le coût des maladies émergentes

Depuis quelques années, L'Algérie observe une modification des caractéristiques de son schéma épidémiologique.¹³⁹

En effet, Les maladies à caractère viral et parasitaires qui autrefois étaient les plus dominantes ont cédé la place ces dernières années à des pathologies plus lourdes dites de « civilisation », ceci est dut principalement d'une part au changements dans les modes de vie de la population, d'autre part à la détérioration du cadre de vie par de nouveaux facteurs de risques : pollution, changement dans le mode de consommation des individus, tabagismeetc.

Le traitement de ces maladies est très coûteux et interpellent les pouvoirs publics à intervenir dans la prise en charges de ces dépenses soit par de nouveaux investissements en structures, en matériel, ou en formation médicale, soit en introduisant des mécanismes de remboursements et de financement par des institutions spécialisées .

La sécurité sociale étant un agent actif de financement, subi le contrepoids de ce changement en se trouvant chaque fois interpellé soit par l'Etat soit par les assurés pour prendre en charge financièrement (remboursement des médicaments et examens), socialement (aide aux démunies) ou économiquement (remboursement des arrêt de travail et des

¹³⁸ TRIPS : trade related aspects of intellectual property rights

¹³⁹ Abdelkrim Soulimane, Les programmes de promotion de la santé et d'éducation : situation et perspective ; IN promotion et éducation N° 1 , 2008

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

congés de maladies) des coûts des différentes pathologies émergentes en Algérie.

Nous pensons que cette situation va à l'avenir creuser d'avantage le fossé entre les recettes et les dépenses de la sécurité sociale pour preuve que les faits se présentent déjà au niveau de la montée en flèche de certaines pathologies comme l'indique les éléments suivants :

D.1 Les maladies cardio-vasculaires :

D'après les statistiques, elles viennent au premier rang des maladies chroniques en Algérie.

Ainsi l'hypertension artérielle a été retrouvée dans 3% de la population, selon une enquête faite tout récemment par l'INSP. Et de surcroît, les autres maladies cardio-vasculaires ont été retrouvées dans 1% des cas. Ces chiffres montrent que dans le pays, plus 1 million de personnes présentent des affections cardio-vasculaires.

Les maladies articulaires sont retrouvées pour leur part au second rang chez 1,6% des personnes enquêtées.¹⁴⁰

D.2 Le diabète

Le diabète en Algérie progresse de façon endémique. Selon les statistiques officielles, ils sont plus de 2 millions de diabétiques en Algérie et 100 millions dans le monde. Cette maladie occupe le quatrième rang des pathologies non transmissibles. 18,1 % sont insulino-dépendants. 7 à 8 % sont âgés entre 30 et 35 ans. Près de 40 % des malades souffrent également d'insuffisance rénale, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Tous sont exposés, en outre, à des complications cardiovasculaires.¹⁴¹

Pour mieux maîtriser ce fléau, un accord-cadre entre Saïdal et le groupe pharmaceutique français Aventis a été signé pour l'approvisionnement et la fabrication d'insuline au niveau de la nouvelle usine de Pharmal basée à Constantine. Capacité de production : 3 millions de doses par an. Outre la baisse de prix induite, la production locale d'insuline permettra de mieux répondre à la demande et d'éviter les habituelles ruptures de stock.

D.3 Le cancer

Constitue l'un des problèmes de santé à l'échelle mondiale et l'une des préoccupations majeures en matière de santé et de recherche dans toutes les régions du globe. En Algérie, les estimations globales donnent un chiffre de 26.347 nouveaux cas de cancer attendus chaque année avec un taux d'incidence brute de 85,5 cas pour 100.000 habitants.

¹⁴⁰ Sarah Sophie « la santé des Algériens », El Moudjahid, Juillet, 2003

¹⁴¹ Kamel Benelkadi, extrait « de la troisième séance d'ateliers de formation, Aventis Pharma Algérie », El Watan, Mars 2004

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Sur tous les types, le cancer du sein suivit de celui de l'utérus occupent les premières places avec plus de 1600 cas enregistré chaque année dans le pays et qu'entre 80 et 90% des sujets auront déjà atteints un stade avancé de la maladie.

Les statistiques avancent que ce type de maladie enregistre chaque année 500000 cas dans le monde dont 90% dans les pays en développement et que 227000 femmes décèdent chaque année.¹⁴²

La situation dans les pays en développement est caractérisée par le manque de prévention, comme le dépistage précoce ou encore le vaccin comme est le cas pour le cas de l'utérus ou le vaccin « Gardasil » a fait preuve d'une efficacité à 100%.

D.4 Insuffisance rénale

En 2005, il existait 8000 insuffisants rénales chroniques dialysées en Algérie, et chaque année 3000 nouveaux cas sont recensés à travers le pays.¹⁴³

Avec 48 centres de dialyses répartis à travers le pays, seulement 300 patients sont traités sur un million, contre 800 en France et 1000 au Japon.

L'insuffisance de la couverture médicale fait que 25% des nouveaux cas ne sont pas pris en charge et décèdent au stade final de la maladie.

Les premières répercussions de cette maladie fait qu'il est constaté une augmentation du taux de contamination par « l'hépatite C » qui varie entre 20 et 30% parmi les dialysés.¹⁴⁴

Cette infection nosocomiale, très répandue touche non seulement les malades mais aussi les membres de leurs familles et provoque à moyen terme le développement de tumeurs cancérigènes et compromet la transplantation rénale.

Cette situation se solde par un coût financier considérable pour l'Etat et la sécurité sociale surtout que le coût d'une séance de dialyse est environ de 5000 dinar ,ce qui revient à 85 millions de centime par an pour chaque dialysé.

La prévention peut économiser à l'Algérie trois milliards de dinars annuellement qui sont déboursés dans le cadre des remboursements des séances de dialyses.

Le nombre des centres privés de dialyse continue de se multiplier ces dernières années et 50 nouveaux projets sont actuellement en instance de réalisation.

¹⁴² C. Salah « Le cancer du col de l'utérus tue 4 Algériennes par jour » Quotidien d'Oran Juin 2007

¹⁴³ XVI congrès national de néphrologie, Quotidien d'Oran, novembre 2005

¹⁴⁴ Les hépatites virales chroniques en Algérie la deuxième cause du cancer après le tabac ; les troisièmes journées des maladies infectieuses CHU Saadina Abdenour, Sétif, Octobre 2008

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Ce coût est appelé à s'accroître surtout que le nombre de greffes rénales est très faible en Algérie ou il est enregistré 208 greffes entre 1986 et 2005.

Ce chiffre reste très faible par rapport au rythme de croissance des cas

D .5 L'asthme :

Cette maladie avance spectaculairement en Algérie avec la multiplication des risques d'allergies du à la dégradation des conditions de vies, de logement et d'hygiènes.¹⁴⁵

De même, la pollution Atmosphérique avec l'émanation des gaz des différentes industries et de véhicules ; la concentration de la population dans le Nord du pays, devient un véritable problème de santé publique surtout dans les grandes villes côtières (Alger, Oran et Skikda) font que cette maladie coûtera dans quelques années plus chère que d'autres pathologies eu regard aux nombres de personnes croissantes, aux coûts des médicaments et de prises en charges.

D.6 La santé mentale

Est aujourd'hui reconnue comme un problème de santé publique, en

Algérie. En 1998, la proportion d' handicapés mentaux était de 460 pour 100.000 habitants,

Soit 619 pour 100.000 habitants chez les hommes, et 331 pour 100 000 habitants chez les femmes. Le suivi des patients à proximité du domicile et la disponibilité des médicaments devraient être améliorés pour lutter contre ce fléau, qui a pris une grande ampleur durant la décennie noire.

Malgré la création récente au Ministère (2000), d'une direction de la communication et des relations publiques, la promotion de modes de vie sains reste insuffisamment développée.

D.7 : LE coût des nouveaux fléaux sociaux :

Selon toutes les sources, l'ampleur des *maladies non transmissibles* (hypertension artérielle, diabète, asthme, accidents cérébrovasculaires, traumatismes liés aux accidents de la circulation, cancers, etc.) Dépasse celle des maladies transmissibles. Les coûts de leurs traitements sont plus élevés que ceux des maladies contagieuses.

En 1990, l'Enquête nationale santé révélait que les maladies de l'appareil respiratoire (35,7 %) et de l'appareil digestif (10,8 %) venaient au premier rang de la morbidité ressentie.

Les statistiques hospitalières, pour la décennie écoulée, révèlent que les 5 premières causes de décès à Alger sont les pathologies de l'appareil circulatoire (25 %), les traumatismes et empoisonnements

¹⁴⁵ W.Z La situation démographique en Algérie, Le soir d'Algérie, 21 Juillet 2008

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

(12 %), les pathologies tumorales (11 %), les pathologies respiratoires (7 %) et les pathologies infectieuses (3 %). On peut estimer à 21 % les décès dus à l'athérosclérose, ce qui la placerait au premier rang des causes de mortalité en Algérie.¹⁴⁶

Les facteurs de risque communs aux maladies chroniques prévalentes sont le tabac, l'alcool, la malnutrition, l'inactivité physique, l'obésité, l'hypertension artérielle, l'hyperglycémie et les dyslipidémies.

Le tabagisme régresse en Algérie tout en demeurant fréquent; en 2002, une taxe sur les cigarettes a été introduite, la loi interdit de fumer dans les espaces fermés ainsi que toute publicité sur le tabac est formellement interdite.

L'approche intégrée de prise en charge des maladies non transmissibles déclenchée ces dernières années par les organes concernés, repose sur trois principes ; à savoir l'élargissement des soins de proximité, la sensibilisation à la prévention pour alléger le coût du traitement curatif de ces maladies, prise en charge et développement des programmes multidisciplinaires pour agir au niveau des facteurs de risques notamment les facteurs environnementaux.

Ainsi, de nombreux centres de dépistages ont été créés dans le but d'effectuer des dépistages précoces pour les différentes maladies, cela concerne surtout le cancer et le diabète.

E. Généralités sur la situation actuelle de la sécurité sociale en Algérie : 2008

Jusqu'au début des années 2008, ce sont plus de sept millions d'assurés et autres bénéficiaires qui tirent profits des services de la sécurité Sociale en Algérie.

Malgré les nombreux problèmes de fonctionnement par rapport surtout à la difficulté d'équilibre entre les dépenses et les recettes, la CNAS est considérée comme l'institution la plus connue d'Algérie et parfois même la plus décriée. La CNAS, c'est aussi 80% de la population couverte, 35 milliards de dinars en forfait hôpitaux, 3 milliards de dinars en convention de services spécialisés, 54 milliards de dinars en produits pharmaceutiques et plus de 50 millions d'ordonnances remboursées par an. Des chiffres très importants pour les comptables et surtout les gestionnaires du secteur.¹⁴⁷

Dans ce contexte, et Pour lever un grand malentendu sur le financement du système de santé en Algérie qui demeure gratuit depuis 1973, il faut juste remarquer que ce sont des centaines de milliards de dinars qui sont annuellement injectés, via la Sécurité sociale pour le fonctionnement des

¹⁴⁶ Rapport de l'organisation Mondiale de la Santé(O.M.S) , 1996

¹⁴⁷ Hamid Bellagha ; Assurance et santé : ce que la carte chifa va changer, El watan, Algérie7/1/2008

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

hôpitaux, donc cette gratuité est en réalité financé en grande partie par les fonds des cotisants.

Aussi , et en référence aux chiffres de la Banque Mondiale, la part de participation de l'Etat a nettement diminué ces dernières années , sur environ 4 % du PIB consacré à la santé en 2000, l'Etat s'implique pour seulement 1 %., la Sécurité sociale y intervient pour 2 % et les ménages pour 1 %. Il faut rappeler aussi que le niveau recommandé par les institutions internationales spécialisées (OMS-PNUD) est de 5 % du PIB pour les dépenses de santé, soit environ pour le cas algérien plus de 80 dollars par an et par habitant. Plus clairement, l'Etat n'octroie sur son budget que l'équivalent de 58 dollars par an et par habitant pour la santé ! Une aberration quand on sait que la Tunisie octroie jusqu'à 102 dollars¹⁴⁸

Ces chiffres sont très loin des 2000 \$ US de certains Etats européens. Insuffisance des crédits et subventions, mauvaise utilisation de ces crédits qui sont plus consommés en masse salariale qu'autre chose

De même, c'est un phénoménal essor de pathologies graves et de maladies chroniques qui rendent impérative une plus grande présence et implication financière de l'Etat.

En effet, il est tout de même remarqué que la dernière décennie marque une volonté politique d'assurer une meilleure prise en charge des besoins de santé de la population.

Les budgets octroyés à ce secteur sont énormes, les mesures de rattrapage ont surtout concerné les personnels, dont les traitements avaient été quasi gelés durant une longue période. Le budget de la santé a été porté à 82 milliards de dinars algériens (DA) en 2003 (986 millions d'euros), après avoir longtemps stagné aux alentours de 53 milliards. Ainsi, les salaires des médecins du public ont été revalorisés de 50 % à 100 % selon les cas, d'autres revalorisations sont attendues avec l'application du statut particulier des praticiens de la santé publique.

De même, cette croissance suit une évolution ascendante pour concerner les dépenses d'équipements en matériel médical, d'imagerie et de radiologie qui se chiffre à des milliards au début des années 2007. La réalisation de nouveaux hôpitaux et centres de santé sont inscrits dans de nombreux projets à l'échelle nationale, sans oublier les régions du sud.

J'jusqu'à l'année 2008, l'Algérie continue ses réformes pour redynamiser l'économie du pays ; l'intensification de la création d'emploi par de nouveaux investissements dans différents secteurs industriels et agricole surtout (P.N.D.R.A) associés au nombreux projets dans l'habitat et l'hydraulique qui ont pour effet direct sur la santé du pays.

¹⁴⁸ Karima Bendjeddou, Le désengagement par les chiffres, El watan 11/04/ 2008

CHAPITRE :II PROTECTION SOCIALE ET REGULATION DE L'OFFRE DES SOINS

Malgré cela, le déséquilibre financier demeure une caractéristique majeure de certaines caisses et selon les chiffres, les dépenses de la sécurité sociale ont atteint 141 milliards de dinars en 2007 selon la CNAS, la facture des remboursements des médicaments et autres actes médicaux endossés par cet même organisme à été multiplié par 3 entre 2001 et 2008, passant ainsi de 23 à 70 milliard de dinars.¹⁴⁹

Les faits sont aggravés par la faiblesse des recettes en relation avec la faiblesse des cotisations qui revient selon les analystes à la baisse continue des actifs et à l'accroissement du nombre des retraités et des ayants droits

Conscient du poids de certains coûts, l'Etat introduit de nouvelles mesures pour atténuer les dépenses, il s'agit par exemple des dernières mesures prises par le ministère de la sécurité sociale d'imposer aux femmes âgées de plus de 40 ans de subir un examen de mammographie en prévention du cancer du sein.¹⁵⁰

Les chiffres avancent que ce sont 30000 femmes qui sont concernés par ce type d'examen, il faut souligner aussi l'effort financier de l'Etat et de la sécurité sociale dans l'acquisition des équipements, recrutements des spécialistes dans la matière et autres moyens fournis gratuitement pour la réussite de cette opération

Selon le responsable du secteur les mesures concernant les examens prématurés devaient se généraliser à l'avenir pour concerner d'autres types de pathologies

En définitif, on peut dire que les efforts restent très faibles par rapport nombreux problèmes qui secouent cet organisme depuis de très longues années car le cadre législatif reste très loin des réalités économiques et sociales.

¹⁴⁹ Les dépenses de sécurité sociale en hausse, le quotidien d'Oran, 5 novembre, 2008

¹⁵⁰ Le dépistage gratuit du cancer du sein, Journal Liberté, 10 janvier, 2010

Conclusion

Si les limites rencontrées depuis une vingtaine d'années par les différents systèmes d'Etat Providence démontrent la nécessité d'engager des réformes profondes ; il faut toute fois souligner que l'État et ses systèmes de régulation collective demeurent aujourd'hui les meilleurs garants de la cohésion sociale. Seulement, il doit adapter son intervention aux évolutions de son environnement économique (concurrence sociale dans une économie mondialisée, vieillissement démographique, nouveaux comportements économiques et sociaux) et répondre de manière adéquate à l'émergence de nouveaux besoins sociaux.

Cette question se pose d'une manière cruciale ces derniers jours, surtout que les effets de la mondialisation commencent à peser lourdement sur les économies et le social de tous les pays. La récession économique mondiale avec en tête l'économie Américaine ne glorifie nullement le succès des idées libérales ou les adeptes de la régulation par le marché.

Trouver le moyen de réactiver l'assurance sociale dans le nouveau monde serait un idéal à atteindre dans un monde plein de turbulence.

Dans le cas Algérien, malgré toutes les difficultés et les nombreux problèmes de gestions des caisses d'assurances et du système de santé, il faut souligner l'effort redistributif de l'Etat en matière de santé ou' chaque fois qu'il est possible, ce sont des moyens énormes qui sont chaque année réservé à la santé des citoyens.

Seulement, il est temps de repenser le mode de gestion des caisses d'assurances pour garantir de meilleures couvertures des populations à risque qui ne cessent d'augmenter ces dernières années

CHAPITRE .III : LA REGULATION DES DEPENSES HOSPITALIERES

Introduction :

Avec l'ouverture du marché et la globalisation de l'économie, le monde entier a basculé dans la logique marchande.

La recherche de la rentabilité, l'amélioration de l'efficacité et la baisse des coûts sont des mots d'ordre qui unissent au jour d'Hui les préoccupations des dirigeants de tous les secteurs économiques.

Face à la raréfaction des ressources et le renforcement de la concurrence, le secteur de la santé n'a pu lui aussi échapper à ces impératifs ; pourtant la nature de l'activité médicale, la complexité des processus de production des soins, la socialisation de la demandeont depuis longtemps épargné ce secteur d'une quelconque évaluation ou introduction de critères de rationalité pour sanctionner les décisions prises dans ce domaine.

De même, beaucoup de justifications apportées jusqu'ici étaient d'ordre politiques économiques et surtout sociales.

On avançait aussi dans de nombreux travaux la difficulté de l'évaluation en raison du caractère intangible de la grande majorité des services de soins.

Au jour d'Hui, tous ces arguments ne sont plus très convaincants face à la croissance vertigineuse de toutes les dépenses de santé .L'orientation des politiques publiques va dans le sens d'une rationalisation des dépenses, notamment hospitalière alors que dans les années 1970 l'idée dominante était que « la santé n'avait pas de prix ».

Le nouveau contexte économique et social a complètement modifié ce schéma,

la croissance des dépenses (hospitalière surtout)impose donc de nouvelles règles et méthodes de gestions pour être d'abord en conformité avec les nouveaux modèles qui s'appliquent déjà dans d'autres secteurs économiques ,ensuite répondre à une plus grande recherche de rationalité dans ce secteur.¹

¹ Jean-Paul Daumin « Les réseaux ville-hopital : vers un nouveau mode de régulation en santé publique, CERAS –LAME, 2006

En effet, la question de la rationalité se pose de nos jours d'une façon très sérieuse car, les contraintes d'allocation des ressources pèsent lourdement sur tous les acteurs du système de santé (Etat, Sécurité sociale et ménages) et les outils jusqu'ici utilisés dans ce secteur sont loin de donner des résultats appréciables.

Ces derniers temps, une attention très particulière est prêté aux dépenses hospitalières pour une raison fondamentale que les coûts grimpent plus rapidement que le PIB et cela dans beaucoup de pays au mondes. D'autre part, les soins sont impulsés par un grand nombre de facteurs qui continuent de nécessiter des moyens financiers encore plus importants.

Section I motifs de la recherche de régulation dans le milieu hospitalier

A : Les fondements théoriques de recherche de la maîtrise des dépenses en milieu Hospitalier

Le début des années 1980 marque un grand tournant dans la théorie, l'idéologie, la place et le rôle de la santé dans tous les pays du monde.

Cette situation, et d'après tous les analystes revient à deux éléments essentiels :

- le retour en force des idées libérales
- et le recul net et croissant de l'Etat de toute la sphère économique.

. Dans le cadre intellectuel des Trente glorieuses, la santé a longtemps était considérée comme un vecteur de la croissance économique. Cette conception repose sur l'idée selon laquelle la croissance ne repose pas uniquement sur l'évolution du capital technique, mais également sur la productivité intrinsèque. La santé ne peut donc pas avoir de prix.

Avec la crise, cette opinion va progressivement se transformer ; car pour la plupart des pays, la croissance des dépenses de santé ne peut être plus rapide que celle du produit intérieur brut et appelle tous les responsables à s'impliquer dans la recherche de différentes méthodes de maîtrise des dépenses de soins.

La santé est désormais un coût pour la société, dont la croissance constitue une menace évidente pour l'équilibre économique. La préoccupation première des pouvoirs

Publics est de mesurer d'abord la croissance réelle des dépenses de santé.

Le discours libéral jugé comme hérétique pendant la période de domination keynésienne va favoriser l'objectivation d'un nouveau sens commun.

Dans le même temps, les grandes organisations internationales (Banque mondiale,

OCDE) s'inquiètent de la croissance « intolérable » des dépenses de santé et demandent à certains États de réduire leur volume de dépenses afin de ne pas alourdir leur niveau d'imposition.⁽²⁾

² Jean- Paul Domin « Les fondements théoriques de la politique de maîtrise des dépenses hospitalières et leurs applications pratiques (1983-2003), CERAS-OMI-lame, Université de Reims Champagne-Ardenne ,2004

Ces organisations vont s'appuyer sur l'économie de la santé pour construire une nouvelle doctrine qui se ressourcent principalement des théories de la bureaucratie ou du « public choice ».

Le but est d'essayer de prouver simultanément, l'inefficacité de l'intervention publique dans toute la sphère économique et d'apporter toute la richesse sur les nouvelles innovations marchandes.

De même, Le renouveau des théories micro-économiques va offrir aux pouvoirs publics un instrument d'action percutant

A.1 Ébranlement du cadre théorique keynésien et remise en cause de l'Etat Providence

A.1.1 Critique philosophique de l'État et de ses attributs

À partir du début des années 1970, le modèle keynésien est remis en question. La

Coexistence de forts taux de chômage et d'une inflation galopante accélère la critique

Des politiques économiques. L'environnement politique devient également favorable à l'émergence des idées libérales.

Les travaux de Friedrich Hayek vont constituer les fondements conceptuels de la critique de l'Etat Providence.

Il repose son analyse avant tout sur un refus de l'intervention publique et l'exigence d'une liberté économique totale qui serait d'après lui le rempart de la liberté politique.

De même, il fonde toute son analyse sur deux éléments fondamentaux : l'unicité de la liberté et la Limitation de la liberté en raison du monopole d'État. Par ces nouveaux travaux, Il va jouer un rôle considérable dans la reconstruction intellectuelle du libéralisme économique. Pour lui, le concept de liberté ne Constitue pas un choix politique, mais plutôt une nécessité s'appuyant sur la nature du Fonctionnement social et de l'esprit humain.

Selon lui, l'idée de justice sociale véhiculée par le modèle keynésien n'a aucun sens. Elle entend promouvoir une redistribution quasi égalitaire de la richesse mais ne peut conduire qu'à une résolution contraire.

Il appuie sa logique sur la philosophie grecque qui distingue l'ordre naturel (cosmos) qui est défini par la (physis)

Et l'ordre artificiel (taxis) qui est le fait de l'Homme. Selon Hayek, il existe un troisième

Ordre qualifié de spontané qui est le résultat d'une action humaine sans pour autant avoir été voulu. Dans toute société naît un ordre spontané qui est

le fait des relations humaines et Le marché peut être considéré comme un ordre spontané.

De même, le caractère parcellaire de la connaissance rend impossible la planification et seule la concurrence marchande peut coordonner de façon optimale l'ensemble des informations.

Dans la suite de ses idées, il précise que « Toute tentative de modification de l'ordre spontané né du marché est donc vouée à l'échec »³

C'est dans cette perspective que Friedrich Hayek va structurer sa critique de l'Etat Providence.

Pour lui, la liberté doit constituer l'origine de toute réflexion politique ; elle repose sur l'absence de coercition qui est appréhendée comme une menace perpétuelle.

Seul l'Etat bénéficie du pouvoir coercitif qui est d'ailleurs son seul monopole.

Dans cette perspective, il critique l'intervention étatique qui veut supprimer la liberté économique et qui porte atteinte par la même occasion à la liberté politique.

A titre d'exemple, il cite le système de protection sociale qui aurait outrepassé sa fonction de protection des plus faibles pour devenir une machine de redistribution des revenus.

Or, dans la théorie néo-classique, prendre aux catégories aisées en vue d'une redistribution aux plus pauvres revient à imposer à une minorité une règle qui ne s'applique pas à la majorité.

A.1.2 Critique économique de la croissance des dépenses publiques

Pendant la phase de croissance économique initiée après la seconde guerre mondiale, les dépenses de protection sociale en général et de santé en particulier étaient censées entraîner une augmentation de la main-d'oeuvre et un accroissement non négligeable du rendement moyen de la population

L'intervention des pouvoirs publics en la matière est considérée comme primordiale dans la mesure où elle doit se traduire par une augmentation de la production.

Cette approche repose sur l'idée selon laquelle la croissance ne s'explique pas uniquement par l'augmentation du capital, mais également par la productivité

Intrinsèque. La santé permet donc de produire un résidu qui favorise la croissance.

³ Friedrich Hayek, extrait du texte sur le libéralisme économique

Pendant longtemps, la reconnaissance de la vie humaine comme une valeur en soi a

Favorisé l'augmentation des dépenses : « la santé physique, psychique et sociale est dans les conceptions morales de notre civilisation sans prix »⁴

Cette conception va être remise en cause à partir du milieu des années 1980.

Le tournant des années 1970-1980 et le ralentissement de la croissance incitent certains économistes à porter un regard nouveau sur les dépenses de santé et de protection sociale.

Ils constatent des pertes nettes de produit national, qualifiées de pertes sociales sèches non compensées par des avantages. Beaucoup de travaux démontrent une corrélation négative entre le taux de croissance du Produit intérieur brut et le niveau des dépenses sociale.

De même, cet argument se répand pendant les années 1980 notamment grâce au travail de diffusion de l'OCDE.

En effet, les transferts sociaux et notamment les impôts qui permettent de les financer génèrent des problèmes de désincitation qui, non résolus, constituent un frein à la croissance.

Ainsi, l'augmentation des dépenses de protection sociale dans certains pays membres de l'OCDE jusqu'au milieu des années 1980 n'aurait pas amélioré la redistribution.

Cette tendance s'explique par l'existence de coûts irrécouvrables liés aux politiques sociales.

Dans le domaine de la santé, l'argumentaire libéral insiste sur le différentiel entre la hausse des dépenses et la croissance du Produit intérieur brut. Les recettes des organismes de protection sociale proviennent de cotisations sociales, patronales et de recettes fiscales liées à l'activité économique. Quand la croissance est forte, les revenus de la protection sociale augmentent. En revanche, tout ralentissement économique limite les recettes et favorise l'apparition de déficit.

Cet élément est central dans l'argumentaire libéral dans la mesure où il permet d'expliquer

L'origine du déficit : l'évolution du financement est ainsi déconnectée de la structure des

Dépenses.

Il est très logique qu'en période de dégradation de la conjoncture, les déficits apparaissent et augmentent. Cette situation exige selon les libéraux une réponse rapide des pouvoirs Publics.

⁴ Howard Oxley et Maitland MacFarlan « Réforme des systèmes de santé : Maîtriser et accroître l'efficacité » op. Cité pp 8-16.

Aussi, Il est clairement affirmé que si la croissance des dépenses de santé persiste des tensions sociales et des blocages économiques ne manqueraient pas d'apparaître. De ce fait, la maîtrise des dépenses sociales devient un objectif nécessaire d'adaptation à la crise économique.

A.1.3 Critique théorique de la bureaucratie hospitalière et élaboration d'un modèle Nouveau

A partir de la fin des années 1970 certains économistes libéraux vont commencer à critiquer le modèle de l'hôpital public issu du compromis keynésien de l'après-guerre. Cette critique s'inspire principalement des thèses « du public choice ».

Les économistes de la santé, en grande partie de la profession s'alignent progressivement sur le modèle néo-classique.

Quelques années plus tard, la théorie de l'agence renforcera le cadre conceptuel d'analyse du système de santé.

A.1.4. La critique du modèle bureaucratique hospitalier

Dès la fin des années 1970, la théorie néo-classique standard montre ses limites en matière d'analyse de l'hôpital.

La conception traditionnelle de l'hôpital entreprise suppose qu'il existe une convergence d'intérêts entre les médecins et la direction de l'établissement.

Elle interprète la fonction de l'hôpital comme celle d'une entreprise : les instances dirigeantes sont assimilées à celles d'une société privée et le directeur est comparé à un dirigeant d'une firme dans la mesure où son objectif repose essentiellement sur le succès de son établissement.

Cette approche n'est pas totalement satisfaisante ; car Le plus souvent, l'intérêt du directeur est d'atteindre l'équilibre budgétaire et les praticiens recherchent l'optimum thérapeutique.

D'autre part, le statut public et la production particulière empêchent l'utilisation des

Concepts traditionnels de la micro-économie.⁵

Certains économistes radicalement antiétatistes vont tenter de montrer l'inefficacité du modèle hospitalier public et le nécessaire désengagement de l'État autour de l'introduction de mécanismes concurrentiels.

⁵ Jean Paul Domin «Les fondements théoriques de la maîtrise des dépenses hospitalières », op. Cité p 4

A.1.4.1 L'évolution de La nouvelle micro-économie dans l'analyse de l'hôpital.

L'approche théorique développée par Robert Launois (1981) tente de dépasser les limites de la micro-économie standard en s'inspirant des études développées sur les institutions à but non lucratif. L'hôpital s'inscrit parfaitement dans cette perspective. Un tel système ne peut que générer des dysfonctionnements car il réduit ses membres à une situation de standardisation. Il existe, selon Robert Launois, trois types de dysfonctionnements dans des structures publiques :⁶

La rationalité limitée, l'existence d'un biais managérial et enfin l'inefficacité X. Ces trois éléments permettant de comprendre aussi les dysfonctionnements hospitaliers.

Au sujet de *la rationalité limitée* ; Les travaux d'Herbert Simon tentent de rénover la théorie de la firme en prenant appui sur la psychologie cognitive et l'observation des processus de décisions. Selon lui, le modèle néo-classique du choix rationnel est contestable.

En effet, tout individu connaît des limites neurophysiologiques qui l'empêchent de stocker ou de tirer rapidement une certaine quantité d'informations. Cette conception de la rationalité omnisciente ne permet pas d'expliquer selon Simon le processus de prise de décisions. Celui-ci est souvent limité par trois raisons principales : les problèmes de traitement de l'incertitude de l'information imparfaite, les limites de calculs des agents et les situations d'interdépendance stratégique.

Le modèle de rationalité procédurale insiste sur les procédures de décision et met l'accent sur des processus d'apprentissage (Mongin, 1984). Dans cette perspective, il convient de reposer le problème en termes de sous objectifs et non plus d'objectifs.

L'existence du biais managérial a été mise en évidence par V. Cyert et J. March

. Selon eux, l'entreprise est une organisation complexe qui prend souvent la forme d'une coalition de groupes et d'individus poursuivant des objectifs propres de défense de leurs intérêts personnels et de développement de leurs pouvoirs.

Les objectifs de la firme sont définis au travers de négociations ouvertes entraînant un relâchement organisationnel ou « biais managérial ». Pour maintenir la cohésion du groupe, il est donc nécessaire de constituer un budget discrétionnaire utilisé par les dirigeants pour être réparti entre les différents agents de l'entreprise afin de négocier leur adhésion aux objectifs de la firme.

⁶ Hachimi Sanni yaya ; les partenariats privés public comme nouvelle forme de gouvernance et alternative au dirigisme étatique : ancrages théoriques et influences conceptuelles ; Revue de l'innovation, N°19, 2005

Longtemps ignoré par les économistes des organisations, cette thèse sera réutilisée à la fin des années 1980 pour l'analyse de la bureaucratie.

7

Enfin, l'hypothèse de l'inefficacité X émise par H. Liebenstein a été appliquée à la bureaucratie. Il avance dans son travail que dans n'importe quel type de structure, il est difficile de contrôler strictement l'efficacité du travail. Celle-ci traduit l'écart entre le niveau des dépenses de production et le niveau des dépenses effectives.

La plupart des firmes sont en situation sous optimales ; elles ne peuvent atteindre un certain « optimum » que grâce à une variable organisationnelle déterminant l'intensité et la qualité du travail. Dans cette configuration particulière, des mécanismes incitatifs doivent permettre d'intensifier la production.

Dans la même suite d'idées ; le modèle théorique de Robert Launois s'inspire des approches développées précédemment et repose sur la « boîte noire » et celui qui la dirige : le manager hospitalier. Car, c'est ce dernier qui a tendance à monopoliser l'information qu'il détient.

Dans ce type de structure, le fonctionnement est conditionné par le budget qui est décidé par l'autorité de tutelle en fonction d'une estimation qui dépendra du coût bureaucratique, de l'utilité sociale et de la demande sanitaire.

Le directeur de l'établissement a donc tout intérêt à maximiser son utilité individuelle en augmentant les dépenses de l'hôpital.

L'institution cherche donc à accroître ses ressources financières en maximisant le budget qui lui est alloué.

Pour sa part, cette situation conduit le directeur à augmenter la production excédentaire, ce qui correspond à un optimum de second rang qui est une situation sous optimale.

De ce fait, il apparaît un biais discrétionnaire : le directeur n'a aucun intérêt à réaliser des bénéfices dans la mesure où il est dans une structure non concurrentielle.

De même, l'administrateur n'est pas rémunéré en fonction des résultats obtenus. Au contraire, il a tendance à multiplier des dépenses pour utiliser de façon optimale le budget.

Il n'a donc pas intérêt à rechercher l'optimum. Dans ces conditions, les excédents sont transformés en dépenses supplémentaires.

Mais, cette première explication n'est pas satisfaisante en matière de prise de décision au sein de l'établissement. Robert Launois tente de lever cette

⁷ Hachimi Sanni yaya op.cité pp 20

hypothèque en expliquant les relations entre les différents corps professionnels.⁸

En effet, chaque décision prise dans un établissement est fonction des objectifs des corporations.

Robert Launois distingue quatre groupes principaux et leurs objectifs particuliers.

Les membres de l'équipe de direction ont une fonction utilité reposant sur le revenu qu'ils espèrent retirer de cette activité. Mais, il existe également des arguments non monétaires que l'on peut regrouper autour du prestige de la fonction. Or, la réputation de l'équipe de direction provient essentiellement de la qualité que l'on prête à l'établissement public.

Le plateau technique a une importance non négligeable dans cette réputation.

Les médecins ont également une place à part dans l'institution hospitalière. Les arguments monétaires et non monétaires existent mais de façon différente. Le corps médical exerce une fonction si importante dans l'établissement que ce dernier leur donne toujours les moyens d'exercer leur activité. Ils pèsent dans le choix du matériel et cherchent à multiplier le capital technique pour répondre à la demande de soins. Si on suit cette explication, les médecins sont autant responsables que le personnel technique de l'accroissement des dépenses.

Mais, ce poids confère aux médecins un pouvoir dans la gestion de l'établissement. C'est ici que le conflit avec la direction commence, deux logiques s'affrontent. Les premiers cherchent à diminuer la durée de séjour afin de garder une partie des lits de libres (pour répondre à la demande supplémentaire). Les seconds veulent allonger la durée de séjour et accroître le nombre d'admission afin de rentabiliser le matériel.

Le rôle du personnel non médical est moindre, il peut toutefois influencer l'allocation des ressources en demandant une augmentation des effectifs, une revalorisation des salaires ou une amélioration des conditions de travail.

Enfin, la tutelle joue un rôle fondamental dans l'allocation des ressources aux établissements publics. La structure de l'hôpital public conduit à la réduction du niveau d'effort et à l'émergence d'une situation généralisée d'inefficacité.

La logique bureaucratique fait disparaître, selon les tenants du libéralisme médical, l'incitation de recherche de « coûts minima »

⁸ Jean Paul Domin OP CITÉ pp 5-9

Les divergences d'intérêts entre les différents corps professionnels par ce qui est appelé une « boîte noire » quand l'hôpital est dirigée par un bureaucrate permet d'expliquer également la croissance des dépenses.

En effet, bien que les différents groupes aient des divergences, ils se regroupent autour d'un objectif commun : la maximisation du budget de l'hôpital.

De même, en pratique la situation est plus complexe car, les agents tentent de maximiser leur utilité par d'autres moyens.

Globalement, cette analyse tente à montrer l'inefficacité du système public hospitalier pour favoriser par la même occasion l'émergence de solutions marchandes.

A.1.4.2 L'analyse de l'hôpital à travers la théorie de l'agence

La nouvelle micro-économie, notamment la théorie de l'agence, constitue actuellement le modèle d'analyse dominant des formes d'organisation économique. Elle trouve son origine dans les dysfonctionnements analysés dans le paradigme néoclassique et recouvre presque la totalité des relations contractuelles entre deux agents.

L'agent ne cherche plus à maximiser sa fonction utilité, mais tend vers celle-ci en tenant compte de l'univers incertain dans lequel il se trouve.

L'information devient donc le centre du processus de décision et l'agent doit en faire le meilleur usage.

Dans cette configuration, tout contrat liant deux parties est marqué par l'incomplétude.

Le principal n'est pas en mesure de contrôler l'action de l'agent sans coûts.

Cette approche théorique tend alors à construire un modèle opératoire incitant l'agent à maximiser la fonction utilité du principal. Dans la mesure où cet objectif apparaît difficilement réalisable, le principal se bornera à un système d'incitation et de surveillance visant à normaliser le comportement de l'agent.

L'émergence de la théorie de l'agence dans le domaine de la santé date du milieu des années 1980. Cette approche entend pallier les limites du modèle standard qui ne prend pas en compte l'existence de comportements opportunistes chez les agents. Dans cette perspective, le contrat serait le seul moyen de coordonner les actions des agents.⁹

La théorie de l'agence constitue, selon ses partisans un mode d'analyse opératoire, pour rendre compte des relations entre l'hôpital et la tutelle qui, par

⁹ Philippe Mossé, L'économie du système hospitalier : le délicat problème de l'incitation ; LEST UMR, Moscou, Octobre 2004

essence, sont caractérisées par une in observabilité des efforts. Il s'agit d'une relation d'agence avec antisélection et aléa moral.¹⁰

Tout le problème consiste à savoir comment la tutelle pourra-t-elle assurer une allocation optimale des ressources aux établissements hospitaliers. Dans ce type de relation, le principal (la tutelle) est confronté à deux types de difficultés. L'antisélection parasite sa prise de décision de financement et l'aléa moral l'empêche de savoir comment l'agent remplit effectivement sa part du contrat.

La relation entre le directeur de l'établissement et son autorité de tutelle peut être qualifiée de relation d'agence. Les pouvoirs publics (tutelle) tiennent le rôle de principal ; l'administration hospitalière représente, quant à elle, l'agent.

Son action est inobservable par les pouvoirs publics. En outre, elle bénéficie de l'ensemble des informations relatives aux coûts, à la production et aux services produits dans l'établissement. En fonction de l'information qui lui est transmise, le principal lui alloue un budget. Dans cette perspective, l'administration cherche à maximiser son budget discrétionnaire. La collectivité escompte que l'administrateur utilisera de façon optimale son budget en soignant tous les malades au moindre coût. En contrepartie, il reçoit une rémunération (directe et indirecte) publique qui n'est déterminée ni par l'effort ni par le résultat.

Le principal maximise son utilité en fonction du budget alloué à l'établissement mais également en fonction d'un niveau de production de soins. Il s'agit d'une relation d'agence avec risque moral (puisque l'effort de l'administrateur n'est pas mesurable) et avec antisélection (la tutelle ne connaît pas la formation des coûts dans l'hôpital et n'a qu'une connaissance statistique des charges en milieu hospitalier). Dans le cadre d'une relation bilatérale de ce type, la volonté de l'administrateur sera de maximiser son utilité individuelle. L'arbitrage du directeur varie entre la maximisation du budget alloué et la minimisation de l'effort. En revanche, la tutelle a comme objectif de mettre en place un système incitatif visant à maximiser la production de soins et à minimiser le budget alloué.

Une relation identique se développe entre l'administrateur (principal) et les médecins

(Agents). Les praticiens hospitaliers sont des producteurs de soins. Certains sont chefs de service et dirigent un centre de responsabilité. Leur revenu est indépendant de la volonté de l'administrateur puisqu'il est seulement assuré par la tutelle. Le directeur n'a pas à rétribuer l'effort du médecin de façon monétaire. En revanche, l'administrateur a la charge d'allouer aux différents services un budget. Il peut inciter le médecin à diminuer ses dépenses en

¹⁰ Sophie Béjean « Economie du système de santé, du marché à l'organisation » ED Economica, 1994 pp 84-90

fonction du budget qu'il décide d'attribuer à son service. L'utilité du praticien résulte de sa rémunération (qui est un élément exogène car décidé par le ministère), de son pouvoir et de son prestige (tous les deux liés à la qualité du service et à la place du plateau technique...). Ces deux derniers éléments dépendent du budget alloué par l'administration.¹¹

Le médecin (agent) est détenteur de l'information sur les coûts. Le directeur (principal) ne pourra donc se fier qu'aux messages envoyés par le médecin pour déterminer le budget. Dans cette perspective, ce dernier aura tout intérêt à maximiser la taille de son service pour accroître son budget. En outre, la demande de soins hospitaliers étant aléatoire, la capacité d'accueil du service sera excédentaire et l'administrateur en supportera la charge. Les deux acteurs auront donc des objectifs différents, voire antagonistes.

Il existe une relation d'agence avec risque moral si le niveau d'effort du médecin est inobservable. Il y a même un phénomène d'antisélection si l'administrateur ne peut qu'observer la moyenne des coûts et non les coûts formés dans chaque service. La logique de ce dernier sera de maximiser un budget discrétionnaire tout en minimisant son effort. Il devra donc forcer le médecin à révéler l'information sur ces besoins par l'intermédiaire de contrats incitatifs. L'objectif de l'administrateur sera de diminuer les coûts d'hospitalisation dans chaque service. Cette tentative d'économie se fera au détriment de la qualité. La mise en concurrence des services devrait permettre, selon les spécialistes, d'éviter la détérioration de la qualité.¹²

Le renouveau de la théorie néo-classique et le tournant libéral des années 1980 ont profondément influencé les politiques hospitalières mises en oeuvre depuis une vingtaine d'années. Les pays à système beveridgiens, en s'inspirant des méthodes du

New public management issues de la théorie de l'agence, ont été les premiers à réformer leurs hôpitaux autour d'une double logique : régionalisation et mise en concurrence des producteurs de soins.

A.2. La réforme des principaux systèmes hospitaliers en Europe

La réforme du *National Health service* en 1991 constitue une première application concrète de la nouvelle micro-économie. Elle a profondément influencé les politiques hospitalières en Europe.

¹¹ Michel Mougeot, Florence Naegelen ; Asymétrie d'information et financement des hôpitaux, une comparaison des modes d'organisations des systèmes de santé ; Revue économique_ VOL49 septembre 1998, pp1323-1343

¹² Michel Mougeot, Régulation du système de santé, la documentation française, Paris 1999

A.2.1 La réforme du National Health service

Le Service national de santé britannique *National Health Service - NHS* - a été créé en 1948 pour mettre à la disposition de la population des soins gratuits financés principalement par l'impôt.

Le système britannique était organisé autour des omnipraticiens et des hôpitaux. Les médecins généralistes (*General practitioner*) constituent le premier niveau d'intervention. Ils filtrent l'accès aux consultations spécialisées des hôpitaux, assurent la continuité des soins et exercent une mission de santé publique. Ils sont indépendants, mais bénéficient d'un contrat avec le *NHS*. Leur système de rémunération combine la capitation, le remboursement des frais professionnels et le paiement à l'acte. Les établissements hospitaliers ont le monopole des consultations spécialisées, des examens complémentaires et des urgences. Ils sont financés par un mécanisme d'enveloppe globale, calculé en fonction des caractéristiques démographiques et sanitaires de la région.

À la fin des années 1980, le *NHS* connaît un déclin important de sa popularité. Les indicateurs de santé sont à peine proches de la moyenne européenne.¹³

La densité médicale est plus faible qu'en France et en Allemagne, le dysfonctionnement est le plus visible et prend la forme de files d'attente de plus en plus longues, notamment dans le secteur de la chirurgie.

Cette situation favorise le développement du secteur privé financé par des assurances privées et offrant des services personnalisés aux patients.

Au sein même du *NHS*, les disparités sont assez fortes. Malgré une administration nombreuse, les modes de contrôles sont quasi inexistantes. Cette configuration favorise une croissance des coûts : la part des dépenses de santé dans le Produit Intérieur Brut prend des proportions alarmantes.

Le changement politique opéré au début des années 1980 facilite l'émergence d'une nouvelle idéologie issue des théories du « public choice » selon lesquelles le mécanisme de la prise de décision publique n'est optimal que dans une situation de concurrence.

La réduction de la taille de l'État s'inscrit dans la perspective d'une nouvelle philosophie politique : plus les activités publiques sont importantes, plus le nombre de fonctionnaires augmente, plus les libertés publiques sont menacées.

Le livre blanc *Working for patient* inaugure une longue phase de réforme caractérisée par la mise en oeuvre d'un quasi-marché.

Ce modèle théorique s'inscrit dans une logique de réduction des dépenses publiques, articulée autour d'une réforme radicale de l'Etat Providence fondée

¹³ M Grignon « la réforme du NHS EN 1990 : une autre interprétation », Revue Française des affaires sociales, volume LIV N°3-4, p 203 207

sur la mise en concurrence des opérateurs. Le financement par les pouvoirs publics du service concerné (santé, éducation) est conservé, mais au lieu d'être les fournisseurs, ils limitent leur rôle à celui d'acheteur.

La fourniture par l'État du service est ainsi remplacée par un dispositif de mise en concurrence des prestataires de service.

Selon ses promoteurs, le plan doit permettre de sortir d'une économie dirigée pour tendre vers un système marchand dominé par la concurrence.

La réforme intervient à partir de 1991, elle a pour objectif de permettre au *NHS* d'être plus attentif aux besoins des consommateurs. Dans cette réforme, Le *NHS* est toujours planifié et administré de façon centrale, elle maintient le financement fiscal de l'assurance maladie mais la gestion des services est totalement décentralisée.

Désormais, les administrations sanitaires de district agissent comme des acheteurs de services sanitaires au profit des patients du district.

La réforme a modifié aussi et en profondeur, le fonctionnement des cabinets et des établissements hospitaliers. Pour les premiers, elle introduit une nouvelle fonction : le cabinet de généraliste gestionnaire d'un fonds.¹⁴

En effet, les cabinets dépassant une certaine taille peuvent désormais choisir de devenir gestionnaires d'un fonds ou acheteurs de services sanitaires pour le compte de leurs patients.

Ces *General Practitioner Fundholder (GPFH)* peuvent détenir des fonds destinés aux hôpitaux.

L'enveloppe qu'ils reçoivent couvre les frais de personnel, les dépenses pharmaceutiques et le coût des examens. Elle est fixée en ex ante.

Les généralistes achètent désormais aux établissements de soins des services pour leurs patients, ils sont donc incités à faire des économies et doivent les utiliser au bénéfice de leurs patients sous forme de ristournes ou de services nouveaux.

Dans le domaine hospitalier, l'objectif de la réforme de 1991 a été d'introduire des éléments de flexibilité dans un système réputé sclérosé

Depuis cette date, les autorités publiques sont devenues des acheteurs de soins. Les hôpitaux, qui étaient auparavant sous leur contrôle, ont été progressivement transformés en « *Trust hospitals* », fondations indépendantes et autogérées. Leur budget n'est dorénavant plus fixé par l'autorité sanitaire, au contraire ils vendent des services de soins aux autorités sanitaires ou aux cabinets de groupe. Les prix sont calculés selon une méthode de tarification à la pathologie.

¹⁴ L.Chambaud, D.Lequet, M. Duriez « Le système de santé britannique ; cinq ans de réforme », actualité et dossier en santé publique N° 9, 1994

En théorie, la concurrence entre les prestataires a pour objectif d'élargir le choix des consommateurs. Mais dans les faits le fonctionnement n'est pas totalement optimal.

En effet, douze ans après le début des réformes, les avis sont assez partagés sur ses résultats.

Les partisans d'un système concurrentiel déplorent les lenteurs de la réforme ; pour les pouvoirs publics ils considèrent que la situation est plutôt pseudo concurrentielle dans la mesure où le financement reste socialisé et où le patient n'est pas en mesure d'agir sur son degré de couverture.

D'autre part, la régulation publique n'a pas été remplacée par une concurrence par les prix. Au contraire, les médecins détenteurs de fonds et les autorités locales n'ont pas changé de pratiques et ont tenté d'établir des relations privilégiées avec les hôpitaux.

Quelques années plus tard, la réforme s'est concrétisée par un désengagement plus profond de l'État. Ses effets sont assez graves pour les généralistes gestionnaires de fonds (GPFH). Certains d'entre eux s'inquiètent d'une dérive financière et s'émeuvent de l'abandon des principes de l'éthique médicale, car il existe beaucoup de possibilités de sélection des risques.¹⁵

Les médecins qui détiennent des budgets sont implicitement incités à décourager les patients à risques qui peuvent s'inscrire dans leur clientèle afin de minimiser leurs coûts surtout que les contrats passés avec les prestataires de services ne contiennent que des clauses limitées sur la qualité des soins.

D'autre part, la réforme s'est traduite par une légère amélioration de la gestion des établissements de soins, mais la liberté tant prônée par les partisans de la réforme est à l'origine de nombreux effets pervers.

La remise en cause des investissements coûteux des *NHS Trusts* au profit de l'amélioration de certains services chirurgicaux constitue un frein à la modernisation du système.

Toutefois, la liberté reste surveillée par le ministère de la Santé qui organise le rationnement des soins et fixe le régime financier des prix des prestataires de services.

D'autre part, les établissements autogérés ont peu de marges de manoeuvre en matière d'épargne dans la mesure où ils doivent présenter des bilans équilibrés.

Cette situation est peu encourageante pour les cabinets, surtout en investissement car, les apports de fonds privés sont restreints et leur capacité financière est limitée

¹⁵ Pierre Volovitch, le NHS Britannique après la réforme, actualité et Dossier en Santé Publique, N° 18, Mars 1997

Aussi, Le *NHS* reposait à l'origine sur la gratuité des soins pour l'ensemble de la Population, ce principe fondateur a été sacrifié par la nouvelle réforme et peu de personnes peuvent au jour d'Hui bénéficier de la gratuité totale.

À plus ou moins long terme, la dégradation du *NHS* risque de se traduire par le développement d'une médecine à deux vitesses. La privatisation se caractérise déjà par un accroissement des inégalités d'accès aux soins.

Malgré son caractère universel, le *NHS* n'assure pas aux populations défavorisées un accès suffisant aux soins.

A.2.2 L'influence du modèle Britannique en Europe

Les réformes initiées au début des années 1990 en Grande-Bretagne ont profondément influencé d'autres systèmes Beveridgiens (Italie, Scandinavie, ...).

L'exemple italien est significatif de cette logique de désengagement de l'État. Un service national de santé universel et s'apparentant au modèle britannique, a été mis en oeuvre en 1978.

L'État distribue aux régions des ressources calculées sur le volume de leur population.

Ces ressources sont transférées à des autorités sanitaires locales grâce à une méthode de budgétisation globale effectuée a posteriori.

Les hôpitaux sont, quant à eux, financés par un mécanisme d'enveloppe auquel s'ajoute un financement d'honoraires par journée d'hospitalisation. Les excédents sont ensuite reversés à l'administration. Ce système correspond, selon certains auteurs, au modèle méditerranéen d'Etat Providence générateur de dysfonctionnements administratifs.

Depuis 1995, les pouvoirs publics privilégient une privatisation partielle du système national de santé. Tous les établissements de soins sont désormais rémunérés selon un barème fixé a priori et assis sur des groupes homogènes de malades (GHM). La concurrence entre prestataires de services est encouragée sur le modèle britannique de l'adjudication des services publics.¹⁶

La seconde voie envisagée est celle de la concurrence au sein du service public. Cette solution reviendrait à donner la possibilité aux consommateurs de choisir eux-mêmes les prestataires de services. Pour ses partisans, ce système est efficace et ne remet pas en cause l'équité. Les adversaires de la privatisation ont déjà pointé quelques dysfonctionnements possibles. Le système de tarification aux GHM est susceptible de favoriser un écrémage au détriment des personnes aux pathologies lourdes. D'autre part, la spécificité du

¹⁶ S. Chambaretauds, D. Lequet-slama « les systèmes de santé Danois, Suédois et Finlandais, réformes et accès aux soins », études et résultats N° 214

dispositif italien conduirait les hôpitaux à se trouver en état d'infériorité par rapport aux cliniques privées.

Pays scandinaves : Les systèmes de santé des pays scandinaves reposent également sur des principes Beveridgiens (couverture et accès aux soins universels et financement fiscal) et évoluent depuis les années 1990, vers un modèle plus ou moins élaboré de marché interne.

Le système suédois est l'archétype du modèle Beveridgiens. En 1946, le Parlement adopte le principe d'un dispositif d'assurance maladie universelle. Le modèle est essentiellement articulé autour des établissements hospitaliers et la distribution des médicaments est nationalisée.

Depuis 1992, la réforme Ädel propose trois objectifs nouveaux : l'élargissement du choix des patients, la réduction du contrôle central et l'incitation à la mise en oeuvre de la concurrence.

. Les comtés affectent désormais des ressources à leurs districts sanitaires locaux qui sont chargés d'acheter des services de soins aux hôpitaux.

En Finlande : depuis 1993, une réforme a institué des principes quasi marchands.

Désormais les pouvoirs du gouvernement central sont réduits, le ministère des affaires sociales et de la Santé définit des grandes lignes de la politique et garde un contrôle sur les municipalités par l'intermédiaire du Conseil de Sécurité. Les municipalités achètent des services de santé aux établissements de soins et passent des conventions avec les praticiens exerçant dans le secteur privé.

La réforme de 1993 a entraîné une baisse des contributions publiques dans le financement hospitalier et a modifié la source du revenu des établissements de soins.

Les inégalités financières sont donc assez nombreuses. Cette configuration favorise des inégalités d'accès aux soins qui se caractérisent par la formation de listes d'attente dans certaines municipalités.

Le système danois : est depuis 1973 ouvert à toute la population et financé à 85 % par la fiscalité locale et nationale.

En 1997 un rapport d'expert a préconisé une extension de la liberté de choix de l'hôpital par le patient et une meilleure répartition des personnels médicaux.

Depuis l'an 2000, le remboursement de séjours hospitaliers de patients soignés hors de leur comté de résidence se fait sur la base d'un prix uniforme de DRG. Mais seulement 1 % des séjours de patients soignés dans leur comté de résidence s'effectuent sur la base d'une tarification à la pathologie. Ainsi moins de 10 % des revenus des hôpitaux s'appuient sur une tarification de ce type.

Le changement de référentiel en matière politique de santé publique, initié en

Grande-Bretagne et expérimenté dans quelques pays européens, a été progressivement transféré au modèle français. L'évolution de la structure du paysage hospitalier en

Constitue un exemple probant.

A.3 L'évolution de la politique hospitalière en France

Depuis le milieu des années 1980 les politiques de réforme hospitalière s'articulent autour d'un triple objectif : la réforme de la tutelle publique, la mise en oeuvre de techniques de management et la refonte du financement. Toutes les réformes mises en oeuvre depuis le milieu des années 1980 doivent être appréhendées à la théorie néo-classique.¹⁷

A.3.1 De l'État omniprésent à l'État absent

La théorie néoclassique, notamment la théorie du « public choice », véhicule l'idée selon laquelle la réduction du poids de l'État a pour objectif d'accroître les libertés publiques.

Dans cette perspective, le désengagement de l'État du secteur hospitalier apparaît comme une solution optimale.

La relation entre l'État et les établissements de soins est centrale. Avant 1981, les communes ont un rôle prépondérant dans la gestion des établissements hospitaliers.

Depuis 1983, les pouvoirs publics manifestent leur volonté de voir le rôle de la tutelle évoluer et insistent sur la régionalisation de la politique hospitalière.¹⁸

L'organisation tutélaire reste en effet trop complexe. Les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) exercent une partie du pouvoir de tutelle.

Leur mission est triple : contrôle de l'équipement hospitalier, détermination et approbation du budget, vérification de la conformité de certaines décisions administratives.

La tutelle est partagée avec les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) qui ont pour rôle d'élaborer la carte sanitaire et le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et d'approuver l'acquisition d'équipements lourds par les établissements.

¹⁷ Marina Serré ; De l'économie médicale à l'économie de la santé, genèse d'une discipline scientifique et transformations de l'action publique ; in Actes de Recherche en sciences sociales N°143, 2002

¹⁸ « Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé » Extrait d'un document publié par le haut comité de la santé publique, juin 1998

L'ordonnance du 24 avril 1996 renforce la logique de territorialisation en créant des Agences Régionales de l'hospitalisation (ARH).¹⁹ Ces structures ont deux objectifs :

Renforcer la cohérence des actions menées par les secteurs public et privé et restructurer l'offre de soins hospitaliers.

Ce concept s'inscrit dans la thèse du *New public Management* qui prend appui sur un corpus théorique emprunté aux théories du « public choice » et du marché public, mais également aux approches néo- institutionnalistes.

Cette littérature se propose de réformer les organisations publiques, afin qu'elles agissent dans le meilleur intérêt du public par l'intermédiaire de mécanismes marchands.

L'objectif est de réformer l'administration autour de plusieurs unités de production atomisées. Cette fragmentation est censée faciliter la gestion, tout en accélérant les gains de productivité.

Les agences régionales de l'hospitalisation ont la forme de groupement d'intérêt public. Elles réunissent des pouvoirs auparavant attribués aux Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), aux Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et aux Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM).

Leur mission est triple : mettre en oeuvre la politique hospitalière régionale, coordonner l'activité des établissements publics et privés et déterminer leur niveau de ressources.

A.3.2 régionalisation des soins

La régionalisation des soins repose sur le principe d'attribuer les moyens financiers de la collectivité en tenant compte des caractéristiques épidémiologiques de chaque région.

L'idée aussi est de développer tous les moyens de préventions contre les pathologies dominantes dans une région donnée.

La régionalisation obéira aussi à un principe de spécialisation qui à l'avenir pourra concentrer les pratiques médicales dans une région ce qui évitera un émiettement des facteurs de productions de soins : personnel médical, équipement et consommables.

La régionalisation s'appuie sur les principes de la carte sanitaire qui veille sur une répartition médicale et financière des moyens fournis par l'Etat ce qui peut lui accorder un grand contrôle sur l'utilisation et l'affectation des ressources.

L'objectif donc est une recherche d'efficacité et d'économicité puis qu'il s'agit de réduire les dépenses publiques.

¹⁹Corinne Larmoire, évolution du système de santé Français : Les structures de prise en charge, ARH, (Agence Régionale D'hospitalisation) , 2006

A.3.3 L'introduction du nouveau management hospitalier

La réforme de l'organisation interne des établissements de soins a commencé dès le milieu des années 1980 son objectif est de flexibiliser le fonctionnement et de limiter les lourdeurs administratives.

La critique du fonctionnement bureaucratique des hôpitaux constitue la ligne directrice de la nouvelle réforme.²⁰

Selon les auteurs de la nouvelle réforme, la planification sanitaire, définie par la loi de 1970, serait l'origine des maux de l'hôpital public. La seule solution serait alors que l'État se désengage de la gestion hospitalière.

Ces idées seront partiellement reprises dans la loi du 3 janvier 1984. Celle-ci met en oeuvre la départementalisation et instaure un découpage des établissements en centres de responsabilité, inaugurant ainsi l'expérimentation d'une direction par objectifs.

Le concept d'hôpital entreprise va être poursuivi en France par les successeurs de Jean de Kervasdoué, notamment Gérard Vincent par ce qui est appelé La démarche par objectifs

Cette logique s'inscrivait à l'époque à la croisée du projet d'entreprise et du courant de management « stratégique-marketing ». L'idée centrale, selon ses partisans, est de fédérer des forces antagonistes autour d'un projet commun, qu'est le projet d'établissement.

La loi oblige même les hôpitaux à élaborer ce type de projet.

Le projet d'établissement s'articule autour de quatre sous projets : le projet médical, le projet de services, le projet de soins infirmiers et le projet social. Ces deux derniers projets sont importants aux yeux des pouvoirs publics. Ils inscrivent la participation du corps infirmier à la définition des grandes orientations des établissements. Principale revendication des mouvements sociaux de l'automne 1988.

Cette période du début des années 1990 voit fleurir un discours nouveau sur la conduite du changement. Certains cabinets de consultants se spécialisent dans la modernisation des services publics. Quelques établissements vont plus loin dans la définition d'une démarche marketing, dans l'introduction des cercles de qualité ou dans la mise en oeuvre de politiques sociales innovantes. L'assistance publique va même jusqu'à créer une structure de formation au management ouverte aux praticiens hospitaliers.

Dans les faits la révolution managériale s'est limitée au seul discours politique et à quelques revues spécialisées, son application a été peu suivie, les directeurs d'établissement n'ayant eu aucune formation sur les nouvelles exigences de gestion s'impliquent modestement au projet.

²⁰ Jean Paul Domin, l'Etat et le marché au chevet de l'hôpital public, Fondation Copernic, 22 Décembre 2001

Malgré l'échec avéré de ces mesures, le plan Hôpital 2007 entend poursuivre dans cette voie en expérimentant deux techniques : la contractualisation interne et le management.

A.3.3.1 La contractualisation interne

Repose sur une idée principale qui est celle de regrouper les services et les unités fonctionnelles en pôles d'activités dont la création relève des prérogatives du Conseil d'administration. Le responsable du pôle définit contractuellement avec le directeur de l'établissement et le président de la Commission médicale d'établissement (CME) les objectifs d'activité et de qualité et les moyens du pôle. Il élabore, avec le conseil de pôle, un projet.

. En effet, après son approbation par le représentant de l'État, le projet garantit à l'hôpital un niveau minimum de financement permettant de mener à bien les orientations retenues par le projet.

A.3.3.2 La mise en œuvre de techniques de management

Devrait permettre, selon ses partisans, d'améliorer le fonctionnement des établissements. Plusieurs voies sont envisageables. Le recrutement par contrat doit permettre à un hôpital de recruter des praticiens sans passer par la voie principale du concours, notamment pour les spécialités. Cette mesure va de pair avec des modalités de rémunération et d'intéressement rompant avec les principes de la grille indiciaire et de la progression à l'ancienneté.

La mission sur la modernisation des statuts esquisse une réforme possible du statut des personnels en insistant sur la démotivation et la non-reconnaissance professionnelle. Pour les personnels infirmiers, les auteurs proposent des évolutions de carrières, la mobilité au sein des équipes, la formation continue afin d'évoluer vers l'encadrement.

Le décalage entre le discours et la réalité était flagrant.

Dans les faits, la révolution managériale n'a pas séduit les personnels et la politique de maîtrise des dépenses a agrandie le malaise entre le ministère et les personnels, ces derniers sont restés assez sourds au référentiel managérial

A.3.4 La transformation du financement hospitalier

L'évolution du financement hospitalier depuis les années 1980 s'inscrit dans la perspective du développement des thèses libérales. La responsabilisation des acteurs et l'autonomisation de la gestion en sont le leitmotiv.

La question du financement hospitalier a toujours été épineuse ; Introduit à la fin du

XIXe siècle pour financer le séjour de malades particuliers (mutualistes, bénéficiaires de

L'assistance médicale gratuite : AMG, ...), le prix de journée couvre à l'origine les seules charges hôtelières, son mode de calcul est souvent hasardeux.

À partir des années 1970 ce mode de financement est critiqué pour son caractère inflationniste.

Plusieurs facteurs sont avancés pour expliquer cette augmentation : la prolongation de la durée des séjours, l'augmentation des salaires des personnels soignants, la densification médicale et la croissance de la consommation médicale.

Pour maintenir cette croissance, beaucoup de pays notamment la France expérimentent trois nouveaux systèmes : le prix de journée éclaté, décliné sous deux formes différentes, et le budget global.²¹

La nouvelle réforme s'inscrit aussi dans une logique libérale de responsabilisation des gestionnaires hospitaliers avec la création de centres de responsabilité et de centre d'activité.

B. Fondements économiques de la maîtrise des dépenses hospitalières

Au début des années 80 et avec la chute du mur de Berlin, le monde entre dans une nouvelle phase de l'histoire. Les idées du communisme ne font plus la joie des peuples ; les pays capitalistes développent à leur tour une doctrine nouvelle qui donne plus de prérogatives aux lois du marché. En même temps, de nouvelles idées émergent et font appel à la démocratie, aux droits de l'homme. Elles ne peuvent se concrétiser d'après ses initiateurs que grâce à une plus grande liberté individuelle et collective.

Dans ce contexte se dessine aussi une nouvelle conjoncture économique ; qui frappée par la récession impose aux Etats de revoir ses priorités.

Le fonctionnement public est revu dans son ensemble n'épargnant aucun secteur économique même pas celui de la santé ou de l'éducation.

B.1 Croissance non maîtrisée des dépenses de santé

Les dépenses de santé ont depuis longtemps constituées une part importante des dépenses publiques en raison surtout de leur répercussions directes sur la santé, la productivité et surtout le bien être de la population.

²¹ Michel Mougeot « La tarification hospitalière : de l'enveloppe globale à la concurrence par comparaison », Annales d'économie et de statistiques N°58 ,2000

Mais, il est constaté ces dernières années une progression illimitée dépassant même le seuil tolérable du PNB.²²

Le climat de crise et de récession économique n'a pas facilité à l'Etat ni aux ménages ou aux différents acteurs de trouver des moyens supplémentaires pour financer cette croissance.

Tous les efforts se sont concentrés sur deux actions essentielles :

- rechercher d'abord à maîtriser cette croissance dans un intervalle défini
- redistribuer cette croissance entre de nouveaux acteurs (ménages notamment)
- Trouver dans le système les centres de concentration des dépenses pour trouver ensuite les moyens de les maîtriser ou les rationaliser

B.2 Attributs et moyens du contrôle des coûts en milieu hospitalier :

L'ensemble des mesures destinées à maîtriser les coûts agit soit sur l'offre soit sur la demande, soit sur les deux à la fois.

L'offre de santé peut ainsi être bloquée, mais tout rationnement comporte des risques de création ou d'élargissement du marché libre de la santé. Le risque du marché libre touche surtout les catégories à faible revenus ou sans ressources financières qui peuvent rendre leur accès aux soins difficile. D'ailleurs, c'est l'une des principales raisons de la mise sous tutelle des actions sanitaires.

Le contrôle des dépenses peut agir aussi sur la demande, qui peut être réduite en augmentant la participation des ménages aux dépenses de soins et de santé en général, soit en augmentant les tickets modérateurs, en introduisant des mesures de déremboursements, ou en incitant les usagers au recours à des assurances complémentaires.

Dans la plupart des systèmes de santé, le contrôle des dépenses s'applique surtout à l'offre pour la simple raison qu'il est beaucoup plus facile de bloquer l'offre que de diminuer la demande ne serait-ce que pour des raisons d'éthiques et déontologiques.

De même, la demande de santé se présente par des caractéristiques très particulières qui ne peuvent être réduite par une simple décision individuelle ou publique.

En fait, la maîtrise des dépenses de santé utilise théoriquement deux grands types de moyens : Les solutions coercitives et les solutions incitatives

²² F.Godard, E.Goddat, A.Ortiz « La sauvegarde du financement des soins hospitaliers », 18^{ème} congrès de l'association Européenne des Directeurs d'hôpitaux », OPATIJA-Croatie, 2000

B.2.1 Les solutions coercitives :

Ces solutions agissent sur les contraintes qui sont imposées aux différents producteurs de soins en essayant de les modifier, de dissimuler la nature des soins et le comportement des usagers.

Dans le cadre du contrôle des coûts, les solutions coercitives sont les plus employées, car elles imposent des règles de conduite rigides.

Aussi, ces solutions sont utilisées dans la plupart des pays mais ne suffisent pas à dynamiser les partenaires du système de santé vers la recherche d'une plus grande efficacité.

Parmi les solutions coercitives appliquées dans nombre de pays du monde sont :

1-Contrôle de la production des personnels de santé, (mesures d'entrées et de sorties)

2- négociations de convention entre personnels libéraux et assurances sociales PPO – PPS

3- contrôle de la distribution et du nombre de lits d'hôpitaux

4- enveloppe globale des hôpitaux

5-contrôle de la haute technologie.

On pourra admettre que l'État joue un rôle prépondérant dans le sens où il détient beaucoup plus de pouvoir et d'information que les autres agents, pour cette raison, on le désignera couramment sous le nom de planificateur, d'agent central, ou simplement de centre, les autres acteurs sont désignés par des agents périphériques.

Le contrôle coercitif des coûts est devenu l'outil principal des gouvernements pour tenter de réduire les prix de revient des prestations de santé. Car, et pour de nombreuses raisons, le secteur de la santé échappe aux jeux classiques du libre marché.

Les différentes méthodes utilisées pour tenter de contrôler le coût de la santé se heurtent à de nombreux obstacles :

D'ordre juridique : les cadres juridiques ont beaucoup évolués depuis la dernière guerre mondiale, un ensemble de lois universelles pour la protection des droits de la santé des citoyens.

D'ordre politique : la politique de santé est un système intégré dans l'ensemble des décisions économiques et sociales, il est très difficile de dissocier les décisions de santé de l'ensemble des décisions politiques.

D'ordre économique : les règles d'équité dans le domaine économique sont difficiles à faire concilier avec les principes de solidarité.

D'ordre social : la protection sociale est un acquis social et son amenuisement défavorise presque toujours les populations les plus déshéritées.

En fait, le contrôle doit en tout cas se baser sur une information de qualité qui consiste en des renseignements fiables, ce qui impose l'établissement d'un système de collecte de données sur les performances des personnels et des structures. Ce système de collecte des données est appelé système d'information.

Parmi les solutions coercitives appliquées :

a- Contrôle de la production des personnels de santé

L'accès aux professions de santé a été progressivement réglementé dans la plupart des pays. Cette réglementation est due au désir de gouvernement de ne pas laisser se développer une offre de santé trop importante qui pourrait influencer l'intensité de la demande (demande induite).

Les réglementations d'accès à ces professions et aux différentes spécialités permettent donc une certaine maîtrise des dépenses de santé selon le principe que, moins il y a de médecins moins il y a de consultations à rembourser, d'analyses à demander et d'arrêt de travail prescrit.²³

Aussi, tous les pays au monde et européens en particulier ont déjà admis le principe d'une limitation du nombre d'étudiants en médecine. Parmi les différentes méthodes utilisées, l'application du numerus clausus sur les entrées.

En effet, l'utilisation d'un numerus clausus à l'entrée des études médicales tend à se développer dans la plupart des pays.

Même si les modalités peuvent varier (concours d'admission sur dossier, un numerus clausus à l'entrée des spécialités médicales, ...), certains pays se sont engagés même à faire modifier le mode de financement des facultés de médecine.

Mais les effets des actions de cette régulation sont soumis à une grande inertie principalement en raison de la durée de la formation des étudiants.

Pour cette raison, il faut impérativement combiner cette action au mouvement de sortie des praticiens médicaux pour installer un certain équilibre fonctionnel des différentes structures de santé et de la distribution des soins en général.

L'étude de la combinaison des entrées des sorties permet justement de prévoir l'évolution future des personnels de santé, car la réduction des effectifs doit se faire soit en freinant les entrées, soit en favorisant des sorties

Il est généralement admis que les 95 % des sorties de la vie active sont représentées par les retraites et les décès.

²³ Jean Claude Saily, Le nécessaire retour du débat politique dans les réformes des systèmes de santé, Editorial, Actualité et dossier en santé publique N°18

Même si la catégorie des médecins est souvent exposée aux risques de contamination infectieuse, au stress, à la sédentarité, les taux de mortalité des professionnels de santé sont souvent moins élevés ; car avec le temps ils acquièrent une certaine éducation sanitaire qui les sensibilise théoriquement à la prévention et à l'hygiène.

Donc le mouvement de sortie n'influe que superficiellement sur le mouvement global des effectifs du personnel de santé.

Il faut juste remarquer qu'il existe d'autres modes de sortie qui sont plus spécifiques aux pays en voie de développement.

- a. La fuite des cerveaux
- b. la fuite des personnes expatriées d'origine occidentale

Si le principe du *numerus clausus* se traduit par une réduction progressive du nombre d'étudiants en médecine, il se traduit par des effets très pervers pour la société toute entière. Ces effets peuvent se résumer comme suit :

- a. les étudiants en médecine participent activement à l'activité hospitalière, la baisse progressive de leurs effectifs risque de compromettre sérieusement le fonctionnement des services.

- b. De par la longueur des études (entre 7 et 11 ans) et la durée d'activité professionnelle d'un médecin, les variations de la démographie médicale sont soumises à une très forte inertie. Un *numerus clausus* bas risque alors à moyen terme de provoquer un réel manque de médecins dans la population.

- c. la réduction de la demande de santé par la réduction du nombre de médecins n'est pas aussi évidente que le phénomène de la demande induite le suggère. On peut en effet observer des transferts de consommation vers les médecins demeurant en activité.

- d. Le renforcement de la sélection en médecine accentue inexorablement le statut de la profession qui augmentera ses exigences en matière de revenus, ce qui constitue un effet d'économie pervers

B.2.2 Les solutions incitatives

Plutôt que d'employer des méthodes coercitives, on pourrait essayer de rechercher dans quelles conditions il serait possible d'empêcher l'apparition des phénomènes d'inefficacités économiques.

Les adeptes de sa théorie avancent l'hypothèse selon laquelle les phénomènes d'inefficacités économiques sont dus au fait que certains des acteurs cherchent à optimiser leur satisfaction personnelle plutôt que de servir d'intérêt général.

Ainsi toutes les actions et méthodes qui aident à inciter les acteurs à agir dans le sens de l'intérêt général avec les intérêts individuels ; toutes ces procédures sont appelées incitatives.

Pour pouvoir agir à l'encontre d'un comportement anormal, il faut d'abord repérer ce comportement en disposant de l'information nécessaire.

Aussi, le changement dans le comportement des agents fait appel à la notion « du pouvoir » car le changement se fait grâce à une volonté individuelle ou « pouvoir individuel » ou sous la pression d'un acteur du système.

C'est dans ce contexte qu'est naît et développée la théorie de l'agence qui démontre l'intérêt des solutions incitatives dans la réduction des dépenses de santé.

B.3 La relation d'agences et rôle du pouvoir et de l'information

B.3.1 rôle du pouvoir et de l'information :

L'information et le pouvoir caractérisent chaque système de santé et se répartissent de différentes façons par rapport à plusieurs facteurs qui construisent les systèmes.

Ainsi, les principaux systèmes balancent entre deux bornes extrêmes : centralisé et décentralisé. En pratique, la centralisation décentralisation, porte à la fois sur le pouvoir et sur l'information. En plus, il est rare qu'un système soit « totalement centralisé » situation dans laquelle un agent détiendrait la totalité du pouvoir ou la totalité de l'information, où les deux ou soit « totalement de centralisé », situation dans laquelle tous les agents détiennent le même pouvoir ou la même information où les deux à la fois.

Tous les systèmes économiques sont plus ou moins centralisés ou plus ou moins décentralisés.

Si l'on considère quatre acteurs (ou agents), l'Etat, l'hôpital, la sécurité sociale et les médecins) dans un système centralisé l'Etat détient une part importante du pouvoir sur les autres agents, il fixe les modalités de paiements des médecins, la part des cotisations des usager à la sécurité sociale, mais peut-être mal informé sur les comportements des médecins.²⁴

B.3.2 Description de la relation d'agence

La relation d'agences en économie de la santé s'intéresse à l'étude des relations entre un agent est un groupe de un ou plusieurs agents. Il peut s'agir des relations entre un patient et l'ensemble des médecins auxquels il lui est possible de s'adresser, ou encore entre un médecin et l'ensemble des patients

²⁴ B.Bonnici, l'hôpital, Enjeux politiques et réalités économiques, Nouvelle Editions « les études », La Documentation Française, 1998

qu'il traite, entre un directeur d'hôpital et l'ensemble des chefs de service qui sont sous sa responsabilité, entre le ministère de la santé et l'ensemble des directeurs d'hôpitaux, etc.

Ce type de relation est connu sous le nom de relations d'agences.²⁵

Dans ce cas, l'agent isolé est appelé agent principal, au principal tandis que les autres agents sont appelés simplement agents. La relation qui les relie est alors appelé relation « principal agents ».

Ainsi, lorsqu'on s'intéresse à la relation entre un patient et les médecins auxquels ils peuvent s'adresser on aura affaire à une relation « principal agent » dans laquelle le principal est le patient et les agents sont les médecins.

Inversement, si l'on s'intéresse à la relation entre un médecin et ses clients, on aura une relation « principal agent » dans laquelle le principal est le médecin et les agents sont les patients.

Le choix du principal et les agents et donc fondamental dans une analyse en terme de « principal agent ».²⁶

Bien que théoriquement n'importe quel acteur économique puisse être considéré comme principal ou comme simple agent, il est clair que les seules analyses présentant un intérêt seront celle dans lesquelles le principal détient un minimum d'information et/ou de pouvoir par rapport aux agents auxquels il est confronté. Dans n'importe quelle étude il est très important que l'on réfléchisse soigneusement au choix des rôles :

On considérera ainsi que, dans une relation « principal agent » les caractéristiques suivantes :

- le principal exerce un certain pouvoir sur les agents
- les agents détiennent des informations individuelles qu'ils peuvent transmettre au principal mais ne s'échangent pas entre eux.

B.3.3 Problématique de la relation d'agence

Lorsqu'une situation donnée est analysée dans le cadre d'une relation d'agence, c'est que le principal et les agents sont engagés dans une action commune qui les conduira à prendre des décisions. Ces décisions dépendront alors d'un certain nombre de paramètres ou de caractéristiques propres aux acteurs qui composent le système.

L'analyse de cette relation en économie de la santé considère que chaque agent a des préférences sur les résultats d'une action commune.

²⁵ A. Beresniak ; G. Duru, économie de la santé, Ed. Masson n° 5, p. 97.

²⁶ Philippe Batifoulier, l'interaction médecin-patient : un examen par la théorie des jeux ; Cahiers de sociologie et de démographie médicale, Décembre 1997

Aussi, il est considéré que chaque agent dispose d'un certain nombre d'actions possibles pour atteindre le « meilleur » résultat orienté vers sa préférence

La relation entre les deux acteurs qui est dite « relation d'agence » peut nous trouver dans les situations suivantes :

a. le principal et les agents sont d'accord sur un objectif précis et proposé par le principal : le directeur et les chefs de 5 services médicaux par exemple sont d'accord sur l'objectif d'atteindre 15000 journées d'hospitalisation par an. Dans ce cas le principal donnera des directives pour atteindre l'objectif fixé et les agents lui communiqueront toute l'information dont ils disposent.

b. Dans le deuxième cas, le principal fixe un objectif par exemple de 15000 journées d'hospitalisation /an, les agents ne sont pas d'accord sur le principe.

La réalisation de l'objectif dépendra alors de la façon dont se répartira le pouvoir et dont circulera l'information entre les différents acteurs.

-Le pouvoir est exercé par le principal car c'est lui qui fixe aux agents les objectifs à atteindre, toutefois, ce pouvoir reste limité s'il veut contraindre les agents à atteindre cet objectif.

-Les Agents, quant à eux détiennent des informations qui concernent essentiellement leurs propres préférences sur les résultats.

Le plus souvent, lorsque des individus sont placés dans des situations conflictuelles dans lesquelles leurs intérêts divergent, ils ne sont pas prêts à accepter d'autres préférences.

Dans ce cas, une fois l'objectif fixé par le principal, les agents qui ont un objectif différent vont être tentés de lui transmettre des informations de façon à lui faire accrédi-ter l'objectif qui leur a été fixé.

On peut donc considérer que dans une relation d'agence, la rétention de l'information et la dissimulation des objectifs personnels conduisent à des résultats d'actions insatisfaisants pour les acteurs.

Le problème d'information dans la relation d'agence est d'une telle importance que de nombreux travaux ont été réalisés en vue de mieux décrire les caractéristiques des problèmes d'informations et de construire des procédures qui permettraient de faire en sorte que chaque agent ait tout intérêt à révéler une véritable information.²⁷

Il est possible de distinguer deux catégories de situations qui mettent en jeu des problèmes de dissimulations d'informations :

- Les situations de sélection adverse
- Les situations de risque moral.

²⁷ Sophie Béjean, Economie du système de santé : du marché à l'organisation, Economica pp166-173, 1994

B.3.3.1- Situations de sélection adverse

Dans une relation d'agence, on dira qu'on est en situation de sélection adverse si au moins un des agents dissimule au principal une information concernant ses caractéristiques.

En effet, la notion de sélection adverse est un concept qui a permis de décrire des comportements entre des agents et un principal dans des problèmes liés à l'assurance par exemple.

En effet, la sélection adverse peut se développer entre,

- Un assureur : (société d'assurance, ... (le principal))
- Des assurés : les adhérents à cet organisme (les agents)

Lors de l'établissement du contrat d'assurance, la société ne connaît pas les caractéristiques des candidats en ce qui concerne le risque à couvrir.

Pour les personnes en bonne santé estimant qu'elles ont peu de chance de tomber malade, elles pourront trouver le montant de la souscription d'assurance trop coûteux et sans intérêt ; en revanche, les sujets présentant déjà des signes des problèmes de santé, cela pourra être très intéressante pour eux.

Ainsi, en l'absence de connaissances précises des caractéristiques des assurés potentiels, l'organisme où la société d'assurance risque de ne voir souscrire que des sujets à haut risque, ce qui pourra à terme la mener à renoncer à sa proposition d'assurance.

B.3.3.2- Situations de risque moral

Dans une relation d'agence, on dit qu'on est dans une situation de risque moral si au moins un des agents dissimule au principal une information concernant ses actions.

Une telle situation s'observe lorsque dans le cadre d'une relation d'agence, le principal et l'un au moins des agents n'ont pas de préférences qui coïncident et si l'un de ces agents décide d'avoir une action destinée à satisfaire sa propre préférence au détriment de celle du principal.(16)²⁸

La situation de risque moral est constatée dans les relations des types assureur principal et assurés en tant qu'agents vis-à-vis d'une assurance.

En effet, l'assuré (Agent) peut modifier son comportement dès l'instant où il a souscrit son contrat en négligeant toutes les mesures préventives (vaccin, hygiène de vie, etc.); autant de comportements que l'assureur n'est pratiquement pas en mesure d'observer ou de contrôler sauf en dépensant des sommes énormes (contrôle par des agents d'assurance).

²⁸ Gilles Caire ; Les Mutuelles face à leur responsabilité d'utilité sociale : la construction du parcours de santé mutualiste ; Travaux des 7 rencontres du RIVESS , économie sociale face à ses responsabilités 24 et 25 Mai 2007

Cette relation est valable aussi entre les directeurs d'hôpitaux et les chefs de service par rapport aux objectifs fixés par le « principal » sur des dépenses de chaque service médical.

pour éviter les situations de sélection adverse et de risque moral, il a été développé des procédures qui inciteraient les agents à révéler des informations sur leurs propres caractéristiques et sur leurs actions, de telles procédures sont appelées incitatives.²⁹

B.4. Les principales procédures incitatives

Une procédure incitative est une règle qui précise la façon dont doivent se comporter le principal et les agents lors de la fixation d'un objectif précis où le contrat qui lie les deux parties principal et agent.

Pour que les agents aient intérêt à révéler leurs informations au principal, cette règle devra être telle que tout agent qui dissimulerait une information prendrait le risque de se trouver pénalisé.

Prenant pour exemple les « Health Maintenance Organisation » (HMO) aux Etats-Unis, leur procédure est basée sur le principe de la rémunération des médecins proportionnellement aux économies qu'ils réalisent au réseau tout entier

Les médecins n'ont donc pas intérêt à dissimuler la nature de leurs activités sous peine de pénaliser le réseau (HMO) et de se pénaliser eux-mêmes.

Il y va de soi que dans chaque contexte de situations d'agence, on pourrait probablement imaginer des règles spécifiques.

Globalement, les procédures incitatives sont de type :

- a. Incitative d'enchère
- b. incitatives sans enchères

B.4.1-procédures incitatives d'enchère :

Une procédure d'enchère est une procédure dans laquelle le principal met en concurrence les agents en vue de réaliser une action. Par cette méthode un seul agent sera sélectionné par le principal selon une règle définie par le principal et acceptée par les agents.

Dans ce cas, le principal transmet aux agents les caractéristiques du projet qu'il souhaite voir réaliser, à leur tour les agents transmettent au principal la réponse.

Une procédure d'appel d'offres peut être utilisée dans de nombreuses situations, par exemple :

²⁹ Jean Louis Denis, Annick Valette, changement de structure de régulation et performance des mandats : examen des enjeux à travers la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation ; Finance Contrôle Stratégie, vol 3, N° 2, Juin 2000

- le principal peut souhaiter céder un objet au projet à l'un des agents en échange d'une certaine somme d'argent

- le principal peut aussi souhaiter que soit réalisé un certain investissement en cédant une certaine somme d'argent à l'agent qui réalisera l'investissement, dans chaque cas le principe relève de la même théorie qui est celle des enchères

B.4.1.1 Procédures d'attribution au « moins disant » « mieux-disant »

Une règle est simple dans l'attribution de la réalisation d'un projet est celle du « moins disant » c'est-à-dire le projet est attribué à l'agent qui proposera le coût le moins élevé possible. Exemple : l'enveloppe financière déterminée pour un projet est de 3 millions de dinars, toutes les propositions dépassant le montant sont rejetées et les propositions se retrouvant au-dessous sont retenues, le projet qui est proposé au moindre coût est en principe retenu.

Avec une telle règle, il n'est pas certain que des agents communiquent au principal le coût qu'ils estiment réellement pour la réalisation du projet. En effet, il existe des situations dans lesquelles un agent pense que ce montant de 3 millions de dinars est faible par rapport à la qualité qu'exige la réalisation du projet et le délai de réalisation ; il peut alors proposer 3,2 millions de dinars. Dans ce cas, si toutes les propositions sont au-dessus, il sera attribué le marché avec une certitude de ses prix étaient étudiées de façon très correcte. Dans le cas contraire, si un autre agent a proposé un prix inférieur, il perdra alors le projet, mais dans ce cas le principal aura attribué le projet à un autre agent qui n'a pas rassemblé toutes les informations nécessaires pour la réalisation du projet. Cette méthode n'incite donc pas les agents à révéler leurs véritables estimations.

B.4.1.2. Procédures d'appel d'offre concurrentielle (vickrey)

Cette procédure d'enchère (contrairement à la précédente) incite les agents à révéler leurs vrais estimations, c'est la procédure dite « d'appel d'offre concurrentiel » développée par Vickrey en 1961.

Dans cette procédure, la règle consiste à attribuer la réalisation du projet à l'agent ayant fait la proposition de coût de la plus basse, mais en donnant à cet même agent une rémunération égale au coup proposé par un autre agent ayant fait la proposition de coût immédiatement supérieur. En retenant toujours le même exemple ;

si par exemple quatre agents en concurrence ont proposé respectivement les budgets de 3 millions, 3,2 millions, 3,5 millions et 4 millions le principal attribuera le marché à l'agent qui a fait la proposition à 3 millions, mais en donnant un budget de 3,15 millions par exemple.

Ce mécanisme qui est d'une simplicité remarquable garantit que les agents proposent effectivement au principal leurs vraies estimations. Car, dans cet exemple, l'agent qui a estimé le budget à 3 millions n'a aucun intérêt à

proposer un budget supérieur à celui-ci. Aussi, une proposition supérieure à ce montant met l'agent devant le risque de ne pas obtenir le marché.

B.4 .1.3. Procédure de contrat à marges fixes

Il existe toutefois d'autres procédures qui permettent d'inciter les agents au cours d'une enchère à révéler leurs informations concernant le coût réel de leurs propositions, tout en conservant le principe de l'attribution du marché à l'agent qui a fait la meilleure offre.

L'une de ces procédures est celle des contrats à marges fixes. Elle correspond à une situation d'agence dans laquelle le principal demande aux agents de réaliser une action en contrepartie de laquelle ils recevront une rémunération.

Ainsi, dans un projet on rembourse à l'agent le montant exact du coût (connu après la réalisation) et on lui donne en plus une gratification proportionnelle à la valeur de sa proposition.

Par exemple : si le projet coûtait lors de sa réalisation 3 millions de dinars, l'agent recevra ce montant auquel s'ajoutera un certain pourcentage fixé à l'avance (5 %) par exemple. Cette procédure de contrat peut induire de véritables situations de sélection adverse ou de risque moral.

Car, comme lors d'une enchère attribuée à la meilleure proposition, l'agent pourra être tentée de surévaluer la proposition qu'il adressera au principal.

Mais cette procédure peut aussi révéler d'une situation de risque moral. En effet, l'agent puisqu'il se fait rembourser la totalité des coûts de réalisation, rien n'incite à limiter ses coûts.

Il n'a alors aucun intérêt à dépenser son énergie pour empêcher les coûts d'augmenter.

B.4 .1.4. Procédure de contrat à classes motivantes

Cette procédure consiste à ajouter à la rémunération définie dans la procédure de « contrats à marges fixes » une somme proportionnelle à la différence entre la proposition et le coût réellement observé.

Si cette différence est positive, c'est-à-dire si le coût réel se trouve en dessous de la valeur de la proposition, la rémunération incitative est une prime.

Si cette différence est négative, c'est-à-dire si le coût réel se trouve en dessus de la valeur de la proposition, la rémunération incitative est alors une pénalité.

Une telle procédure tend à limiter les situations de sélection adverse et de risque moral en incitant l'agent à faire une proposition la plus proche possible du coût effectivement réalisé.

En effet, si la proposition est supérieure au coût réel, alors l'agent court le risque de ne pas se voir attribuer le marché.

Inversement, si la proposition est inférieure au coût réel, c'est-à-dire s'il n'a fait aucun effort pour limiter les coûts, il sera alors pénalisé.

B.4.2 Procédure de Weitzman

C'est une procédure qui permet d'éliminer les situations de sélection adverse et du risque moral dans le cas où un principal propose à des agents des objectifs représentés par des nombres : chiffre d'affaires, budget discuté entre l'Etat et un directeur d'hôpital ou entre un directeur d'hôpital et ses chefs de service, etc. cette procédure peut être illustrée à travers l'exemple suivant⁽³⁰⁾

supposant que le directeur d'un ensemble d'établissements cherchent à fixer des objectifs budgétaires à ses directeurs, la procédure de Weitzman vise à faire en sorte que chaque agent ait intérêt à adopter un budget minimal de fonctionnement, c'est-à-dire celui qu'il estime au moins nécessaire pour le fonctionnement de son service.

Dans un premier temps, le principal propose à l'agent un budget de fonctionnement que nous noterons FP et qu'il soit égal à 18 millions de dinars.

Par exemple, le principal propose aussi une prime GP qui sera alloué à l'agent que s'il réalise l'objectif assigné, cette somme est égale à 0,5 millions de dinars.

Compte tenu de l'information dont dispose l'agent sur les caractéristiques de son service, il peut proposer au principal un autre budget FA, qui peut être soit supérieur à FP (c'est le cas le plus probable) soit inférieur à FP. Il proposera que sa prime (nouvelle) GA soit calculée ainsi :

$GA = GP + B (FP - FA)$ où B est un coefficient réducteur (compris entre 0 et 1) fixé une fois pour toute par le principal avant la négociation et que personne ne conteste.

Ainsi, si l'agent pense que le budget que lui propose principal est insuffisant, il est prêt à accepter en contrepartie une réduction de sa gratification. Cette dernière ne lui sera pas remise que s'il atteint l'objectif.

Si l'agent pense que son budget doit être de 20 millions de dinars et non de 18 millions de dinars et $B = 0,1$, alors sa gratification sera en fin d'exercice comme suit :

$$GA = 0,5 + 0,1 (18 - 20) = 0,5 - 0,2 = 0,3$$

En pratique, c'est en fonction du budget réalisé FR (budget réalisé) par rapport à FA (le budget annoncé par l'agent) que se calculera la gratification réelle de l'agent.

La procédure de Weitzman propose le calcul suivant de cette gratification que nous noterons GR.

³⁰ A .Beresniak, G.Duru op. Cité p

Premier cas : si l'agent atteint son objectif FA, dans ce cas le budget dépensé FR est inférieur à FA

Alors la gratification finale GR est comme suit :

$$GR = GA + X (FA - FR)$$

Deuxième cas : si l'agent n'a pas atteint son objectif FA

C'est donc que le budget réel FR dépasse FA

Dans ce cas, la gratification finale GR sera comme suit :

$$GR = GA + y (FA - FR)$$

L'examen de cette règle de rémunération appelle une remarque : si l'agent atteint (ou dépasse) son objectif ($FR \leq FA$), alors agent se voit attribuer, en plus de la gratification qu'il a demandé GA, un « bonus » supplémentaire proportionnel à ces économies budgétaires.

En revanche, si son budget réalisé a dépassé FA, alors l'agent est pénalisé proportionnellement à ce « dérapage ».

Dans ces conditions, il est proportionnellement plus pénalisé par un dérapage qu'avantagé par une économie du fait que X est inférieur à Y. Une économie 2 millions de dinars rapporte α x Millions de dinars, alors qu'un excès de un million de dinars lui coûte γ x millions de dinars.

Ainsi, cette procédure incite l'agent non seulement à révéler, mais aussi à réaliser le budget de plus bas possible.

La procédure de Weitzman est donc particulièrement intéressante à utiliser chaque fois que dans une relation d'agence on cherche à faire en sorte que les agents révèlent au principal leur véritable information.

Section II Particularité de la gestion hospitalière en Algérie

L'hôpital en Algérie est appelé à remplir une mission particulièrement difficile parce qu'elle se met au centre de deux grandes fonctions de l'Etat : financement et distribution.

En effet, la particularité du système hospitalier par rapport à la généralité est son financement intégralement public et sa distribution largement gratuite, cette situation dure depuis 1973, date de la promulgation de la gratuité des soins.³¹

En plus de ses fonctions traditionnelles qui se résument dans le lieu d'urgence, de haute technicité ou se diffusent les dernières technologies, d'enseignement et de recherche ; l'hôpital en Algérie lui est dévolu une

³¹ Gratuité des soins, Revue de presse, N° 181, janvier 1974

fonction assez sensible qui se trouve au cœur d'une révolution idéologique économique et sociale qui fait de la santé un droit à toute la population sans aucune discrimination et au frais de l'Etat seulement.

Nous pouvons distinguer trois périodes, qui retracent chacune des caractéristiques particulières du pays et par conséquent du système de santé en général

A. Place de l'hôpital dans la socialisation des soins à partir de 1973

1973, marque la promulgation de la médecine gratuite, elle résume les faits suivants :

- rupture totale avec l'ancien système jugé sélectif et basé sur un financement beaucoup plus individuel. C'est l'abolition du ticket modérateur et le remplacement par un financement public et gratuit qui donne la possibilité d'accès à toute la population sans discrimination.

L'hôpital est donc sensé fonctionner selon un nouveau mécanisme basé sur la budgétisation.³²

Le système de sécurité sociale est modifié partiellement de sorte qu'il participe lui aussi au financement des soins lourds par l'instauration par ce qui est appelé « forfait hospitalier ».³³

Il s'agit d'un mécanisme qui fait que la sécurité sociale finance forfaitairement les soins hospitaliers.

B. L'hôpital et financement des soins lourds en Algérie entre 1981 et 1986

B.1 Carte sanitaire et hiérarchisation des soins

La réflexion sur une gestion moderne et efficace du système de soins et de l'hôpital en particulier se concrétise par l'adoption des fondements de la carte sanitaire en 1981.³⁴

Ce schéma montre qu'une importance particulière est accordée à la gestion et au fonctionnement des hôpitaux. Médicalement, ils sont organisés en trois niveaux : I, II et III

³² Ministère de la santé, « Développement de la santé publique », Alger 1983

³³ Santé et sécurité sociale, cahiers de la réforme op.Cité p

³⁴ M. Kadar « la carte sanitaire en Algérie : une technique de planification », revue du CE.N.E.A.P, numéro spécial 1989

a- l'hôpital de Daïra c'est une structure sanitaire plus lourde et mieux équipé que les polycliniques et les centres de santé.

Il fait répond à la demande d'hospitalisation d'un premier niveau et aux examens complémentaires demandé par les centres de santé ou les polycliniques.

b- l'hôpital de Wilaya

C'est une structure dotée des services spécialisés de base.

L'hôpital de niveau II est destiné à fournir des soins plus lourds à une population plus grande.

Il se distingue du niveau I par la disponibilité d'autres services et soins médicaux plus spécialisés. Sa capacité d'accueil est encore plus grande parce qu'il responsable d'une couverture géographique plus large.

c- L'hôpital de niveau III

Ils sont dotés des mêmes services que les hôpitaux du niveau II, plus d'autres services plus spécialisés comme la neurologie, les soins de cardiologies spécialisés....etc.

Certains hôpitaux de niveau III, sont spécialisés dans le traitement de certaines pathologies lourdes comme le cancer, et ont en plus une vocation régionale et parfois nationale.

L'organisation des soins en relation avec ce schéma montre que l'Etat était disposé de faire de l'hôpital une structure moderne répondant aux normes internationales et aux besoins de toute la population sur tout le territoire national.³⁵

B.2 Introduction des soins spécialisés

Les années 1983 marquent le début de l'introduction des soins spécialisés en Algérie.

En effet, soutenu par la flambée du prix de pétrole sur le marché international qui constitue la base de financement du secteur de la santé, l'enracinement des idées socialistes qui font de la santé un bien suprême au service du peuple et la stabilité des autres facteurs économiques ; l'Algérie songe déjà à améliorer la qualité des soins en introduisant une technologie de pointe dans la pratique médicale.

De même, elle investi considérablement dans l'introduction de certains soins prodigués autrefois dans les seuls établissements étrangers.

Il s'agit notamment des soins lourds, tel que l'hémodialyse dans le traitement de l'insuffisance rénale aiguë, la chimiothérapie pour les soins des

³⁵ Ministère de la santé, « Service de santé en Algérie, situation et perspectives », novembre 1983

maladies du cancer, la neurochirurgie et toute les techniques qui se rapportent aux maladies cardiovasculaires.

L'organisation des soins durant cette période était mûrement réfléchi et semblait obéir à des normes de gestion et de fonctionnement qui en peu de temps s'est soldé par une amélioration très sensible de situation de santé de la population.³⁶

Résultat , s'est plus d'un million de consultations spécialisée qui est offerte par le système en 1989, plus de 500000 interventions à cœur ouvert qui est réalisé dans les hôpitaux, et les chiffres sont encore plus significatifs dans d'autres services.

L'hôpital devient alors le noyau de la distribution des soins et ou se concentrent de nouvelles technologies, savoir faire et compétences humaines.

Sa particularité, c'est que ses services sont destiné à toute à une large population pouvant recouvrir à l'époque plus de 30 millions d'habitants en 1989, avec des caractéristiques particulières ; d'urbanisation, d'industrialisation et de socialisation.

Dans ces conditions l'hôpital coûte de plus en plus cher, les dépenses qu'il accumule chaque année représentent continuellement une part très importante du PIB.

C. choc conjoncturel et crise de financement de l'hôpital à partir de 1990

Le retournement brutal de la conjoncture en 1987 dut au choc sur le marché pétrolier étranger a eut des retombées très néfastes sur le fonctionnement du système de santé.³⁷

Basée sur une distribution gratuite et un financement public dont les principales ressources proviennent des recettes pétrolières, cette crise va directement affecter la distribution globale des soins qui sera réduite par l'effet des nouvelles contraintes financières.

C.1 Programme d'ajustement structurel

Au début des années 1986, l'Algérie comme beaucoup d'autres pays en développement a fait l'objet de programmes d'ajustements structurels de l'économie. Les plans visaient des réformes et des mesures d'assainissement financier afin d'assurer une croissance accélérée et durable.

³⁶ F.Z Oufriha « Organisation de la couverture des dépenses de santé et modalités de leur financement en Algérie », les cahiers du CREAD N°13, 1988

³⁷ FZ Oufriha « la difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats », les cahiers du créad N 35 -36 1993

Cette situation a entraîné une réflexion sur les nouvelles sources de financements des services publics en dehors du budget de l'Etat.

La solution proposée consistait alors à faire prendre en charge les dépenses de santé par les utilisateurs par ce qui est appelé « recouvrement des coûts »³⁸

Le programme visait la compression des dépenses de soins en terme d'importation des médicaments, d'appareillages médicaux, d'envois des malades pour les soins à l'étranger et de limite de recrutements des praticiens dans le secteur public.

Aussi, ce même programme insistait sur l'introduction de nouveaux mécanismes de financement de façon à ce que l'Etat revienne progressivement sur la gratuité totale des soins.

De ce fait, l'extension du secteur privé est une solution inévitable pour obliger les ménages à prendre en charge une partie de leurs dépenses de soins.

La politique d'ajustement structurel s'est soldée par des effets néfastes sur le fonctionnement du système de santé en entier et sur la santé de toute la population. ; et cela par ce que le programme imposé par le FMI n'a pas tenu compte de certains des éléments suivants :

---Le recouvrement des coûts devrait en fait viser la recherche d'une participation financière plus logique et plus équilibrée entre les ménages, l'Etat et la sécurité sociale.

--- Développer des politiques macro économiques exigeant un plus grand financement extérieurs et l'établissement des programmes pour répondre aux besoins de groupes vulnérables (handicapés, retraités...).

---Le programme d'ajustement structurel s'est soldé par une baisse du niveau sanitaire des populations dans beaucoup de pays en développement, cette baisse s'explique par l'absence de certaines mesures jugées nécessaires et sont résumées par l'expression « ajustement à visage humain »³⁹

---La maîtrise de la croissance des dépenses de santé ne devait pas concerner l'offre des soins curatifs et préventifs, il s'agissait plutôt de mener une réflexion sur la rationalisation des dépenses pour réduire surtout les coûts et les surcoûts du système en trouvant de nouveaux mécanismes de gestion et de financement, pour les adopter aux nouvelles données socio-économiques générées par la transition du pays vers l'économie de marché.

---L'absence d'une politique claire de santé s'est traduit par des effets très néfastes sur les actions sanitaires et surtout en ce qui concerne la prévention.

³⁸ Lazhar Fellah : « politique d'ajustement structurel de l'économie et financement des dépenses de santé », quotidien d'Oran, 24 janvier 2004

³⁹ Lazhar Fellah, op. Cité

En effet , depuis l'adoption de ces programmes , il est enregistré une prévalence de maladies transmissibles et un retour en force de certaines maladies longtemps éradiquées tel que la polio et le paludisme.

Il faut juste remarquer que l'articulation privé /public s'est réalisé en Algérie sur l'exclusion du secteur public et néglige le rôle de ce dernier comme promoteur de développement à long terme⁴⁰

De façon général, il est relevé que le programme était appliqué dans une conjoncture économique très faible et la population n'était pas préparé à se prendre en charge, de même que les conditions de la crises avait déjà détérioré leur pouvoir d'achat ce qui rendait toute possibilité de prise en charge individuelle très difficile.

C.2 La fonction de l'hôpital par rapport au programme d'ajustement structurel

Par ce qu'il concourt à la mise en œuvre du principe constitutionnel du droit à la protection de la santé, par ce que sa vocation majeure est les soins en plus des taches d'enseignements, de formation et de recherche ; l'hôpital public est considéré comme le noyau de la politique nationale de santé et le pivot du système avec essentiellement une mission de service public c'est ce qui la laissé depuis longtemps loin des lois du marché.

La politique d'ajustement structurel qui visait la réduction des dépenses publiques, c'est soldée par des effets très néfastes sur la production hospitalière ; surtout que la politique des soins spécialisés s'est soldée par la diffusion de technologies de pointe et la formation d'un très grand nombre de spécialistes touchant de nombreuses spécialités médicales.

Cette politique qui avait amélioré sensiblement la qualité des soins de la population par ce qu'elle était décidée dans un cadre totalement gratuit , s'est soldée quelques années plus tard par des dépenses énormes qui ne cessent de s'accaparer des grandes parts du budget de l'Etat et de la Sécurité sociale.

C.3 Les indices de la production hospitalière

En 1995, l'Etat décide de faire participer les ménages aux dépenses de soins hospitaliers pour alléger ses charges d'une part et répondre d'autre part aux revendications successives du personnel médical pour la révision de leurs salaires qui étaient déjà détériorés par les différents facteurs conjoncturels et inflationnistes.

⁴⁰ Riad Bourriche, Les nouveaux modèles politiques, quotidien d'Oran, 8 juin 2004

Malgré cela, l'offre continuait à se faire à des coûts très élevés et croissants alors que tous les paramètres d'activités étaient en baisse : nombre d'admissions, journées d'hospitalisations....etc.

La demande d'hospitalisation mesurée en TOL chuta à 43% en 1992 alors qu'elle était autour de 70% en 1980.⁴¹

Ce blocage s'est répercuté directement sur la production des soins, ou il est relevé le report successif des interventions chirurgicales, les pénuries des consommables et surtout arrêt et pannes courantes de l'appareillage.

Dans ces conditions, en plus de la demande ambulatoire, la demande des soins lourds s'orienta progressivement vers le secteur privé.

C.4 La tarification des soins hospitaliers

Face aux difficultés croissantes de financement des soins hospitaliers, la tarification c'est imposé comme dernière solution pour apaiser les charges du système.

Avec le projet de tarification l'Etat prévoyait de réaliser des rentrées annuelles entre 2,5 à 3 milliards de DA pour couvrir les charges de fonctionnement qui étaient considérées comme étant très lourdes surtout que les dépenses de personnels à elles seules représentaient les 70% de l'ensemble des dépenses.

Les tarifs qui étaient autrefois fixés à 50DA pour une consultation de soins généraux sont passés à 100DA. Le prix des consultations spécialisées qui était de 100DA est passé à 200DA, de même que le tarif pour une journée d'hospitalisation est passé de 200 à 700 DA la journée.

Les revenus de ces nouvelles participations étaient ventilés à la hauteur de 60% au profit des travailleurs, 20% destinés au budget des établissements et 20% pour l'amélioration des conditions d'accueil et de restauration.⁴²

La décision de tarification stipule que tous les services fournis par l'hôpital : consultation, hébergement, imagerie, examens biologiques, radiothérapieetc. Seront payés par le malade.

Toute fois l'arrêté prévoit la dispense de certaines catégories particulières de malades ; il s'agit des personnes émargeant au filet social, les malades chroniques, ceux séjournant pour plus d'un mois à l'hôpital, les victimes des fléaux d'épidémies ou de catastrophes naturelles et les personnels des services santé y compris leurs ayants droits.

⁴¹ Fz Oufriha, cahiers du créad, op. Cité

⁴² Ahmed Sakhri, « 700DA pour une nuit d'hospitalisation », quotidien d'Oran, 12 décembre 2001

C.5 Tarification et résultats sur le fonctionnement hospitalier

Bien que la tarification des soins a introduit un nouveau sens de responsabilité chez les usagers en agissant surtout sur ce qui est appelé le « risque moral » ; il est constaté que ce mécanisme n'était pas suivi par d'autres mesures se rapportant aux modalités de gestion et de fonctionnement des différents services médicaux ou il est en principe recherché l'efficacité dans l'utilisation des ressources.

La tarification lors de sa promulgation était destinée à améliorer la qualité et la quantité des soins hospitaliers, elle devait passer d'abord par l'amélioration des salaires des praticiens hospitaliers pour introduire une nouvelle régulation entre le secteur public et privé⁴³.

La faillite dans cette mission s'est soldée par un départ massif des spécialistes vers le secteur privé mettant en danger toute la santé d'une population qui ne trouve pas les moyens de se prendre en charge individuellement.

La qualité des soins devient très suspecte et la notion de service public est grandement menacée.

De même , il devient très difficile d'exiger une quelconque participation dans de telle conditions , alors que cette mesure n'a pas été suivi par l'élaboration d'un système de contractualisation entre les usagers et le système de sécurité sociale ou les remboursements restent limités aux anciens tarifs.

La tarification des soins hospitalier n'a obéit à aucune étude sur les coûts de façon à préciser la part qui revient aux différents agents d'en supporter : Etat, sécurité sociale et ménages.

De même, il n'a été élaboré aucun programme de prévention en rapport avec la situation existante ; surtout que cette période était caractérisée par un retour accéléré des maladies transmissibles.

C.6 Sécurité sociale et forfait des hôpitaux

La plus grande menace ses soins hospitaliers vient du système de sécurité sociale qui est resté pendant longtemps déstabilisé par son lourd déficit, au moment même il lui est toujours exigé de participer au financement des soins hospitaliers.

⁴³ Abdel hafid Ossoukine, quotidien d'Oran, juillet 2002

Depuis son institution en 1973, la part du forfait à la charge de la sécurité sociale ne cesse d'augmenter représentant environ 35% des dépenses totales de cet organisme.

Le montant de cette participation forfaitaire est déterminé sur une base administrative et comptable, ou il n'y a aucune réglementation ou texte qui précise le montant ou la part de cette participation, le principe obéit à deux points essentiels :

- D'une part, les crédits alloués aux secteurs sanitaires à l'exercice précédent et des crédits nécessaires pour couvrir les prévisions de nouvelles dépenses.

- D'autre part, et pour des considérations d'équilibres budgétaires, les sommes prélevées chaque année sur les fonds de la CNAS ne lui donne aucun droit de regard sur les orientations et leur utilisation pour exiger une certaine rationalité ou privilège dans la qualité des soins au moins pour les assurés

Ces mécanismes de financement ont renforcé les insuffisances de gestion, tel que l'impossibilité d'estimer les coûts réels des soins médicaux, une meilleure identification des usagers des structures de soins publics et leur situation vis-à-vis de la sécurité sociale.⁴⁴

Ce type de fonctionnement a non seulement menacé le système hospitalier par une absence claire et précise sur la gestion des hôpitaux, mais celui de la sécurité sociale qui accumule des dettes énormes représentant à titre d'exemple 14 milliards de DA en 2001.

⁴⁴ Gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement ou à revenus intermédiaires, 1^{er} Colloque International à l'université Aderrahmane Mira, Bejaia, Algérie, Novembre, 2006

Section III Le modèle Fetter et gestion des nouveaux systèmes de santé

A. originalité du modèle dans la gestion hospitalière

A.1 Fetter et système d'information

Robert Fetter avait remarqué que dans toute structure de soins (hospitalière notamment) coexiste deux systèmes d'informations qui s'ignorent : Les gestionnaires collectent des indications économiques et les médecins des données médicales et leurs renseignements ne se croisent presque jamais. Aussi, lorsqu'un patient sort de l'hôpital, nul ne peut établir avec précision ce qu'il a réellement coûté.

R- Fetter a justement conçu un procédé qui synthétise les deux approches celle du gestionnaire et celle du praticien.⁴⁵

Son postulat : si chaque malade constitue bien un cas particulier (état de santé) dont le montant du séjour ne peut être prédéterminé, on parvient néanmoins à établir empiriquement des catégories de patients analogues de patients qui présentent des caractères communs nécessitant des traitements analogues, ce qui entraîne des dépenses équivalentes.

Pour cela Fetter a recherché les principaux paramètres qui permettent d'expliquer pour quoi devant une même affection les durées d'hospitalisation peuvent considérablement différer ?

Quatre données estime-t-il influencent particulièrement le temps passé à l'hôpital.

- a- L'état général du malade lors de son admission
- b- D'avoir subi ou non une intervention chirurgicale
- c- Les complications survenant pendant son séjour
- d- Son âge

A partir de ces éléments, Fetter a constitué 470 groupes de malades suffisamment homogènes du double point de vue de la cohérence clinique (mesuré par les médecins) et du coût (établi par les gestionnaires et les

⁴⁵ R.B. FETTER, « Les DRG le PMSI et l'expérience DRG dans le monde » journal d'Economie Médicale, N°5, pp 265-273, 1986

financiers .un exemple : une appendicite chez un homme jeune en bonne forme générale lors de son entrée à l' hôpital justifie le classement de ce patient dans un groupe homogène de malade (GHM) différent de la série de ceux qui souffrent aussi d' une appendicite mai qui est âgé cardiaque et qui peut faire une péritonite pendant son séjour

A partir de ce fait, les admissions à l'hôpital ne sont plus considérées comme équivalentes parce qu'elles ne correspondent pas au même OUT-PUT en raison de la différence de la complexité moyenne des cas traités ce qui implique une mobilisation différente des ressources des GHM.

Ainsi, les raisons qui conditionnent à penser que la complexité moyenne est sensiblement différente sont la structure d'âge et le poids relatif des personnes âgées.

A.2 La notion du produit hospitalier dans le nouveau système :

Définir avec précision la notion du produit hospitalier est l'une des difficultés majeure de tous les systèmes jusqu'ici appliqués. En effet, il existe différentes mesures possibles de l'activité hospitalière :

- _ nombre de journées d'hospitalisation
- _ nombre de lits (lits occupés) d'un établissement hospitalier
- _ nombre d'admissions, de sorties ou de transferts
- _ nombre d'actes médicaux produits
- _ somme de tous les services rendus au patient
- _ l'ensemble des pathologies ou des cas traités.

Il faut remarquer que ces mesures prises séparément ne dévoilent pas toutes les informations sur les prestations médicales réalisées au profit des patients.⁴⁶

Cependant, l'usage de ces outils demeure très nécessaire et répandu pour beaucoup d'organes payeurs comme l'Etat et la Sécurité sociale.

Il faut aussi voir que aucun de ces outils n'apporte des renseignements précis sur tous le contenu du produit hospitalier ; Certains auteurs estiment que pour bien décrire l'activité d'un hôpital il faut considérer plusieurs paramètres à la fois : Le nombre de cas pour traduire l'activité médicale, le nombre de jours /patients pour traduire l'activité des services infirmiers et hôteliers de l'hôpital ; le nombre de lits serait un paramètre pour décrire l'investissement en capital.

⁴⁶ Fabienne Alvarez ; Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels, Recherche et Santé, 1997

Le choix entre ces paramètres se fait généralement en fonction des intérêts des partis concernées (gestionnaires, organes payeurs)

Dans la pratique, les méthodes de mesure de l'activité ou « l'output » s'arrête essentiellement à deux : Les journées d'hospitalisations et le nombre d'admissions. Les journées d'hospitalisations (pour les personnes admises en court ou long séjour). Les journées d'hospitalisations sont comptabilisées à partir de l'ensemble des malades ayant séjournés à l'hôpital. Pour décrire avec plus de précision l'activité de l'hôpital, souvent ce même outil est utilisé pour définir l'activité de chaque service hospitalier.

Mais, certains auteurs contestent cette notion par ce qu'elle fait correspondre l'activité de l'hôpital à celle d'un hôtel. (1)⁴⁷

Aussi, en ce qui concerne le paramètre (d'admission) ou de (sortie), c'est-à-dire le nombre de cas traités ; cette définition est théoriquement préférable puisse qu'elle considère que l'hôpital produit des traitements et non des journées de séjours .Cependant, elle reste loin d'être satisfaisante puisse qu'elle met l'accent sur le volume des cas traités et non sur leurs traitements.

Comme les coûts hospitaliers représentent la part la plus importante du coût global de la santé et celle qui progresse le plus rapidement, la maîtrise de cette croissance nécessite une connaissance approfondie du contenu réel de l'activité et donc du produit hospitalier, pour l'appréhender dans toute sa complexité ceci est une étape fondamentale et primaire pour la construction du modèle (FETTER)

Les mesures courantes obtenues à partir de l'offre de soins, telles que le nombre de journées , les coefficients d'occupationsrenseignent jusque là très mal sur le contenu réel de l'activité hospitalière ; elles ne représentent pas de ce fait des éléments de gestion suffisamment fiables.

Pour quantifier avec plus de précision et de rigueur l'activité hospitalière Fetter trouve qu'il est plus logique que la mesure démarre à partir de la demande , donc le malade en tant que demandeur et consommateur de soins médicaux.

Il s'agit dans ce cas de considérer le couple malade –soins comme un produit, ce qui permet alors une approche assez fine du produit hospitalier.

C'est justement ce type de mesure qui sert de fondement au système FETTER

A.3 La fonction de production des soins à l'hôpital

Fetter considère l'hôpital comme une entreprise à production multiple dont la finalité est de dispenser des soins médicaux aux patients .L' unité de produit

⁴⁷ Jean Gadrey, Tierry Voyelle et Thomas Stanback « solidarité santé », revue économiques et problèmes n°02311 février 1993 p13

se présente comme un assortiment de services spécifique fourni à chaque malade (un traitement). Le produit hospitalier est caractérisé selon la théorie par deux types de relations :

a)- une relation entre les différentes ressources ou moyen de production (**intrants**) et la production des différents types de soins médicaux (**Extrants**. **C'est la fonction de production primaire**)

b)- ensuite une relation entre les différents Extrants prescrits par les médecins et les types de malades qui les reçoivent cette combinaison correspond à la **fonction de production secondaire**, ceci traduit un départ pour l'évaluation de l'activité médicale dans l'hôpital.⁴⁸

En effet , un premier groupe d'indicateurs est fondé sur les structures d'offre de soins : les ressources en équipement , en personnel , en frais généraux.....on donne a ces ressources le non **d' intrant** (input) de l'hôpital ; un deuxième groupe d'indicateurs décrit l'utilisation de ces moyen il peut s'agir

- soit des mesures agrégés : nombres de journées, d'entrées, durées de séjour, coefficient d'occupation des lits ...

- soit des mesures plus fines : actes médicaux en nature (interventions chirurgicales, examens de laboratoires, médicament consommés, temps de soins infirmiers, repas distribués, activités administratives ...)

Ces procédures diverses constituent **l'Extrants** (out put) produit par les différentes unités de productions de soins de l'hôpital .Ainsi donc, on appelle **fonction de production primaire** la relation qui unit la combinaison d'intrants à la production d' Extrants. Il est important de considérer les indicateurs d'activité qui combinent les Extrants prescrits par les médecins et reçu par un type de malade (par exemple un accouchement nom compliqué, une appendicite suivie d'une péritonite ...), Cette combinaison s appelle **fonction de production secondaire** (ou médical). En quelque sorte, la fonction de production secondaire nous renseigne sur l'évolution de la pathologie et les moyens requis pour le traitement « secondaire ».⁴⁹

A l'intérieur de chaque **groupe principal**, la partition est fondée sur la présence ou absence d'une intervention chirurgicale

Pour les malades soumis à la chirurgie, la méthode utilisée recherche la nature de l'intervention subie ou « nécessaire ».

⁴⁸ Annie FENASSE « sciences de gestion et santé publique, un exemple :la mesure du produit hospitalier » , les cahiers du L.E.R.S.S N° 22 ,février 1991

A.4 Les nouvelles attributions de l'hôpital

Dans cette approche de la mesure de l'activité hospitalière , il s'agit d'assimiler l'hôpital à une entreprise à services multiples dont la finalité est de procurer des biens et des services aux patients dont le « produit » unitaire est un service spécifique fourni à chaque patient : le traitement .

Contrairement aux indicateurs traditionnels qui mesuraient l'activité hospitalière par des mesures simples : nombres d'admissions, la durée moyenne de séjour, le coefficient d'occupationl'approche par (DRG) définit un type de produit par type de malade. Par conséquent, toute l'activité hospitalière prendra comme base de mesure le « malade » et non l'institution. Ceci est un changement fondamental dans le système car il introduit une certaine logique qui fait que le produit spécifique obtenu à partir de chaque malade est conditionné par son état ainsi que les procédures thérapeutiques qui lui sont administrés pendant son séjour.⁵⁰

De cette façon, c'est l'état de santé ou « maladie » du patient qui est explicitement identifié comme le déterminant principal de l'utilisation des ressources ; d'où l'importance du case mix, c'est-à-dire de l'éventail de la morbidité hospitalière de chaque hôpital, car c'est lui qui est le prédicateur des services nécessaires, de leur mode d'utilisation et des coûts prévisibles.

A.4.1 Principe de la catégorisation des malades ou détermination des DRG

Si l'hôpital produit des actes de divers types c'est en réponse à une demande exprimée par des individus malades ; Ces actes appelés de façon plus générale « soins médicaux » appartiennent à la catégorie économique des services et exigent donc pour être produits la présence simultanée du producteur et du consommateur (1)

Cependant, au sein d'un même hôpital il existe une multitude de cas traités ce qui laisse penser que le produit hospitalier doit d'abord passer par un regroupement des patients de façon à déboucher sur une classification des types de cas traités. Le produit se présentera alors comme un éventail de ces différents types : C'est ce qu'on appelle le « **casemix** »

Il faut remarquer que la question du regroupement a posé le problème de la méthode qui se situe au niveau du choix des différents critères possibles de regroupements.

Parmi les critères les plus significatifs il a été sélectionné

- a- la durée et l'importance de l'invalidité entraînée par une maladie
- b- le risque de mort (maladie ou intervention)

⁵⁰ Alexandra Giraud « Le système Fetter, ou la définition du produit hospitalier par DRG » journal d'économie médicale N° 4 pp183-190

c- les spécialités médicales

d- les catégories obtenues à partir de la classification internationale des maladies.

Dans cette question aussi, et parmi les méthodes de classification des cas les plus satisfaisantes figure celle de FETTER qui définit le produit hospitalier en terme de **(DRG)**

La nécessité de regrouper les patients par classe de diagnostic à consommation comparable sans pour autant que cette classification soit basée exclusivement sur le diagnostic. Car, dans l'esprit des auteurs, elle serait à la fois insuffisante et excessive :

Insuffisante : Par ce qu'elle ne porterait aucune indication sur les ressources consommées

Excessive : car trop nombreuses.

Pour Fetter une classification de malades est construite en spécifiant les soins requis par chaque classe en fonction des possibilités de l'hôpital, ce qui est appelé par l'auteur « l'attribut significatif » c'est-à-dire en fonction des seules variables qui affectent la consommation des ressources hospitalières.

En fin de compte, les principales variables qui ont été retenues sont : **le diagnostic principal, les procédures chirurgicales, l'âge, les complications et les comorbidités.**

Aussi, la durée moyenne de séjour a été retenue comme variable indépendante car elle reflète très bien l'utilisation des ressources à l'hôpital.

Dans l'équation résultante, les variables indépendantes sont une description clinique et démographique du patient ; car la variable indépendante doit estimer les ressources utilisées par l'institution ; ensemble elles doivent exprimer l'équation administrative fondamentale du processus de soins.⁵¹

Il est donc clair que le système « Fetter » a intégré des données médicales dans un raisonnement économique et il a pu répondre à deux questions essentielles :

-Que fait-on à l'hôpital et combien ça coûte ?

A.4.2 la notion de groupes homogènes de malades

Les *groupes homogènes de malades* (GHM) sont une adaptation du système américain des *diagnosis Related groups* (DRG), élaborés par l'équipe de R. Fetter à l'université de Yale en 1988.

⁵¹ Annie Fenasse op. Cité

Le modèle de Fetter distingue deux niveaux de production différents reliés entre eux, celui des services élémentaires (c'est-à-dire l'administration, la logistique, les laboratoires, la radiologie...) et celui des malades reçus par l'hôpital pour lesquels les médecins déterminent les services élémentaires nécessaires au diagnostic et au traitement.

Pour chaque niveau de production du modèle, on peut essayer d'appréhender un indicateur : le rendement de la production des services de l'hôpital et l'efficacité des prescriptions médicales. Dans ce modèle, le produit de l'hôpital est défini par des groupes de séjours hospitaliers présentant une similitude clinique relative et consommant un niveau global de ressources équivalent

La classification doit être opérationnelle, c'est-à-dire que le nombre de groupes homogènes de malades constitué ne doit pas être trop important afin de rester un outil de gestion utilisable.

Aussi, le nombre d'informations décrivant chaque patient hospitalisé doit être faible afin de permettre un recueil exhaustif en routine dans tous les services hospitaliers et d'assurer sa portabilité. De plus, les informations doivent être faciles à recueillir, non ambiguës et fiables. Chaque groupe doit être cliniquement cohérent et doit contenir des patients correspondant à un même type de consommation de ressources.⁵²

La durée de séjour a été choisie comme mesure approchée de la consommation de ressources en raison de sa simplicité et de sa disponibilité.

Afin d'associer des cliniciens à cette construction, la méthode choisie doit être interactive. Elle n'est donc pas le résultat d'un simple programme de classification statistique.

La construction des GHM a été réalisée en utilisant le programme AID *Automatic Interaction Detector* d'une manière interactive. Le principe de l'algorithme de classification est classique. Il s'agit de constituer des groupes dont les variances calculées de la variable dépendante choisie présentent les propriétés suivantes :

La variance intra-groupe doit être la plus faible possible,

La variance inter-groupe doit être maximum.

Le découpage en sous-groupes est itéré tant que l'un des critères d'arrêt suivants n'est pas satisfait :

Aucune des variables restantes ne réduit la variance inexplicée de plus de 1%;

Les sous-groupes obtenus présentent des effectifs trop faibles (moins de 100).

⁵² Olivier Lenay, Jean-claude Moïsdon ; Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité, trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier ; REVUE Française de gestion N°146, 2003

Les critères qui ont commandé la création des D.R.G qu'on peut traduire en Français par groupes homogènes de malades (G.H.M) sont au nombre de quatre :⁵³

1) Les groupes doivent être définis par des variables couramment disponibles dans les données hospitalières

2) Le nombre final de groupes doit être raisonnable (gérable), de l'ordre de quelques centaines, car il est important que chaque groupe contienne un nombre de malade pendant un an dans tout l'hôpital afin que l'on puisse analyser les processus de soins.

3) Chaque groupe doit être homogène sur le plan de la quantité d'Extraits, c'est à dire les malades d'un même groupe nécessitent des consommations similaires de moyens.

4) Le système obtenu doit être médicalement interprétable et correspondre pour les médecins à des maladies précises et à des procédures définies

Il apparaît clairement que l'objectif de FETTER est de standardiser les produits et les prestations hospitalières pour construire sur ces derniers une norme de consommation.

Aussi, l'introduction du concept « complexité des soins » et « sévérité de la pathologie » contribue à améliorer l'explication de la variation des consommations des ressources.

Les DRG présentent les profils de patients ayant reçu des soins relativement homogènes du double point de vue clinique et économique ; de ce fait il crée un langage commun entre les praticiens médicaux et les gestionnaires

Pour définir de tels groupes, le travail de classification a abouti à 23 catégories de diagnostic principal (CMD) exclusive et exhaustives fondées sur des critères essentiellement anatomiques

B -Le calcul des coûts et refonte de la comptabilité analytique dans le système Fetter :

Le calcul des coûts dans le programme de médicalisation d'information revêt une importance très particulière, et veille à rassembler tous les détails sur les consommations, les actes, les processus de production.....etc.

Dans cet objectif, la refonte des principes de la comptabilité s'est posée comme une question urgente.

En effet, face à l'évolution rapide de leur environnement, les décideurs hospitaliers ont eu besoin d'un outil leur permettant d'apprécier en temps réel

⁵³ Patrice de Goulet et Marius Fieschi « traitement de l'information médicale, méthodes et applications hospitalières », information et santé, Paris , Springler-Verlay

les effets de leurs décisions sur l'efficacité de l'organisation dont ils sont responsables.

La comptabilité et le management par activité (ABC/ABM) sont des concepts nouvellement introduits dont le but est de combler les lacunes des outils traditionnels contenus dans la comptabilité analytique surtout après l'introduction du PMSI dans la nouvelle gestion hospitalière qui s'impose par la recherche de la causalité des coûts

B.1 Définition de la méthode ABC /ABM.

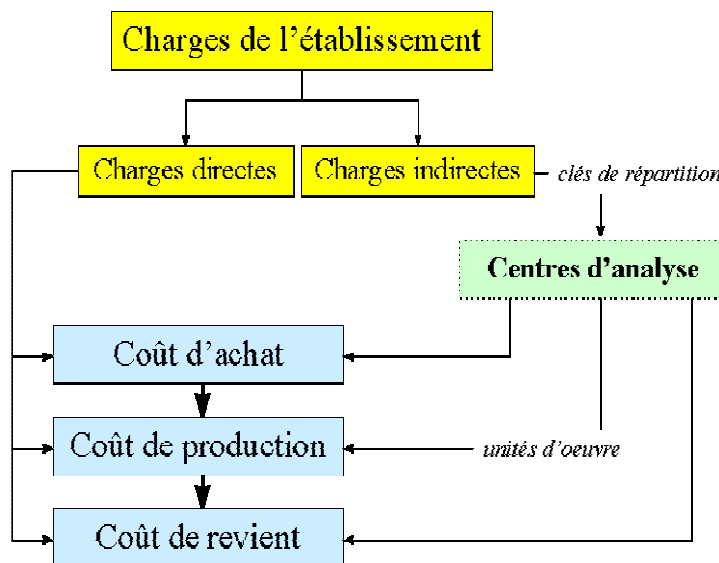
.Les réformes des systèmes hospitaliers inspirés du modèle « Fetter » qui se basent sur une connaissance profonde de l'activité hospitalière ont rendu nécessaire la révision de l'ensemble des outils de gestion traditionnellement utilisés.

Dans ce contexte, et l'un des premiers outils touchés par le changement demeure La comptabilité analytique traditionnelle, dite méthode des centres d'analyse.

Pour diverses raisons, elle se montre au jour d'aujourd'hui insuffisamment adaptée à la gestion d'une organisation moderne.(1)⁵⁴

La finalité de la comptabilité analytique (traditionnelle) est le calcul du coût de revient des prestations hospitalières. Pour ce faire, les charges directes de l'établissement sont successivement imputées aux différents coûts des prestations. Les charges indirectes, elles, doivent faire l'objet d'une analyse préalablement à leur affectation.

Le schéma suivant illustre très bien cette question.



⁵⁴ Philippe Rabiller, Alain chabert et René Maseyeff « ABC/ABM un outil décisionnel moderne pour l'hôpital » CAMSP, Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon

Le problème est que ce modèle a été élaboré au début du siècle pour répondre aux besoins de la production industrielle de masse dont les charges directes étaient largement majoritaires et facilement identifiables.

Tel n'est pas le cas des entreprises actuelles et encore moins des établissements de santé qui réalisent une gamme très large de prestations de services et dont les charges de structure et de soutien sont très importantes. La fiabilité du mode de répartition des charges indirectes est fortement contestée. Dès lors, le responsable hospitalier risque de baser ses décisions sur un coût de revient erroné. De même, cette méthode traditionnelle renseigne insuffisamment sur la structure des coûts et encore moins sur leur origine et leurs causes, alors que c'est justement ce que recherchent les managers dans une démarche d'optimisation.

Aussi, la mise en place du PMSI qui fait que l'analyse des coûts et l'activité entière des établissements est valorisée en ISA selon les Groupes Homogènes de Malades traités a rendu nécessaire l'adaptation des outils de gestion au nouveau système ; d'où une réforme profonde des principes de la comptabilité analytiques.

La fonction première du PMSI est l'élimination des disparités budgétaires régionales par le rapprochement entre le coût de l'ISA régional et le coût de l'ISA de chaque établissement de la région. Progressivement, les établissements seront en mesure de comparer leurs coûts avec ceux de la base nationale et de se positionner, à activité comparable, les uns par rapport aux autres.⁵⁵ Un établissement peut constater ses écarts pour chaque poste de dépenses. Le PMSI constitue ainsi un bon indicateur de dysfonctionnement.

Mais pour identifier la nature des améliorations à apporter, il faut lui adjoindre un outil d'analyse plus fin. Pas plus que la comptabilité analytique traditionnelle, sur laquelle il s'appuie pour le calcul du coût de référence des GHM, mais le PMSI cherche d'avantage à connaître l'origine des coûts des divers processus hospitaliers.

B.1.1 ABC / ABM, une approche centrée sur les activités.

Pour répondre aux besoins spécifiques des entreprises actuelles et notamment des prestataires de services, une nouvelle méthode de comptabilité de gestion est apparue aux Etats Unis dans les années 80 : la comptabilité par activité dénommée " activity based costing ", Comme le nom de cette méthode l'indique, l'unité d'investigation est l'activité.

⁵⁵ Gérard de pourvoirville, Le programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) : un programme ambitieux et perfectible, mais pour quelle utilisation ? , La revue du praticien - Médecine générale, vol 5, N° 155,1991

Une activité est définie comme un ensemble de tâches élémentaires, réalisées par un individu ou un groupe faisant appel à un savoir-faire spécifique.

Les activités sont : homogènes du point de vue de leur comportement et de leurs coûts ;

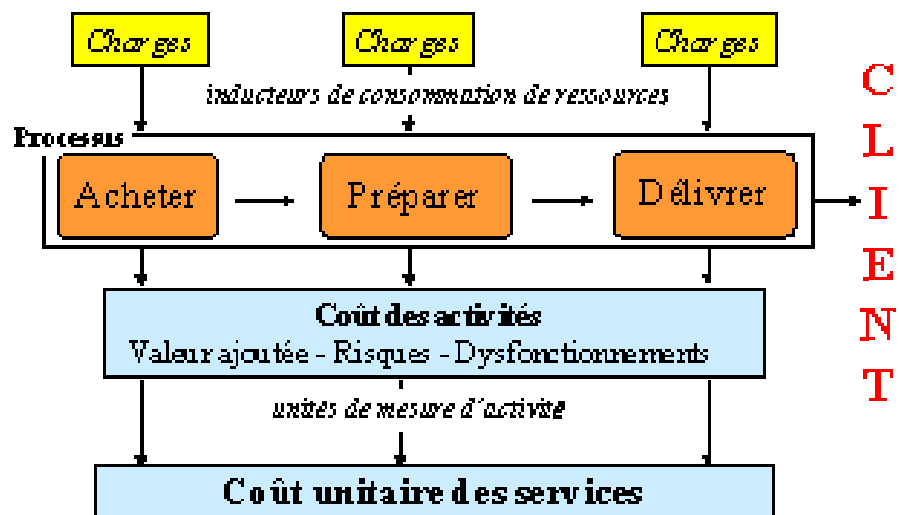
Orientées vers la production d'un résultat (output) à partir d'un panier de ressources (inputs) ; destinées à un client interne ou externe.

En pratique, une activité est définie par langage simple et accessible à tous.

Par exemple : " prescrire un traitement ", " administrer un médicament ", " faire un prélèvement " etc. Les activités sont organisées en processus, qui constituent le fondement de l'organisation hospitalière, comme de toute organisation d'ailleurs. Le coût de chaque processus est la somme des coûts de ses activités.

Cette introduction de la notion d'activité permet de connaître le niveau de performance économique de l'organisation et réduit de façon drastique l'approximation habituelle sur l'imputation des charges indirectes.

Le modèle ABC



De nos jours, cette méthode est indissociable de son utilisation managériale, dite management des activités ou ABM. Concrètement, cela consiste à typer les activités selon leur nature : principale ou de soutien, selon leur coût, leur valeur ajoutée, les risques, les opportunités d'amélioration ou selon tout autre facteur que l'établissement cherche à maîtriser. ABM s'appuie sur l'analyse

économique réalisée par ABC et ajoute aux coûts les autres dimensions de la performance car le contrôle de gestion doit être conçu pour répondre aux besoins d'informations.

Cette prise en compte des activités de soutien est un élément original de la méthode ABC/ABM. On considère que ces activités sont susceptibles d'être créatrices de valeur ajoutée pour le client ou l'entreprise et doivent à ce titre, être aussi bien maîtrisées que les activités principales alors que les méthodes traditionnelles tendent à les imputer en tant que charges indirectes sans plus d'analyse.

Dans le contexte des centres d'analyse, nous sommes dans une logique d'imputation des charges et l'unité d'œuvre ne reflète qu'une corrélation au sens statistique du terme avec l'évolution de la charge à imputer, alors qu'ABC implique une logique d'élaboration des coûts sur la base de l'étude des causalités. C'est donc une relation de cause à effet entre l'unité de mesure d'activité et la variation du volume de l'activité que l'on va rechercher

Ce simple fait justifie amplement le suivi des activités de soutien qu'implique la méthode ABC. ; Suivi que l'on n'aurait jamais pu réaliser avec une méthode traditionnelle dans laquelle les charges indirectes sont imputées bien avant l'élaboration des coûts de revient.

Grâce à l'ABC, les décisions d'imputation des coûts se prennent en toute transparence, elles s'appuient sur l'observation du terrain et non sur de la théorie.

Le chef de service dispose maintenant d'informations importantes pour l'aider définir sa politique d'achat, fixer le prix pour la sous-traitance et étudier les futures propositions concurrentielles. Bien entendu le choix entre faire ou faire faire va dépendre également du coût d'autres processus

B.1.2 Les avantages de la méthode ABC/ABM.

Si l'on s'en tient au contrôle de gestion, ABC a de nombreux avantages par rapport à la comptabilité analytique traditionnelle, elle permet d'appréhender l'organisation dans sa transversalité.

Sans doute plus qu'ailleurs, la transversalité est une nécessité pour les hôpitaux, où de très nombreux services ou unités concourent directement ou indirectement aux soins.

Connaître le coût d'un processus était difficilement accessible à la comptabilité analytique traditionnelle, alors qu'ABC est conçu justement pour cela. On peut connaître le coût d'un acte médical complexe avec une fiabilité plus grande que celle procurée par les autres méthodes.⁵⁶

⁵⁶ Fabienne Alvarez ; op. Cité

Le calcul du coût de revient par la méthode ABC est plus proche de la réalité économique, notamment en ce qui concerne le retraitement des charges indirectes. Ces charges correspondent en effet à des ressources consommées par des activités de soutien, sources de valeur ajoutée, qui ne sont pas moins importantes que les activités principales et qu'il faut absolument maîtriser.

La méthode est pragmatique, on peut l'appliquer à un secteur ou un processus particulier, quitte à la généraliser plus tard.

ABC établit un diagnostic économique qui ne serait qu'un exercice académique si aucune décision ne s'ensuivait ; C'est le rôle du management par activité (ABM) qui vise à apporter à l'organisme toutes les dimensions de la performance et notamment celle de l'économie

Enfin, ABC/ABM constitue un outil performant pour piloter les démarches d'amélioration continue de la qualité, pour faciliter les changements de stratégie et de comportement dans l'entreprise.

B. 2. La particularité du calcul des coûts

La question du calcul des coûts est particulière par rapport aux différents systèmes appliqués dans beaucoup de pays au monde, mais la plus grande différence a été relevée entre le système français et américain.

B.2.1 le calcul des coûts hospitaliers au USA :

Au USA, la question a été tranchée en théorie par « MEDICARE », le plus large programme d'assurance maladie qui couvre 37 millions de personnes âgées. Dans cette organisation le remboursement se fait sur deux modes suivant le cas ou le patient soit hospitalisée ou non .Si le patient est hospitalisé le remboursement se fait sur la base du coût présenté par l'institution ; dans le cas d'une hospitalisation il se fait sur la base d'un coût standard par DRG

Les deux méthodes de calcul du *coût hospitalier* couramment utilisées aux Etats-Unis sont **RCC (ratio of cost. to charges)** et **RCC (relative value unit)**

Le RCC est basé sur le principe suivant : On calcule le ratio coût /recettes d'une unité de soins, ce ratio est ensuite appliqué au prix de chaque acte accompli par cette unité pour en trouver le coût. On qualifie cette méthode de « top down » par ce qu'elle part de l'ensemble des dépenses et des recettes de l'unité de soins pour aboutir au coût d'un acte.

Cette méthode (utilisé par medicare) considère que la proportion coût/ prix reste la même pour tous les actes d'une unité de soins.

La méthode RVU mesure la valeur relative des ressources consommées par chaque acte ; plus l'acte est complexe plus son RVU sera élevé. Cette approche est qualifiée de « bottom up » par ce qu'elle prend origine au niveau de l'acte et remonte vers l'unité de soins .

Pour estimer le reste des autres éléments de coûts imputables au patient, les hôpitaux disposent d'une base d'allocation recommandée que nous pouvons présenter comme Suit :

Département ou poste	Base de répartition
Dépréciation : bâtiment et installation	Surface
Dépréciation : équipements mobiles	Unité monétaire ou surface
Frais du personnel médical	Salaires bruts
Administration générale	Coût direct
Maintenance, répartition et gestion opérationnelle	Surface
Blanchisserie	Heures
Services d'entretien	Heures
Cuisine et cafétéria	Nombre de repas
Administration infirmière	Heures de services
Services centraux, achats et pharmacie	Coûts des biens acquis
Accueil et gestion des dossiers médicaux	Heures de services

En faisant la somme de tous les ressources consommées par le patient on arrive au coût de son séjour

B.2.2 - le calcul des coûts hospitaliers en France :

Pour obtenir des coûts aussi révélateurs, la rénovation de la comptabilité analytique se posa comme base essentielle au système.

En effet, dans le domaine de la comptabilité chaque coût à un sens et nous renseigne sur un stade de production d'un ou de plusieurs activités, s'il s'agit de mesurer des coûts associés à une décision, il conviendra d'évaluer les suppléments des dépenses correspondants ; on aura affaire donc à un coût marginal. Tandis que s'il s'agit de contrôler au cours du temps un processus stabilisé, on pourra calculer des coûts moyens en rapportant l'ensemble des dépenses d'une entité à ses différentes activités.

En France, la méthode de calcul des coûts utilisés dans les hôpitaux est la méthode des sections homogènes. Cette méthode découpe l'organisation en

sections homogènes, répartit ensuite la charge sur ces sections en fonction des unités d'œuvre.

L'unité d'œuvre doit traduire l'activité de la section et permettre la mesure de sa performance. De ce fait une unité d'œuvre pourrait être représenté par une consommation de charges ou la réalisation de produit de la section .Toutefois, la complexité des soins ne permet pas d'identifier spontanément des centres d'analyses homogènes

Aussi, dans un hôpital comme dans toute organisation, la plupart des dépenses ne sont pas directement affectable aux activités mesurées, qu'il s'agisse de journées ou de GHM.

La comptabilité analytique utilisée dans le cadre de ce système distingue deux types de centre de frais :

A_ Les centres de frais structuraux : administrations, magasins, cuisines, blanchisseries, ...etc. dont on suppose qu'ils apportent leurs prestations à d'autres centres de frais.

B_ les centres de frais finaux : services cliniques, laboratoires, radiologie blocs opératoirepour lesquels on peut trouver une mesure de l'activité (unité d'œuvre) directement affectable aux différents malades donc aux GHM.

Cette mesure peut être constituée pour les services cliniques par le nombre de journées ou par des indicateurs de l'intensité du travail infirmier au chevet de chaque malade.

Les centres de frais de structures apportent leurs contributions non seulement aux centres de frais finaux , mais aussi à d'autres centres de frais structuraux ; ainsi l'administration travaille à la fois pour les services techniques et pour la cuisine.

C'est pourquoi l'un des modèles utilisés dans l'expérience consiste à utiliser le schéma classique des prestations réciproques : Les dépenses des centres de frais structuraux sont toutes transférés dans les centres de frais finaux en tenant compte des chaînes de prestations réciproques.

On appellera **coûts complets simple**, les coûts

On peut également envisager des calculs encore plus simplifiés en ventilant les dépenses des centres de frais finaux sur les GHM et en ne transférant pas celle des centres structuraux ; on aura affaire donc à des **coûts partiels** indicateur d'utilisation de moyens s'attachant essentiellement aux protocoles thérapeutiques.

(L'essentiel des centres de frais finaux étant constitué par les services cliniques et le plateau technique).

L'expérience en France a abouti à cinq systèmes de coûts qui sont les suivants :

S1 : coûts complets complexes avec journées pondérées

S2 : coûts complets simples avec journées pondérées

S3 : coûts complets simples sans journées pondérés

S4 : coûts partiels avec journées pondérées

S5 : coûts partiels sans journées pondérées

La structure des coûts hospitaliers français se traduit par une très forte proportion d'éléments indirects. En effet, les coûts indirects représentent plus de 70% des coûts totaux, sont d'abord calculés à partir de la clé de répartition « durée de séjour » et ensuite imputés aux produits au prorata de la durée de séjour

Le mode répartition des charges dans les hôpitaux français est résumé à titre indicatif dans le tableau suivant :

Charges par nature	Base de répartition
-acte d'investigation et de traitement -actes des professions paramédicales	Lettres clé ou indices de complexité relative
Médicaments –produits et dérivés prothèses et implants	Imputés directement au patient
-charges de personnels soignant et médical	Nombres de journées pondérées par un indice de charges de travail relatif

Toutes les règles de répartitions que nous pourrions nommer classiques supposent implicitement que les coûts des objets considérés (journées, pathologies ou DRG) sont identiques par unité du critère de répartition. Par exemple, si on raisonne en nombre de jours par pathologie, chacun des jours aura un coût identique et cette façon de voir les choses peut s'avérer fautive, car techniquement le coût d'un malade apparaît supérieur dans les premiers jours d'hospitalisation puis va progressivement en décroissant s'apparentant en fin de séjour à un coût d'hôtellerie.

Section. IV. Utilisation des GHM dans le fonctionnement et la gestion hospitalière

Après la catégorisation des malades en groupes homogènes, il devient important de les relier à d'autres aspects économiques qui se résument généralement par les coûts des traitements de soins.

Pour aboutir à tout cela, il faut tenir compte des éléments suivants :

A. Production du résumé de sortie standardisé

Les variables descriptives du séjour sont relatives à quatre entités : le malade, la maladie, les pratiques médicales et la structure de soin. Elles constituent ce qui est appelé : le *Résumé de Sortie Standardisé* (RSS)

Tout séjour hospitalier dans un établissement de santé public ou privé doit donner lieu à la production d'un résumé de sortie standardisé (RSS), constitué d'un ou plusieurs résumés d'unité médicale (RUM)⁵⁷

Si le malade n'a fréquenté pendant son séjour qu'une seule unité médicale (service de soins) , le séjour est dit Mono unité, le RSS équivaut strictement au RUM produit au titre de ce séjour, le RSS ne comporte alors qu'un enregistrement c'est un RSS « MonoRUM »

Si le malade a fréquenté plusieurs unités médicales, le séjour est dit multi unité le RSS correspond à l'ensemble des RUM produits dans chacune des unités fréquentées au cours de l'hospitalisation, ordonnés chronologiquement.⁵⁸

Le RSS est alors constitué d'un ensemble de RUM c'est un RSS « multiRUM » qui sont tous identifiés par le même numéro dit *numéro de RSS*.

A.1. Contenu du résumé d'unité médicale

Le RUM contient un nombre limité de rubriques qui doivent être systématiquement renseignées. Les informations à fournir sont d'ordre administratif et médical.

⁵⁷ Thierry ponchon , Etude du PMSI , commission de recherche et développement de la SFED ,Mars, 2004

⁵⁸ Agence technique d'information hospitalière (ATIH), pour comprendre les principes et l'historique du PMSI en MCO

Lors de la sortie d'un patient de l'hôpital, un bref compte rendu de son hospitalisation est produit par le résumé de sortie standardisé (**RSS**). Il est composé d'autant de résumés d'unité médicale (**RUM**) que le patient a fréquenté pendant son séjour à l'hôpital.

Pour que les informations médico-administratives contenues dans le RUM puissent bénéficier d'un traitement automatisé, elles sont codées selon des nomenclatures et des classifications

Le RSS peut contenir (globalement) les informations contenues dans le tableau suivant :

1	Numéro matricule de l'entité juridique
2	Numéro de RSS
3	Année de naissance
4	Sexe
5	Numéro de l'unité médicale
6	Date d'entrée dans l'unité
7	Mode d'entrée dans l'unité
8	Date de sortie de l'unité
9	Mode de sortie de l'unité
10	Nombre de séances
11	Diagnostic principal
13	Diagnostics associées (x5)
14	Actes classés X (x5)

Les Informations du Résumé de Sortie Standardisé.

Pour chaque séjour à classer décrit par des variables dites indépendantes, l'algorithme recherche et sélectionne celle qui explique la plus grande part de variance afin de constituer des groupes qui correspondent aux critères fixés par le RSS.

A.1.1 La classification des groupes homogènes de malades

Le RSS est classé dans un groupe homogène de malades (GHM). La classification française des GHM est une adaptation de la classification américaine des *Diagnosis Related Groups (DRG)* développée à l'université de Yale par R. Fetter.

Comme toutes les classifications de type *DRG*, elle permet un classement exhaustif et unique : tout RSS est obligatoirement classé dans un GHM et dans un seul.

L'homogénéité et la cohérence interne aux GHM a deux aspects, médicale et économique :

- médicale, car dès son premier niveau (la « catégorie majeure de diagnostic ») la classification est fondée sur des critères médicaux, appareil fonctionnel ou motif notoire d'hospitalisation.
- Économique, car les séjours classés dans un même groupe ont, par construction, des consommations de ressources voisines.

Le classement de chaque RSS dans un GHM ou groupage résulte de tests prédéterminés sur les informations qu'il contient.⁵⁹

L'ensemble des tests effectués constitue l'algorithme de la classification. C'est un arbre généralement binaire, en « oui » et « non », avec des nœuds et des fonctions de décision. Celles-ci permettent de tester, par exemple, si le sexe est féminin ou non, si une lésion traumatique est mentionnée, si un acte chirurgical a été enregistré, etc.

⁵⁹ F. Kohler, E. Toussaint, les pôles et la contractualisation interne : Quels modèles de hospitalisation de court séjour ? , Journées Francophones d'informatique Médicale, Faculté de médecine de Nancy, Lille, 12-13 Mai, 2005

Les catégories majeures :

CM sont le premier niveau de classement des RSS. Elles correspondent le plus souvent à un système fonctionnel (affections du système nerveux, de l'œil, de l'appareil respiratoire...) et sont alors dites catégories majeures de diagnostic (CMD)⁶⁰

- 1 - Maladies et affections du système nerveux
- 2 - Maladies et affections de l'œil et de ses annexes
- 3 - Maladies et affections des oreilles, du nez et de la gorge
- 4 - Maladies et affections de l'appareil respiratoire
- 5 - Maladies et affections de l'appareil circulatoire
- 6 - Maladies et affections de l'appareil digestif
- 7 - Maladies et affections du foie, des voies biliaires et du pancréas
- 8 - Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
- 9 - Maladies de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et du sein
- 10 - Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme
- 11 - Maladies et affections des reins et des voies urinaires
- 12 - Maladies et affections des organes génitaux mâles
- 13 - Maladies et affections des organes génitaux féminins
- 14 - Grossesse, accouchement et suites de couche
- 15 - Nouveau-nés normaux et autres nouveau-nés avec certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
- 16 - Maladies et affections du sang, des organes hématopoïétiques et des troubles immunitaires
- 17 - Maladies myéloprolifératives, tumeurs malignes pauvrement différenciées et autres néoplasmes
- 18 - Troubles mentaux
- 20 - Maladies secondaires à l'utilisation d'une substance et troubles organiques induits par une substance
- 21 - Traumatismes, empoisonnements et effets nocifs des médicaments
- 22 - Brûlures
- 23 - Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours au service de santé
- 24 - Séances, recours aux soins
- 25 - Groupes résiduels

Les 25 catégories majeures de diagnostic

⁶⁰ Extrait du chapitre 5 : Le programme de médicalisation des systèmes d'informations

A.1.2. Le diagnostic principal (D P) :

La première orientation du malade vers un quelconque GHM dépend du diagnostic principal.

Il s'agit de la pathologie qui permettra de placer le malade dans l'une des catégories des CMD.⁶¹

Dans le cas d'un RSS *monoRUM* (séjour mono unité), le diagnostic principal du RSS est celui de l'unique RUM qui le constitue.

Dans le cas d'un RSS *multiRUM* (séjour multi unité) le diagnostic principal (DP) du RSS est obtenu automatiquement par l'algorithme suivant :

- Si un seul RUM comporte un acte classant opératoire, le DP du RSS est celui de ce RUM ;
- Si aucun RUM ne mentionne d'acte classant opératoire ou, si plusieurs RUM en mentionnent (au moins) un, le DP du RSS est celui du RUM dont la durée de séjour est la plus longue ;

Si deux RUM possèdent la même durée de séjour, le DP du RSS est celui du RUM de la dernière unité médicale chronologiquement fréquentée.

A.1.2. 1 les actes classant

Le DP du séjour étant ainsi déterminé, le test suivant est relatif à la présence d'un acte opératoire classant dans le RSS :

- Si le RSS mentionne au moins un acte opératoire classant dans la CMD dans laquelle a orienté le DP, le RSS est classé dans un **GHM chirurgical** ;
- Si le RSS ne mentionne pas d'acte classant opératoire, le RSS est classé dans un **GHM médical**. Les groupes « médicaux » ne contiennent donc pas uniquement des RSS sans acte. Ils peuvent contenir des RSS avec des actes classant non opératoires ou des RSS avec des actes opératoires non classant.⁶²

Un **acte opératoire** est un acte dont la réalisation nécessite l'environnement d'un bloc opératoire.

Un **acte classant** est un acte susceptible, par construction de la classification, de modifier le classement en GHM.

⁶¹ Le PMS -Analyse médico économique de l'activité hospitalière ; N° spécial ; Lettre d'Information hospitalière ; ministère du travail et des affaires sociales ; Mai 1996

⁶² Laurent Tardif ; Etude méthodologique du chaînage des séjours, Base pmsi MCO, ministère de la santé, de la jeunesse et des sports ; octobre 2007

Un acte classant peut-être opératoire ou non opératoire (par exemple, la coronarographie est un acte classant non opératoire).

A l'intérieur de chaque **groupe principal**, la partition est fondée sur la présence ou absence d'une intervention chirurgicale

Pour les malades soumis à la chirurgie, la méthode utilisée recherche la nature de l'intervention subie ou « nécessaire ».

Ainsi, il est défini pour chaque catégorie majeure une hiérarchie des interventions chirurgicales classée à partir des interventions les plus graves ou intervention les plus simples.

Pour les malades « sans interventions chirurgicales » le principe retenu est la définition d'une hiérarchie basée sur l'intensité des ressources consommées

L'existence de complication, des conditions de sortie ... est considérée comme **indice de « complexité »** justifiant des groupes distincts.

un certain nombre de GHM appartiennent à des catégories majeures dans lesquelles l'orientation des RSS ne dépend pas du diagnostic principal. C'est le cas de la CM 24 *Séjours de moins de 2 jours* dans laquelle c'est la durée de séjour qui est déterminante, et de la CM 27 *Transplantations d'organes* dans laquelle c'est la réalisation d'un acte de transplantation

Le premier test effectué sur le RSS lors du groupage concerne la mention de **séance(s)**. En leur présence le RSS est classé dans la catégorie majeure de diagnostic n° 28 (CMD 28 *Séances*), dans un GHM fonction de la nature des séances (dialyse rénale, chimiothérapie anti tumorale etc.).

En l'absence de séance(s) ou d'un séjour inférieur à 2 jours, un traitement algorithmique de toutes les données du RSS est effectué pour sélectionner les cas qui seront orientés dans une catégorie majeure dite « transversale » parce que le diagnostic principal n'est pas la donnée la plus déterminante.⁶³ **Les catégories majeures transversales sont les suivantes :**

- CM27 : transplantations d'organes ;
- CMD 26 : traumatismes multiples graves ;
- CMD 25 : maladies dues à une infection par le VIH.

Pour les RSS qui n'ont pas été classés dans les catégories 24 à 27, c'est le diagnostic principal qui est alors testé pour les orienter entre les catégories majeures de diagnostic numérotées 1 à 23.

⁶³ Didier Nakache, Extraction automatique des diagnostics à partir des comptes rendus médicaux textuels, thèse pour l'obtention du grade de docteur en informatique, 26 Septembre, 2007

D'autres variables interviennent par la suite pour classer le RSS dans un seul GHM, notamment **les complications ou morbidités associées** et **l'âge**.

A.1.2.2. Les complications ou morbidités associées

La liste des complications ou morbidités associées (CMA) a été constituée en recensant les diagnostics associés dont la présence augmenterait la durée de séjour d'au moins une journée dans au moins 75% des cas.

Selon que le RSS mentionne ou non une CMA, il est classé dans un GHM *avec CMA* ou *sans CMA*, à condition que cette segmentation existe pour le GHM considéré, ce qui n'est pas toujours le cas.

Afin de permettre une meilleure prise en compte de la gravité des cas, la notion de CMA a évolué :

- D'une part, des **listes d'exclusions** ont été élaborées. Une liste d'exclusions est définie par rapport à un diagnostic principal, Elle énumère les affections qui, associées à ce DP ne sont pas considérées comme des complications significatives. Par exemple, les hémorragies digestives appartiennent à la liste des CMA.⁶⁴

Avec les listes d'exclusions, elles perdent leur caractère de CMA lorsque le diagnostic principal est un ulcère gastroduodéal hémorragique.

D'autre part, la détermination de **complications ou morbidités associées sévères** (CMAS) c'est-à-dire de complications particulièrement graves, permet de repérer les cas les plus lourds.

Sur le plan théorique, le concept de morbidité associée est remplacé par ce qui est appelé **le Diagnostic relié (DR)** au DP ; s'est ce qui permet d'effectuer un test supplémentaire pour l'orientation dans un GHM. On est désormais autorisé à porter en diagnostic relié tout diagnostic permettant d'éclairer le contexte pathologique, essentiellement lorsque le diagnostic principal n'est pas en lui-même une affection.

Le plus souvent, le DR correspond à la maladie causale et dans la quasi-totalité des cas, il s'agit d'une maladie chronique ou d'évolution prolongée. Le DR répond au besoin de préciser le diagnostic principal lorsque ce dernier n'est pas évocateur de la pathologie prise en charge.

A.1.2.3 L'âge du patient

La classification des GHM utilise deux types de limite d'âge :

- 69/70 ans est la limite la plus fréquemment testée.

En effet, les patients de plus de 69 ans ont plus fréquemment plusieurs affections dont chacune ne correspond pas au critère CMA, mais dont le

⁶⁴ Historique, PMSI et refonte du système de santé, textes réglementaires, MEDCOST, 2002

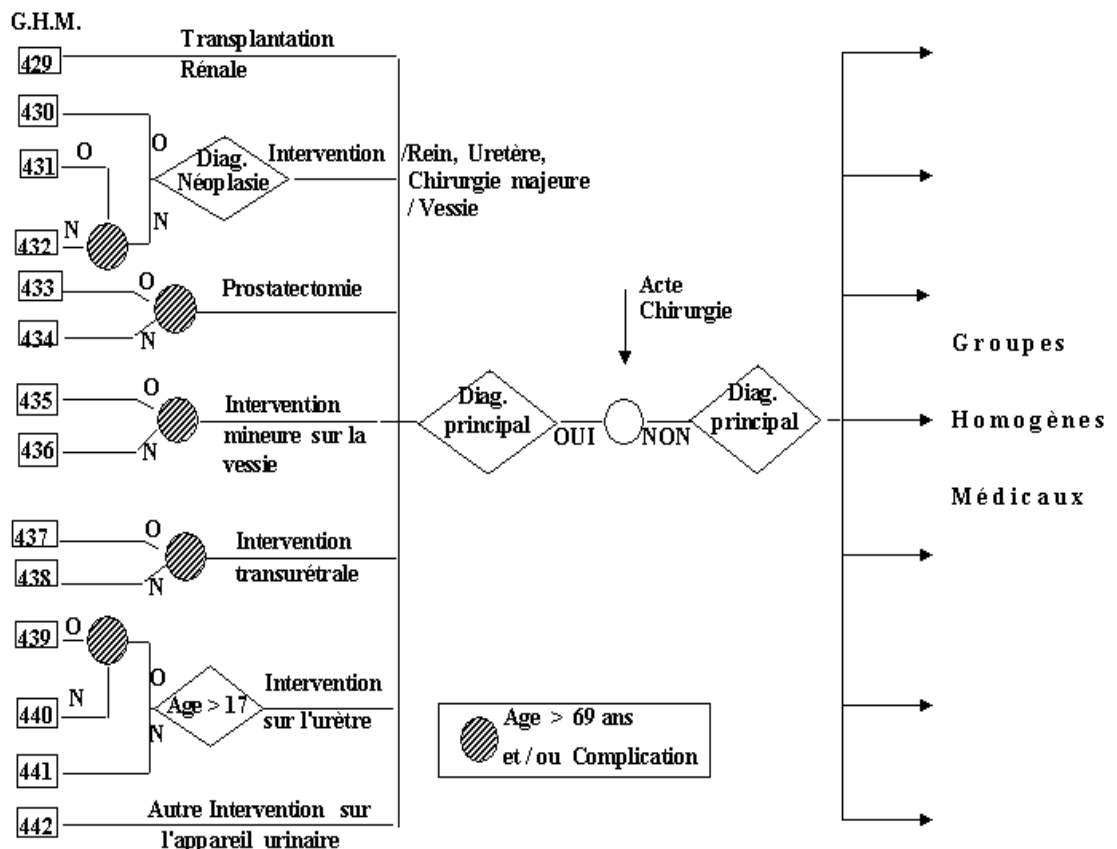
cumul a un effet assez proche ; l'âge remplace des combinaisons trop nombreuses pour pouvoir être répertoriées.

- Une limite propre à certaines prises en charge (par exemple 18 ans pour les affections touchant fréquemment les enfants, 36 ans pour le diabète), résultat de l'analyse statistique et donc corrélée à la consommation de ressources.

Lorsque l'algorithme rencontre dans un RSS une erreur qui empêche le groupage — erreur dite *bloquante* — (par exemple un code de diagnostic principal qui n'existe pas, il est orienté dans **la catégorie majeure n° 90 Erreurs et autres séjours inclassables**.

En fin de compte, la répartition de l'ensemble des RSS entre les GHM définit l'éventail des cas ou le case-mix de chaque hôpital. Il est l'expression des prises en charge en nature (CMD, GHM, caractère chirurgical ou « médical ») et en volume (effectifs par GHM).

La figure suivante présente un exemple simplifié des critères de segmentation permettant de construire les GHM concernant les **affections chirurgicales rénales et urinaires**.



A.2 la fonction groupage

A.2.1 L'utilisation des résumés de sortie standardisés

Le programme de médicalisation du système d'information a pour but de généraliser le recueil des informations du RSS pour chaque séjour hospitalier d'un patient dans les hôpitaux. Il permet de traiter l'information médicale de tous les établissements à travers le pays.⁶⁵

Les études sur les pathologies hospitalières ont ramenés les chercheurs américains à déterminer une liste de 470 catégories de malades considérés comme homogènes quant à la durée de séjour et caractérisées par les valeurs prises sur un petit nombre de variables d'états de santé.

Le système Français, a obtenu à son tour une liste de 500 groupes homogènes basés sur la pratique et l'expérience médicale

A Partir de ce travail, il est apparu que les hôpitaux avaient non seulement des « case-mix » différent, mais encore que ces différences étaient en mesure d'expliquer un pourcentage significatif de la variation des coûts moyens. Pour cette raison l'évaluation de l'activité sanitaire est une action prioritaire et capital dans le système « Fetter » et ceci pour trois raisons essentielles :

Etudier les procédés de soins et en particulier les différences dans l'utilisation des prestations et des ressources de l'hôpital

Affiner la comptabilité hospitalière pour maîtriser les coûts de soins et préciser les budgets prévisionnels

3) Planifier l'implantation des hôpitaux « aigus » dans une aire régionale déterminée.

A.2.2 Autres informations produites

Dans les cliniques privées chaque RSS est associé à un résumé standardisé de financement (RSF) qui reproduit la facture du séjour adressée par la clinique à l'Assurance maladie. De même que le RSA est obtenu par anonymisation du RSS, de l'anonymisation du RSF résulte le résumé standardisé de financement anonyme (RSFA) base de financement des structures hospitalières.

Outre les RSA, les hôpitaux doivent produire un ensemble des fichiers qui contiennent des informations du RSA : nombre de consultations et d'actes externes réalisés, consommation de certains médicaments et dispositifs médicaux implantables (prothèses, implants) utilisés.

⁶⁵ B.Misset, P.Moine, B.Garrigues, H.Logerot-Lebrun ; Recommandations pour le codage d'un patient de réanimation ; commission d'évaluation de la SRLF et comité de réanimation de la SFAR. 1999

A.2.3 Chaînage anonyme des RSA

Une procédure de chaînage des résumés de séjour a été mise en œuvre dans beaucoup de systèmes, Français notamment.

Le principe du chaînage anonyme consiste en la création d'un numéro anonyme commun à toutes les hospitalisations d'un même malade, quel que soit le secteur d'hospitalisation : public ou privé d'une part, ou soins de suite ou de réadaptation (SSR) ou même psychiatrie à l'avenir. Les différents épisodes d'hospitalisation d'un même malade peuvent ainsi être identifiés et liés entre eux.

L'objectif est double :

Médical, pour expliquer les raisons de la récidivité des malades ou les conditions d'évolution de leurs maladies.

Economiques, pour évaluer les surcoûts de la prise en charge des malades.

A.2.4 L'étude nationale des coûts

L'étude nationale de coûts (ENC) s'appuie sur un modèle de comptabilité analytique.

Elle remplit trois objectifs :⁶⁶

- La construction d'une échelle de coûts par GHM, révisée annuellement, fondement des tarifs utilisés pour le financement des établissements ;

La publication de coûts moyens par GHM, décomposés par grands postes de charges, auxquels les établissements peuvent comparer leurs propres coûts, pour leur gestion interne ;

- la constitution d'une base de données utilisées pour les travaux assurant l'évolution de la classification des GHM.

B .La codification des diagnostics :

Pour rendre le recueil l'information médicale possible dans le but d'un traitement informatique, il a été créé un système de codage.

Pour codifier les actes deux organisations principales ont été expérimentées pour le recueil des informations du RSS :

La Codification centralisée des RSS, ou Une cellule de personnes formées à la codification centralise les dossiers des patients, procède à leur codification et introduisent ces informations en machine.

La Codification décentralisée ou les services médicaux codifient eux-mêmes, les informations nécessaires au RSS avec la participation active des médecins traitants.

⁶⁶ Le PMSI. Cours et textes traitant le PMSI

La deuxième méthode semble la plus souhaitable. En effet, sur le plan du principe de mise en place d'un système d'information utile et efficace, il est souhaitable que l'information produite par un service soit traitée par le producteur d'information. L'implication des médecins traitants dans le codage de leur activité est un facteur de dialogue très important qui prépare l'analyse pertinente et la meilleure compréhension des résultats.

A l'opposé, le codage centralisé place le processus d'évaluation de l'activité en dérivation sur l'activité propre du service. La codification dans des disciplines très spécialisées est de meilleure qualité si elle est réalisée par des experts. En théorie, la codification centralisée permet d'obtenir un codage plus homogène. Cet avantage est certainement surestimé. Après saisie des RSS un *logiciel groupeur*, permet l'affectation des séjours dans les groupes homogènes de malades, leur répartition par unité médicale ainsi que l'édition de différentes statistiques.⁶⁷

L'analyse des GHM peut être réalisée de manière statistique et clinique et pour tous les GHM. Elle permet la mise en évidence des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge » : c'est la définition même du *programme de médicalisation des systèmes d'information* (PMSI).

Les informations ainsi produites sont utilisées essentiellement à deux fins :

- Pour le financement des établissements de santé (tarification à l'activité) ;
- Et pour l'organisation de l'offre de soins (planification)

B.1 La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et le catalogue des actes médicaux (CDAM)

Actuellement en France, il existe deux nomenclatures des actes médicaux la NGAP, nomenclature générale des actes professionnels, et le CDAM, catalogue des actes médicaux.

La NGAP Elle est la nomenclature de la médecine ambulatoire. Elle permet la tarification des actes de médecine libérale. Il s'agit d'une liste de libellés d'actes assortis de cotations qui fixent les honoraires des professionnels - médecins, dentistes, sages femme et auxiliaires médicaux du secteur libéral.

Dans les hôpitaux publics et participants au service public hospitalier, cette nomenclature est utilisée pour la facturation des soins externes, la définition du niveau de prise en charge des malades, la valorisation de soins externes nécessaire aux simulations budgétaires réalisées dans le cadre du PMSI et la production de la statistique annuelle des établissements de santé.

⁶⁷ Le codage en PMSI, extrait du rapport national présenté par l'agence nationale d'information hospitalière

Le CDAM Le catalogue des actes médicaux, il permet de décrire l'ensemble des actes réalisés lors de l'hospitalisation d'un patient.

Plus récent que la NGAP, le CDAM a vu le jour en France lors de la mise en place du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), en 1985. Il s'agit d'une nomenclature des actes médicaux comportant pour chaque acte un code, un libellé, un indice de coût relatif et, le cas échéant, la lettre Y indiquant le Groupe Homogène de Malades (GHM).

Dans tous les établissements de santé publics et privés, pour les séjours en secteurs de soins de courte durée, les actes dits "classant" font partie des éléments obligatoirement recueillis sur les résumés établis en fin de séjour. Ils sont nécessaires à l'orientation correcte du Résumé de Sortie Standardisé (RSS) dans un GHM.⁶⁸

La réglementation contraint les établissements de soins et les professionnels à utiliser simultanément ces deux nomenclatures conçues pour des objectifs différents.

Dans ce contexte, la classification commune des actes médicaux est une liste unique de libellés et de codes dont le principe serait étendu, à terme, à l'ensemble des professions de santé et qui permettrait :

- de garantir la cohérence des systèmes d'information,
- de satisfaire les professionnels par l'utilisation d'un seul outil,
- de rationaliser la maintenance de cet outil.

Ce nouveau référentiel traduit la volonté de l'Assurance Maladie et des Pouvoirs Publics de moderniser le système actuel devenu inadapté.

B. 2 Les Objectifs de la classification commune des actes médicaux

Son objectif est double :

- construire une nomenclature de libellés codés, commune aux secteurs privé et public
- refondre de manière globale et synchrone les honoraires médicaux afin d'élaborer une nomenclature cohérente et "neutre" et regroupe plusieurs Propriétés :

- La CCAM est **exhaustive**. Elle répertorie l'ensemble des actes médicaux et dentaires techniques validés, qu'ils soient tarifés ou non.

- Elle est **bijective** c'est à dire qu'à un libellé correspond un code et un seul et réciproquement. Un acte pratiqué par plusieurs disciplines est décrit dans la CCAM par un libellé unique.

⁶⁸ Elisabeth Faure, « La classification commune des actes médicaux » *Cnamts*, Medcost, Avril 2002

- Elle est **non ambiguë** c'est à dire que chaque libellé définit précisément l'acte auquel il correspond sans possibilité d'interprétations divergentes.
- Elle est **maniable**. La CCAM doit être compréhensible par tous les utilisateurs et doit donc rester d'utilisation simple.
- La CCAM doit être **évolutive** de façon à s'adapter à l'évolution des pratiques et techniques.

Ses principes sont fondés sur le **principe de l'acte global** ou chaque libellé comprend implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte dans la règle de l'art.

Aussi, elle est conçue de telle sorte que le praticien puisse décrire son acte avec un seul code. Toutefois, il sera possible d'associer des actes sous certaines conditions.⁶⁹

Suite à ces études, on dispose d'un référentiel d'environ 7100 actes techniques médicaux et dentaires.

Ces libellés ont été hiérarchisés en vue d'une refonte des honoraires en secteur libéral.

La base du codage démarre, du CMD ou il est précisé la nature de la maladie et les autres informations nécessaires au codage.

Pour cela, il est pris en considération les éléments suivants

⁶⁹ Elisabeth faure op. Cité

CHAPITRE.III : LA REGULATION DES DEPENSES HOSPITALIERES

	GHMCh irurgical ux	GHMMé dicaux	Total
nerveux	9	28	37
2 - Affections de l'œil	7	6	13
3 - Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	17	13	30
4 - Affections de l'appareil respiratoire	4	25	29
5 - Affections de l'appareil circulatoire	18	26	43
6 - Affections du tube digestif	24	17	41
7 - Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	11	8	19
8 - Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	28	23	51
9 - Affections de la peau, des tissus sous cutanée et des seins	14	14	28
10 - Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	8	9	17
11 - Affections des reins et des voies urinaires	12	18	30
12 - Affections de l'appareil génital masculin	13	6	19
13 - Affections de l'appareil génital féminin	14	4	18
14 - Grossesses pathologiques, accouchements, et affections du post partum	4	10	14
15 - Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	-	14	14
16- Affections du sang, des organes hématopoïétique	4	6	10
17- Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	7	12	19
18- Maladies infectieuses et parasitaires	1	9	10
19- Maladies et troubles mentaux	1	10	11
20- Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles ci	-	5	5
21- Traumatismes, allergies et empoisonnements	6	13	19
22- Brûlures	2	3	5
23- Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	1	6	7
24- Séances et séjours de moins de 24 heures	38	48	86
25- Affections liées au VIH	1	5	6
26- Poly traumatismes	2	2	4
27- Greffes d'organes	5	1	6
TOTAL		34	59
		1	2
	25		
	1		

B.3. La classification Internationale des Maladies.

La classification internationale des maladies est retenue pour décrire les pathologies et motifs de recours aux soins. Il s'agit d'une classification mono axiale : hiérarchie de termes à partir d'une racine commune.⁷⁰

Ainsi, l'ensemble des pathologies est réparti en catégories ayant un profil commun qu'il soit étiologique (maladies infectieuses, lésions traumatiques ...), ou faisant référence à un système particulier (maladies cardio-vasculaires, maladies du système nerveux ...) , ou à un processus morbide (maladies de la rétine)

⁷⁰ Alain Vergnevègre ; Classification commune des actes médicaux (CCAM) et PMSI. ; in Médecine sciences, ED imothep ; Paris, 2005

B.4 Les thesaurus de spécialités médicales.

Afin de faciliter et uniformiser les pratiques de codage au sein d'une

s
p
é
c
i
a
li
t
é
,
e
t
p
e
r
m
e
tt
r
e
a
i
n
s
i
l
a
c
o
m
p
a
r
a

Les Chapitres de la CIM 10

I - Certaines maladies infectieuses et parasitaires (codes A et B)

II - Tumeurs. (code C et D jusqu'à D 489)

III - Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système Immunitaire. (Code D à partir de D 500)

IV - Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques. (Code E)

V - Troubles mentaux et du comportement. (Code F)

VI - Maladies du système nerveux. (Code G)

VII - Maladies de l'œil et de ses annexes. (Code H)

VIII - Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde. (Code H)

IX - Maladies de l'appareil circulatoire. (Code I)

X - Maladies de l'appareil respiratoire. (Code J)

XI - Maladies de l'appareil digestif. (Code K)

XII - Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutanée. (Code L)

XIII - Maladie du système ostéo-articulaire, des muscles et des tissus conjonctifs. (Code M)

XIV - Maladies de l'appareil génito urinaire. (Code N)

XV - Grossesse, accouchement et puerpéralité. (Code O)

XVI - Certaines affections dont l'origine se situent dans la période périnatale. (Code P)

XVII - Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (code Q)

XVIII - Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs. (Code R)

XIX - Lésions traumatiques, empoisonnement et certaines autres conséquences de causes externes. (Code S T)

XX - Causes externes de mortalité et de morbidité. (code V W X Y)

XXI - Facteurs influents sur l'état de santé et motifs de recours aux soins. (Code Z)

bilité des données et l'échange d'informations entre les différents services d'une même discipline, certaines spécialités ont proposé de représenter leur activité par à une classification propre. Ils ont ainsi créé des codes dits " de spécialités ", individualisant des pathologies initialement regroupées par un même code de la CIM

(classification internationale des maladies).

Champ ALPHA	Actes diagnostiques et thérapeutiques
Champ BETA	Anesthésiologie
Champ GAMMA	Imagerie
Champ MU	Radiothérapie
Champ RHO	Morphologie
Champ TO	Biologie
Champ OMEGA	Réanimation

Il faut rappeler que dans le système Français, la classification commune des actes médicaux La CCAM est une liste codée des actes techniques médicaux et dentaire destinée à tous les praticiens quel que soit leur secteur d'activité.

Chaque acte de la CCAM est valorisé en point ICR (Indice de Coûts Relatif) pour le PMSI dans les établissements, et en honoraire pour la rémunération des praticiens du secteur libérale.

La CCAM remplace ainsi pour les actes techniques la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et le CDAM. Les nouveautés de la CCAM résident dans sa construction qui a aboutit à proposer non pas une classification par spécialité mais par grands appareils, évitant ainsi les redondances de codes d'une spécialité à une autre, et à retenir le principe d'acte global, c'est à dire qu'un libellé décrit un acte dans sa globalité comprenant l'ensemble des gestes nécessaires à sa réalisation sans avoir besoin de les mentionnés.⁷¹

C. le codage d'un résumé d'unité médicale

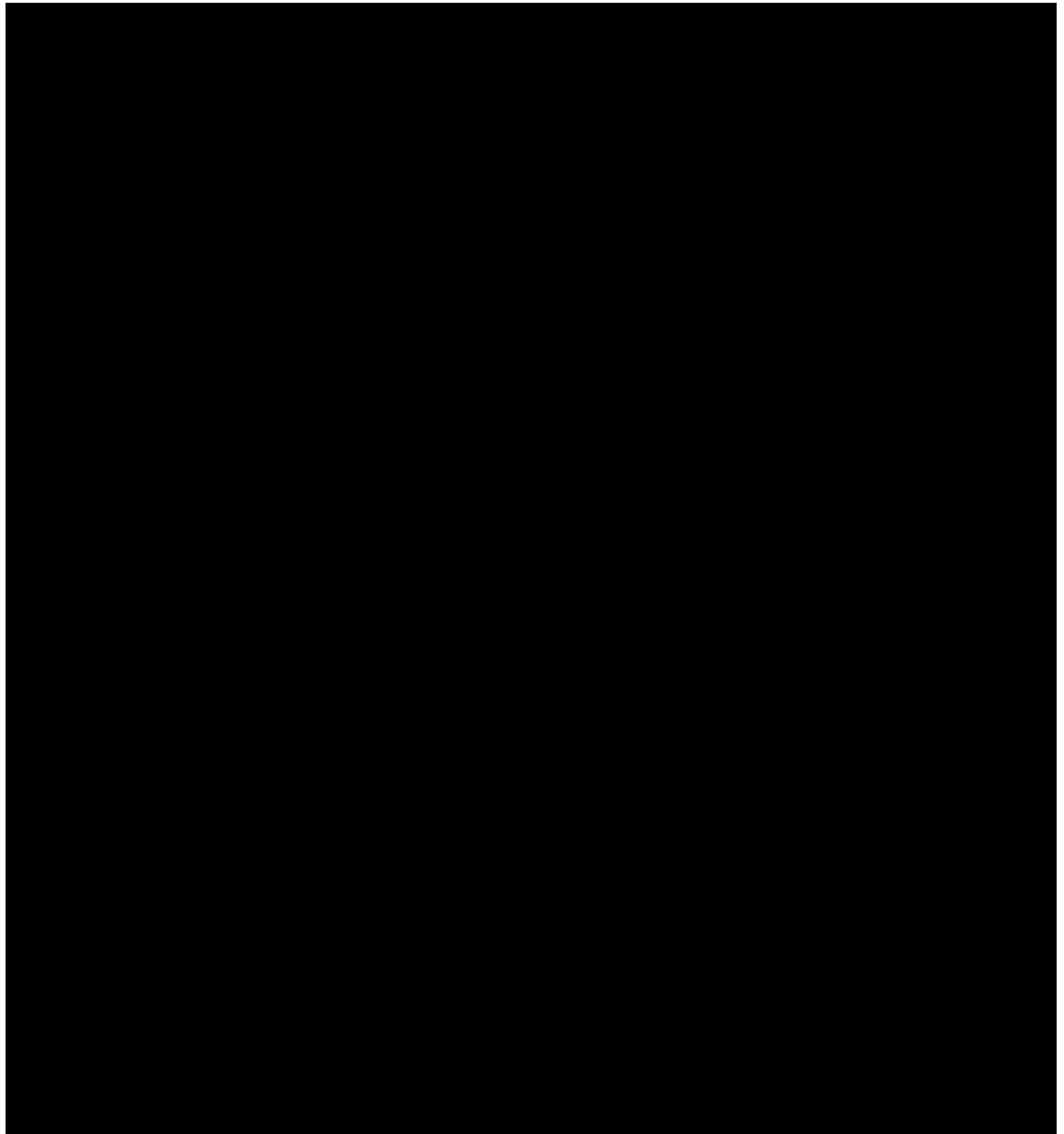
La description des séjours se fait en utilisant les deux classifications, diagnostic avec la CIM et acte avec la CCAM).

⁷¹ Brigitte Lacour, J.F Laurent, Marie Hèlène Lenfant ; Manuel de procédures PMSI en cancérologie ; Groupe Information Médicale ; version validée par le PERNNS, Juillet 2000

Chaque Résumé d'Unité Médicale (RUM) est codé par le médecin responsable avec un ou plusieurs diagnostics, ainsi que les actes qui ont été pratiqués lors du séjour du patient.

Le premier diagnostic est le Diagnostic Principal (DP).

Au sens du PMSI, le DP est le diagnostic posé à la sortie du patient considéré comme ayant mobilisé l'essentiel de l'effort soignant et médical durant le séjour d'un patient. L'arbre de décision reprenant succinctement les critères de choix d'un diagnostic principal apparaît à la figure suivante.



Voici quelques éléments permettant de lire cette figure :

1 - Le patient est entré à l'hôpital avec un ensemble de symptômes. Les différentes investigations n'ont pas permis de préciser un diagnostic. Soit la pathologie suspectée à partir des symptômes présentés a été infirmée par les explorations (exemple : douleur thoracique et dyspnée évoquant une embolie pulmonaire, et non confirmée par une scintigraphie et/ou une angiographie pulmonaire). Soit les symptômes présentés se sont amendés spontanément, exemple une fièvre disparaissant et non expliquée par des examens bactériologiques ou virologiques). Soit les symptômes n'ont pas été expliqués durant l'hospitalisation, mais l'état du patient a permis sa sortie de l'hôpital et des examens sont prévus en externe bien que le diagnostic ne soit pas connu.

Pour l'ensemble de ces cas le symptôme présenté à l'entrée dans le service est le diagnostic principal.

2 - A l'issue de l'hospitalisation un diagnostic a pu être posé, c'est lui qui doit être indiqué en diagnostic principal.

3 - Un diagnostic est connu à l'entrée du patient dans le service. Quatre cas se présentent :

a- Le patient vient pour un traitement chronique ou itératif, tel une chimiothérapie anticancéreuse ou une transfusion chronique : un code " Z " d'hospitalisation pour traitement est requis en DP.

b- Le patient est admis pour un traitement radical et unique d'une pathologie, telle une intervention chirurgicale pour ablation de tumeur : la maladie ayant motivée l'intervention doit alors être codée en DP.

c- Le patient est admis pour une nouvelle poussée évolutive de sa maladie : à nouveau la pathologie sous jacente doit être codée en pathologie principale.

d- Le patient est hospitalisé pour une surveillance d'une pathologie déjà connue : le codage dépend du résultat de la surveillance

Si Une complication est identifiée, cette complication doit être codée en pathologie principale (exemple : un patient est hospitalisé pour une surveillance de tumeur, une métastase est diagnostiquée, cette métastase doit être indiquée en diagnostic principal, le code de la maladie surveillée apparaît en diagnostic associé.)

A la suite du diagnostic principal (DP), les diagnostics associés décrivent les pathologies, les morbidités ou les antécédents morbides présents chez le patient au moment de son hospitalisation.⁷²

Certains de ces diagnostics ont été repérés comme variables explicatives indiquant un niveau de consommation de ressources supérieur à DP constant. Il est important de ne pas oublier ces Complications et Morbidités Associées (CMA) pour ne pas voir le coût d'un RSS sous évalué par rapport à son coût réel, car il vaut mieux s'attacher à décrire du mieux possible le séjour des

patients, en n'omettant pas de coder l'ensemble des processus morbides et maladies repérés au cours d'une hospitalisation.

D. l'Algorithme de groupage

Le classement des RSS vers les différents GHM est fait de façon automatique par un logiciel " groupeur " ; il lit les informations médicales et administratives, de Chaque patient admis dans un Etablissement de soins. Cette lecture se fait automatiquement dans les RSS des malades.

Lorsqu'un patient au cours d'une même hospitalisation est pris en charge par plusieurs unités médicales, chaque unité est tenue de faire un résumé. Au total le RSS sera composé d'autant de Résumés d'Unité Médicale (RUM) que d'unités médicales ayant prises en charge le patient. C'est le logiciel groupeur chargé d'orienter les résumés vers les GHM, qui lie ces différents RUM pour former le RSS.⁷³

Si l'un des RUM est manquant ou non codé c'est l'ensemble du RSS qui sera groupé dans un GHM erreur et non valorisé. C'est dire l'importance de coder l'ensemble des séjours, pour ne pas pénaliser l'ensemble du système hospitalier.

Lorsque le RSS est composé de plusieurs RUM, le diagnostic principal est choisi de la manière suivante :

--si l'un des RUM possède un acte classant c'est le diagnostic principal de ce RUM qui est choisi comme DP du RSS ;

--si aucun RUM ne possède d'acte classant, c'est le RUM décrivant la plus longue partie du RSS qui donne son DP ;

--en cas d'égalité de durée de séjour des RUM c'est la dernière unité médicale qui donne le DP.

L'algorithme de classement des RSS dans les différents GHM est schématisé sur la figure suivante. Les RSS sont orientés vers les CMD suivant les tests décrits, puis à l'intérieur de chaque CMD vers des GHM chirurgicaux ou médicaux, avec ou sans complications ou morbidités associées.

⁷³ J.O Holsteing, N.Drunat, N.Taright, V.Leroux ; Analyse des données PMSI en SSR-, présentation des OAP SSR ; Gestion hospitalière 2005 PP527-533

SECTION IV Le programme de médicalisation des systèmes d'information (pmsi)

En 1981, le système de santé Français initialise le projet de médicalisation des systèmes d'informations sur la base des travaux de l'équipe du Professeur Fetter aux Etats-Unis.

En effet, il entreprend la classification en Groupes Homogènes de Malades (G.H.M.) qui dérive fidèlement des Diagnoses Related Groups (D.R.G.) nord américains.

Ce projet, à la suite de l'expérimentation américaine, dans le cadre du programme

MEDICARE, à partir de 1983 devient P.M.S.I. et permet de suivre la répartition des malades classés par groupes homogènes dans des établissements de courts séjours.

En effet, le P.M.S.I. ne concerne au début de l'expérience que les courts séjours de Médecine, Chirurgie, et soins obstétricaux. (M.C.O.) des établissements de santé.

Les autres types de soins, comme par exemple les Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R.) ne sont pas pris en compte.⁷⁴

Cet outil sera utilisé comme moyen de négociation et de comparaison dans le cadre de la dépense globale de financement D.G.F.

Le P.M.S.I. est donc un « outil Médico-économique conçu pour décrire l'activité des établissements de santé publics ». Il s'accompagne également par l'instauration d'une relation d'agence dans le système de santé puisque le Programme de médicalisation du système d'information a permis de contractualiser les relations existant entre les différents acteurs du système de santé.⁷⁵

Le programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) est destiné à recueillir toutes les informations sur l'activité médicale des établissements hospitaliers.

Ce programme consiste en un recueil d'information administratives (age, durée de séjour...) et médicale (diagnostic, actes pratiqués.....) pour chaque

⁷⁴ Olivier Lenay, Jean-claude Moisson ; Du système d'information à la tarification à l'activité ; op. Cité

⁷⁵ Chapitre I et II : le PMSI

séjour de patients dans un établissement de santé de court séjour (médecine, chirurgie et soins obstétricaux).

Il faut remarquer que l'expérience ne concernait dans un premier temps que ces trois services pour être généralisée ensuite à d'autres en tenant compte de beaucoup de particularités médicales fonctionnelles de chaque service

Le PMSI est considéré comme une révolution dans le système de santé Français parce qu'il a établi de nouvelles relations et a introduit une nouvelle vision dans la gestion hospitalière particulièrement par rapport aux éléments suivants :

A PMSI et relation d'agence dans le système Français

Ce qui a véritablement changé dans la théorie économique contemporaine, c'est la prise en compte du fait que l'information n'est pas également répartie entre les acteurs du marché. On parle alors d'asymétries d'information.

En effet, l'information possédée par un acteur d'un jeu peut être imparfaite, incomplète ou encore incertaine :

- En information imparfaite, l'incertitude porte sur le passé : au moins un des acteurs ne sait pas exactement ce qui s'est déroulé antérieurement,
- En information incomplète, l'incertitude porte sur l'identité de l'acteur. Cette identité porte sur la fonction d'utilité et les moyens d'action (la stratégie de l'acteur),
- l'information est incertaine et cette incertitude se décline et va de l'ignorance totale à la connaissance commune.

En résumé dans le cadre d'une relation d'agence, un des acteurs, l'agent, peut détenir une information sur un état de la nature, une information passée ou un élément de sa propre identité qui ne seront pas nécessairement connus par un autre acteur le principal.⁷⁶

Dans ce nouveau contexte, et en 1976, M.C. JENSEN et W.H. MECKLING définissent la « relation d'agence » comme un contrat liant une personne (principal ou mandant) qui a recours à une ou plusieurs personne(s) (agent(s) ou mandataire(s) pour accomplir un tâche en son nom. Ceci implique une délégation de nature décisionnelle à l'agent.

Selon Yves CROZET, toute relation d'agence se caractérise par, une asymétrie d'information du fait que l'agent possède plus d'informations que le principal. Dans ce cas, un bureaucrate connaît mieux les rouages de son administration que le personnel politique qui le contrôle et donc on peut

⁷⁶ Alain Bonnafous, services publics et sphère privée : les nouveaux partenariats, institut d'études politiques de Lyon

légitimement affirmer que tel est le cas entre un directeur d'hôpital qui connaît mieux la situation de son hôpital, son case-mix, etc.... que le Ministre de la santé.

Pour tirer le meilleur parti et éviter deux incertitudes inhérentes à cette relation d'agence que sont :

– L'aléa moral, c'est-à-dire une situation dans laquelle une incertitude existe sur le comportement futur des autres acteurs économiques. Pour donner un exemple, quand un chef d'entreprise signe un contrat de travail, il ne sait pas si son employé va utiliser tout son potentiel. Pour y parvenir, il devra trouver les incitations nécessaires comme des primes de rendement, des possibilités d'évolution

– La sélection adverse se manifeste à chaque fois qu'il existe des incertitudes sur les états futurs de la nature. L'exemple le plus célèbre est fourni par George AKERLOF concernant le marché des véhicules d'occasion. L'acheteur potentiel ne sait pas si le véhicule qui lui semble en bon état va tenir ses promesses. Le client va alors se tourner vers le marché des véhicules neufs ou celui des véhicules d'occasion garantis par un garage.(2)

Le Ministre de la santé aura alors tout intérêt à développer un type de contrat susceptible de contraindre l'agent (directeur d'hôpital) à lui fournir toute l'information dont il dispose afin de parvenir à une égale répartition de l'information et Le principal va payer l'agent en fonction de ses résultats.⁷⁷

Néanmoins, une procédure de contrôle permettrait d'améliorer les choses dans le sens où elle peut apporter des informations sur le comportement de l'acteur.

Ceci induit le plus souvent l'introduction d'un troisième acteur, le Superviseur. Comme nous avons pu le voir, le P.M.S.I., grâce à un traitement standardisé et une communication systématique de l'information médicale aux autorités sanitaires régionales et nationales, constitue un premier outil de traitement et de communication des informations .

« Cet outil juridique se veut souple, transparent et responsabilisant » et va devenir un élément central de la vie des établissements de santé. Cette contractualisation couplée au P.M.S.I. va permettre de développer la relation d'agence existant entre le ministre de la santé et l'hôpital représenté par son directeur de manière intéressante.

B- résumé des soins et de la production hospitalière

a- Tout séjour hospitalier fait l'objet d'un résumé de sortie standardisé (RSS). Ce RSS comporte un ou plusieurs résumés d'unités médicales RUM ;

⁷⁷ Fabien Laffitte « un nouveau mode de financement du service hospitalier en France : le passage à la tarification à l'activité dans le cadre du plan « hôpital 2007 », mémoire dirigée par M.Bonnafous ; institut d'études politiques de Lyon ,septembre 2005

Ce qui veut dire que si le patient a été pris en charge par une seule unité de soin le RSS serait équivalent à un RUM ; par contre si le patient pendant le même séjour a fréquenté plusieurs unités médicales le RSS sera décomposé de plusieurs RUM. Car l'objectif est de détailler tous les actes subis par le malade donc (un RUM par unité médicale).Le résumé d'unité médicale comporte les informations sur les ou le diagnostic principal ,lié et les morbidités associés ; Il résume aussi l'ensemble des actes médicaux ,chirurgicaux et biologiques réalisés pendant le séjour .Il y a lieu de distinguer entre un diagnostic et une action , par exemple : un contrôle médical après un traitement chirurgical sans complication , dans ce cas le diagnostic principal n'est pas une pathologie mais plutôt une action .Ce qui rend parfois l'interprétation du RUM difficile c'est la multiplication des contrôles médicaux d'un sujet (les actions menant à la stabilisation du glucose dans le sang.....)

b- Pour faciliter la mise en pratique du système tout le travail a été informatisé et un logiciel grouper a été conçu dans ce but ; il mouline les RSS et les ranges dans un GHM., les informations sont codées à partir de deux classification l'une pour les diagnostics l'autre pour les actes pratiqués. Les GHM comportent des caractéristiques économiques (coût et durée de séjour) et médicales (motif d'hospitalisation, actes pratiqués...)

c-Le système français compte au total 512 GHM et ils sont tous regroupés en 24 catégories majeures de diagnostics CMD. Exemple : l'endoscopie digestive comporte 2 CMD-----La CMD (06) pour le tube digestif avec 44 GHM

Et la CMD (07) pour la sphère hépato-bilio-pancréatique avec 22 GHM

Il est à signaler qu'un GHM peut correspondre à une pathologie précise (par exemple : ulcère gastro duodénaux non compliqués) ou plus large à un acte chirurgical EX : la cholécystectomie est décrite par 4 GHM mais jamais à un acte endoscopique en digestif.

d- Dans la catégorisation des CMD , il y a la CMD 24 de GHM divers qui est appelé « fourre- tout » qui correspond à des actions par exemple : la chimiothérapie

Certains de ces GHM de la CMD24 sont appliqués dans beaucoup de spécialités : Séjour de moins de 2 jours avec acte opératoire de la CMD (06)

Séjour de moins de 2 jours avec acte opératoire de la CMD (07) Séjour de moins de 2 jours avec acte opératoire de la CMD (06)

Séjour de moins de 2 jours avec acte de la CMD(07)

Un court séjour M.C.O. fait ainsi l'objet d'un Résumé de Sortie Standardisé (R.S.S.) constitué par un ou plusieurs Résumés d'Unités Médicales (R.U.M.). Chaque R.U.M. contient le numéro d'inscription au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux, le numéro de R.S.S., la date de naissance, le sexe, le code postal, le numéro d'unité médicale, la date et le mode d'entrée dans l'unité, le diagnostic principal avec le ou les diagnostics associés.

On entend par diagnostic principal du R.U.M., le diagnostic qui selon le médecin responsable du patient a mobilisé le plus de temps et de moyens médicaux.

L'information contenue dans les R.U.M. est codée selon la Classification Statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (C.I.M.) qui en est à sa dixième version.

Celle-ci est désignée par le sigle CIM-10 et permet de coder les diagnostics contenus dans les

R.U.M. Elle est également codée selon le Catalogue des Actes Médicaux (C.d.A.M.) afin d'identifier les actes réalisés pendant les séjours du patient et de mesurer la consommation en ressources humaines et matérielles pour réaliser l'acte. Cette mesure repose sur 4 indices :

- Les Indices de Coûts Relatifs (I.C.R.)
- L'Indice d'Activité Médicale (I.A.M.)
- L'Indice d'Activité Soignante (I.A.S.)
- L'Indice de Consommation des Ressources Matérielles (I.C.R.M.).

Chaque R.S.S. est classé dans un Groupe Homogène de Malades (G.H.M.). La classification en G.H.M. est actualisée périodiquement et est actuellement dans sa neuvième dixième version.⁷⁸

L'imputation d'un séjour dans tel ou tel G.H.M. repose sur trois tests :

- Un test temporel : la durée du séjour est-elle inférieure ou supérieure à 24 heures ?
- Un test diagnostique : quel est le diagnostic principal ?
- Un test hiérarchique selon l'acte médical : l'acte classant est-il opératoire ou non ?

Si tel est le cas alors le G.H.M. est chirurgical, dans le cas contraire il est seulement médical.

Cette information médicale permet d'une part à la tutelle de connaître l'activité hospitalière avec précision, et d'autre part permet au directeur d'établissement de disposer d'un outil stratégique et prévisionnel.

⁷⁸ Armand Hatchuel, Jean Claude Moisson, Hugues Molet ; Budget global hospitalier et groupe homogène de malades ; Ed la maison des sciences de l'Homme, Paris 1985

Ces informations vont ainsi permettre à la tutelle de mieux connaître l'activité des établissements de santé et la D.G.F. sera non plus modulée annuellement selon un taux directeur fixé par le Ministère de la Santé, mais en fonction de l'activité observée de l'hôpital. La D.G.F. de l'année n sera donc la D.G.F. de l'année $n-1$ corrigée en fonction de l'activité observée au cours de l'année $n-1$.

Grâce au P.M.S.I. Les hôpitaux à faible productivité ne peuvent donc théoriquement plus retirer une rente de situation car si le directeur d'un établissement veut voir sa dotation globale augmenter, il est fortement incité à augmenter son activité et donc sa productivité

Cependant, ce qui nous intéresse ici est aussi de savoir grâce à quoi ce mode de financement pourra créer les incitations nécessaires au financement de l'innovation et donc à obtenir un système hospitalier plus performant et moins coûteux.

Le mode de financement restera toujours basé sur la dotation globale, mais Le P.M.S.I. va permettre quant à lui, d'introduire une part de financement plus en rapport avec l'activité réelle de l'établissement, qu'il soit public ou privé. Ceci s'est fait grâce à la constitution d'une Échelle Nationale des Coûts fondée sur une mesure des coûts moyens relevés dans les 22 hôpitaux ayant été retenus pour l'expérimentation et répondant aux caractéristiques requises dont une comptabilité analytique suffisamment développée.

C - Révolution dans le financement hospitalier

Ce mode de financement n'est pas une invention française. En effet, il trouve ses racines dans ce que l'on appelle communément la « tarification à la pathologie », initiée aux Etats-Unis dans le cadre du programme « MEDICARE » puis repris notamment dans plusieurs pays européens dont le Royaume-Uni et l'Allemagne.

La refonte complète du secteur public hospitalier vise à injecter dans le secteur public hospitalier une culture d'efficacité et de rentabilité propre au secteur privé.⁷⁹

Avant 1983, les hôpitaux français étaient tous rémunérés sur la base du prix de journées, l'assurance maladie remboursait automatiquement à l'hôpital tous les séjours des patients en fonction de leur durée. Il est très aisé de comprendre que dans de telle situation l'intérêt de l'hôpital de garder les patients le plus longtemps possible. L'hôpital maximisait ainsi son taux d'occupation, alors que l'assurance maladie remboursait automatiquement toutes les journées comptabilisées. Le critère de journées d'hospitalisation s'est traduit donc par

⁷⁹ Michel Frossard, Alain Jourdain, La régulation régionale du système de santé : ni plan ni marché, Actualité et dossier en santé publique N° 19 Juin 1997

un effet inflationniste par ce que cet outil ne permettait aucun contrôle des coûts.

Face à cette situation il est devenu urgent de rechercher la rationalité de l'allocation des ressources pour améliorer par la même occasion la gestion hospitalière.

Aussi, comme tout système fondé sur le coût moyen, le prix de journée ne favorisait pas une allocation optimale des ressources car, celui-ci ne traduisait pas effectivement le coût réel de traitement d'un malade.

En effet, il est remarqué dans le domaine médical que le coût d'une journée d'hospitalisation n'est pas constant dans le temps, il est élevée en début d'admission du patient à l'hôpital puis tend vers un minimum les derniers jours comprenant les seuls frais d'hébergements.

De même, au sein d'un service donné et pour une même durée d'hospitalisation le coût diffère selon la nature des investissements et de la complexité des cas pathologiques des malades.⁸⁰

Dans ce système, le gestionnaire peut alors avoir tendance à rechercher l'allongement des durées de séjour pour accroître les recettes ; D'ailleurs jusqu'à une date très récente les hôpitaux recherchaient le taux d'occupation le plus élevé que possible pour rentabiliser l'ensemble de leurs dépenses.

En conséquence, le coût moyen donne une information biaisée et ne peut constituer un bon indicateur de gestion.

Il faut juste rappeler que durant les années d'expansion, le système de prix de journée a permis de financer le développement du secteur hospitalier ; c'est-à-dire l'augmentation des capacités, l'embauche des personnels, le progrès technique et la recherche médicale.

La différence essentielle du nouveau système par rapport au prix de journée réside dans le mode d'ajustement qu'il induit. Avec la facturation à la journée, les gestionnaires procédaient à des ajustements par les quantités pour accroître les recettes ; désormais l'ajustement devra se faire du côté des variables maîtrisées par l'hôpital c'est-à-dire les dépenses.

C.1 changement dans les méthodes de calcul des dotations budgétaires

Le système GHM a été introduit en France officiellement en 1983, la catégorisation des usagers en groupes homogènes de malades en tenant compte des pathologies est jugé un outil plus proche de production des soins hospitaliers surtout par rapport aux indicateurs traditionnellement utilisés.

⁸⁰ Cathy Suaerez « Le financement des hôpitaux publics et privés : une autre réforme est possible »

Analyses et documents économiques N° 98, février 2005

Parallèlement, toute la comptabilité analytique est rénovée dans le but d'obtenir dans chaque établissement des coûts moyens par GHM, car l'objectif est de relier ce projet à la réforme du budget global.

Le projet des différents hôpitaux doit donc s'appuyer sur les coûts par GHM et la prévision des effectifs de malades dans chaque groupe, ce qui implique une redéfinition globale des instruments de gestion hospitalière.

L'objectif de la budgétisation sur la base du nouveau modèle est d'assurer un meilleur contrôle de la croissance des dépenses hospitalières, améliorer la gestion courante des établissements et remplacer l'ancien système de prix de journées fort décrié pour ses effets inflationnistes.

La budgétisation dans le PMSI repose sur une meilleure connaissance du contenu de l'activité hospitalière, par ce que traditionnellement on pouvait remarquer que deux services relevant de la même discipline et affichant les mêmes performances en terme d'admission peuvent recevoir des malades très dissemblables quant à la gravité de leurs de leur pathologies, l'administration leur accorde les même moyens financiers et parfois moins.

L'objectif recherché est donc une répartition « équitable » des enveloppes financières tenant compte des spécificités de chaque établissement, service et pathologie.⁸¹

Le pmsi dans les hôpitaux Français a permis de constater et d'analyser l'évolution du « case-mix » de l'hôpital (distribution des patients suivant les GHM), ce qui devait permettre l'introduction dans le processus budgétaire l'idée de l'évolution de l'hôpital en terme de lourdeur thérapeutique ; c'est-à-dire les pathologies futures pouvant être prise en charge par l'hôpital ainsi que les moyens nécessaire pour cela. Ceci nous conduit à deux idées essentielles :

a- le calcul d'enveloppe budgétaire par prévision du case mixe est

Budget prévisionnel = le nombre de malades prévu dans le GHMI * par le coût calculé du GHMI.

b- les comparaisons de coûts par GHM entre plusieurs hôpitaux permettent de repérer les principaux dysfonctionnements et surtout l'importance de l'engagement des moyens financiers entre les différents établissements de soins.

⁸¹ Nathalie Halgand « contrôle de gestion et réforme hospitalière : éléments d'analyses comparées du nouveau cadre comptable, tome 3, volume2 1997

Ainsi, les coûts calculés par la nouvelle méthode sont en principe suffisamment robustes pour que les variations budgétaires due à l'évolution du case mixe ne soient masquées par des erreurs ou incertitudes liées à la mécanique comptable, et que chaque coût par GHM et par hôpital apporte d'avantage d'informations que les indicateurs utilisés auparavant

Dans le système Américain la classification des DRG constitue la base d'un mode de remboursement des établissements sur la base des tarifs standards nationaux par séjour dans chaque DRG.

En plus de la rationalité recherchée dans l'utilisation des ressources, le système Américain vise un contrôle strict des budgets hospitaliers en créant des incitations financières à la productivité.

Aussi, il vise à travers la méthode une plus grande équité pour les utilisateurs des différents équipements hospitaliers.

Si le système Français s'inspire largement de l'expérience américaine au niveau de la méthode, il demeure très différent de ce dernier par :

a- La dominance du secteur public dans le système Français par rapport au système américain aux établissements majoritairement privés.

b- La liberté des prix américains s'oppose la tutelle ministérielle fixant les budgets de la majorité des établissements par l'intermédiaire de ses services décentralisés.

c- Au principe de l'assurance individuelle dominant aux Etats-Unis, s'oppose celui du tiers payant en France.

Ainsi, les finalités des GHM ne peuvent être les même dans tous les pays par rapport aux choix politiques, aux moyens financiers consacrés à la santé, à l'importance des réformes envisagées par les systèmes et surtout par les bases de l'équité sociale et la dimension de l'action solidaires qui sont plus recherchés par certains pays par rapport à d'autre.

C.2 L'élaboration de classifications médico économiques (GHM)

La mise au point de ces classifications médico économiques suppose de rechercher, à partir des données recueillies auprès d'un échantillon d'établissements les informations concernant le patient et son traitement dites «variables explicatives» permettant d'expliquer les coûts des prises en charge. Il s'agit de trouver les caractéristiques du patient (diagnostic, âge...) et des interventions qu'il subit (existence d'une intervention chirurgicale...) qui ont un lien statistique avec la variance des coûts des séjours hospitaliers.

Ces variables permettent de définir des groupes de séjours ou de séquences de soins présentant une certaine homogénéité, à la fois clinique et statistique.

On cherche à ce que les groupes soient aussi homogènes que possible, c'est-à-dire d'une part que les caractéristiques cliniques des séjours d'un même groupe soient proches, d'autre part que les différences en coût entre séjours à l'intérieur d'un même groupe soient aussi faibles que possible.

Corrélativement, les écarts de coût entre les groupes sont alors maximaux. Plus on a des écarts marqués entre groupes, plus l'appartenance à tel groupe plutôt que l'autre rendra compte du coût. On dit alors parfois que cette appartenance est «prédictive» du coût: c'est à dire, que si l'on sait qu'un malade appartient à tel groupe, on peut prévoir avec une bonne approximation ce que sera le coût de son traitement⁸²

C.3 L'indice synthétique d'activité (L'I.S.A) et comparaison des établissements

Dans le but d'intégrer tous les services médicaux dans la recherche de la rationalité, il est calculé l'indice synthétique d'activité (ISA). Ce dernier il exprime le coût moyen pour les dépenses de restauration, de blanchisserie, de logistique et d'administration.

Ensuite sont calculés le nombre de POINTS (ISA) produits par chaque service .Au fait chaque GHM lui est attribué un certain nombre de points ISA pour aboutir à une échelle nationale des coûts pour les séjours court hospitaliers . Cette échelle est construite sur le terrain à partir d'un échantillon d'établissements public ayant une bonne expérience dans le domaine de la comptabilité analytique. Par convention, le G.H.M. 540 « *Accouchement par voie basse sans complication* » génère 1000 points I.S.A., les autres G.H.M. se positionnent ensuite par rapport à ce G.H.M. 540.

En fonction de cette échelle nationale des coûts, chaque G.H.M. se voit attribuer un nombre de points I.S.A.

Comme la durée de séjour détermine l'intensité de l'utilisation des ressources et du personnel médical, l'ISA définit les GHS (groupe homogène de séjour).

Ainsi, Pour chaque séjour sont déterminés les dépenses directes (prothèses, sang), le coût de la pratique des actes techniques, charges salariales, charges logistiques, dépenses médicales et pharmaceutiques pour établir le coût d'un séjour qui englobe la totalité des charges d'un malade pendant un séjour.

Les dépenses d'un séjour correspondent à la « prise en charge par un hôpital d'un patient, pour une durée de quelques heures à plusieurs jours, sous la forme d'un épisode de soins continu »

⁸² Pénombre- LG N° 6 « Au cœur du PMSI »

On peut dès à présent noter que le séjour constitue l'unité d'évaluation de l'activité des établissements de santé et représentera dans le cadre de la Tarification à l'Activité, l'unité de tarification.

a- Ce qu'il faut savoir c'est que pour un service clinique c'est le nombre de jours d'hospitalisations qui est l'élément déterminant

b- pour un service médico-technique c'est le nombre d'indice de coûts relatifs (ICR). Il faut remarquer que les ICR ne sont qu'une clé de répartition et pas une valeur absolue. La difficulté d'établir « la valeur » des ICR a fait qu'ils ont été confiés à un organisme spécialisé appelé l'ATIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation). Globalement les ICR comportent les charges salariales, les coûts du matériel et même le coût de l'environnement est pris en compte.

g- Ces ICR sont composés d'un indice d'activité médicale (I A M), d'un indice d'activité soignante (I A S) et d'un indice de consommation des ressources matérielles (I C R M). Les ICR sont établis sur la base de la (cdam) ou (ccam) ; ils correspondent aux coûts quand le patient est en salle, ou qu'il est dans un état moyen ou quand l'acte est réalisé. La durée du temps en salle est un élément fondamental puis qu'il est diviseur par un certain nombre de charges.

C.4 Les étapes de la construction d'un outil d'aide à l'allocation budgétaire

Afin que la classification en GHM puisse être utilisée à des fins budgétaires, plusieurs autres étapes sont nécessaires:

Il faut d'abord déterminer des coûts de référence par GHM: une enquête auprès d'un échantillon d'établissements permet de déterminer les coûts des séjours. Le coût médian observé dans cette base de données pour chaque GHM, est considéré comme le coût de référence du GHM.

Il s'agit ensuite de construire une échelle de coûts relatifs par GHM. Chaque GHM est affecté d'une valeur en points ISA (Indice Synthétique d'Activité). Par convention, on attribue une valeur de 1000 points ISA au GHM 540 (accouchement par voie basse sans complication). Tous les autres GHM se répartissent par rapport au GHM 540. Cette échelle est réactualisée tous les ans.

Ainsi, chaque établissement peut déterminer, à partir de son «case-mix», c'est-à-dire le nombre de cas traités classés dans les divers GHM, le nombre de points d'activité, ou points ISA, qu'il a généré dans l'année. On obtient ainsi une mesure de la quantité de service réputé fournie par l'établissement. Par exemple, s'il y a eu, dans un hôpital A, au cours d'une année, 10 séjours classés dans le GHM 540 «accouchement par voie basse sans complication» et

8 dans le GHM 225 «appendicectomies non compliquées, âge inférieur à 70 ans, sans comorbidités associées»:

10 (nombre de séjours) x 1 000 (valeur du GHM 540 en points ISA):

10 000 points ISA

+

8 (nombre de séjours) x 1 139 (valeur du GHM 225 en points ISA): 9 112 points ISA

nombre de points ISA produits par l'établissement au cours de l'année =
19 112 points ISA

on peut calculer la dotation de l'établissement et la comparer à la valeur du point ISA pour un autre établissement, ou l'ensemble des établissements publics, ou participant au service public hospitalier (PSPH) au niveau d'une région ou au niveau national. Cette valeur s'obtient toujours en divisant les dépenses MCO (pour la nation, la région ou l'établissement) au cours d'une année par le nombre de points ISA «produits» au cours de cette année (par la nation, la région, l'établissement respectivement). Supposons que les dépenses totales de l'établissement A aient été de 100 millions et qu'il ait «produit» 10 millions de points ISA:

Valeur du point ISA de l'établissement A =
(total des dépenses MCO de l'établissement A: 100 millions d'euros) /
(nombre de points ISA de l'établissement A: 10 millions de points) = 10 francs

Le même calcul étant fait pour un autre établissement, pour la région ou pour la nation:

Valeur du point ISA national =
(total des dépenses MCO au niveau national: 100 milliards d'euros) /
(somme des points ISA de tous les établissements: 20 milliards de points) = 5 euros

C'est la différence entre la valeur du point ISA de l'établissement A et celle de l'ensemble des autres établissements qui permet d'évaluer sa **sur ou sous** dotation. L'hôpital A apparaît ici comme **sur doté**.⁸³ En rapportant le budget MCO d'un hôpital à une mesure de son niveau d'activité dans ces disciplines, et en permettant une comparaison de ce rapport avec la valeur qu'il prend pour l'ensemble ou une partie des autres établissements, cet indicateur semble fournir une mesure simple, donc maniable, et évocatrice de la «productivité» d'un hôpital. C'est pourquoi la valeur du point ISA par établissement est devenue L'indicateur le plus important pour les acteurs de la négociation budgétaire.

⁸³ Base de budgétisation dans le PMSI

On calcule un budget théorique de chaque établissement en valorisant le nombre de points ISA de l'établissement par la valeur du point ISA national ou régional. Par exemple:

10 millions (nombre de points ISA de l'hôpital A) x 5 euros (valeur nationale du point ISA) = 50 millions d'euros

Ce budget théorique est, enfin, confronté au budget réel de l'établissement:

Dépenses établissement A:	MCO	100 d'euros	millions
Dotation établissement A:	théorique	50 d'euros	millions
			Soit une sur dotation de 50%

En pratique, les acteurs de la négociation sont familiarisés avec l'indicateur «valeur du point ISA» et ses implications en matière budgétaire, et n'éprouvent plus le besoin de passer par cette dernière étape que constitue la confrontation du budget théorique et du budget réel.⁸⁴

Le P.M.S.I. à travers L'ISA permet à la tutelle de calculer la valeur du point I.S.A. régional et permet à l'hôpital d'élaborer la valeur de son point I.S.A. et sa dotation théorique qui sera comparée à sa dotation réelle pour pouvoir déterminer ainsi un coefficient de sous ou **sur dotation**.

Par exemple, prenons un Hôpital A. Cet hôpital produit annuellement 13500 points

I.S.A. en courts séjours M.C.O. Admettons que le point I.S.A. ait une valeur de 2,3 euros, la dotation globale de fonctionnement théorique de cet hôpital A sera donc de 13500 x 2,3 soit

31050 euros. Or le budget versé par l'autorité publique pour l'activité court séjour M.C.O. s'élève par exemple à 20400 euros, on obtient un coefficient de **sous dotation** de - 34 ,3 % soit

⁸⁴ Gérard de Pouvourville, Hôpitaux : la double contrainte, Editorial, Revue Française de gestion, VOL ; 23, N° 109, 1996

$(((20400/31050)-1) \times 100)$ ⁹. La dotation globale de cet hôpital sera donc augmentée en fonction de ce coefficient.

Cette comparaison permet également de sanctionner les établissements en situation de

Sur- dotation par un prélèvement sur la D.G.F.

Ce système permet donc d'une part d'éviter de créer une rente de situation pour les hôpitaux à faible productivité et, d'autre part, de créer une situation concurrentielle entre les hôpitaux qui va se traduire par une « course aux points I.S.A. ». En effet, un hôpital aura s'il veut voir augmenter sa dotation globale à investir dans les moyens pour traiter les patients entrant dans les G.H.M. dont le nombre de points I.S.A correspondant est élevé.

Ceci constitue donc un système très incitatif à l'innovation.

Mais si cette réforme du traitement de l'information médicale présente un intérêt certain dans la création de ce nouveau mode de financement, elle va jouer également un rôle important dans la mise en place d'une certaine contractualisation des relations entre les acteurs du système hospitalier français

Soins de Suite et de Réadaptation

Il existe aussi une classification médico-économique et un P.M.S.I. destinés aux moyens séjours, dits «soins de suite et de réadaptation». Elle n'opère plus un classement de séjours entiers comme le P.M.S.I. MCO, mais de séquences de soins. En effet, dans les établissements hospitaliers, même lorsque les caractéristiques des patients et des traitements sont similaires, on observe une grande variation des durées de séjour; donc aussi de leur coût: il est impossible d'appliquer la méthode utilisée pour le P.M.S.I. MCO et de constituer des groupes de moyens séjours suffisamment homogènes sur le plan statistique.⁸⁵

En revanche, les caractéristiques des patients peuvent expliquer les variations de coûts lorsque l'unité d'observation n'est plus un séjour mais une journée ou une semaine de soins. Dans ce cas, un même séjour peut comporter plusieurs séquences de soins qui peuvent relever de groupes différents. Les données sont organisées en séquences de soin d'une semaine. L'analyse de la variance s'effectue, quant à elle, sur des coûts de journées. Cette classification en «groupes homogènes de journées» (GHJ) diffère aussi de celle du P.M.S.I. MCO du point de vue des variables «explicatives» des coûts. Plus que le diagnostic ou les actes réalisés, ce sont les échelles de dépendance qui apparaissent comme les meilleurs indicateurs de la consommation de soins en

⁸⁵ H.Leleu, La valeur du point ISA par établissement mesure t'elle la performance économique des hôpitaux ; courrier de l'évaluation en santé, société Française d'évaluation des soins et des technologies(SOFESTEC) novembre 2000

ce qui concerne le moyen séjour. On atteint ainsi un indicateur prédictif du coût en fonction des caractéristiques de la population accueillie.

D. Les fondements de la tarification à l'activité : la tarification à la pathologie

D.1 Limite des anciens systèmes de tarification des services publics

Les entreprises fournissant des services publics ne sont pas comparables à des entreprises privées car leur mission est souvent d'assurer un service non pourvu par le secteur privé.

La tarification des services publics relève d'une double logique, d'abord l'offre de service pour toute la population sans aucune discrimination ensuite l'allocation optimale des ressources.

Le principe de tarification des services publics tel qu'il a été appliqué dans beaucoup de pays au monde est dépourvu du caractère marchand.

La recherche de rentabilité parfaitement légitime pour assurer la continuité du service n'intervient que par la suite au même titre que la recherche d'équité et de la justice sociale.

Ainsi, la rentabilité n'apparaît plus comme une contrainte puisque que la survie de l'entreprise n'est que rarement en jeu en raison de son appartenance à l'Etat.

Dans la pratique, la tarification se présente par des règles différentes en fonction de la nature du service offert (service collectif pur ou non) et de la situation du producteur sur le marché (concurrence, monopole)

Les tarifs des services publics diffèrent suivant les modalités de calcul des coûts et de la fraction des charges que l'administration envisage d'incomber aux utilisateurs ; de ce point de vue nous distinguons les méthodes suivantes :

1_ la tarification au coût marginal :

Le principe de tarification au coût marginal est celui que les entreprises privées appliquent ; ce principe consiste à prendre le coût effectif de la dernière unité vendue comme prix de vente. Dans ce cas le privé profitera de sa position de force pour influencer le prix d'échange et disposer donc d'un profit supérieur.

Compte tenu de son objectif de maximisation de l'utilité collective, l'Etat par le biais de son service public ne peut se comporter comme le privé et cette tarification se soldera par des effets très néfastes sur la consommation des services et la communauté toute entière.

Cette tarification présente le double avantage d'être rentable (lors que les rendements d'échelle sont décroissants) et respecte une certaine équité puisque à un certain instant, tous les utilisateurs sont égaux devant le service offert, le coût étant identique pour tous. Seulement le problème de tarification se heurte à deux contraintes majeures à savoir l'indivisibilité des biens collectifs et l'existence de frais fixes.

L'indivisibilité des biens et tarif :

Lors que les biens sont partiellement indivisibles, comme beaucoup de biens publics vendus, on montre que le tarif au coût marginal existe mais son application aboutit nécessairement à des pertes. Ces pertes peuvent alors être compensées par un prix de vente légèrement supérieur (prix de Ramsey-boiteux). Ces déficits peuvent aussi être comblés par d'autres ressources. Enfin, l'instauration de péages permet de retrouver un équilibre financier.

Coût fixes :

La règle habituelle de tarification au coût marginal se réfère au court terme ; Or le service public se doit de raisonner dans le moyen ou le long terme. Le prix public est donc basé sur ce raisonnement de long terme et fait pour cette raison abstraction des frais fixes temporaires aux quelles l'entreprise est soumise. Or ces coûts fixes doivent être répercutés sur le prix.

Dans une logique de tarification au coût marginal de long terme, il apparaît donc normal de répercuter sur l'utilisateur une partie des coûts fixes dus à des phénomènes d'encombrement.

2 Tarification au coût moyen :

Selon ce principe les coûts de production des biens publics sont répartis sur l'ensemble des usagers. Ce tarif est unique et indépendant de la situation de l'utilisateur ou de la qualité des services offerts.

Ce tarif demandé par le producteur public est défini de façon à ce que le profit de long terme soit nul.

Connaissant le coût moyen de production, pour un prix donné, le producteur définit à l'avance la quantité globale à offrir.

L'équilibre budgétaire est ainsi respecté quelle que soit la situation de l'entreprise : monopole, oligopole ou concurrence.

Malgré cela, le principe de tarification au coût moyen fait apparaître trois inconvénients essentiels.

1-Ce principe ne respecte pas l'objectif d'allocation optimale des ressources.

En d'autres termes, ce n'est pas la meilleure tarification possible du point de vue du bien-être de la collectivité. EX : une ligne de transport est temporairement surchargée, soit que le propriétaire puise dans ses bus pour augmenter les services, soit qu'il se trouve devant un nouveau financement en investissant dans l'achat de nouveaux bus.

Le coût moyen masque les différentes variations des prix durant une période donnée

D.2 rompre avec l'ancien système de financement

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A), se fonde à la fois sur la théorie économique concernant les paiements prospectifs à la pathologie que les économistes de la santé désignent par le sigle « PPP » (paiement prospectif à la pathologie), notamment au travers de l'expérience américaine .

Les exemples européens à leurs tours ont pu servir de modèle en permettant d'observer les conséquences pratiques que l'on peut s'attendre d'un tel système. L'ancien système basé sur le budget global entraînait des comportements stratégiques préjudiciables notamment pour la qualité des soins prodigués au patient mais également concernant la gestion comptable des établissements de santé qui n'étaient pas incités à assainir leurs finances.

Dès lors, de nombreuses réflexions ont été menées afin de lui substituer un nouveau système de financement. Ces travaux ont très vite été orientés en direction du système de paiement prospectif à la pathologie tel que l'on peut l'observer aux Etats-Unis depuis 1983 au sein du plan medicare.

Les autorités publiques ont fait le choix de retenir ce système en l'adaptant au système de santé français.

Ce choix a été motivé par divers objectifs dont une médicalisation du financement des établissements de santé, la responsabilisation des acteurs, une équité de traitement entre les établissements et le développement d'outils de pilotage qualitatifs comme l'incitation à l'accréditation ou l'analyse des cas-mix médico économiques, le contrôle de gestion ou encore une comptabilité analytique plus précise.⁸⁶

Aussi, le but majeur de cette réforme est le financement de l'innovation de façon à éliminer la convergence entre établissements publics et privés en créant par la voie d'un mode de financement harmonisé une situation de concurrence loyale entre ces deux secteurs.

D.3. s'adapter aux spécificités économiques du système de santé

A la différence des autres marchés économiques, le consommateur des soins n'est pas le payeur, ou plutôt il ne l'est qu'indirectement.

⁸⁶ Claire Bouinot, Le contrôle de gestion à l'hôpital, régulation et dynamique instrumentale ; sous la direction de Jean-claude Moisson, Ecole des Mines de Paris , Décembre 2005

Les relations entre le producteur des soins et le consommateur se fait également par l'intermédiaire d'un troisième acteur régulateur, les caisses d'assurance maladie.

La décision individuelle de consommation des biens de santé se trouve déconnectée de son financement et apparaît ainsi un risque de dépense excessive ou d'allocation inefficace des ressources. Un individu n'a aucun intérêt à restreindre sa consommation du fait que c'est « la collectivité qui est financièrement mise à contribution par sa décision individuelle ». ⁸⁷

Le système de santé, pris en tant que marché économique présente l'autre particularité de posséder un circuit de financement faisant appel aux prélèvements fiscaux, que ce soit par l'impôt ou par des prélèvements sociaux.

Ceci induit le fait que le régulateur cherche à proscrire toute création de rente indue de la part du producteur de soins.

Enfin, la grande majorité des paramètres entrant en compte dans le tarif restent la plupart du temps inconnus, comme le « consentement à payer », le prix maximum que le consommateur de soins est prêt à payer, le coût normal de production d'un bien de santé et finalement le prix pratiqué.

L'information concernant ces données est inégalement répartie entre les acteurs.

Ceci légitime l'action de l'Etat afin de réguler la dépense par la mise en place d'une tarification adaptée.

Au jour d'Hui, La transformation de l'environnement économique et financier du système de soins qui était soutenu par un ensemble de facteurs conjoncturels et de libéralisation des économies mondiales ,l'adoption des principes du PMSI ont rendu nécessaire le passage à la tarification à la pathologie.

E. la tarification à l'activité (T2A) et exemple de tarification des soins en France

Aborder la question de la tarification des soins nous paraît très importante dans la mesure où elle peut nous éclairer sur les modalités et les premiers résultats de l'application pratique du système « Fetter » en France.

La T2A a été introduite par la loi de financement de la sécurité sociale en janvier 2004, elle instaure un nouveau mode de financement des établissements de santé.

Se substituant à la dotation globale de financement pour les établissements publics ou participant au service public hospitalier et à la tarification à la journée ou la prestation pour les cliniques privées, la T2A vise une

⁸⁷ « Rôle des incitations monétaires dans la demande de soins : une évaluation empirique » extrait du rapport final de « problèmes de l'Etat social », septembre 2003

harmonisation de tous les modes de financements des secteurs publics et privés et sauvegarder par la même occasion l'équité des soins entre les différents secteurs.⁸⁸

E.1 Attributs du paiement prospectif à la pathologie

La tarification à la pathologie découle des principes du PMSI qui tient compte fondamentalement de l'intensité de la production hospitalière.

Dans la suite du PMSI, la T2A se veut un outil plus transparent dans la facturation des soins.

Désormais, le système de paiement prospectif proposé à un agent par une tutelle repose sur l'attribution d'un montant fixé antérieurement à la période de production.

Ainsi, les hôpitaux reçoivent une somme forfaitaire basée sur un coût défini *ex ante* pour une pathologie donnée et indépendante de leurs coûts effectifs, ceci a pour but principal d'inciter les hôpitaux à minimiser leurs coûts de traitement.

Si pour une pathologie donnée, les hôpitaux utilisent plus de ressources que celles prévues par le forfait, ils perdent la différence, dans le cas contraire, ils en bénéficient.

Dans ce système, l'unité de facturation est le séjour ; Chaque séjour est classé selon un Groupe Homogène de Malades (G.H.M.) dont le critère est l'homogénéité de traitements pour des pathologies proches.

A première vue, la mise en place d'un tel mécanisme peut en théorie présenter certains avantages.

En effet, ce système ne rembourse plus les hôpitaux en fonctions des journées d'hospitalisations, ou certains tarifs fixés par l'organisme de sécurité sociale mais en fonction de la structure des coûts moyens de chaque établissement hospitalier.

La base de la nouvelle tarification est donc le coût des GHM produit par l'ensemble des hôpitaux valorisés en ISA.⁸⁹

Cette situation les incite à plus d'efficacité productive et allocative des ressources.

Cette incitation peut également être potentialisée par le fait que, contrairement au financement par budget global, l'hôpital garde une maîtrise totale de ses choix budgétaires et de son processus de production.

⁸⁸ Brigitte Dormont, Carine Milcent ; Quelle régulation pour les hôpitaux publics Français, Revue Française d'économie, Vol 17, N°17-2, 2002

⁸⁹ Michel Mougeot « Tarification hospitalière : de l'enveloppe globale à la concurrence par comparaison » Annales d'économie et de statistiques N° 58, 2000

L'avantage de la nouvelle tarification se trouve dans la classification par pathologies qui peut tenir compte des différences entre les case-mix des hôpitaux.

De ce fait, elle permettra de proposer aux différents établissements hospitaliers un financement plus équitable.

Cependant, lors de la mise en place et au cours de l'utilisation d'un tel mécanisme, il faudra demeurer vigilant du fait que certains comportements stratégiques sont à craindre

Ainsi, l'hôpital peut chercher à sélectionner sa clientèle en ne prenant en charge, à l'intérieur d'un même G.H.M., que les patients pour lesquels le coût du traitement sera inférieur au prix du forfait. De plus, la contrainte financière du forfait peut conduire les hôpitaux qui cherchent à augmenter leur marge bénéficiaire à proposer des soins de moindre qualité.

E.2 T2A et modernisation du mode de financement :

Le PMSI ou programme de médicalisation des systèmes d'information puisé sur le modèle Fetter a permis d'améliorer la description de l'activité des établissements de santé et de préciser la nature des prises en charges réalisées par chaque établissement, ce qui rend possible la modulation de l'allocation des ressources.

La tarification à l'activité est un mode de financement qui vise à fonder l'allocation des ressources aux établissements de santé publics et privés sur la nature et le volume de leur activité réalisée.

La base de l'affectation est le classement des séjours hospitaliers dans l'un des groupes homogènes de malades (GHM) ; ainsi à chaque GHM par l'établissement est alors appliqué le tarif correspondant produit.

Les objectifs recherchés dans la tarification à l'activité résident dans le but d'une grande médicalisation du financement des établissements de santé en levant le voile sur toutes les activités de soins et évaluer leurs coûts.⁹⁰

Aussi, il est attendu de la T2A une plus grande équité entre les établissements rémunérés en fonction de leur activité réelle et des prestations qu'ils fournissent sur la base d'un tarif fixé sur le plan national ; Car il est constaté sur le terrain que pour des pathologies identiques les coûts des traitements sont très différents allant du simple au double parfois au triple.

Ce mode de tarification est donc une incitation à la bonne gestion et à la mise en œuvre de nouveaux modes de régulations des dépenses hospitalières ; son objectif est la suppression des disparités tarifaires non justifiées entre l'hospitalisation publique et privée.

⁹⁰ Extrait du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 : commissariat National du plan

La T2A vise aussi le développement des outils de contrôles de gestion dans les hôpitaux publics et privés car il était constaté un grand décalage entre ces deux types d'établissements.

E.3 T2A et nouveaux rapports avec la sécurité sociale

L'activité des établissements de santé est désormais mesurée grâce à une approche médicalisée et économique utilisant la classification en groupes homogènes de malades GHM.

En effet, un GHM caractéristique d'un séjour définit aussi un groupe homogènes de séjours (GHS) correspondant ; Ce dernier permet lui-même de définir un tarif forfaitaire de séjour comprenant l'ensemble des dépenses nécessaires au traitement du malade pour un diagnostic donné.

Idéalement, un même GHS doit connaître une tarification identique quelque soit le lieu d'implantation ou le statut de l'établissement considéré.

Dans ce schéma, la concurrence par comparaison au tarif de référence devrait inciter les établissements de santé à optimiser leurs coûts

E.4 Le passage à la tarification à l'activité (T2A) et ses implications

L'ancien système basé sur le budget global entraînait des comportements stratégiques préjudiciables notamment pour la qualité des soins prodigués au patient, mais également concernant la gestion comptable des établissements de santé qui n'étaient pas incités à assainir leurs finances.

Dès lors, de nombreuses réflexions ont été menées afin de lui substituer un nouveau système de financement.

Ces travaux ont très vite été orientés en direction du système de paiement prospectif à la pathologie tel que l'on peut l'observer aux Etats-Unis depuis 1983 au sein du plan MEDICARE.

Les autorités publiques ont fait le choix de retenir ce système en l'adaptant au système de santé français.

Ce choix a été motivé par divers objectifs dont une médicalisation du financement des établissements de santé, la responsabilisation des acteurs, une équité de traitement entre les établissements et le développement d'outils de pilotage qualitatifs comme l'incitation à l'accréditation ou l'analyse des cas-mix médico économiques, le contrôle de gestion ou encore une comptabilité analytique plus précise.

Aussi, et dans une situation de concurrence, il est apparu une question importante relative à l'élimination de la convergence entre les établissements

publics et privés en créant par la voie d'un mode de financement harmonisé une situation de concurrence loyal entre les deux secteurs.

E.4.1 L'objectif de la réforme

L'objectif ciblé de la T2A est de dégager une économie de productivité qui compensera l'évolution future des besoins de soins de la population vu que ces derniers expriment une progression quantitative et qualitatives très impressionnantes ces dernières années.

Il est aussi attendu que la nouvelle réforme permettra un accès plus facile des malades aux nouvelles innovations et surtout relancer et renforcer l'activité des soins dans les structures qui accusent un recul ou une quelconque déficience technique.

Le fond du sujet de la T2A est celui de la recherche de la performance hospitalière, l'optimisation des moyens mis à disposition et surtout de la possibilité de mieux faire avec des moyens identiques au bénéfice des malades.⁹¹

La réforme a donc pour objet une plus grande rationalisation de la gestion, une meilleure connaissance des coûts de production et surtout une plus grande efficience économique.

L'objectif d'optimisation se traduira dans le nouveau mode d'organisation par une gestion optimale des plateaux techniques , des flux contrôlés dans les services et des modes d'hospitalisations bien réparties entre hospitalisation à temps complet et alternatives : hôpital de jour ou à domicile.

E.4.2 Les modalités de financement de la T2A

Sont concernés par la présente réforme, tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de médecine, chirurgie ou obstétrique (M.C.O.)

Dans ce cadre, ils sont concernés par toutes les activités de soins en hospitalisation avec ou sans hébergement.

En vue de permettre aux établissements de santé de faire face à l'hétérogénéité des patients et éviter les problèmes et comportements stratégiques rencontrés avec un système de tarification à la pathologie pur comme dans le système medicare , la Tarification à l'Activité a mis en jeu cinq modalités de financement ;

⁹¹ Agnès Verdier-moliné, Philippe François ; comprendre la mesure phare du projet de loi de financement de la sécurité Sociale ; IFRAP (institut Français pour la recherche sur les administrations publiques, novembre 2003

Trois d'entre elles sont directement liées à l'activité réalisée et observée sur la base de

La transmission des données P.M.S.I. :

– Le paiement d'un tarif par séjour des activités d'hospitalisation avec ou sans hébergement. Les types de séjours sont classés par Groupes Homogènes de Séjours

(G.H.S.) pouvant correspondre à un ou plusieurs Groupes Homogènes de Malades

(G.H.M.),

– Le paiement d'un tarif par prestation pour les activités de consultations et d'actes externes (seulement dans les établissements publics car les établissements privés travaillent avec des médecins libéraux dont les honoraires sont facturés en sus), l'urgence, de prélèvements d'organes et l'Hospitalisation à Domicile (H.A.D.),

– Le paiement de certains consommables en sus des tarifs de prestation, notamment certains médicaments onéreux, dont les molécules onéreuses de chimiothérapie, ou certains dispositifs médicaux implantables (D.M.I.) comme les prothèses de hanche.

En revanche, il existe d'autres modalités particulières de financement mixte :

-En effet, un forfait annuel sera versé aux établissements pour financer les coûts fixes d'une activité comme les urgences ou les prélèvements d'organes qui peuvent être fort conséquents.

-Enfin, une partie du financement ne sera pas fondée sur la tarification à l'Activité mais relèvera de la dotation : ce sont les Missions d'Intérêt Général et d'aide à la contractualisation (M.I.G.A.C.)

E.4.2 Les modalités de financement du secteur public et privé

L'objectif de cette réforme est de réaliser une convergence de financement entre les secteurs public et privé afin que la situation de concurrence soit profitable aux deux secteurs, où ils peuvent disposer des mêmes atouts, basés sur le même mode de financement et des mêmes tarifs en tenant compte bien sûr des particularités de chacun dans la production des soins.

Désormais, les seules différences se limitent principalement aux tarifs des Groupes Homogènes de malades ou de séjours (G.H.S.)

E.4.2.1 les modalités du passage à la T2A s'agissant des établissements privés

Cette disposition transitoire a pour objet la définition des modalités techniques de régulation et de l'effet revenu induit par la réforme.

A cet effet, elle prévoit que les tarifs de prestation de chaque établissement soient égaux au tarif national.

Ils seront éventuellement corrigés du coefficient géographique, auquel s'applique un coefficient de transition, et le cas échéant, un coefficient de haute technicité propre à l'établissement.

Dès lors, les établissements privés factureront les groupes homogènes de séjours (GHS) issus des groupes homogènes de malades (GHM) et les autres prestations relevant du champ d'application de la tarification à l'activité sur la base d'un tarif national affecté d'un coefficient correcteur M.C.O

Le coefficient correcteur est ainsi appliqué aux tarifs nationaux de l'ensemble des GHS pour déterminer les tarifs applicables à l'établissement.

Le coefficient est composé de trois coefficients différents :

1-un coefficient de haute technicité, lié au classement de l'établissement pour les activités de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique à soins particulièrement coûteux.

2-un coefficient lié à l'éventuel coût géographique, supportés par un établissement par rapport aux variations démographiques, et autres effets tel que la situation géographique de l'hôpital.

3-un coefficient de transition qui vise à lisser l'impact de réforme. Le coefficient de transition est destiné à permettre de gérer une période de convergence des tarifs des GHS propres aux établissements vers les tarifs nationaux.

La convergence des coefficients de transition est organisée à un double niveau

Au plan national , chaque année l'Etat arrête outre les éléments de tarification relatifs à l'allocation de ressource aux établissements publique et privés , les coefficient moyens régionaux ainsi que les états maximums qui peuvent être maintenus entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements des régions après application des coefficients de transition .

Sur le plan régional l'Etat fixe les règles de modulations du coefficient de transition entre les établissements de la région dans le respect du coefficient régional et de l'écart maximum autorisé.

Les tarifs de chaque établissement sont ensuite fixés par l'application du coefficient de transition de l'établissement au tarif national, éventuellement corrigé au coefficient géographique.⁹²

⁹² Rapport sur le PMSI, 2002

E.4.2.2 les modalités du passage à la T2 pour les établissements publics et participants au service public hospitalier

Les établissements publics et privés participant au service publics hospitalier financés au par avant par la dotation globale de financements, facturent les GHS et les autres prestations dans le nouveau système de la T2A sur la **base d'un tarif national sans coefficient correcteur**.

En effet, la gestion de la transition destinée à lisser dans le temps l'effet revenu induit par la mise en œuvre de la tarification à l'activité ne se fait pas par l'application d'un coefficient correcteur (solution retenue pour le secteur privé) mais par l'application d'un mécanisme spécifique permettant une prise en charge des prestations d'hospitalisation par les organismes d'assurances maladies sous la double forme **d'une fraction du tarif** évolutive au cours du temps et d'une **dotation annuelle complémentaire**.

A titre exceptionnel les tarifs nationaux peuvent être corrigés pour certains établissements

a- d'un **coefficient correcteur géographique** rendant compte des surcoûts structurels relatifs à leur implantation dans certaines zones.

b- la gestion de la transition est opérée par le maintien d'une part décroissante dans le temps de ressources allouées forfaitairement ; cette part de ressources est appelée « **dotation annuelle complémentaire** ».

Les prestations d'hospitalisation seront donc prises en charges par les organismes d'assurances maladie sous la double forme d'une fraction du tarif et d'une dotation annuelle complémentaire correspondant à la fraction non couverte par le tarif.

c- L'existence d'une ressource forfaitaire vise à garantir à chaque établissement le maintien d'une année sur l'autre d'une ressource égale au moins X% de celle de l'année précédente : la part de la ressource forfaitaire tend alors à diminuer d'une année sur l'autre.

REMRQUE : les recettes issues de la facturation des tarifs sont directement proportionnelles à l'activité et dépendent du niveau des tarifs fixés pour l'année, alors que les recettes issues de la dotation annuelle complémentaires sont indépendantes de l'activité et du niveau des tarifs nationaux.

E.4.3. Les tarifs des G.H.S. dans le secteur privé

Le secteur privé était encore sous le régime de la facturation à l'acte médical.

Tel acte vaut tel prix et chaque acte est facturé ensuite aux caisses d'assurances maladies qui opèrent le remboursement.

C'est encore l'ancien système du prix de journée tel que décrit en introduction.

Le G.H.S. est donc un « forfait tout compris » ; Cependant les honoraires des médecins sont facturés en sus, car ils ont conservé leur statut libéral.

De plus, les forfaits techniques sont également facturés en sus.

La particularité du tarif des G.H.S. dans le secteur privé est qu'il s'agit d'un tarif affecté d'un coefficient correcteur M.C.O. qui se décompose en trois coefficients distincts :

– Le coefficient de « haute technicité » qui octroie des tarifs en contrepartie de conditions particulières d'environnement se traduisant par des critères de mobilisation de ressources. Cette composante du taux correcteur M.C.O. est ainsi destinée à financer les surcoûts liés à la mise en place des techniques spécifiques qui ont un coût ne pouvant entrer dans le cadre d'un G.H.S,

– Le coefficient géographique qui prend en compte certaines spécificités liées à la localisation géographique de certains établissements, malgré la mise en place d'un tarif unique au niveau national.

Ces spécificités peuvent se rapporter à l'état de santé de la population d'une région donnée en relation avec le vieillissement par exemple.

Ces spécificités peuvent peser sur les coûts de fonctionnement des établissements.

– Enfin, le coefficient de transition destiner à permettre la gestion de la période de convergence des tarifs des G.H.S. propres aux établissements vers les tarifs nationaux. Il permet donc un lissage des effets de la réforme.

Ce coefficient sera inférieur à 1 si les tarifs historiques de ces établissements sont supérieurs aux tarifs nationaux et supérieur à 1 dans le cas contraire.

E.4.4 – Les tarifs des G.H.S. dans le secteur public

Contrairement au secteur privé, la mise en place de la réforme dans le secteur public et

P.S.P.H. ne se fera que progressivement par tranches de 10 %.

Cette montée en charge progressive est due au fait que le tarif des G.H.S. n'est pas corrigée par un quelconque coefficient correcteur, dans certains cas exceptionnels un taux correcteur géographique pourra être envisagé.

La gestion de la transition se fait par le maintien d'une part décroissante dans le temps des ressources allouées forfaitairement.

Cette part de financement est appelée « Dotation annuelle de financement ».

Le maintien d'une telle fraction forfaitaire vise à garantir le maintien d'une année sur l'autre d'une fraction au moins égale à X % de celle de l'année précédente. La part de financement financée à l'activité doit croître

Progressivement pour ainsi aboutir à 100 % à l'horizon 2014 où la « dotation annuelle de financement » doit disparaître

E.4.5 Les motifs imposant l'amélioration d'application de la T2A

La mise en place de la T2A a permis de relever certaines difficultés de financement, d'évaluation et de contrôle de l'ensemble des prestations et des actions dans les structures de soins.

Les travaux effectués jusqu'ici ont permis de tester la faisabilité sur le terrain des différentes options de mise en œuvre de la réforme, de détecter les éventuels points de blocages et d'identifier les aménagements nécessaires

La mise en pratique de la T2A a été développée et améliorée de façon à contrer un certains nombres d'obstacles et de limites présents dans le système lui-même et d'autres tirés de l'expérience MEDICARE au Etats-Unis.

E.4.5.1 Les leçons tirées de l'expérience « MEDICARE »

La première constatation que l'on peut faire au sujet de cette expérience, c'est qu'elle a permis d'obtenir certains effets positifs mais des effets négatifs ont également été observés

Ce qui nous amène à aborder les effets négatifs de cette réforme c'est qu'il y a ce que les Américains ont appelé le « DRG creep ».

En effet, Les hôpitaux ont été accusés de surclasser les patients dans des G.H.M. Les plus rémunérateurs que celui qui correspondait à la pathologie réelle du patient.

C'est un comportement stratégique des producteurs de soins qui voient ainsi augmenter leurs remboursements.

Ceci est d'autant plus facile que le classement du patient peut être effectué *a posteriori*, c'est-à-dire une fois le patient traité.

La mise en place du paiement prospectif à la pathologie a été également accompagnée d'un phénomène de sélection des patients.

A l'extrême, ce comportement conduit à refuser l'accès aux soins aux personnes les plus malades.

Certains hôpitaux craignant de devoir soigner des patients trop onéreux ont même décidé la fermeture de leur service d'urgences.

Mais la sélection peut également se faire en amont en décidant de se passer de certains types d'équipements et de spécialistes. Par exemple, certains hôpitaux refusent de traiter les patients atteints de diabète, dont les complications sont lourdes à traiter.

Plus grave encore, cette sélection semble s'accompagner d'une diminution de l'effort de réduction des coûts, d'une spécialisation inefficace et surtout vient fausser la concurrence entre les établissements de santé.⁹³

Enfin, certains auteurs ont également critiqué une baisse de la qualité qui se manifeste par une diminution de la durée des séjours.

Malgré cela, ce système a permis d'accroître l'effort des établissements de santé américains surtout en matière de concurrence et de réduction des coûts.

Le problème d'hétérogénéité des malades qui se posait de façon très sérieuse fut posé et la solution proposée s'est trouvée dans un système de paiement mixte de type

« *risk-sharing* » où partage des risques en prenant en compte à la fois le coût individuel d'un patient et l'aléa moral.

De nombreux auteurs travaillent sur ce type de paiement et essaient de mettre en place des modèles combinant paiement prospectif et coût individuel qui semblent être efficaces dans beaucoup de modèles de la tarification.

Ces divers travaux ont servi de base aux modes de financement des établissements de santé mis en place dans certains pays européens, mais également pour l'élaboration de la tarification à l'activité en France qui tend à prendre en compte les leçons de l'expérience medicare en tenant compte de certaines particularités du système et de la vision politique propre au modèle Français.

E.4.5.2 Les difficultés rencontrés lors de l'application de la T2A

Contrairement à la rémunération au prix de journées, l'effet principal de la rémunération au budget global est la réduction de la durée moyenne de séjour.

⁹³ Catherine Quantin, Pierre Métral, Liliane Busserre ; Intégration des contraintes du PMSI dans la mise en place d'un système d'information hospitalière ; information et santé 1993

Cette méthode adoptée dans les hôpitaux Français avant la réforme au PMSI c'est soldé par des incorrections très significatives surtout sur le plan pratique.

En effet, les ressources fournies étaient dans la plupart du temps attribuées sans connaissance du contenu de l'activité médicale, elles étaient donc complètement déconnectées du volume d'activité.

Si cette modification du financement des établissements hospitaliers a pour objectif de freiner la croissance des dépenses hospitalières, elle a par ailleurs introduit un biais très important qui se résume comme suit :⁹⁴

Les dotations budgétaires des hôpitaux ayant été initialement fixées sur la base de leur budget des exercices antérieurs, le budget global fixe la position des établissements les uns par rapport aux autres sans espoir d'évolution et de corrections des inégalités antérieurs ; ainsi les établissements qui avant le passage à la dotation globale étaient les « moins économes » se retrouvent généreusement dotés par rapport aux établissements « les plus économes ».

Le PMSI a été optimisé par le passage à la tarification à l'activité (T2A) qui ne concerne dans un premier temps les activités de médecine - chirurgie – obstétrique (MCO), par contre la psychiatrie, les soins de suites et de réadaptation, les soins de longue durée et le secteur médico-social continueront à fonctionner sur la base du budget global.⁹⁵

L'application du système Fetter et le passage à la T2A a permis de faire ressortir des critiques très significatives menant à une recherche encore plus profonde sur le systèmes et surtout sur les modalités de pallier aux différentes incorrections.

Ces critiques portent essentiellement sur les éléments suivants :

a- les principes même du groupage GHM -DRG : Le diagnostic principal ne prend pas en compte certains aspects de niveaux de sévérité de pathologies reliées dans le même GHM.

En effet, le système Fetter repose sur le principe du groupage c'est-à-dire, le regroupement des pathologies qui peuvent être traitées par des moyens similaires ; mais il est constaté dans la pratique qu'il peut exister dans le même GHM des pathologies avec des degrés de sévérité différent qui peuvent faire l'objet d'une seconde étude plus approfondie pouvant dévoiler une autre variation de coûts.

b- L'hôpital est considéré comme une entreprise qui produit un ou plusieurs produits ; les théories micro économiques nous démontrent que les coût y sont fonction de la combinaison spécifique des facteurs capital / travail ; or l'approche du PMSI nie d' emblée les rapports locaux spécifiques du capital/travail et les assimile à des résidus de facteurs non cliniques , ceci est

⁹⁴ Fabien Laffitte, op. Cité

⁹⁵ Cathy Suarez op. Cité

économiquement contradictoire , car les facteurs cliniques font partie des combinaisons capital/ travail et la recherche de ces facteurs cliniques purs , par l'intermédiaire d'une approche globale nous irrealiste parce que , plus on globalise , plus la probabilité d'intégrer des hétérogénéités grandit ce qui risque d'aboutir au fait que les « résidus » non cliniques deviennent beaucoup plus importants que les facteurs cliniques .

Ainsi, le recours à la moyenne statistique ne peut dévoiler l'extrême variabilité et le caractère aléatoire des pratiques médicales et des diagnostics.

De même, la question est de savoir la motivation des cliniciens pour ce travail supplémentaire dont ils n'ont aucun lien avec leur activité professionnelle.

En effet, les médecins , les chirurgiens et le reste des praticiens ont une tâche médicale très précise et lourde à la fois ; le problème est de savoir comment convaincre ces derniers par une tâche « administrative » supplémentaire , car même si elle sera confiée à un autre personnel de gestion le danger serait celui de « l'asymétrie d'information » ou du « biais d'information » qui peut naître lors de la transmission des informations entre les deux (médecins et gestionnaires) ; aussi le personnel médical peut négliger la communication de toutes les informations nécessaires concernant les malades ce qui affaiblira l'effet GHM dans l'hôpital

c. le système ne peut évaluer avec précision certaines activités et missions spécifiques de l'hôpital : urgences, recherche biomédicale fondamentale, d'abord par ce que les investissements dans ces missions restent inégaux entre les hôpitaux ensuite toutes les structures hospitalières ne disposent pas du même plateau technique, moyens humains et financiers pour répondre aux urgences de la même qualité

d. l'évolution médico-économique fréquemment utilisée en vue de mesurer l'activité hospitalière cache parfois une volonté politique d'établir un système de prix différenciés pour assureurs à la place d'un prix moyen qui est une expression des systèmes solidaires de sécurité sociale.

Il est donc très clair que le système s'est débarrassé de l'une des plus grandes fonctions de l'hôpital qui est la fonction « sociale » ; les résultats de cette action peuvent être très coûteux pour la société en matière de santé publique

La régulation de l'offre de soins doit toujours se faire suivant les besoins des populations et non pas comme s'est le cas du PMSI et de le T2A selon les règles marchandes.

Même si le système recherche une plus grande efficacité dans la gestion des ressources il serait important de trouver le moyen d'introduire une part de financement public pour permettre aux établissements hospitaliers de défendre

des objectifs de santé publique (diminution du facteur d'incidence du cancer par exemple°) ces objectifs devront aider à déterminer l'effort de la notion pour la santé ; en plus quel que soit le résultat obtenu en matière de gestion, la santé restera un bien très particulier qui se traduit par des effets sociaux très importants.

Aussi, il faut souligner l'importance d'une relance vigoureuse de l'investissement hospitalier car, les hôpitaux doivent trouver une marge de manœuvre nécessaire pour amortir les équipements de plus en plus coûteux dans un contexte de progrès technologique rapide.

E. en économie, le rôle du prix est d'orienter une partie de la clientèle pour que globalement (q =quantité) soit acheté par une clientèle.

A chaque cible de clientèle doit obligatoirement correspondre un prix spécifique. Fixer un éventail de prix correspond toujours à une stratégie de différenciation des clientèles (groupe homogène de clients) que l'on veut orienter vers des comportements et attitudes voulues ou espérées. Généralement, l'éventail du prix ne suffit pas pour orienter c'est la raison pour la quelle il est accompagné d'une différenciation planifiée de la qualité des produits ou des services.⁹⁶

Dans le cadre d'une santé publique complètement socialisée, à la limite, un seul prix suffit, car il n'est pas question d'orienter les patients : (car leur attitude et comportements par rapport à la prise en charge sanitaires ne sont pas influencés par des niveaux de prix différents, sinon le principe de l'accès égale pour tous ne serait pas réalisable.

Il est évident qu'un prix unique se traduit par un système d'information très simple et en conséquence à faible coût surtout pour un organisme comme la sécurité sociale qui traite des dossiers d'un nombre important et différencier comme est le cas ici DRG .

Une différenciation des prix entraînerait un système compliqué à coût rapidement croissant. Les DRG sont l'exemple d'une recherche d'un éventail de prix afin d'orienter différemment les clients.

On perçoit aussi que le passage d'un prix unique à un barème de prix à un glissement de faits d'un système sanitaire socialisé à un système individualisé qui n'est concevable que s'il est inclus dans un système économique obligatoirement marchand.

En effet , un système sanitaire socialisé rend l'accès aux soins possible à toutes les couches sociales sans tenir compte des effets économiques , alors que dans un système individualiste , les facteurs économiques sont très dépendant et risquent d'entraîner des effets sociaux et des problèmes de santé très dangereux .

⁹⁶ Robert Launois « Les HMO : les arguments et les faits » , la documentation Française, pp249-260, 1987

F- La réponse aux problèmes de croissance des dépenses de santé ne résident pas dans la fixation d'un prix ou d'un barème de prix, mais plutôt dans la maîtrise de l'évolution des dépenses pour un niveau de production donné.

Le patient n'est pas un facteur de production mais un usager ; rapporter les dépenses aux clients n'a donc aucun sens.

En revanche, rapporter les dépenses générées par les facteurs de productions aux produits ou services peut être utile, à la fois pour l'analyse du système productif notamment les coûts par prestation et non par client, car chacun d'eux absorbe un panier de prestations spécifiques.

Il s'agit donc de trouver des groupes homogènes de prestation pour faciliter

L'établissement des coûts unitaires mais pas des groupes homogènes de clients à qui on affecterait des coûts.

G- La T2A valorise les activités les plus prestigieuses sans prendre en compte le coût social des maladies .Ainsi, le risque est grand de favoriser la sélection des malades, car aux USA ce système est voué à la création de groupements hospitaliers inégaux ce qui pourrait se traduire par la concentration d'une certaine catégorie de personnes dans certains hôpitaux par rapport à d'autre. La composition sociale des populations fera perdre à l'hôpital beaucoup de ses valeurs sociales : non discrimination, équité ...etc.

H--Comme tout système de tarification, la T2A se traduit par des inégalités dans l'accès aux soins, elle apparaît ainsi comme l'arme redoutable de la mise en place de la médecine à deux vitesses au sein de l'hôpital public.⁹⁷

Aussi, il est très difficile de dissocier les missions de recherche et d'enseignement du reste des missions de l'hôpital car la recherche est une fonction intégré dans la production continue des soins.

I- Etablir une échelle de tarifs au niveau national ouvre la porte à la concurrence entre établissements

Ceux qui se situeront en dessus des tarifs devront réduire leurs dépenses sous peine d'être déficitaire, alors que ceux qui sont en dessous conserveront leur prix.

Mais reste à savoir que d'autres facteurs en plus des facteurs de gestions modifient sensiblement les prix hospitaliers.

J—Il y a des questions très importantes qui n'ont pas été introduit dans le système Fetter et dont le poids est très lourd sur les dépenses hospitalières ; il s'agit principalement des problèmes de la « qualité des soins ».

En effet, la production hospitalière des soins est confrontée quotidiennement à des erreurs médicales qui renseignent très mal sur les coûts

⁹⁷ H.Leleu, B.Dervaux, F.Bousquet ; les enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière dans le cadre de l'évaluation de la tarification à l'activité ; Dossiers solidarités et santé, la documentation française 2005

des réparations et surtout sur la responsabilité qui incombe à chaque acteur du système de soins : hôpital, Sécurité sociale et usager (malade) dans la prise en charge de ces nouvelles dépenses.

K—Le système écarte l'influence de l'organisation interne de l'hôpital et des pratiques des soins sur la consommation des ressources or , ce facteur est déterminant dans la gestion hospitalière .

L—Les objectifs de l'introduction du contrôle de gestion et du mode de paiement basés sur la catégorisation DRG sont en train d'abolir le principe de solidarité et de relativiser le pouvoir des médecins qui détiennent le monopole de l'information sur les patients ; certains contestent la seule prise en compte de la pathologie pour expliquer le coût de prise en charge.

De cette façon les intérêts professionnels des médecins les incitent à affiner la définition clinique des produits impliquant une multiplication des DRG , ce qui se heurte à l'impératif d'exploitation des données économiques par le contrôleur⁹⁸

M- Des études très approfondies ont soulevés la particularité de certains services médicaux par rapport à d'autre, ainsi dans le service de réanimation cette classification pose des problèmes techniques responsables d'une sous-estimation artificielle de l'activité. En effet la méthode ne permet d'évaluer correctement les particularités cliniques des séjours en réanimation car, elle classe sans discrimination dans un même de séjours ayant nécessité une longue réanimation avec des séjours d'une autre nature.

Comme ce type de services est coûteux il risquerait de pénaliser sur le plan budgétaire les hôpitaux qui disposent de services de réanimations.

E.4.5.3 Incitations à l'effort de réduction des coûts et l'amélioration de la qualité des soins

La tarification à l'activité fondée sur une classification en Groupes Homogènes de Malades présente l'avantage d'inciter à réduire les coûts, le mécanisme est simple : L'établissement est rémunéré forfaitairement pour chaque séjour enregistré et transmis par les données du P.M.S.I. à la tutelle.

Si l'hôpital a utilisé moins de ressources que le tarif, alors il en retire un surplus qu'il peut conserver pour l'autofinancement de ses investissements par exemple ; Cependant si le coût du traitement du patient a été supérieur au forfait du G.H.S. alors l'hôpital perd la différence. Donc, il est évident que l'hôpital a tout intérêt à diminuer ses coûts de production des soins.

⁹⁸ P.Moine, B.Garrigues « Programme de médicalisation des systèmes d'information et réanimation : impacts –socio économiques » Edition scientifique et médicale PP 613-622, 2000

Seulement, l'agent peut avoir un comportement stratégique, que l'on a déjà évoqué, il peut diminuer le coût tout simplement en diminuant la qualité.

Pour l'éviter, le système mis en place prévoit cinq modalités de financement et surtout trois formes de financement qui se combinent entre elles :

- une forme directement liée à l'activité, elle-même reliée à la pathologie,
- une autre mixte sous forme de forfaits annuels
- et enfin une forme de dotation déconnectée du coût réel observé.

Nous avons vu précédemment que le financement non relié au coût observé avait le potentiel incitatif à l'effort maximal.

La sélection des patients les moins onéreux et donc les cas les moins sévères dans une pathologie donnée est un comportement stratégique qui a pu être observé au cours de l'expérience américaine ou encore italienne.

En effet, le système prévoit de prendre en compte des surcoûts liés à certains patients, à certains services, à certains traitements... Ainsi, pour les séjours considérés comme « extrêmes », au regard de la durée moyenne d'un G.H.S. donné, on précise des bornes haute et basse pour chaque G.H.S.

Si la durée du séjour est inférieure à la borne basse du G.H.S., alors on appliquera un coefficient de minoration de 0,50 au tarif. Si la durée du séjour est supérieure à la borne haute, alors l'établissement facture un G.H.S. majoré de chacune des journées supplémentaires à la borne haute affectée d'un coefficient de 0,75. Ce qui donne :

Coût du séjour = forfait du G.H.S. + 0,75 x V x (durée de séjour totale – borne haute)

Avec V = tarif du G.H.S. / Durée moyenne de séjour du G.H.S.

De même, l'activité de réanimation est réputée très coûteuse ; les établissements bénéficiant d'autorisations de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continuent de facturer les séjours selon une double modalité : paiement du G.H.S. issu d'un G.H.M. auquel on ajoute un supplément journalier par jour de présence du patient en unité de réanimation ou de soins intensifs.

Mais, on peut noter tout de même que ce supplément journalier n'a pas vocation à financer la totalité de ce surcoût.

Tout ceci est valable pour tous les G.H.S. issus d'un G.H.M. Mais comment l'hôpital va-t-il pouvoir facturer si on est en présence d'un G.H.S. qui ne correspond pas à un G.H.M. ou même si le séjour n'est décrit par aucun G.H.S.

Rentrent dans le premier cas de figure :

– La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique qui correspond à des G.H.S fondés non pas sur des G.H.M. mais sur des « forfaits séances ». Ces forfaits de séances de dialyse sont facturés en sus d'un G.H.S. issu d'un G.H.M.

– L'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) dont le financement est composé de cinq prestations non cumulables avec le tarif d'un G.H.S. issu d'un G.H.M. sauf si des complications surviennent à la suite de l'I.V.G.

– Les soins palliatifs. C'est une nouveauté de la version 9 de la classification en

G.H.M., elle prévoit un G.H.M. « *Soins palliatifs* ». Ce G.H.M. correspond à deux

G.H.S., une G.H.S. dit « de base » et un autre « majoré ». Si un hôpital possède des lits identifiés de soins palliatifs, alors il pourra facturer un G.H.S. « majoré ».

Par ailleurs, du fait de l'existence de charges fixes importantes, certaines activités ne peuvent pas être rémunérées sur la seule base de tarifs de prestations. Dans ce cas, on peut financer ces activités sous la forme de forfaits annuels. La liste des activités concernées par cette modalité de financement est fixée par décret. Les deux types d'activités concernées par cette modalité sont :

- L'accueil et les soins en urgences
- L'activité de prélèvements d'organes.

Enfin, pour s'assurer que certaines missions d'intérêt général soient remplies malgré le fait que comme n'étant pas vitales pour l'établissement de santé, celui-ci pourrait être tenté purement et simplement de ne pas les remplir.

Pour remédier à ce problème, l'enveloppe O.N.D.A.M. a été découpée de manière à obtenir un objectif de dépenses pour les activités M.C.O. que nous avons décrites précédemment, et une enveloppe M.I.G.A.C., construite pour ne pas être dépassée et ainsi permettre de limiter les dépenses sans pour autant diminuer les activités relevant de ces domaines.

E.4.5. 4 Missions d'Intérêt Général : MIG

Le passage à la T2A a relevé les difficultés d'introduire les actions suivantes :

a- les missions d'intérêts général et d'aide à la contractualisation : Il s'agit de reconnaître qu'un certain nombre de missions n'ont pas la vocation d'être financé par les modalités de la tarification à l'activité car leurs ressources ne peuvent être soumises aux variations de l'activité réalisée ; ce sont donc les missions d'intérêts générales.

b- Ne sont pas soumises aux principes de la T2A, les dépenses liées à la recherche, à l'enseignement, aux dispositifs à caractère social et aux programmes d'amélioration de la qualité.

c- certaines activités de soins particulières : telle que les urgences et les prélèvements d'organes qui sont financées par une modalité particulière de financement mixte correspondant à un montant de ressources annuelles fixes mais déterminé en fonction de l'activité réalisée consistant dans le versement d'un montant forfaitaire annuel pour financer les coûts fixes d'une activité.

d-les paiements en sus : cette rubrique ne devait pas exister , car les prix des médicaments sont inclus dans le tarif des GHS .Mais , il a été considéré qu'un certain nombre de médicaments et de dispositifs médicaux très onéreux devraient être facturés en sus

d- les tarifs par prestation (consultations et actes externes)

et comprennent majoritairement les activités d'enseignement, de recherche, d'innovation et de recours assurées principalement par les Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U.), les grands Centres Hospitaliers, quelques hôpitaux privés participant au service public hospitaliers, les Centres de Lutte Contre le cancer et enfin quelques cliniques privées. Auparavant, les C.H.U. obtenaient un abattement de charges de 13 % pour assurer cette mission.

L'enveloppe M.I.G.A.C. qui lui est consacrée est généralisée à tous les types d'établissements et est modulée par établissement en fonction d'indicateurs de mesure des surcoûts liés à ces quatre missions.⁹⁹

Entreront dans les M.I.G.,

Les activités non M.C.O. mais pourtant liées aux soins M.C.O. comme le SAMU, les Centres Antipoison... Par ailleurs, la liste des activités financées par l'enveloppe M.I.G. n'est pas figée et tendra à s'allonger au fur et à mesure que le système sera généralisé aux activités non M.C.O. comme les S.S.R. et la psychiatrie.

E.4.5.5 – Incitations à l'innovation

La principale lacune du système antérieur à la T2A résidait dans l'absence de financement de l'innovation et notamment des molécules onéreuses de chimiothérapie et les dispositifs médicaux implantables.

En effet, les hôpitaux n'avaient pas intérêt à innover car en utilisant des molécules coûteuses ils augmentent leur coût de traitement et leur point I.S.A. théorique serait devenu supérieur au point I.S.A. régional et se serait vu sanctionné.

⁹⁹ Jean – Marie Fessler « problématique éthique du programme de médicalisation des systèmes d'information » direction des hôpitaux de France, décembre 1992

Un premier système a alors été mis en place pour tenter de remédier à ce problème. On attribue des points I.S.A. supplémentaires lors de l'usage de ces traitements onéreux. Le financement de l'innovation avec des points I.S.A. présente de nombreux inconvénients en termes d'incitations.

En effet, si le point I.S.A. de l'hôpital est supérieur au point I.S.A. régional cette mesure permet de limiter la sur dotation et donc les éventuelles sanctions financières. Mais si le point I.S.A. de l'hôpital est inférieur au point I.S.A. régional, les points I.S.A. supplémentaires correspondent à de la « fausse monnaie », car il n'y a pas de dotation supplémentaire.

Ainsi, pour remédier à ce problème crucial répondant à un enjeu de santé publique majeur, le nouveau système de la tarification à l'activité prévoit des paiements en sus.

En effet, afin d'assurer un meilleur accès des patients aux innovations thérapeutiques, certaines spécialités thérapeutiques et certaines prestations comme les dispositifs médicaux implantables (D.M.I.) bénéficient d'une prise en charge par les organismes d'assurance maladie en sus des tarifs des prestations.

Ce système permet de répondre aux interrogations concernant le financement de l'innovation par des points I.S.A.

En effet, plus besoin de savoir convertir les points I.S.A. en euros car les molécules et prestations innovantes sont directement financées en euros, ni de savoir quand une molécule est considérée comme onéreuse car la liste des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux implantables sera fixée par arrêté par L'Etat.

Il faut savoir que cette liste sera mise à jour régulièrement pour pouvoir prendre en compte l'évolution technologique et pharmaceutique. Cette mise à jour est réalisée au sein du ministère de la santé avec le concours de l'Agence Technique de l'Information Hospitalière qui va jouer un rôle crucial dans la réforme.

En effet cette agence va constituer l'appui technique et scientifique de cette réforme. C'est elle qui va mettre en place les nouvelles classifications en G.H.M., le nouveau codage C.C.A.M. tarifant qui vient compléter le dispositif de la T2A, et pour résumer c'est elle qui va influencer le système P.M.S.I. qui constitue la base du nouveau système et qui n'est plus un élément de correction.

Les incitations à l'innovation sont donc importantes car les établissements de santé recevront le financement lié à l'usage de telles prestations.

Cependant, toujours dans un objectif de réduction des dépenses, un système a été mis en place pour réguler la dépense.

Comme nous l'avons vu, les médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des tarifs des G.H.S. sont inscrits sur une liste fixée par arrêté

ministériel ; Mais il conviendra de fixer un prix de vente plafond de ces molécules par négociation avec les industries pharmaceutiques.

Cependant, pour plus de flexibilité, certains médicaments pourront faire l'objet d'une inscription provisoire sur la liste du moment où ils ont obtenu une autorisation de mise sur le marché (A.M.M.). Après un délai de 12 mois, soit le médicament est maintenu dans la liste et se voit attribuer un prix plafond, soit il est sorti de la liste et sa consommation sera couverte par le tarif du G.H.S.

Contrôles et sanctions

Ce système permet un financement des établissements de santé en rapport avec leur niveau d'activité.

Ainsi, la tutelle a l'obligation de pouvoir évaluer efficacement l'activité hospitalière nationale afin de pouvoir prévoir le montant de l'enveloppe.

L'outil nécessaire à cette connaissance existait déjà avec l'ancien système de Dotation Globale de Fonctionnement.

De même, le codage issu de la Classification Commune des Actes Médicaux

(C.C.A.M.) a dû être modifié pour devenir tarifant. En effet, cette classification servira d'une part à évaluer les coûts de chaque acte médical mais aussi à leur attribuer un tarif applicable devant servir de base aux tarifs de G.H.S. D'ailleurs, ces tarifs sont élaborés en fonction de l'échelle nationale des coûts et prennent en compte les études d'écart de coûts observés pour toutes les activités par une équipe basée au C.H.U.

D'autre part, pour pouvoir fonctionner, le remboursement à l'activité doit se faire le plus rapidement possible, ainsi l'information hospitalière doit également être transmise en temps réel, car le système PMSI a été créé dans le but d'une prise en charge rapide des malades.

Le traitement de l'information est informatisé et immédiatement transmis aux caisses d'assurance maladie. Tout est ainsi fait pour que la tutelle dispose d'une information complète et précise sur l'activité des établissements de santé français.

Néanmoins, pour l'agent, le fait de fournir de l'information peut être perçu comme une perte de liberté et un contrôle excessif de la part de la tutelle. L'agent (hôpital) peut donc négliger de fournir correctement toute l'information dont il dispose.

Dans la mesure, où la transmission de l'information conditionne le remboursement et donc le financement, ce type de problème ne devrait pas être trop récurrent.

Cependant, les hôpitaux pourraient être tentés de facturer des séjours supplémentaires en vue d'augmenter leur remboursement.

Pour éviter ces problèmes, un système de contrôle à été mis en place pour éviter les erreurs de codage des données P.M.S.I. susceptibles d'induire un paiement injustifié et pour s'assurer que les établissements se conforment bien à leurs obligations de produire de l'information médicalisée de qualité. Ce système de contrôle est associé à des sanctions. Le contrôle est double :

– **un contrôle automatisé**, destiné à alléger le travail de l'A.R.H., qui pèse sur tous les établissements de santé de la région. Ce contrôle reste superficiel. Et repose sur des utilitaires informatiques. Le premier exploite les Résumés de Sortie Anonymisés (R.S.A.) du P.M.S.I., le DIM conçu comme un outil de ciblage visant à orienter la tutelle vers les établissements à contrôler en priorité. Le second exploitant les données de liquidation afin de dépister des « atypies de facturation », cet outil sera développé par l'assurance maladie,

– **un contrôle approfondi** qui repose sur des modalités plus classiques. Les établissements dépistés lors du contrôle automatisé et quelques établissements tirés au sort dans la région sont contrôlés sur place. Le médecin contrôleur confronte les données du dossier médical au R.S.A. produit par l'établissement pour un même séjour. Ce contrôle est effectué sur un échantillon de dossiers tirés au sort.

Dans la logique de la T2A, le critère de jugement portera sur une différence de groupage dans un G.H.M. entre le Résumé de Sortie Standardisé du contrôleur et celui de l'établissement ayant entraîné une surfacturation. De plus, l'organisation même de la production d'information ainsi que le respect du champ du P.M.S.I. pourront faire l'objet d'un contrôle approfondi.

Si une erreur entraînant un changement de G.H.M. provoquant une surfacturation est constatée, alors la sanction prévue sera une récupération de l'indu. Mais si cette erreur est préjudiciable à l'assurance maladie, l'établissement fautif se verra appliquer des pénalités financières.

De plus, dans le cadre de la contractualisation entre les A.R.H. et les établissements, sur la base des Contrats d'Objectifs et de Moyens, les établissements sont contraints d'assurer un certain niveau de qualité de l'information hospitalière défini par le contrat. Une annexe au contrat d'objectifs et de moyens fixe les modalités du contrôle et les sanctions éventuelles qui vont de la mise en garde, la mise en demeure jusqu'à la pénalité financière

Si l'objectif principal de cette réforme était de réduire les dépenses tout en maintenant un niveau de qualité optimal et d'inciter à l'innovation, la mise en place de la Tarification à l'Activité avait également pour but de créer une concurrence entre les établissements de santé et notamment entre les secteurs public et privés par la mise en place d'un mode de financement commun. Dans un premier temps, le secteur privé plus performant, possédant un mode de financement à l'acte médical réclamait vivement la mise en place d'une tarification à l'Activité.

E.4.6 Analyse de l'effet de la tarification à l'activité sur le marché des soins

Beaucoup s'accordent à dire que pour maintenir un certain niveau de qualité, il faut que la réforme de la T2A s'accompagne d'une nouvelle gouvernance. Mais avant tout, il semblerait urgent que le secteur public introduit des outils de suivi de gestion efficaces dont notamment une comptabilité analytique d'exploitation plus performante.

E.4.6 .1 l'importance de la comptabilité analytique

À partir du système P.M.S.I., les établissements de santé, publics comme privés, mettent en place au moins des outils de comptabilité analytique pour permettre la réflexion sur les efforts de réduction des coûts.

En effet, pour pouvoir réduire les coûts, il faut en connaître la nature et la structure de ces derniers. Ces outils sont essentiellement :

- Le calcul des coûts des séjours et des G.H.M. qui permet de procéder à des comparaisons entre les établissements sur les pratiques médicales relatives à certaines pathologies. Cet outil exige des hôpitaux qu'ils soient capables de référer de nombreuses informations au patient et qu'ils puissent fournir le même travail et les mêmes informations sur les coûts à l'Échelle Nationale.¹⁰⁰

Ainsi, le cadre de la T2A, le coût d'un G.H.S. issu d'un G.H.M. pourra directement être comparé à son tarif.

- Le « tableau coût case-mix » (T.C.C.M.) compare le coût de l'établissement à celui de l'hôpital fictif produisant le même case-mix mais avec les coûts moyens fournis par l'Échelle Nationale des Coûts (E.N.C.). Cette comparaison peut être effectuée globalement ou selon toutes les composantes du coût d'un G.H.M.

- Des calculs de coûts par activité, des établissements, publics mais également privés, permet des comparaisons de coûts d'unités d'oeuvre par rapport à des moyennes

E.4.6.2 impact sur la concurrence entre cliniques privées et hôpitaux publics

Le modèle s'articule de la manière suivante : le patient choisi la clinique ou l'hôpital en comparant la satisfaction qu'il retire des choix offerts par le privé et le public en termes de niveau d'effort du médecin et du niveau des

¹⁰⁰ Dominique Carré, Robert Panico, Les enjeux socio médicaux de la modernisation de la santé, réflexions sur la rationalisation et la mise en relation électronique du soins et de sa gestion, 11 congrès des sciences de l'information et de la communication, Metz

ressources mobilisées, mais aussi de sa préférence naturelle pour le public ou le privé.

La demande totale est considérée comme fixe et totalement satisfaite : si la demande du privé augmente, la demande du public diminue d'autant et inversement. Et l'auteur considère que la concurrence entre les deux secteurs s'opère dans un modèle où chacun des acteurs pense qu'il ne peut pas influencer les choix de l'autre.

Si on s'intéresse à l'impact de la réforme sur la répartition des parts de marché.

L'impact de la T2A sera différent s'il y a absence de coopération ou coopération entre médecin et clinique :

En cas d'absence de coopération, il faut distinguer :

– **Si la demande est sensible au niveau des ressources mobilisées par l'hôpital public** : le couple médecin clinique ne réagit pas initialement à la T2A mais l'hôpital public réagit en augmentant le niveau d'inputs et le médecin augmente son effort, ce qui entraîne une augmentation de la demande de l'hôpital public au détriment du secteur privé. Le couple médecin clinique réagit ensuite à la perte de demande en augmentant le niveau d'efforts et le niveau d'inputs : il récupère une partie de ses parts de marché perdues mais pas la totalité. À l'équilibre final, l'hôpital public aura gagné des parts de marché.

– **Si la demande est peu sensible au niveau des inputs** : ni le médecin ni le gestionnaire de la clinique ne réagissent au passage à la T2A. La réaction du médecin et du gestionnaire de l'hôpital public est identique. Le passage à la T2A n'aura alors aucun impact sur la concurrence.

Par contre si on se trouve dans une forme de relation médecin leader ou coopération entre médecin et clinique, la situation est fort différente :

– **Si la demande est sensible au niveau des ressources mobilisées par l'hôpital public** : l'hôpital et la clinique augmentent leur niveau d'effort et leur niveau d'inputs, l'impact sur les parts de marché respectives est indéterminé. Mais le patient tire bénéfice du passage à la T2A car les niveaux d'effort et d'inputs augmentent. L'impact sur les parts de marché est donc indéterminé.

– **Si la demande est peu sensible au niveau des inputs** : l'hôpital ne réagit pas

Initialement au passage à la T2A mais la clinique augmente son niveau d'inputs et le médecin augmente son niveau d'effort : le couple médecin clinique gagne des parts de marché.

Ce que l'on peut retenir de cette étude, c'est que dans tous les cas de figure, le passage

à la T2A va inciter à plus de coopération entre médecins et gestionnaires de cliniques privées.¹⁰¹

Cette coopération peut également être bénéfique à l'hôpital public dans la mesure où il ne réagira pas au passage à la T2A.

Mais pour que cette concurrence soit fructueuse et vertueuse, il faut, parvenir à une convergence des modes de tarification entre les secteurs public et privé

Cependant, l'ensemble de ces effets attendus positivement ne doit pas faire oublier l'envers de la médaille. La T2A n'est pas sans failles et des effets pervers sont à craindre.

L'approche de la tarification à l'activité est semble-t-il seulement une étape. D'autres facteurs doivent être pris en compte comme par exemple les lacunes de l'unité de facturation au sein de réseaux et filières de soins.

E.4.7 d'autres questions délicates relatives à la tarification à l'activité

Les effets positifs attendus de la mise en place de la tarification à l'activité sont nombreux mais beaucoup s'accordent à dire aussi, que cette réforme du mode de tarification ne pourra être bénéfique que si elle s'accompagne de la mise en place d'une nouvelle gouvernance à l'hôpital, pour que la réduction des coûts puisse rimer avec la qualité des soins.¹⁰²

Cependant, des difficultés sont tout de même à prévoir lors de la mise en œuvre de cette réforme.

Et des questions essentielles restent en suspens à savoir :

E.4.7.1 La modulation des tarifs nationaux

L'activité est calculée en appliquant des tarifs relatifs aux activités M.C.O. pondérés par un coefficient géographique pour les hôpitaux publics et P.S.P.H. anciennement sous

D.G.F. et des coefficients spécifiques pour les établissements privés à but lucratif.

Certaines études indiquent que ces coefficients n'ont pas été calculés sur des bases adéquates : « *ces coefficients n'ont pas été établis sur une base technique mais ont correspondu à des décisions politiques,* ». ¹⁰³

¹⁰¹ Rapport de la cour des comptes, Projet de financement de la sécurité sociale, septembre 2002

¹⁰² Dominique Carré, Robert Panico op.cité

¹⁰³ Les risques et les effets pervers de la T2A , conseil économique et social, 2005

En effet, l'application des coefficients géographiques ne doit pas masquer la situation réelle des hôpitaux. Le C.E.S. (Conseil économique et social) préconise donc un aménagement de la réforme pour que les inégalités interrégionales soient mieux prises en compte.

E.4.7.2 Le périmètre des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (M.I.G.A.C.)

Une autre question qui se pose avec acuité est relative au périmètre des missions d'intérêt général.

En effet, Les missions d'intérêt général sont appelées à bénéficier d'un financement spécifique sous forme de dotation annuelle en sus des tarifs de G.H.S. Cependant, le champ de ces M.I.G.A.C. retenu est large et ses contenus sont assez flous pour permettre de limiter les risques liés à l'application de la Tarification à l'Activité.

Ces missions comprennent l'enseignement et la recherche, la participation à des politiques de santé publique, et la prise en charge de populations spécifiques. Cependant, le C.E.S. affirme la nécessité que la fixation du champ et du montant de l'enveloppe M.I.G.A.C. ne conduise pas à dénaturer le système de la T2A. Il faudra donc évaluer le coût individualisé de chaque mission avec précision.

1. La question de l'unicité tarifaire

Le calendrier de la réforme prévoit une montée en charge progressive. Les deux échelles tarifaires (du public et du privé) devraient théoriquement converger à l'horizon 2012

Cependant, si l'utilité d'une convergence tarifaire semble ne pas poser de problèmes, celle d'une unicité de l'échelle tarifaire semble plus inquiétante du fait des différences structurelles des secteurs public et privé.

2. Les risques présentés par la T2A

Dès son application la réforme basée sur la T2A présente des effets pervers potentiels. Ces effets peuvent être analysés comme suit :

A -Le premier risque est celui de la sélection des patients. En effet, les services au-dessus du coût moyen de traitement d'une pathologie devront diminuer leurs coûts en adoptant de meilleures pratiques. Chaque établissement possède des points forts et des points faibles pour certaines pathologies, ceci conduirait logiquement à une spécialisation des hôpitaux.

De plus, dans l'hypothèse où il existe des économies d'échelle, il existe une tendance à la concentration des activités. Mais le phénomène de sélection des

patients est le risque qui inquiète plus particulièrement les professionnels de santé. Cette inquiétude est accentuée par le fait que les pays qui ont adopté un système de tarification à la pathologie ont systématiquement observé ce comportement stratégique négatif.

-B- La fixation d'un tarif par G.H.S risque de conduire les établissements de santé à délaisser les activités jugées les moins rentables, de réduire inutilement les séjours des malades et éliminer, les interventions et les actes non justifiés.

Le Conseil économique et social distingue deux types de risques de sélection des patients :

Le risque existe *a priori* : l'établissement refuse de développer des activités présumées déficitaires comme la prise en charge des personnes très âgées,

Le risque est présent *a posteriori* : dans ce cas, l'hôpital transfère le patient dans une autre structure.¹⁰⁴

On peut juste retenir que la sélection porte essentiellement sur les pathologies les plus sévères ou les patients les plus lourds à traiter.

C- Le C.E.S. pointe également le risque inflationniste.

Selon cette institution consultative, l'objectif majeur de la T2A était de permettre une répartition équitable des ressources entre les régions. Mais le risque est de voir en cas d'application brutale de la réforme, des conséquences négatives sur les hôpitaux plus riches et d'enrichir indûment d'autres établissements. Dans ce cas, le nouveau mode de financement destiné à éviter la constitution de rentes de situation en créerait de nouvelles ! En effet, lier le financement à l'activité pourrait avoir les mêmes effets que le prix de journée. On pourrait observer un gonflement artificiel de l'activité et un fractionnement des séjours.

d- Le maintien du financement de certaines activités par dotation annuelle fait également courir le risque d'une surévaluation du coût de ces activités (on pense ici principalement aux M.I.G.A.C.).

En effet la T2A risque d'orienter les hôpitaux vers les activités rentables, tout en créant une concurrence accrue entre secteurs publics et privé, voire entre établissements publics eux-mêmes. Le fait de procéder par objectifs de dépenses et non par enveloppes à ne pas dépasser, (à l'exception des M.I.G.A.C.), fait que les hôpitaux ne sont pas incités à réduire leurs dépenses. Nous pourrions même dire au contraire car le système comporte même des incitations à développer l'activité.

E- Mais il existe aussi un risque de dégradation de la qualité des soins. En effet, un établissement de santé peut chercher à segmenter les séjours. Dès lors qu'un G.H.S. est facturé à chaque séjour, l'établissement peut facturer deux

¹⁰⁴ Conseil économique et social op. Cité

G.H.S. à chaque fois qu'il est possible de scinder un séjour en deux séjours de courte durée.

F -Par ailleurs, l'objectif de réduction des coûts introduit par la T2A peut conduire les hôpitaux à diminuer la qualité des soins prodigués. Ils peuvent par exemple diminuer excessivement la durée de séjour ou encore externaliser certaines activités peu rentables vers d'autres structures.

La diminution de la qualité peut également s'illustrer par la tendance qui consiste à faire sous-traiter certaines activités. Enfin, du point de vue médical, ce risque peut se traduire par une diminution de certains examens complémentaires pourtant nécessaires.

Les hôpitaux seraient ainsi tentés de réduire les coûts des services supports comme l'imagerie médicale.

G- Enfin, l'expérience note un effet ambivalent de la réforme sur l'innovation et la prévention.

En effet, si les tarifs nationaux sont fixés à des niveaux trop bas, les établissements de santé seraient alors contraints d'écarter certaines techniques innovantes, mais le plus souvent onéreuses.

Dans ce contexte, il est remarqué que les coûts hospitaliers sont très dépendants de l'évolution du coût des progrès technologique et pharmaceutique. Il faut donc que la grille tarifaire nationale évolue au même rythme.

Dans le cas contraire, on estime que cette réforme ne sera « qu'un moyen de réguler la vitesse d'apparition de nouvelles technologies coûteuses qui, si les établissements les adoptent trop rapidement, feront exploser leurs coûts ».

On peut sans doute affirmer que la T2A porte en elle, à la fois ses risques potentiels et ses mesures de corrections

Section V L'intérêt de la médicalisation des systèmes d'information dans le cas Algérien

La croissance indéfinie des besoins en matière de santé pose ces dernières années des problèmes difficiles à résoudre.

Impulsé par les derniers facteurs conjoncturels et soutenus par l'enracinement des idées libérales, le système de santé Algérien dont le financement est assuré fondamentalement par les fonds de l'Etat et de la sécurité sociale n'est plus en mesure de suivre le rythme des besoins ressentis de la population et l'augmentation croissante des coûts.

La crise impose donc un nouveau mode de répartition des ressources basée sur une recherche d'économicité et d'efficacité.

Au jour d'Hui, il n'y a aucun doute que les choix rationnels qui s'imposent doivent concilier d'une part, l'exercice d'une médecine de qualité telle que l'exige l'éthique médicale avec les impératifs de l'économie et de rationalité d'autre part

Pour réussir un tel objectif, il est important de se référer aux derniers systèmes mis au monde dont le PMSI se distingue par une qualité informationnelle sans précédents dans la gestion des soins.

Le PMSI ou (programme de médicalisation des systèmes d'informations) se

Présente alors comme un nouvel outil qui a pour finalité d'adapter le système d'offre de soins à la demande, dans le respect des contraintes économiques surtout.

Mais le problème essentiel de la réforme est qu'il garde du P.M.S.I. une unité de tarification basée sur le séjour qui ne permet pas de rendre compte de ce parcours du patient qui peut être représenté par le concept de trajectoire patient.

Il est nouvellement introduit dans les systèmes hospitaliers dont le but est de décrire toute l'activité de soins, vu que plus de la moitié des dépenses de santé se concentrent justement dans ces structures.

Financé pour l'essentiel par la collectivité, l'hôpital doit être capable de préciser ce qu'il fait, il est comptable devant la nation de l'emploi de ses ressources qui doivent être désormais justifiées

De même, L'économique, dans le nouveau système a un but éthique majeur, qui est de répartir des ressources rares dans l'intérêt des malades et d'optimiser la dépense.

Dans ces conditions, le PMSI peut servir de référence pour le système de santé Algérien vu que les décideurs cherchent ces dernières années le moyen d'aboutir à une meilleure utilisation des ressources publiques surtout que les facteurs de dégradations de la santé se multiplient et pèsent lourdement sur les budgets de l'Etat.

A PMSI et mesure d'activité médicale à l'hôpital

A.1 le nouvel outil de mesure de production des soins

Les décisions en matière de politique de santé, l'analyse économique des procédures de soins et la gestion de l'hôpital étaient autrefois sur des mesures d'activité comme le nombre d'entrées, le nombre de journées d'hospitalisation, la durée moyenne de séjour, le taux d'occupation des lits ou le volume global des actes para cliniques pratiqués.

Pendant plus de trois décennies, ces outils n'étaient pas pleinement utilisés dans la gestion courante des hôpitaux Algériens et servaient rarement à l'Etat de construire ses différents programmes de financement.

Malgré leur importance dans les systèmes étrangers, au jour d'Hui et dans les nouveaux programmes de médicalisation des systèmes d'information ils ne sont plus révélateurs sur une production exacte des soins.

En effet, il s'est trouvé que ces paramètres ne tiennent pas compte de l'impact de la case mix de l'hôpital, c'est-à-dire d'un ensemble de caractéristiques des patients qui font intervenir la sévérité de la maladie, la difficulté du traitement et la nécessité d'interventions spécifiques.

De même, ces critères ne constituent plus un indicateur fiable de l'activité car, ils ne peuvent plus rendre des comptes sur les moyens humains et matériels utilisés durant les séjours des malades.

Cette difficulté est bien plus importante lorsque nous savons que les soins hospitaliers se caractérisent par leurs grande variabilité et diversité des cas traités.

La recherche d'indicateurs permettant de mesurer la production hospitalière se situe en amont de ces types d'analyses. Elle se propose de décrire la production de l'hôpital en tenant compte des types de malades qu'il reçoit sans faire intervenir les résultats en terme de santé (efficacité et utilité des procédures) pour les patients.

A. 2 Introduction du système d'information

Dans tous les hôpitaux la mesure de l'activité médicale pose des problèmes difficiles. Il existe un malaise dont une des principales causes tient à l'insuffisance de dialogue au sein de l'institution

Les indicateurs anciens de l'activité sont purement administratifs (entrées, journées, cotation des actes...) ne tiennent pas compte des malades pris en charge. Les données médicales existent, mais restent généralement confinées dans les dossiers des malades en langage médical non standardisé, où aucune exploitation synthétique ne peut en être faite.

En l'absence de données médicales dans le système d'information, il n'existe aucun moyen sérieux d'identifier les soins que "produit" un hôpital, un service ou un médecin.

L'hôpital soigne des malades, les informations utiles doivent intégrer cette dimension essentielle : la maladie, les soins et les malades.

La maîtrise des coûts sanitaires suppose une bonne connaissance de leur processus de formation lié aux problèmes médicaux à prendre en charge. Elle implique donc la connaissance la plus exacte possible des besoins et du système de production de soins.

Il s'agit donc d'apprécier la formation des coûts en les rapportant à la pathologie, c'est-à-dire, étudier et modéliser les processus de soins dans lequel interagissent de manière complexe le malade, la pathologie qu'il présente, les pratiques médicales et l'utilisation des ressources des hôpitaux qui peuvent être très différentes d'une structure à l'autre.

Cette analyse est fondée sur le recueil systématique et le traitement automatisé d'une information médico administrative minimale et standardisée, contenue dans ce qui appelé : GHM ou groupe homogène de malades.

Ce système s'est inspiré initialement des travaux du Professeur Fetter qui ont conduit au Diagnosis Related Groups (DRG) utilisé aux Etats unis et dans certains pays européens

A. 3 Catégorisation des malades

Le PMSI a pour vocation d'introduire une dimension médicale à l'information collectée sur l'activité hospitalière. Il s'agit notamment de classer les séjours hospitaliers par grands types de prestations qui sont les groupes homogènes de malades (GHM), à partir de Résumés de sortie standardisés (RSS).

La classification des GHM regroupe les séjours de malades présentant une similitude médicale (pathologie, diagnostics, actes ...) et un coût voisin

Ce système propose donc d'améliorer la gestion des établissements et des

personnels concourant à l'offre de soins, dans leurs différentes dimensions : administrative, économique, financière et de gestion des ressources humaines

Désormais La finalité économique du PMSI réside dans le financement d'un établissement de santé, quel que soit son statut juridique en fonction des prestations sanitaires qu'il produit, c'est-à-dire du nombre des pathologies traitées.

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), expérimenté depuis 1983 en France, constitue une étape essentielle pour le recueil et la mise en commun des informations.

Il permet la production par les hôpitaux d'informations relatives à leurs activités afin d'améliorer le fonctionnement interne, les évaluations d'activités et les prévisions pluriannuelles.

C'est un nouveau support pour nourrir un dialogue constructif entre les hôpitaux, la tutelle et l'ensemble des partenaires du système hospitalier.

Même si les modalités de mise en oeuvre de ce principe peuvent varier, la mesure des activités selon une classification commune autorise les comparaisons entre établissements et secteurs privé et public.

La mise en place d'un tel système d'information aux règles simples et admises par tous, offre la possibilité à partir d'objectifs déterminés et de moyens alloués, de suivre les réalisations, d'analyser les écarts constatés et de tendre vers la meilleure adéquation des moyens aux missions.

Autour de données communes, chaque acteur du système hospitalier peut disposer des informations utiles à ses pratiques professionnelles.

Ce qui incitera les établissements à mieux connaître et contrôler leurs coûts pour aboutir à une meilleure allocation des ressources.

B. Introduction d'un nouveau mécanisme de financement et de budgétisation

Il faut expliquer au départ que la budgétisation est un mode de financement applicable aux établissements hospitaliers et se définit comme un ensemble de procédures qui visent à fixer le niveau de revenus et de dépenses que devra respecter chacun des établissements durant un exercice financier donné.

Cette budgétisation se situe de plus à l'intérieur d'un processus plus global qui débute, pour chacun des ministères, par la détermination de leurs budgets en fonction des critères et des priorités de la politique budgétaire et fiscale du gouvernement.

C'est à cette première étape qu'est déterminée l'enveloppe financière dont disposera le ministère de la santé pour le fonctionnement de tout le secteur.

Tous les établissements ou structures sanitaires relevant du secteur de la santé doivent obligatoirement respecter les limites des dépenses qui sont préalablement fixées par l'Assemblée nationale au moment de l'adoption du budget ministériel ; Ces limites doivent évidemment être conformes à la mission qui leur est confiée.

La répartition de l'enveloppe budgétaire des établissements se fait chaque année en deux étapes. La première étape consiste à déterminer les ressources nécessaires au fonctionnement des activités de base récurrentes d'une année à l'autre.

Le Ministère utilise alors la méthode de reconduction des budgets, indexés s'il y a lieu pour tenir compte du coût des ajustements salariaux et de la hausse prévue des prix des autres dépenses.

La deuxième étape porte sur l'allocation des crédits de développement, à laquelle s'ajoute selon les années, des mesures de correction à la baisse ou à la hausse des bases budgétaires

Cette pratique handicape le Ministère lorsqu'il procède à des arbitrages dans le cadre de la politique budgétaire gouvernementale, puisque les conséquences des choix sur les services de santé et des services sociaux ne sont pas explicitement prises en compte dans le processus de décision.

En fait, les ressources véritablement engagées pour chacun des programmes ne sont connues qu'*a posteriori*, soit après la publication des rapports financiers des établissements.

Par exemple, au moment où le budget pour l'année 2001-2002 a été préparé, l'information la plus récente sur les programmes concernerait l'année 1998-1999, ce qui constitue un écart d'information assez important et écarte toute possibilité de connaître avec précision les ressources véritablement consommées durant un période donné.

Il paraît donc difficile, dans un tel contexte, de maintenir le processus de la budgétisation tel qu'il est appliqué maintenant en Algérie ; car, dans le cadre de la transition du pays vers l'économie de marché qui s'est soldé une nécessité absolue d'introduire la notion d'efficacité dans la répartition des ressources de la communauté, faisant le lien entre la consommation et la production des services de soins.

L'implantation d'un nouveau mode de budgétisation qui tiendra compte du volume et de la lourdeur des soins, permettra de véhiculer une information qui aidera à apprécier les conséquences des options de financement envisagées au moment de la détermination du budget du Ministère ; ce qui permettra d'améliorer la performance relative des établissements et maintenir un contrôle adéquat des budgets alloués.

B.1 Clarification des fonctions de l'hôpital

L'hôpital a depuis très longtemps été défini comme un lieu de soins, d'urgence, d'enseignements et de recherches.

L'ensemble de ces fonctions lui a dévolu la place de la structure de soins la plus lourde dans les différents systèmes de santé.

Épargné d'une quelconque recherche d'économicité et de rentabilité depuis plus de trois décennies, l'hôpital Algérien doit obligatoirement au jour d'aujourd'hui se familiariser avec les nouveaux changements.

Cette familiarité doit nécessairement aboutir à l'introduction de nouveaux mécanismes qui montrent exactement ce qu'il produit.

La constitution de GHM ou de catégorisation de malades en est une étape nécessaire pour faire ressortir ce qui est appelé le case-mix ; c'est à dire l'éventail des cas pathologiques traité en milieu hospitalier.

Aussi, cette méthode mettra en lumière les décideurs sur l'intensité des ressources consommées par type de pathologies et mettra toute la lumière sur le savoir faire des praticiens mis en œuvre dans les différents traitements médicaux.

A travers ce nouveau système, l'hôpital Algérien pourra restituer sa principale vocation de soins lourds en déléguant d'autres types de soins (ambulatoire surtout) à d'autres structures moins spécialisées ; d'où l'importance du retour au respect du principe de la hiérarchisation des soins autrefois préconisés dans la cadre de la carte sanitaire .

B.2 Dissocier la fonction des soins lourds des actions de prévention :

La prévention est un ensemble d'actions définies par les textes de chaque pays pour mettre à l'abri les individus contre la prévalence de certaines maladies à caractère viral ou parasitaires.

La prévention qui se limitait autrefois à la vaccination obligatoire contre certaines maladies, l'imposition de certaines règles d'hygiène ou de comportements, s'étend dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'informations à d'autres mesures qui touchent des pathologies qui présentent un coût élevé en milieu hospitalier.

En effet, la connaissance des coûts de traitement oriente les décideurs vers la recherche des moyens de maîtrise des dépenses, en imposant périodiquement des règles de préventions tel que des examens radiologiques, biologiques ou scanners.

Ces examens sont dans beaucoup de système gratuit pour ne pas poser de contraintes financières aux individus à faibles revenus.

Ces mesures se soldent généralement par des économies financières qui sont dans la plupart du temps réinvesties dans d'autres actions : recherche et développement.

Par ailleurs, il faut inclure dans le domaine, les autres programmes qui ont des liens étroits avec la même mission de prévention tel que la sécurité sanitaire, le logement, l'éducation...etc.

B.3 Imposer la constitution du dossier médical

Pour arriver à introduire un système d'information à l'hôpital, il faut imposer la constitution du dossier médical.

Ce dernier est à la base de toute la production des soins et de la gestion des établissements.

En effet, sur le plan médical, l'ensemble des informations relatives au traitement et aux soins qui sont délivrés au malade sont contenues dans ce dossier qui sert en cas de nécessité dans le suivi médical du malade.

Aussi, ce dossier demeure très important pour juger l'évolution de son état de santé, ses antécédents et aux différents risques auxquelles il peut faire face à l'avenir.

Ces informations influent non seulement sur les coûts des prises en charge mais aussi sur la qualité des soins, puisqu'elles écourtent dans la plupart du temps le processus de la prise de décision. De même, Un dossier informatisé et anonyme du malade lorsqu'il est établi dans le cadre du P M S I permet d'étudier le rapport qualité - prix des services dans le cadre d'une évaluation nationale des coûts par exemple.

Ainsi, le regroupement des données informatiques, par pathologie identique et d'un coût par pathologie serait le meilleur système d'information sur la production des soins en milieu hospitalier.

De ce fait, le nouveau mode de budgétisation doit proposer des mesures qui tiennent compte d'une part, du volume et de la lourdeur des soins et d'autre part, de la performance relative des établissements hospitaliers, dans un contexte d'équité interrégionale au regard de la consommation des services par les populations.

Un tel mode de budgétisation fait idéalement appel à des systèmes d'information qui codifient les diagnostics, qui analysent les coûts des épisodes de soins par catégorie de malades et qui enregistrent la consommation de services selon l'origine et les caractéristiques des patients

B4 Rétablir de nouveaux liens entre l'Etat et la sécurité sociale

Entre 1985 et 1995, et suite au choc conjoncturel, le gouvernement a essayé de régulariser la demande de soins en agissant sur plusieurs facteurs : modifier les modalités de remboursement des médicaments, augmenter le niveau du ticket modérateur et du forfait hospitalier et tant d'autres mesures qui agissent simultanément sur l'offre et la demande des soins.

Cela n'a pas empêché la détérioration croissante de la situation financière du système et surtout celui du régime public d'assurance maladie qui a accumulé durant la première moitié des années 1990 un déficit énorme justifié par un accroissement spectaculaire du forfait hospitalier.

Ce résultat bien qu'il est partiel, montre que l'ensemble des mesures de stabilisation qui avait été implantées depuis vingt ans n'avait pas réussi à corriger de façon importante l'évolution incontrôlée des dépenses du système de santé.

Au jour d'Hui la plus grande partie des actions menées au titre du programme sont financées par les ressources de l'assurance maladie, le budget de l'Etat n'intervient que pour moins de 23 % du total des dépenses effectuées.

L'accroissement des dépenses hospitalières et le maintien de la plus grande part de financement au dos de la sécurité sociale mérite que des groupements d'intérêt rassemblant l'Etat et des organismes d'assurance maladie soient fixés de façon à définir et mettre en oeuvre une nouvelle politique d'offre de soins hospitaliers qui sera basée sur la connaissance des coûts par groupe homogène de malades.

Cette dernière aura un double objectif :

D'abord, l'organisme de sécurité sociale pourra définir sa participation au financement des soins sur une base médico économique plus claire ; c'est à dire sur la base des coûts de soins réellement produit dans les hôpitaux.

Ensuite, si l'Etat décide d'introduire un quelconque système de facturation ou de tarification, cette opération sera plus facile et plus juste vu que l'ensemble des autres modes de facturations ont montré jusqu'à présent leurs limites.

B5 Veiller à la bonne gouvernance et à l'efficacité des établissements de santé

Le programme de médicalisation des systèmes d'information aide les responsables à mettre en place un mode de financement fondé sur des mécanismes visant à autonomiser les établissements et responsabiliser les gestionnaires.

Le PMSI sert à développer des méthodes d'évaluation financière, avec la mise en place et l'utilisation de bases de données sur la situation financière des établissements et les comparaisons inter établissements

Dans ces conditions il serait possible d'agréer des conventions collectives entre les différents établissements publics hospitaliers, ce qui aidera le décideur à développer un ensemble de techniques favorables à une amélioration de l'évaluation de la qualité de l'offre de soins .

L'objectif final serait de permettre à toute personne le nécessitant un accès en permanence, à une prise en charge sûre et adaptée et de qualité, de la part des acteurs de santé.

Ce qui implique que la détermination du niveau de l'offre de soins doit répondre à deux impératifs :

D'une part, faire que son niveau général corresponde aux besoins de la population et respecte l'objectif de dépense défini par L'Etat

D'autre part faire que soit assurée une répartition territorialement équitable de l'offre de soins, pour améliorer la complémentarité entre les différents acteurs de soins.

C. Les bases de la nouvelle budgétisation

Le nouveau mode de budgétisation est basé sur une connaissance plus juste de la production des soins en milieu hospitalier en tenant compte du volume de la production et des coûts des soins.

C.1 Le calcul des coûts en milieu hospitalier

Si tous les centres hospitaliers offraient des soins destinés à des groupes d'usagers identiques, si l'ensemble de leurs activités étaient les mêmes, avaient tous le même nombre de lits, le même taux d'occupation et étaient tous situés l'un à côté de l'autre, on pourrait normalement s'attendre à ce que le coût moyen par cas soit presque identique pour tous les centres.

Devant une telle hypothèse, on pourrait calculer les budgets en multipliant simplement le nombre de cas attendus dans l'année par le coût moyen prévu.

En réalité, toutes les analyses, montrent que les coûts moyens par cas varient de façon significative d'un établissement à l'autre et l'on attribue généralement cette variation à plusieurs facteurs liés aux caractéristiques des usagers ou aux particularités des activités hospitalières.

Dans le cadre du PMSI, Les grands facteurs décisifs de cette variation se rapportent surtout à la lourdeur relative de l'ensemble des cas traités en milieu hospitalier.

La durée de séjour qui affecte les coûts par une plus grande utilisation des services de diagnostics et de soutien ; la situation géographique de

l'hôpital , la dispersion de la population qu'il doit servir et enfin la taille du centre hospitalier n'affectent que faiblement les coûts hospitalier .

Afin de mesurer précisément ces interrelations et obtenir un coût par cas reflétant les facteurs les plus explicatifs pour l'ensemble des centres hospitaliers, Les systèmes d'information actuels offrent une mesure du volume et de la lourdeur des soins donnés aux patients dans les établissements hospitaliers.

Pour cela, deux types d'informations sont nécessaire ; d'une part la codification des patients et des diagnostics, d'autre part, une estimation du coût standard moyen par épisode de soins correspondant à chaque catégorie de diagnostic.

En multipliant le nombre de diagnostics par les indices de coûts moyens, on obtient une estimation du volume pondéré de soins qui est comparable d'un établissement à l'autre.

C.2 La connaissance des coûts par hôpital et par GHM

La clé de la budgétisation est de pouvoir comparer les coûts et le volume des cas hospitaliers d'un établissement à un autre afin d'établir des normes de financement par catégorie de soins.

L'approche normative exige toutefois que les cas soient classés de façon uniforme et qu'il y ait un système de pondération tenant compte de la gravité des diagnostics.

Ce système de pondération est basé sur les coûts moyens par période de traitement ou par classe de diagnostic.

Le nouveau mode de budgétisation permet de ressortir des éléments importants pour la gestion des différents établissements de soins et une base précise pour leur budgétisation.

Ce système fait ressortir un mode de classification uniforme des diagnostics et une estimation normalisée des coûts représentatifs des périodes de soins.

Il permet une comparaison par catégorie de soins, des coûts réels de chaque établissement avec les coûts moyens normalisés de l'ensemble.

Il donne une explication des écarts de coûts par l'analyse de l'effet des dépenses additionnelles causées par les facteurs qui ont une influence sur les coûts de production, comme la lourdeur, l'enseignement, la recherche, l'âge des patients ou l'éloignement

Il fourni pour chaque établissement une estimation d'un budget prévisionnel basé sur les volumes projetés et les coûts réguliers estimés par catégorie de soins et un budget standard ajusté basé sur les volumes projetés et les coûts standards ajustés par catégorie de soins.

De ce fait, les enveloppes régionales de ressources sont réparties au prorata des budgets standard calculés pour chaque établissement

La procédure de calcul pour chaque grande catégorie de soins permet donc de déterminer pour la prochaine année budgétaire un budget standard et un budget régulier.

La comparaison des budgets (standards et réguliers) pour l'ensemble des catégories permet de savoir si un établissement est performant ou non.

Il est important de souligner de nouveau que la mesure de la performance qui découle du mode de budgétisation proposé est de nature strictement financière. Les autres aspects de la performance, comme la qualité et la pertinence des soins, sont importantes dans l'évaluation d'un centre hospitalier, mais pour les appréhender, il faut utiliser d'autres formes d'analyse basées en partie sur des méthodes objectives d'évaluation clinique.

La mise en application du nouveau mode de budgétisation s'est faite en France de manière graduelle pour faciliter les réallocations budgétaires entre les régions et entre les établissements.

Lorsque le nouveau mode de budgétisation est mis en application de façon intégrale, la répartition de l'enveloppe budgétaire régionale entre les établissements respectera la règle de l'équivalence des ressources, c'est-à-dire que les établissements disposeront de ressources financières comparables pour une production de services comparable

C.3 L'indice synthétique d'activité (L'I.S.A) et comparaison des hôpitaux

Le gestionnaire découvre le plus souvent, que, même si tous les malades sont égaux en droits, les coûts par séjour et par pathologie sont profondément différents et l'offre de soins est inégalement répartie en volume et en qualité d'un hôpital à un autre, d'un service à un autre. Les médecins connaissent mal les coûts ; les gestionnaires connaissent mal l'activité. Les premiers ont besoin des seconds pour savoir à quels niveaux d'utilisation des ressources ils travaillent ; les seconds ont besoin des premiers pour mieux percevoir les enjeux, les difficultés, les évolutions des pratiques cliniques et soignantes face aux

Nouveaux défis médicaux et technologiques.

La lourdeur d'un cas d'hospitalisation est définie par référence aux coûts du traitement ; Ainsi si une classe GHM de soins coûte deux fois plus en moyenne qu'une autre classe, on dira que la première est deux fois plus lourde que la seconde.

De façon plus précise, la lourdeur des cas d'hospitalisation est déterminée par l'application d'un indice de coûts à chaque groupe et ce, pour l'ensemble des cas typiques, à savoir les cas jugés complet

Ces cas normalisés permettent de comparer la lourdeur relative des patients d'un établissement à l'autre.

L'importance du système, s'est qu'il peut servir d'outil national de mesure synthétique des activités médicales hospitalières publiques et privées et de mesure des coûts des épisodes de soins.

L'analyse de la distribution des durées de séjour peut être réalisée pour tous les GHM. Elle permet la mise en évidence de sous-groupes à durées de séjour très différentes à l'intérieur d'un GHM et la recherche de raisons médicales (ou organisationnelles) expliquant les écarts constatés.

De façon plus globale, l'analyse des GHM doit permettre de comparer l'activité des différents d'hôpitaux compte tenu du case mix de chacun .

En effet, la méthode à la base du nouveau mode de budgétisation est une démarche normative qui consiste à comparer les coûts réels de chaque établissement avec les coûts moyens de l'ensemble des établissements et essayer d'expliquer la cause des écarts observés en analysant l'impact des dépenses découlant de facteurs sur lesquels les établissements n'ont pas de contrôle, tels que le volume et la lourdeur des soins. l'impact de dépenses additionnelles pour les établissements qui ont une mission d'enseignement et de recherche ou l'effet de l'éloignement sur les coûts des centres hospitaliers situés loin des grands centres urbains. Il s'agit, en définitive, de tenir compte de tout facteur dont l'analyse révélerait une influence sur la production des services.

L'écart résiduel qui ne peut pas être expliqué est finalement considéré comme une mesure de sous performance ou de sur performance

Avec l'apparition des nouvelles technologies, il devient possible de traiter un volume important d'information et de plus en plus détaillée sur les coûts qui peuvent être mis en relation avec les systèmes d'information sur les services reçus par les patients ou fournis par les médecins. L'ensemble de ces paramètres est contenu dans la base du processus décisionnels des hôpitaux.

C.4 La gestion financière des établissements

L'évaluation du mode de budgétisation dans le cadre du PMSI doit désormais tenir compte de l'évolution du volume et de la lourdeur des soins hospitaliers.

Cette évaluation est faite dans une perspective de meilleure gestion des ressources financières, tout en maintenant la qualité des soins et des services.

Dans la réalité du fonctionnement d'un centre hospitalier, la recherche de l'efficacité économique ne peut se faire indépendamment de la gestion des activités cliniques, puisque c'est la décision clinique qui conditionne directement la nature des soins et l'utilisation des ressources.

En développant les systèmes d'information sur les diagnostics et les actes thérapeutiques, en relation avec les coûts, il devient possible de faire l'analyse non seulement des résultats financiers mais aussi des résultats cliniques eux-mêmes.

En fait, avec l'introduction du nouveau mode de budgétisation basé sur les principes du PMSI, l'analyse de la performance clinique va devenir inévitable car elle peut faire la différence entre un établissement qui est financièrement performant et celui qui l'est moins.

L'établissement qui est performant est alors avantagé car il peut bénéficier, pour ses propres fins, de tout gain d'efficacité qu'il fait par rapport aux autres établissements.

L'objectif de l'analyse de la performance clinique est d'évaluer si la décision médicale relative à un diagnostic et à un traitement a été la meilleure ou la plus pertinente.

Le PMSI devient un nouvel **outil d'allocation budgétaire**.

Car, l'activité de prise en charge des malades de tous les établissements de santé est déclarée puis mesurée par un tarif national dit (**ISA = indice synthétique d'activité**), ce dernier est appliqué à chacune des prestations déclarées et la somme de ces tarifs permet aux organismes de financement d'hospitalisation de moduler le financement de tel ou tel établissement hospitalier en fonction de l'activité qui dépend elle-même des cas traités.

C'est un principe d'ajustement du financement à l'activité réellement constatée. Le PMSI constitue de ce fait un outil de réduction des inégalités de ressources entre établissements de santé, entre départements et entre régions.

La base de données médicalisée peut servir de support à la **mise en place de tableaux de bord stratégiques** lesquels constituent un outil d'aide à la décision des différents acteurs de financement. De plus, la base de données P.M.S.I. peut être complétée par l'adjonction d'informations utiles aux praticiens et aux gestionnaires.

Ainsi, la connaissance des types de pathologies adressées par le médecin correspondant permet d'identifier plus précisément les services ou spécialités de renommée régionale.

C.5 Répartition territoriale (régionale) des soins

Dans la gestion du secteur public, il faut toujours rappeler que l'équité est un enjeu important et incontournable. Cet enjeu touche à la fois le financement et la prestation des services.

Comme le système de santé Algérien est un système public et universel, il doit à ce titre garantir à toute la population l'accès aux soins.

Cette obligation doit constituer un objectif de base pour le nouveau processus de budgétisation et d'allocation des ressources.

La loi sur les services de santé et les services sociaux spécifie à cet égard que le Ministère doit répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières entre les régions en tenant compte des caractéristiques de leur population.

Jusqu'à présent, la détermination des enveloppes budgétaires régionales a été faite de façon globale selon une logique historique d'offre de services de la part des établissements de chaque région.

De même la loi ne spécifie pas les modalités de répartitions des ressources entre les établissements, mais dans la perspective du fonctionnement global du système, il y a évidemment un lien entre la budgétisation des régions et celle des centres hospitaliers du point de vue de l'équité dans la consommation des services.

A travers le nouveau mode de répartition, il serait possible de garantir une meilleure accessibilité au différent soins et qu'ils peuvent être comparable sur le plan national quel que soit le lieu de résidence des usagers.

D Développer les modes de prise en charge des malades

D1 Outil de coopération entre établissements de santé et professionnels

Le PMSI, avec les informations qu'il contient peut favoriser le développement de la contractualisation entre les différents acteurs du système de soins,

Pour mettre en place des articulations entre le sanitaire, le médico-social, le social. L'objectif serait une prise en charge globale et continue des personnes sur tout le territoire et servira à mieux connaître et étudier l'accès des différentes catégories de populations au système de soins

Il doit permettre d'obtenir des indicateurs plus réalistes de mesure de l'activité hospitalière ; Car, il a pour mission de créer un meilleur échange entre les partenaires hospitaliers : médecins, soignants, administratifs.

C'est un outil parmi d'autres pour, favoriser le dialogue à partir de règles connues et acceptées en responsabilisant tous les acteurs, et en assurant une plus grande transparence entre eux.

Ceci devrait aider les décideurs à mettre en Oeuvre les conditions d'une véritable politique contractuelle sur la base de programmes médicaux négociés accompagnés d'un suivi permanent

D2 développer les alternatives d'hospitalisations :

Maîtriser les dépenses signifie aussi de trouver des méthodes alternatives à l'hospitalisation.

En effet, beaucoup de pays et dans le but de rationaliser les dépenses hospitalières, ont développé ces dernières années des systèmes basés sur la maîtrise des coûts hôteliers, d'alimentation et d'entretien par la délégation de ces fonctions à des organismes spécialisés.

Il est né ainsi une forme de sous-traitance des services basée sur des cahiers de charge fixés par l'établissement hospitalier.(1)

Dans le même objectif, et dans le domaine médical surtout, il a été constaté que certains soins pouvaient être prodigués aux malades sans qu'ils soient nécessairement hospitalisés, un simple contrôle accompagné d'une assistance à distance est suffisant.

Cette méthode sert à améliorer la prise en charge des patients à l'extérieur de l'hôpital, c'est-à-dire, au domicile du malade.

Considéré comme un facteur d'économie pour les assurances et un moyen de réduction des durées de séjour ; cette alternative a donné des résultats très appréciables sur le plan médical et social, mais reste très dépendante d'un service de suivi médical très pointu.

En obtenant une information suffisante sur les modalités des soins en milieu hospitalier, l'Algérie peut développer ce mécanisme « d'hospitalisation à domicile » surtout que les coûts de d'alimentation, de blanchisserie et d'alimentation présentent une part non négligeable de l'ensemble des coûts hospitaliers.

Ce système devrait obligatoirement un mécanisme de contrôle et de suivi médical pour l'ensemble des hospitalisés à domicile : médecin de garde, imagerie médicale, soins spécialisés.....etc.

D3 Faire du secteur privé un complément de la distribution des soins

Le secteur privé en Algérie occupe de nos jours une place très importante dans le financement et la distribution des soins.

Il regroupe beaucoup de cliniques de soins et s'achemine ces dernières années vers des soins spécialisés très lourds.

Comme pour le secteur public, le privé en Algérie ne dévoile aucune information sur ses activités, la nature des soins qu'il dispense aux malades ni encore moins la qualité de ses services.

Pire encore, les prix pratiqués dans ce secteur n'obéissent à aucune législation ni principes comptable auxquels doivent se référer les gestionnaires.

Dans ces conditions, le PMSI reste le meilleur outil qui pourra coordonner le fonctionnement des deux secteurs soit en terme de spécialisation ou de complémentarité.

L'introduction du PMSI dans le système Algérien aidera les établissements de santé, publics ou privés, à procéder à l'analyse de leur activité en mettant en oeuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies, des modes de prise en charge et d'évaluation des coûts afin de favoriser l'optimisation de l'offre de soins.

Un tel indicateur permet aussi de mieux piloter le dispositif de soins, et en particulier une meilleure allocation des moyens matériels, humains et des ressources financières, notamment celles relevant du budget de l'Etat.

Dans ces conditions, il n'est pas loin de trouver un compromis sur les tarifs de soins dans les deux secteurs et cela bien que les deux catégories d'établissements soient financées de façon différente

L'expérience de la T2A en France a clairement démontré qu'il est possible de rassembler les deux secteurs public et privé autour des mêmes tarifs dans un respect total d'équité pour les malades et de transparence de gestion pour toutes les structures de soins.

E - Régulation des facteurs d'offre et de la demande

Le bon fonctionnement du système repose avant tout sur sa capacité d'utiliser un ensemble approprié de moyens curatifs pour pouvoir traiter efficacement les personnes, et ce à partir des soins de première ligne jusqu'aux services ultra spécialisés.

C'est donc dans le périmètre de services hospitaliers que l'on trouve la plus grande partie des moyens curatifs destinés à fournir les soins de santé de courte durée.

L'hôpital joue ainsi un rôle névralgique dans le fonctionnement du système, ce qui explique notamment que la première mesure prévue par notre régime public d'assurance santé, il y a quarante ans, ait été l'assurance d'hospitalisation à tous les citoyens.

Cela a été fait au prix d'une grande réforme appelé « gratuité des soins ».

Le centre hospitalier a toutefois beaucoup évolué depuis ce temps à la fois sous la pression du développement technologique et de la transformation des besoins de la population découlant d'une nouvelle conjoncture sur le plan épidémiologique économique et sociale.

Cette évolution s'est même accélérée au cours de la dernière décennie en plaçant le système de santé devant l'urgence de réformer les modalités de financement et le fonctionnement de l'ensemble du système socio sanitaire.

De nos jours, la croissance des coûts des systèmes publics de santé mène les gouvernements à chercher de nouveaux moyens de gérer la demande et l'offre de soins, tout en préservant les avantages de leurs systèmes du point de vue de l'accessibilité et de la qualité des soins. Du côté de l'offre, l'objectif poursuivi est d'améliorer la performance des producteurs de services en adoptant notamment des formes de paiement qui incitent à l'efficacité et à l'efficacé.

Comme les hôpitaux sont responsables de la part la plus importante des dépenses de santé, la question de leur financement est donc inévitablement l'un des éléments stratégiques des politiques de réforme .

Garantir l'accessibilité de l'offre c'est, d'une part, assurer que le niveau de l'offre de soins soit adéquat aux besoins de la population, d'autre part, que les usagers auront accès au système dans des conditions satisfaisantes et des délais raisonnables quelle que soit leur position sur le territoire national.

Pour valider la pertinence d'un quelconque programme défini par l'Etat ou autre organisme de financement, il 'est toutefois possible de se référer aux données épidémiologiques générales relatives à l'état de santé de la population car le système d'information tel qu'il est conçu permet une lecture presque détaillée sur la situation.

Ces nouveaux systèmes peuvent servir de meilleurs outils de gestion.

E.1 Le développement des systèmes d'information sur les patients et les coûts

Le PMSI tel qu'il est mis en place dans les pays d'Europe a permis de mettre la lumière sur la nature des pathologies prises en charge dans le milieu hospitalier.

Ce grand avantage a non seulement levé le voile sur l'épidémiologie et l'état de santé de la population mais a orienté les décideurs sur le développement des sources de financements adéquats pour répondre quantitativement et qualitativement à toute la demande.

Le case mix est donc le nouvel outil de gestion et d'aide à la prise de décision.

La capacité des systèmes d'informations actuels doit répondre aux exigences d'un nouveau mode de budgétisation basé sur le volume et la lourdeur des soins et qui vise à mesurer la performance financière des établissements. À cela s'ajoute, la nécessité de réviser également le processus d'allocation des ressources pour qu'il y ait une cohérence entre les niveaux décisionnels.

Si l'on prend un GHM particulier, auquel est associé dans la base un échantillon de taille suffisante, on dispose non seulement du coût moyen complet, mais également de la décomposition de ce coût en composantes (personnel médical, infirmerie, consommables, actes médico techniques, restauration, blanchisserie...). Ces dernières informations qui sont les plus intéressantes en matière d'études médico-économiques. Elles permettent en effet de distinguer les postes fixes des postes variables.

Quant on analyse les effets d'un nouveau protocole de soins ou d'une nouvelle thérapeutique, on peut analyser, à court terme les différentes variations.

E 2 Le volume et lourdeur des cas ambulatoires

Comparativement au système qui fournit des données sur les patients hospitalisés, il n'y a pas de source d'information permettant de connaître les caractéristiques de tous les patients ambulatoires. Actuellement, les établissements hospitaliers rendent principalement compte de leurs activités ambulatoires au niveau de leurs rapports financiers et statistiques.

On y trouve des données sur les volumes totaux de visites à l'urgence ou dans certaines cliniques externes, mais cette information n'est pas complète car pour certains centres d'activités ou on ne comptabilise pas le volume des visites pour lesquelles les praticiens consacrent un temps important.

De plus, on n'enregistre aucune information sur la nature médicale des problèmes des patients, si bien qu'on ne peut les classer en groupes homogènes et y rattacher des coûts comme on le fait à partir du système pour les patients hospitalisés.

Pour essayer d'avoir une base de données homogènes sur l'ensemble des secteurs traitant les patients ambulatoires, l'urgence, la médecine de jour, les diverses cliniques externes, la seule autre façon d'obtenir des données est d'utiliser les fichiers de rémunération

Les fichiers de la rémunération médicale à l'acte renferment en effet un volume important de données unitaires pouvant aider à porter un jugement sur l'état de santé des patients ambulatoires. Les renseignements colligés portent sur les diagnostics posés pour chacun des patients vus à l'urgence ou en consultation externe et indiquent toutes les interventions qui ont été pratiquées sur eux.

E3 Adapter la formation médicale à l'épidémiologie

La médicalisation des systèmes d'informations fera ressortir du milieu hospitalier les principales caractéristiques de l'épidémiologie du pays.

Dans ces conditions, il s'agit d'optimiser la formation, aussi bien initiale que continue des personnels de santé, encadrer leurs conditions d'exercice en liaison, avec la nature des besoins de santé de la population et veiller surtout à la répartition harmonieuse des praticiens tant en termes de compétences que sur le plan géographique.

Le PMSI, peut dans le cas échéant en liaison avec le ministère chargé de l'enseignement supérieur, d'adapter le contenu et les modalités de la formation initiale de l'ensemble des professions de santé à la nature des besoins médicaux¹⁰⁵.

Dans ces conditions il serait possible d'anticiper les évolutions des professions en termes de métiers et de compétences.

Ce mécanisme peut aider les décideurs à anticiper et aider à la diffusion des innovations diagnostiques et thérapeutiques et favoriser le progrès médical par l'introduction de nouvelles pratiques et techniques de soins.

E4 L'introduction des nouvelles technologies et des nouveaux traitements.

Les moyens technologiques mis en oeuvre, la sophistication des interventions et les ressources humaines spécialisées nécessaires à son fonctionnement font aujourd'hui de l'hôpital l'une des entreprises modernes les plus complexes à gérer.

L'émergence de nouvelles maladies, la modification du schéma pathologique caractérisé par un recul des maladies transmissibles, la pression des attentes de la population et la rareté plus manifeste des ressources financières, ont rendu toute tentative d'équilibre d'offre et de la demande très difficile, surtout que le volume et la lourdeur des cas augmentent sensiblement et continuellement.

L'accès aux soins spécialisés et de qualité pose pour l'Etat la problématique de l'évaluation des nouvelles technologies et leurs impacts sur les coûts de soins.

Dans le cadre du PMSI l'Etat peut trouver un support d'analyse et d'évaluation dans les GHM et les coûts relatifs à chaque catégorie.

Patrice de Goulet et Marius Fieschi « traitement de l'information médicale : méthodes et applications hospitalières

Les GHM produit par chaque hôpital donnera non seulement une idée sur les pathologies traités en milieu hospitalier mais aussi sur la nature et les moyens techniques utilisés dans les différents traitements.

Comparativement aux changements démographiques qui se traduisent par une hausse de la demande de services, l'évolution des technologies et des traitements a un impact important sur l'offre des soins de santé.

Cet impact est difficile à estimer, précisément car il n'y a pas d'indicateurs pouvant mesurer l'apport des nouvelles technologies ou l'influence des changements de pratique sur la demande des soins.

Les nouvelles technologies sont de nature à accroître indirectement le volume et la lourdeur des soins, en permettant de faire de plus en plus de diagnostics et d'interventions thérapeutiques à des âges avancés.

D'autre part, elles peuvent accroître l'efficacité du système de santé en diminuant le coût des soins spécialisés ou ultra spécialisés.

Globalement, il semble que l'effet net du facteur technologique à moyen terme est d'accroître le volume et la lourdeur des soins mais cet effet sera automatiquement pris en considération par le nombre de cas pondérés dans le nouveau modèle de budgétisation et d'allocation interrégionale des ressources.

Il faut aussi souligner que la difficulté de composer avec le facteur « changement technologique » des soins hospitaliers est plutôt à court terme, au cours d'un même exercice financier, lorsque de nouveaux produits comme les médicaments arrivent sur le marché à des coûts extrêmement élevés.

Ce sont surtout les centres hospitaliers de soins spécialisés et ultra spécialisés qui sont susceptibles d'être confrontés à des choix difficiles puisqu'ils sont les premiers à faire face à la pression d'introduire ces nouveaux produits très efficaces, mais dont l'utilisation n'était pas prévue au moment de la préparation du budget de l'établissement.

Comme l'arrivée de nouveaux médicaments est un phénomène récurrent d'année en année, le PMSI doit faire l'objet d'une prévision de la part des gestionnaires des centres hospitaliers pour donner lieu à la constitution d'une réserve annuelle pour combler l'accroissement budgétaire consenti pour l'augmentation du volume et de la lourdeur des cas.

améliorer l'accès aux techniques rares

La mise en place du P.M.S.I. a permis de générer la première base de données permanente et médicalisée au niveau national. Outre sa vocation d'outil d'allocation budgétaire, il est utile à de nombreuses autres fins :

Il permet de disposer de données sur les types et le volume des pathologies hospitalisées.

La base de données médicalisée peut servir de support à la mise en place de tableaux de bord stratégiques, moyennant quelques aménagements, qui constituent un outil d'aide aux décisions stratégiques

- Le P.M.S.I. permet enfin de disposer du coût réel des hospitalisations, données essentielles aux études économiques.

Le PMSI peut se présenter comme un nouvel outil qui peut aider les décideurs à simplifier et moderniser le dispositif de l'organisation des soins, pour accroître l'adaptabilité du Système de soins à l'évolution des besoins de santé, en tenant compte des ressources humaines et financières disponibles.

Les responsables dans le domaine de la santé doivent trouver les moyens de définir les méthodes d'élaboration, de mise en oeuvre et d'évaluation des schémas régionaux d'organisation sanitaire

Mener les études locales, nationales et internationales, si nécessaires pour anticiper les évolutions de l'offre de soins fera partie de la vision à long terme dans la gestion du système de santé.

Pour cela, il faut aussi promouvoir la graduation de l'offre de soins de façon à favoriser la diversification de l'offre pour répondre de manière plus fine aux besoins d'hospitalisation et dynamiser par la même occasion l'offre de proximité : hôpital, centres de santé, cabinets libéraux, et les coopérations entre acteurs

F Moyens nécessaires pour la réforme

La mise en application complète du nouveau modèle va exiger des investissements importants pour développer les systèmes d'information nécessaires.

L'application ne pourra se faire que de façon graduelle, sur une période de quatre à cinq ans environ tel qu'il a été le cas pour la France par exemple.

Entre-temps, des travaux supplémentaires seront nécessaires pour améliorer l'analyse économétrique et pour préciser d'autres composantes du modèle, notamment la structure des programmes et les liens avec la production des services et les besoins des différentes catégories d'utilisateurs.

Le défi de mener à terme la réforme budgétaire va demander un effort soutenu de la part de tous les intervenants visés. Les étapes à compléter sont complexes et la démarche ne réussira qu'à trois conditions :

– que le Ministère y accorde une très grande priorité à la fois en ce qui a trait aux ressources humaines et au budget nécessaires pour la conception et la mise en oeuvre des nouveaux systèmes d'information, qu'elle soit bien coordonnée, et qu'elle continue d'être conjointe afin que les exigences et les besoins de tous les intervenants puissent y être intégrés.

- Créer un comité de suivi des recommandations sur la réévaluation du mode de budgétisation et, notamment, améliorer le modèle explicatif des écarts de coûts et mettre au point un sous modèle pour les petits établissements

– Donner des avis sur le développement des systèmes d'information concernant les programmes, les usagers, les services et les coûts

- coordonner le développement de systèmes et d'outils d'aide à la gestion des différents établissements.

-Le Ministère doit former un comité conjoint permanent pour l'assister dans la poursuite de la réforme du processus d'allocation des ressources et des modes de budgétisation des établissements et que ce comité soit composé de représentants du Ministère, des hôpitaux et des associations d'établissements.

Etudier le processus d'allocation interrégionale des ressources et les modes de budgétisation afin de tenir compte des besoins des usagers et de favoriser une gestion efficiente et efficace des services; et donner des avis sur le développement des systèmes d'information concernant les programmes, les clientèles, les services et les coûts, afin de proposer et coordonner le développement de systèmes et d'outils d'aide à la gestion des ressources financières et des pratiques professionnelles.

Pour qu'il y ait à long terme un équilibre entre la demande et l'offre des services de santé, il faut que le processus d'allocation des ressources tienne compte des facteurs qui ont un effet sur la demande et sur l'offre, c'est à- dire les changements démographiques, l'évolution des technologies, l'utilisation des nouveaux médicaments ou encore, les changements de pratiques médicales. L'effet net de l'ensemble de ces facteurs est justement reflété dans l'évolution du volume et de la lourdeur des services, lesquels sont la base du mode de budgétisation proposé.

La dimension économique introduite dans les systèmes d'information médicaux doit être équilibrée par la recherche d'une médecine de qualité répondant à l'éthique. Cette préoccupation a donné lieu à de nombreuses recherches. Il est important de prendre en compte cette préoccupation dès la mise en place d'un système comme le PMSI.¹⁰⁶

En fin de compte, Interroge tour à tour l'environnement culturel et technologique du Programme, le droit et la politique, les outils de l'économie et les philosophies de financement des dépenses de santé, les sémantiques professionnelles et, finalement, une certaine manière de voir l'évolution future du système de soins

F.1 Le Département d'Information Médicale (DIM)

Le DIM organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales et est placé sous l'autorité d'un médecin. Il a le principal rôle de collecte d'information dans l'hôpital

F.2 La réforme des bases de la comptabilité analytique

Les réformes des systèmes hospitaliers inspirés du modèle « Fetter » qui se basent sur une connaissance profonde de l'activité hospitalière ont rendu nécessaire la révision de l'ensemble des outils de gestion traditionnellement utilisés.

La comptabilité et le management par activité (ABC/ABM) sont des concepts nouvellement introduits dont le but est de combler les lacunes des outils traditionnels contenus dans la comptabilité analytique surtout après l'introduction du PMSI dans les nouveaux systèmes de gestion.

La mise en place de la nouvelle comptabilité analytique et de budgets par centre de responsabilité, ainsi que la production de coûts par pathologie doit contribuer à rénover de manière décisive la gestion de notre système hospitalier et assurera sa modernisation qui s'impose déjà par son indispensable adaptation aux besoins de la population. Les données financières et opérationnelles des établissements hospitaliers doivent être comptabilisées par centre d'activités, c'est-à-dire que les services infirmiers, les services de soutien, les services administratifs, doivent chacun renseigner sur leurs véritables coûts.

De nos jours, cette méthode est indissociable de son utilisation managériale, dite management des activités ou ABM. Concrètement, cela consiste à typer les activités selon leur nature : principale ou de soutien, selon leur coût et leur valeur ajoutée.

Conclusion

Il est très clair de nos jours que le financement hospitalier obéit à de nouvelles règles qui s'imposent dans une situation peu particulière.

En effet, la révolution médicale dans le monde, le développement technologique et les caractéristiques actuelles de l'épidémiologie dans les différents pays, imposent un changement profond dans les visions des politiques de santé surtout que les moyens financiers dont sont disposés les gouvernements à garantir pour leurs populations sont très rares.

Pour cela, il est recherché une plus grande efficacité en rendant les hôpitaux plus responsables sur leurs productions de soins et sur leurs consommations de moyens financiers par un système d'information adéquat.

Un tel système d'information sur les coûts, les pathologies et la gestion des établissements sera un nouveau champ d'exploitation et d'investissement où d'autres acteurs (hormis l'Etat et la sécurité sociale) peuvent exploiter par de nouvelles recherches médicales, financement de soins et de formation.

Malgré les critiques du système Fetter ou PMSI en France, il nous paraît difficile de revenir au système de la budgétisation, car lui aussi a déjà montré ses limites.

Il est jugé trop rigide, ne faisant que reproduire les inégalités de traitements entre établissements en rendant toute dynamique d'expansion impossible.

De même, il est difficile de revenir au prix de journées car, outre le fait que ce dernier est jugé inflationniste, ce mode de financement n'est pas représentatif du produit hospitalier. Aussi, il ne tient pas de l'efficacité de la structure en matière de la qualité des prestations et des résultats.

Malgré toutes les nouveautés apportées par le système Fetter, il devient impératif d'accorder une importance particulière à la qualité des soins, car cela suppose que l'on subordonne le financement des structures à des critères qualitatifs et non quantitatifs.

Chapitre IV Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Introduction

La question de la régulation de l'offre de soin posé dans la nouvelle conjoncture socio économique en Algérie nous a placé dans une situation où le domaine de l'hospitalier semblait être le plus privilégié.

En effet, les raisons de la concentration sur l'hôpital comme moteur de la régulation de l'offre se rapporte à deux éléments essentiels; l'une se rattache aux caractéristiques propres du système hospitalier en Algérie et l'autre à la nouvelle conjoncture mondiale qui a imposé une autre vision sur la place et la gestion de l'hôpital comme le principal agent de prestations et de dépenses de soins.

En effet, l'hôpital en Algérie présente certaines caractéristiques qui le placent dans une situation peu particulière par rapport aux autres hôpitaux du monde.

Il assure gratuitement une énorme quantité de soins lourds et ambulatoires dont le financement incombe en grande partie à la sécurité sociale par ce qui est appelé « le forfait hospitalier ».

Il faut juste remarquer que l'Algérie reste l'un des rares pays au monde à assurer de tels services de soins gratuitement.

Cependant, la concentration massive de la demande des soins dans ce type d'établissements libéré depuis de longue date par l'effet de la politique sociale du pays, fait que ce secteur accumule au jour d'hui plus des 2/3 de l'ensemble des dépenses de santé, ce qui semble légitime d'effectuer ses recherches dans ce secteur plutôt qu'ailleurs

D'autre part, au niveau mondial le contexte global de la production des soins hospitalier a complètement changé sous l'effet de la crise de financement déclenchée à la suite du deuxième choc pétrolier en 1979.

Le recul des idées Keynésiennes et la généralisation des principes de l'économie libérale associé à la menace grandissante de la progression continue des dépenses publiques de santé crée un nouveau cadre idéologique de la gestion des systèmes de santé et hospitaliers en particulier qui font que la rationalité et l'efficacité dans l'utilisation et la gestion des ressources publiques deviennent les outils de gestion les plus primés dans le domaine.

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

De ce fait, l'ancien schéma de production de soins hospitaliers qui autrefois dans la majorité des systèmes au monde obéissaient à une gestion publique, privilégiant l'aspect social par la recherche d'équité, de proximité et d'égalité dans l'accès aux soins est revu en profondeur pour céder une large place à la recherche de la rentabilité .

En dépit de cela, le domaine hospitalier comme partout dans le monde d'ailleurs, reste la pierre angulaire dans les système de santé dans la mesure où l'effet des autres politiques sociales de préventions, d'environnement, d'hygiènes publiques.....se répercute positivement ou négativement sur la production hospitalière par le type de pathologie qui émane de la société toute entière.

C'est dans une telle situation que l'Algérie vit ces dernières années une transformation économique et sociale profonde qui a modifié son ancien schéma pathologique qui se caractérise de nos jours par une dominance des maladies lourdes, nécessitant une réhabilitation de l'offre par l'introduction de nouvelles techniques de gestions qui doivent permettre une meilleure utilisation des ressources hospitalières surtout qu'a l'avenir la conjoncture qui s'annonce de plus en plus difficile en raison de la persistance de la crise mondiale.

Les expériences dans le monde et dans le domaine de la gestion et du management hospitalier ont fait que le système Fetter développé par l'auteur lui-même à l'université de Yale au Etat-unis, se présente à l'heure actuelle comme le modèle le plus élaboré.

Ses apports sont nombreux dans les méthodes de calcul des coûts, d'établissement de budgets et de comparaison de productivité.

Repris en France dans un vaste mouvement de réforme entreprise au début des années quatre vingt dix dans un programme appelé le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information).

Ce dernier, nous a permis de saisir qu'une grande partie de l'offre des soins peut être régulé dans le secteur hospitalier par la mise en place d'un système d'information basé sur une connaissance juste et profonde des coûts.

Dans ce contexte, et à la lumière de ce qui a été réalisé dans les hôpitaux étrangers, l'idée de notre cas pratique va se concentrer sur cet aspect de la question pour tenter de tirer d'une étude de calcul, le profit d'une gestion rationnelle des dépenses hospitalière et de santé en général.

Section I la formation des coûts dans les établissements hospitaliers

La réalisation du cas pratique a été réalisé en suivant le cheminant des étapes suivantes

A. Objectifs du travail

Il sera essentiellement recherché à travers l'élaboration de ce cas pratique

Le moyen de placer les coûts comme un nouvel outil de gestion, de sorte qu'ils puissent servir de base à un management hospitalier plus élaborés à travers un système d'information dont les coûts produits par les différents établissements serviront de base pour l'Etat et les différents responsables du secteur pour améliorer quantitativement et qualitativement l'offre public.

Dans cet objectif, il sera tenté de répondre aux questions suivantes :

1- comment se présente le calcul des coûts dans les établissements de soins hospitaliers ? L'objectif à travers cette question est de tenter de ressortir certaines informations « analytiques » sur la concentration des principales dépenses dans les différents chapitres comptables.

Ceci pourra nous aider par la suite de fixer les coûts médicaux pour chaque établissement, analyser leurs formations puis essayer de relever les écarts qui peuvent nous renseigner sur certaines méthodes de gestions pratiquées dans le domaine.

2- Qu'elle est la place des coûts dans la gestion des établissements et comment on peut améliorer l'utilisation des moyens financiers de certains chapitres en référence de ce qui a été fait par le PMSI dans ce domaine ?

3- A travers la troisième question et dans le cadre d'une réforme annoncée par l'Etat, de recherche d'utilisation rationnelle des ressources par la mise en place du système de contractualisation , notre enquête peut à travers les coûts hospitaliers ressortir le poids de cette réforme sur le financement du système et la responsabilité qui incombe à l'avenir à chaque acteur de financement.

Les résultats obtenus peuvent nous aider à comprendre la dimension du changement, les moyens mis en œuvre et le schéma futur de la distribution des soins hospitaliers en Algérie dont les coûts seront le premier élément révélateur de cette question.

B. Méthode utilisée

Pour faire une analyse de coût dans la wilaya de Tlemcen, nous avons choisis trois établissements hospitaliers.

- le C.H.U (centre hospitalo universitaire) de Tlemcen
- E.P.H (Etablissement public hospitalier) de Maghnia
- E.P.H (Etablissement public hospitalier) de Ghazaouet

La sélection des trois établissements est motivée par les questions suivantes :

En matière d'offre de soins, les établissements hospitaliers de Maghnia et de Ghazaouet présentent la même capacité d'offre (150 lits) ; sont dotés des mêmes services de soins médicaux et partagent les mêmes caractéristiques du plateau technique.

Aussi, les deux établissements couvrent deux situations géographiques dont les caractéristiques sociales de la population se rapprochent : nombre d'habitants, dominance des activités agricoles

Ces caractéristiques proches les unes des autres peut dans le cadre de notre enquête sur le calcul des coûts nous faire aboutir à une comparabilité juste et dans une large mesure des résultats fiable.

D'autre part, la sélection de l'établissement hospitalier du CHU de Tlemcen est faite dans une optique bien choisie.

En effet, bien que cet établissement est doté d'une capacité plus grande de production par rapport au lits hospitaliers, au plateau techniques, aux nombre de praticiens médicaux et para médicaux ; le choix est motivé par une question technique , celle de voir comment les facteurs humains, techniques et médicaux influent sur la formation des coûts et qu'elle est le poids de cette influence sur la variabilité des couts.

Aussi, Par rapport à sa vocation ; le C.H.U Tlemcen regroupe une autre fonction importante celle de l'enseignement, cette dernière ne sera pas introduite dans le calcul des coûts de soins dans la mesure où il est recherché fondamentalement dans notre travail une étude de coûts hospitaliers.

C. Les coûts hospitaliers dans trois établissements de soins :

TLEMCEM – GHAZAOUET- MAGHNIA

C1 Analyse de la formation des coûts au C.H.U Tlemcen

Avant d'entamer les calculs, les deux premiers tableaux B1 et B2 vont nous résumer les principales activités de consultations et de soins pour avoir une idée sur la durée moyenne de séjour (DMS) qui est égal au nombre de journées d'hospitalisation sur le nombre de malades hospitalisés dans chaque service.

Aussi, le taux d'occupation moyen (TOM) qui est une référence d'activité se mesure par le nombre de malades sur le nombre de lits d'hospitalisations.

Même si ces deux indicateurs (DMS et TOM) peuvent servir d'éléments de comparaison d'activité entre les trois établissements concernés par l'étude, l'objectif premier de notre travail demeure celui de calculer les coûts des différents prestations en milieu hospitalier pour les raisons cités et expliqués en introduction.

C.1.1 calcul des coûts au CHU Tlemcen

Les calculs s'effectuent mensuellement et obéissent à des règles précisées par le ministère de la santé.

Pour faciliter l'exploitation des informations les chiffres sont contenus dans des tableaux qui seront expliqués ultérieurement.

Aussi, il faut préciser que la période considérée dans notre exemple de calcul se rapporte au premier trimestre 2008 : Janvier, Février et Mars.

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

ACTIVITES SERVICES D'HOSPITALISATION ET DE CONSULTATIONS

SERVICES UNITES	NBR LITS	NBR MALADES	JOUR-HOSP	PACKAGE	NBR CURE	POCHE SANG	CONS	DA	
								DMS	TOM
Chirurgie Gel	116	282	1867					6,62	51,92
Chirur-Urologie	12	100	634					6,34	170,43
Traumatologie	65	124	989					7,98	49,08
Neuro- chirurgie	26	72	528					7,33	65,51
Ophthalmologie	43	134	370					2,76	27,76
ORL	24	92	520					5,65	69,89
Medecine-interne	30	112	776					6,93	83,44
Neurologie	18	122	552					4,52	98,92
Gastrologie	29	79	284					3,59	31,59
infectieux	36	21	139					6,62	12,46
Pneumologie	28	84	691					8,23	79,61
Cardiologie	46	221	1113					5,04	78,05
Hémato Clinique	22	142	526					3,70	77,13
Réanimation	9	43	255					5,93	91,40
Dermatologie	20	80	452					5,65	72,90
Médecin nucléaire	4							/	/
Rééducation fonctionnelle	10	30	400					13,33	129,03
Psychiatrie	43	74	928					12,54	69,62
Néphrologie	24	76	519					6,83	69,76
Hémodialyse	14	83						/	/
Oncologie	13	405			414			/	/
	28	624	2612	13198				4,19	300,92
Médecine de légale	10	7	112				306		/
Polyclinique Boudghen							6662	/	/
Médecine de travail							1531	/	/
SAMU				213				/	/
CTS						825			
TOTAL	670	3007	14267	13411	414	825	8499	4,74	68,69

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

ACTIVITES SERVICES D'HOSPITALISATION ET DE CONSULTATIONS

TABLEAU B2

DA

SERVICES UNITES	NBR LITS	NBR MALADES	JOUR-HOSP	PACKAGE	NBR CURE	POCHE SANG	CONS	DMS	TOM
Chirurgie Gel	116	291	1406					4,83	41,80
Chirur-Urologie	12	97	676					6,97	194,25
Traumatologie	65	146	824					5,64	43,71
Neuro- chirurgie	26	76	473					6,22	62,73
Ophthalmologie	43	114	414					3,63	33,20
ORL	24	95	401					4,22	57,61
Medecine-interne	30	108	741					6,86	85,17
Neurologie	18	93	576					6,19	110,34
Gastrologie	29	71	340					4,79	40,43
infectieux	36	22	159					7,23	15,23
Pneumologie	28	75	658					8,77	81,03
Cardiologie	46	220	1038					4,72	77,81
Hémato Clinique	22	187	592					3,17	92,79
Réanimation	9	37	224					6,05	85,82
Dermatologie	20	88	290					3,30	50,00
Médecin nucléaire	4							/	/
Rééducation fonctionnelle	10	32	300					9,38	103,45
Psychiatrie	43	96	1013					10,55	81,23
Néphrologie	24	85	409					4,81	58,76
Hémodialyse	14	79						/	/
Oncologie	13	414			321			/	/
	28	687	1802	11894				2,62	221,92
Médecine de légale	10	26	255				328		/
Polyclinique Boudghen							6788	/	/
Médecine de travail							1082	/	/
SAMU				247				/	/
CTS						805			
TOTAL	670	3139	12591	12141	321	805	8198	4,01	64,80

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

ACTIVITES SERVICES D'HOSPITALISATION ET DE CONSULTATIONS

TABLEAU B3

DA

SERVICES UNITES	NBR LITS	NBR MALADES	JOUR-HOSP	PACKAGE	NBR CURE	POCHE SANG	CONS	DMS	TOM
Chirurgie Gel	117	190	600					3,16	16,54
Chirur-Urologie	12	116	193					1,66	51,88
Traumatologie	65	127	310					2,44	15,38
Neuro- chirurgie	26	65	410					6,31	50,87
Ophthalmologie	34	210	640					3,05	60,72
ORL	24	85	393					4,62	52,82
Medecine-interne	30	93	615					6,61	66,13
Neurologie	18	108	593					5,49	106,27
Gastrologie	29	65	392					6,03	43,60
infectieux	28	36	239					6,64	27,53
Pneumologie	28	61	590					9,67	67,97
Cardiologie	46	218	1049					4,81	73,56
Hémato Clinique	22	190	604					3,18	92,78
Réanimation	9	35	230					6,57	82,44
Dermatologie	20	132	460					3,48	74,19
Médecin nucléaire	4	/	/						
Rééducation fonctionnelle	10	24	285					11,88	91,94
Psychiatrie	43	64	1212					18,94	90,92
Néphrologie	24	108	541					5,01	72,72
Hémodialyse	14	79	/					/	/
Oncologie	15	370	370		358			/	/
	15	562	1193	11610				2,12	252 ,56
Médecine de légale	10	3	99				365		/
Polyclinique Boudghen							6038	/	/
Médecine de travail							1032	/	/
SAMU				247				/	/
CTS						805			
TOTAL	642	2941	11018	11816	358	1084	7435	3,75	55,36

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Répartition primaire des charges

Tableau C1

désignation	Sections principales							
	Chirurgie- gle	urologie	O-T-R	Neuro- chir	OPH	ORL	stomato	umc
personnel	11302530	1709207	5619221	3332406	3729588	3415250	3020579	11752429
alimentation	890913	121148	582070	595868	273615	219856	0	1863650
pharmacie	5139247	1457699	3950454	1927262	1048974	21514074	1117428	11540557
Fournit diverses	1653327	44189	472553	1718536	26572958	7207336	157784	2322604
Entret&mainten	40114	950	6700	3140	6220	11930	4010	77249
Sous total	19026130	3333193	10630998	7577212	31631354	32368445	4299801	27556489
%	5.05%	0.88%	2.82%	2.01%	8.40%	8.59%	1.14%	7.31%
Charges communes	1788042	313248	999082	712093	2972658	3041929	404088	2589709
total	20814172	3646440	11630080	8289304	34604012	35410374	4703889	30146199

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Répartition primaire des charges

Tableau C1(suite)

Sections principales						
Med-interne	neurologie	gastro	infectieux	Pneumo-phtisio	cardio	Hemato-clini
3537050	3122665	3015986	2892920	2360375	5021158	3226424
522805	584584	278649	99736	409119	710210	173638
1528761	900166	2474159	459886	915814	2506706	6147245
91494	91544	86199	50301	271918	294204	146788
3400	3205	1950	2210	2665	121915	53175
5683510	12802164	5856944	3505052	3959891	8654184	9747269
1.51%	3.40%	1.55%	0.93%	1.05%	2.30%	2.59%
534126	1203124	550425	329399	372144	813305	916031
6217636	14005289	6407369	3834451	4332035	9467488	10663300

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGES

C2

DESIGNATION	SECTIONS AUXILIAIRES						
	Med-Nucleaire	Laboratoire	C-T-S	Radiologie	Semep	Adminis	Serv-Econ
Total repa-prim A	11 657 699	15 307 991	10 174 947	14 226 220	2 368 804	30 124 117	23 553 191
Médecine nucléaire	11 657 699						
Laboratoire		15 307 991					
C-T-S			10 174 947				
Radiologie				14 226 220			
%							
SEMEP					2 368 804		
Adminis						30 124 117	
Serv-Econ							23 553 191
Serv-Socia							
Tot.Rép.Secon B							
Tot.Géné. A+B	11 657 699	15 307 991	10 174 947	14 226 220	2 368 804	30 124 117	23 553 191
Unité d'œuvre	R specialisé	Nbr de B	Poche Sang	Nbr de R			
Nombre U.O.	395 840	2 642 125	2 714	284 340			
Coût de U.o.	29,45	5,79	3 749,06	50,03			

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGES

C2 (suite)

SECTION PRINCIPALES							
Chirurgie-gle	Urologie	O-T-R	Neuro-Chir	ORH	ORL	Stomato	UMC
20 814 127	3 646 433	11 630 055	8 289 286	34 603 937	35 410 296	4 703 879	30 146 133
798 047	139 810	445 915	317 825	1 326 771	1 357 688	180 354	1 155 852
1 047 934	183 588	585 541	417 343	1 742 213	1 782 811	236 827	1 517 775
696 543	122 028	389 199	277 400	1 158 018	1 185 003	157 415	1 008 838
973 880	170 614	544 163	387 850	1 619 096	1 656 825	220 091	1 410 518
6,8457%	1,1993%	3,8251%	2,7263%	11,3810%	11,6463%	1,5471%	9,9149%
162 160	28 409	90 608	64 581	269 595	275 877	36 647	234 865
2 062 197	361 277	1 152 269	821 276	3 428 447	3 508 339	466 045	2 986 782
1 612 373	282 472	900 926	642 132	2 680 605	2 743 070	364 388	2 335 280
51 648	9 048	28 859	20 569	85 866	87 867	11 672	74 805
7 404 783	1 297 246	4 137 480	2 948 976	12 310 612	12 597 481	1 673 440	10 724 715
28 218 909	4 943 678	15 767 535	11 238 263	46 914 549	48 007 777	6 377 319	40 870 848
NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	Nbr de D	Package
3873	1503	2123	1411	1424	1314	73350	36702
7 286,06	3 289,21	7 427,01	7 964,75	32 945,61	36 535,60	84,64	1 113,59

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGES

(suite)

DESIGNATION	SECTION AUXILIAIRES						
	Med-Interne	NEUROLOGIE	GASTRO	INFECTIEUX	PNEUMO-PHTISIO	CARDIO	HEMATO
Total repa-prim A	6 217 623	14 005 258	6 407 355	3 834 443	4 332 025	9 467 468	
Médecine nucléaire	238 394	536 984	245 668	14 019	166 097	362 998	
Laboratoire	313 040	705 126	322 593	193 054	218 106	476 661	
C-T-S	208 072	468 685	214 422	128 319	144 971	316 828	
Radiologie	290 919	655 297	299 796	179 411	202 693	442 977	
%	4 ,0449%	4,6063%	2,1073%	1,2611%	1,4248%	3 ?1138%	
SEMEP	48 441	109 113	49 919	29 874	33 750	73 760	
Adminis	616 022	1 387 596	634 820	379 904	429 203	938 006	
Serv-Econ	481 650	1 084 922	496 348	297 036	335 582	733 401	
Serv-Socia	15 428	34 753	15 899	9 515	10 749	23 493	
Tot.Rép.Secon B	2 211 966	4 982 477	2 279 465	1 364 132	1 541 151	3 368 123	
Tot.Géné. A+B	8 429 589	18 987 735	8 686 820	5 198 575	5 873 176	12 835 591	
Unité d'œuvre	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH
Nombre U.O.	2132	1721	1016	537	1939	3200	
Coût de U.O.	3 953,84	11 032,97	8 550,02	9 680,77	3 028,97	4 011,12	

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGES

(suite)

SECTION PRINCIPALES							
Oncologie	Réanimation	Dermato	Med-Trav	Med-Legale	Réed-Fonc	Psychiatrie	
25 925 071	13 550 167	3 231 380	4 892 676	2 403 685	4 196 789	8 094 388	
994 009	519 353	123 896	187 593	92 161	160 912	310 352	
1 305 256	682 214	162 691	246 333	121 019	211 297	407 530	
867 580	453 455	108 138	163 733	80 439	140 445	270 878	
1 213 018	634 004	151 194	228 925	112 467	196 365	378 731	
8,5266%	4,4566%	1,0628%	1,6092%	0,7906%	1,3803%	2,6622%	
201 979	105 568	25 175	38 118	18 727	32 697	63 062	
2 568 573	1 342 507	320 155	484 751	238 149	415 804	801 966	
2 008 294	1 049 668	250 320	379 013	186 202	325 106	627 034	
64 330	33 623	8 018	12 141	5 964	10 414	20 085	
9 223 040	4 820 574	1 149 588	1 740 607	855 129 1 493 039	2 879 640	1 673 440	
35 148 111	18 370 742	4 380 968	6 633 283	3 258 814	5 689 828	10 974 028	
De Cure	NJH	NJH	Nbr de Cons	Nbr de Cons	NJH	NJH	
1093	709	1202	3645	999	985	3153	
32 157,47	25 910,78	3 644,73	1 819,83	3 262,08	5 776,48	3 480,50	

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Répartition primaire des charges

Tableau C1 (suite)

	NEPHRO	Hémodialyse	Poly-clinique	S-A-M-U	Total Général
Total repa-prim A	21343959	10200829	3461023	2577265	3040438826
Médecine nucléaire	818362	391116	132701	98817	11657726
Laboratoire	1074610	513584	174253	129758	15308024
C-T-S	714274	341370	115823	86248	10174969
Radiologie	998670	477290	1161939	120589	14226251
%	7.0199	3.3550	1.1383	0.876	100
SEMEP	166288	79473	26964	20079	2368809
Adminis	2114691	1010665	342907	255347	30124182
Serv-Econ	1653417	79211	268109	199649	23553243
Serv-Socia	52973	25312	8588	6395	754466
Tot.Rép.Secon B	7593275	3629022	1231285	916882	108167671
Tot.Géné. A+B	28937234	13829851	4692308	3494147	412216497
Unité d'œuvre	NJH	Nbr de Séances	Nbr de Cons	Package	
Nombre U.O.	1469	3346	19488	666	
Coût de U.O.	19698.59	4133.25	240.78	5246.47	

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

désignation	Sections principales							
	oncologie	réanimation	dermato	Med-trav	Med-legale	Reed-fonc	psychiatr	
personnel	2366288	7237667	2407735	2506915	1843317	3106993	51	43
alimentation	169943	0	170680	0	61477	285344	4	64
pharmacie	21094623	4804087	301242	135067	120439	363027	16	41
Fournit diverses	67026	342403	72697	1828688	170708	80908	1	31
Entret&mainten	150	2010	1440	1710	1260	0		17
Sous total	23698029	12386167	2953795	4472381	2197201	3836272	73	99
%	6.29%	3.29%	0.78%	1.19%	0.58%	1.02%	1	90
Charges communes	2227098	1164030	277592	4203006	206489	360526	6	953
total	25925127	13550197	3231387	4892687	2403690	4196798	809	44

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Répartition primaire des charges

Tableau C1 (suite)

(Suite)

	NEPHRO	Hémodialyse	Poly-clinique	S-A-M-U	Total Général
Total repa-prim A	21343959	10200829	3461023	2577265	3040438826
Médecine nucléaire	818362	391116	132701	98817	11657726
Laboratoire	1074610	513584	174253	129758	15308024
C-T-S	714274	341370	115823	86248	10174969
Radiologie	998670	477290	1161939	120589	14226251
%	7.0199	3.3550	1.1383	0.876	100
SEMEP	166288	79473	26964	20079	2368809
Adminis	2114691	1010665	342907	255347	30124182
Serv-Econ	1653417	79211	268109	199649	23553243
Serv-Socia	52973	25312	8588	6395	754466
Tot.Rép.Secon B	7593275	3629022	1231285	916882	108167671
Tot.Géné. A+B	28937234	13829851	4692308	3494147	412216497
Unité d'œuvre	NJH	Nbr de Séances	Nbr de Cons	Package	
Nombre U.O.	1469	3346	19488	666	
Coût de U.O.	19698.59	4133.25	240.78	5246.47	

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

désignation	Sections auxiliaires							
	Med-Nucleaire	Laboratoire	C-T-S	Radiologie	Semep	Adminis	Serv-Econ	Ser-Soc
personnel	4397908	7158711	2239456	6115729	1701651	16758873	15645069	412531
alimentation	0	0	13805	0	0	49753	877002	0
pharmacie	5151682	3397711	4646161	1779409	335886	0	2930025	0
Fournit diverses	103404	3432916	2385426	5094817	127419	10709682	2019179	249944
Entret&mainten	1460	3650	16040	14190	360	18055	56625	27179
Charges communes	1075245	1315003	874059	1222075	203487	2587752	2023290	64811
total	11657699	15307991	10174947	14226220	2368804	30124117	23553191	754464
Medecine nucleaire	11657699							
Laboratoire		15307991						
C-T-S			10174947					
Radiologie				14226220				
%								
SEMEP					2368804			
Adminis						30124117		
Serv-Econ							23553191	
Serv-Socia								754464
Tot.Rép.Secon B								
Tot.Géné. A+B	11657699	15307991	10174947	14226220	2368804	30124117	23553191	754464
Unité d'œuvre	R spécialisé	Nbr de B	Poche Sang	Nbr de R				
Nombre U.O	395840	2642125	2714	284340				
Cout de U.O	29.47	5.79	3749.06	50.03				

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

REPARTITION PRIMAIRE N ET SECONDAIRE DES CHARGES

Désignation	(suite) sections principales							
	Chirurgie-gle	Urologie	O-T-R	Neuro-chir	OPH	ORL	Stomato	Umc
personnel	11302530	1709207	5619221	3332406	3729588	3415250	3020579	11752429
alimentation	890913	121148	582070	595868	273615	219856	0	1863650
pharmacie	5139247	1457699	3950454	1927262	1048974	21514074	1117428	11540557
Fournit diverses	1653327	44189	472553	1718536	26572958	7207336	157784	2322604
Entret&mainten	40114	950	6700	3140	6220	11930	4010	77249
Charges communes	1787996	303240	999057	712075	2972583	3041851	404077	2589709
Total	20814127	3646433	11630055	8289286	34603937	35410296	4703879	30146199
Médecine nucléaire	798047	139810	445915	317825		1357688	180354	1155
Laboratoire	1047934	183588	585541	417343	1742213	1782811	236827	1517
c t s	696543	122028	389199	277400	1158018	1185003	157415	1008
radiologie	973880	170614	544163	387850	1619096	1656825	220091	1410
%	6,8457 %	1,1993 %	3,8251 %	2,7263%	11,3810%	11,6463	1,5471	9,91
Semep	162160	28409	90608	64581	269595	275877	36647	234
Adminis	2062197	361277	1152269	821276	3428447	3508339	466045	2986
Serv-econo	1612373	282472	900926	642132	2680605	2743070	364388	2335
Serv-socia	51648	9048	28859	20569	85866	87867	11672	74
Total .rép. secon b	7404783	1297246	4137480	2948976	12310612	12597481	1673440	10724
Tot.géné.a+b	28218909	4943678	15767535	11238263	46914549	48007777	6377319	40870
Unité d'oeuvre	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	NJH	Nbr de D	package
Nombre u.o	3873	1503	2123	1411	1424	1314	75350	36
Cout de uo	7286 ,06	3289 ,21	7427,01	7964,75	32945,61	36535,60	84,64	111

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES CHARGES

(Suite)

Sections principales						
Med-interne	neurologie	gastro	infectieux	Pneumo-phtisio	crdio	Hemato-clini
353705	3122665	3015986	2892920	2360375	5021158	3226424
522805	584584	278649	99736	409119	710210	173638
1528761	900166	2474159	459886	915814	2506706	6147245
91494	91544	86199	50301	271918	294204	146788
3400	3205	1950	2210	2665	121915	53175
5683510	12802164	5856944	3505052	3959891	8654184	9747269
1.51%	3.40%	1.55%	0.93%	1.05%	2.30%	2.59%
534126	1203124	550425	329399	372144	813305	916031
6217636	14005289	6407369	3834451	4332035	9467488	10663300
238394	536984	245668	147019	166097	362998	408847
313040	70516	322593	193045	218106	476661	536867

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES CHARGES

C.3

Sections principales					
(suite)					
Nephro	Hemod	Poly-Cliniq	S-A-M-U	total-gle	%
3172475	3646786	2611780	2113421	157644141	37,99%
227645	470412	0	110539	10227310	2,46%
16022569	390983	241785	52593	137656521	33,17%
78595	1293396	305826	70048	70674377	17,03%
9165	3970	4320	9370	529377	0,13%
1833510	876282	297312	221395	38278362	9,2%
21343959	10200829	3461023	2577265	412216259	100,00%
818362	391116	132701	98817	11657726	
1074610	513584	174253	129758	15308024	
714274	341370	115823	86248	10174969	
998670	477290	161939	120589	14226251	
7,0199%	3,3550%	1,1383%	0,8476%	100%	
166288	79473	26964	20179	2368809	
2114691	1010665	342907	255347	30124182	
1653417	790211	268109	199649	23553243	
52963	25312	8588	6395	754466	
7593275	3629022	1231285	916882	108167671	
28937234	13829851	4692308	3494147	412216497	
NJH	Nbr de séances	Nbr de Cons	Package		
1469	3346	19488	666		
19698,59	4133,25	240,78	5246,47		

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

désignation	Sections principales						
	Oncologie	Réanimation	Dermato	Med-Trav	Med-Legale	Reed-Fonc	Psychiatrie
personnel	2366288	7237667	2407735	2506915	1843317	3106993	514
alimentation	169943	0	170680	0	61477	285344	46
pharmacie	21094623	4804087	301242	135067	120439	363027	164
Fournit diverses	67026	342403	72697	1828688	170708	80908	13
Entret&mainten	150	2010	1440	1710	1260	0	3
Charges communes	227042	1164000	2777585	420296	206484	360517	69
total	25925071	13550167	3231380	4892676	2403685	4196789	809
Medecine nucleaire	994009	519535	123896	187593	92161	160912	31
Laboratoire	1305256	682214	162691	246333	212019	211297	40
C-T-S	867580	453455	108138	163733	80439	140445	27
Radiologie	1213018	634004	151194	228925	112467	196365	37
%	8,5266%	4,4566%	1,0628%	1,6092	0,7906%	1,3803%	2,8
SEMEP	201979	105568	25175	38118	18727	32697	6
Adminis	2568573	1342507	320155	484751	238149	415804	80
Serv-Econ	2008294	1049668	250320	379013	186202	325106	62
Serv-Socia	64330	33623	8018	12141	5964	10414	2
Tot.Rép.Secon B	9223040	4820574	1149588	1740607	855129	1493039	287
Tot.Géné. A+B	35148111	18370742	4380968	6633283	3258814	5689828	1097
Unité d'œuvre	Nbr de Cure	NJH	NJH	Nbr deCons	Nbr deCons	NJH	NJH
Nombre U.O	1093	709	1202	3645	999	985	
Cout de U.O	32157,47	25910,78	3644,73	1819,83	3262 ,08	5776 ,48	34

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Répartition primaire et secondaire des charges (suite) Coût Moyen de l'unité d'œuvre évalué par service (D.A) .C5

Services	Unité d'œuvre	Coût
Laboratoire	B	5,79
Imagerie	R	50,03
Médecine nucléaire	R spécialisés	29,45
C T S	Nbr de poches	3749,06
Chirurgie générale	NJH	7286,06
Urologie	NJH	3289,21
O T R	NJH	7427,01
Neurochirurgie	NJH	7964,75
ophtalmologie	NJH	32945,61
ORL	NJH	36535,60
Chirurgie dentaire	Nbr de D	84,64
UMC	Package	1113,59
Médecine interne	NJH	3953,84
Neurologie	NJH	11032,97
Gastrologie	NJH	8550,02
Infectieux	NJH	9680,77
Pneumo-phtisiologie	NJH	3028,97
Cardiologie	NJH	4011,12
Hémato Clinique	NJH	8395,36
Oncologie	Nbr de cure	32157,47
Réanimation	NJH	25910,78
Dermatologie	NJH	3644,73
Médecine de travail	Consultations	1819,83
Médecine de légale	Consultations	3262,08
Rééducation Fon	NJH	5776,48
Psychiatrie	NJH	3480,50
Néphrologie	NJH	19698,59
Hémodialyse	Nbr de séances	4133,25
Polyclinique	Consultations	240,78
SAMU	Package	5246,47

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Sections principales					
Nephro	Hemod	Poly-Cliniq	S-A-M-U	total-gle	%
3172475	3646786	2611780	2113421	157644141	37,99%
227645	470412	0	110539	10227310	2,46%
16022569	390983	241785	52593	137656521	33,17%
78595	1293396	305826	70048	70674377	17,03%
9165	3970	4320	9370	529377	0,13%
1833510	876282	297312	221395	38278362	9,2%
21343959	10200829	3461023	2577265	412216259	100,00%
818362	391116	132701	98817	11657726	
1074610	513584	174253	129758	15308024	
714274	341370	115823	86248	10174969	
998670	477290	161939	120589	14226251	
7,0199%	3,3550%	1,1383%	0,8476%	100%	
166288	79473	26964	20179	2368809	
2114691	1010665	342907	255347	30124182	
1653417	790211	268109	199649	23553243	
52963	25312	8588	6395	754466	
7593275	3629022	1231285	916882	108167671	
28937234	13829851	4692308	3494147	412216497	
NJH	Nbr de séances	Nbr de Cons	Package		
1469	3346	19488	666		
19698,59	4133,25	240,78	5246,47		

Répartition primaire et secondaire

C.1.2 Synthèse sur les calcul au CHUT

1-Dans le calcul des coûts au CHU Tlemcen, les tableaux B1 B2 et B3 résumant les activités de soins et de consultations durant les mois de janvier, février et mars.

2- les tableaux C1 et suites résumant les répartitions primaires des charges indirectes qui englobent les dépenses de personnel, d'alimentation de pharmacie, de fournitures diverses d'entretiens et de maintenance et de charges communes ce qui nous donne le total des charges indirectes de l'ensemble des sections principales.

3- La répartition secondaire est présentée à partir du tableau C2, elle englobe le montant global de la répartition primaire auquel sont ajouté les autres charges des services auxiliaires

4- le total général regroupe le total de la répartition A et B.

5- l'unité d'œuvre est dans notre travail fixé par le ministère de la santé ; exemple dans les services d'urologie ou autre c'est le NJH, c'est-à-dire le nombre de journées d'hospitalisation qui est retenu comme instrument de mesure ou unité d'œuvre.

6- le CO, c'est-à-dire le coût d'unité d'œuvre est obtenu en divisant le total général par le nombre d'unité d'œuvre ; ce qui donne le prix ou coût par service

7- le même procédé est utilisé dans le calcul des coûts à l'EPH de Maghnia et Ghazaouet

8_ Ces dernières années, tous les établissements hospitaliers sont dotés d'un logiciel informatique qui sert à uniformiser les méthodes et procédés de calculs des coûts.

C.2 Calcul des coûts à l'EPH Maghnia

C .2 .1 Le cheminement des calculs de coûts

Avant de présenter le calcul des coûts, un aperçu sur les activités de consultations relatives au premier trimestre 2008 est donné dans les trois premiers tableaux.

Cependant, il faut remarquer que les mêmes méthodes sont respectées dans le calcul des coûts de soins dans cet établissement.

Il faut juste rappeler que depuis 2004, date de la l'introduction des services de calcul des coûts hospitaliers en Algérie, ces services sont dotés d'un logiciel informatique qui recueille les même informations comptables et analytiques, ce qui rend calcul des coûts uniformes au niveau de tous les hôpitaux en Algérie.

A ce titre le calcul des coûts à l'EPH Maghnia se présente comme suit :

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

	Nbre de lits	Nbre de malades admis	Nbre journée d'hospit	Nbre Consult	Nbre Packages	D.M.S(1)	T.O.M (2)
Chirurgie	60	132	698	/	/	5,29	38,78
Médecine	60	183	598	/	/	3,27	33,22
Pédiatrie	30	195	696	/	/	3,57	77,33
Gynéco-Obst	60	372	650	/	/	1,75	36,11
Ophthalmo							
U.M.C	/	/	/	/	7250	/	/
Soins Externes	/	/	/	/		/	/
Consult. Ext.							
Méd. de Trav.	/	/	/	110	/	/	/
TOTAL	210	882	264 2	110	7250	3,00	41,94

ACTIVITES DES SERVICES D'HOSPITALISATION DE CONSULTATION ET DE PACKAGES

TABLEAU .B1 :

JANVIER 2008

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

ACTIVITES DES SERVICES D'HOSPITALISATION DE CONSULTATION ET DE PACKAGES

TABLEAU .B2 :

FEVRIER 2008

	Nbre de lits	Nbre de malades admis	Nbre journée d'hospit	Nbre Consult	Nbre Packages	D.M.S(1)	T.O.M (2)
Chirurgie	60	144	708	/	/	4,92	39,33
Médecine	60	147	579	/	/	3,94	32,17
Pédiatrie	30	165	557	/	/	3,38	61,89
Gynéco-Obst	60	309	605	/	/	1,96	33,61
Ophthalmo							
U.M.C	/	/	/	/	7008	/	/
Soins Externes	/	/	/	/		/	/
Consult. Ext.							
Méd. de Trav.	/	/	/	158	/	/	/
TOTAL	210	765	2449	158	7008	3,20	38,87

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

ACTIVITES DES SERVICES D'HOSPITALISATION DE CONSULTATION ET DE PACKAGES

TABLEAU .B2 :

MARS 2008

	<i>Nbre de lits</i>	<i>Nbre de malades admis</i>	<i>Nbre journées d'hospit</i>	<i>Nbre Consult</i>	<i>Nbre Packages</i>	<i>D.M.S (1)</i>	<i>T.O.M (2)</i>
<i>Chirurgie</i>	60	180	865	/	/	4,81	48,06
<i>Médecine</i>	60	153	552	/	/	3,61	30,67
<i>Pédiatrie</i>	30	148	445	/	/	3,01	49,44
<i>Gynéco-Obst</i>	60	325	594	/	/	1,83	33,00
<i>Ophthalmo</i>							
<i>U.M.C</i>	/	/	/	/	7226	/	/
<i>Soins Externes</i>	/	/	/	/		/	/
<i>Consult. Ext.</i>							
<i>Méd. de Trav.</i>	/	/	/	470	/	/	/
TOTAL	2 10	806	2456	470	7226	3,05	38,98

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

CALCUL DES COUTS / EPH MAGHNIA / PERIODE : premier TRIMESTRE 2008

	SECTION AUXILIARES							
DESIGNATION	Bloc Opératoire	Radiologie	Laboratoire	S,E,ME,P	Administratif	Services Econom	Services Sociaux	Chirurgie
PERSONNEL	3658506	1514667	2271552	413542	4855420	5939342	161002	3951804
ALIMENTATION	85835	25486	100225	0	69832	107447	0	782219
PHARMACIE	928443	255116	2167491	1599237	0	0	0	931474
FOURNIT, DIVERS	13291984	847415	266940	8050	806669	5821712	1515	157282
ENTERT& MAINT	205218	132795	0	0	0	0	0	0
SOUS TOTAL	18169987	2775479	4806208	2020829	5730921	11868501	162517	5822779
%	19,8265	3,0285	5,2444	2,2051	6,2534	12,9505	0,1773	6,3536
CHARGESCO MMUNES	3674964	561353	972078	408722	1159105	2400459	32870	1177684
TOTAL	21844951	3336832	5778286	2429551	6890026	14268960	195386	7000463

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

TABLEAU.C1

SECTIONS PRINCIPALES										TOTAL	%
Médecine	Pédiatrie	Gynéco - Obst	Ophtalmo	U.M.C	Hémodialyse	Stomato	Cosult externes	Médecine du trav.	SOINS		
2903842	2254079	4208568	314134	4869476	1909928	353474	0	304075	0	39882412	36,2
649158	869385	610426	0	135125	433969	0	0	0	0	3868133	3,51
1566142	515315	1179000	0	1552153	5068365	20797	0	0	0	15783533	14,33
502150	172181	166470	6438438	203583	2749064	1832	41422	0	0	31476706	28,57
0	0	25726	0	51012	219467	0	0	0	0	634218	0,58
5621319	3810960	6190190	6752572	6810348	10380792	376103	41422	304075	0	91645002	
61,338	41,584	67,545	73,682	74,312	113,272	0,4104	0,0452	0,3318	0	100	
1136938	770784	1251995	1365739	1377425	2099563	76069	8378	61501	0	18535625	16,22
6758257	4581744	7441285	8118311	8187774	12480335	452172	49800	365575	0	110180627	100

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

CALCUL DES COUTS / EPH MAGHNIA / PERIODE : PREMIER TRIMESTRE 2008

REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGES

DESIGNATION	SECTION AUXILIAIRES						
	Bloc Opérateur	Radiologie	Laboratoire	S,E,ME,P	Administ	Services Econom	Services Sociaux
<i>TOTAL REPART. PRIMAIRE</i>	21844951	3336832	5778286	2429551	6890026	14268960	195386
<i>Bloc Opérateur</i>	21844951						
<i>Imagerie</i>		3336832					
<i>Laboratoire</i>			5778286				
<i>%</i>							
<i>S.EME.P</i>				2429551			
<i>Administration</i>					6890026		
<i>Services Economiques</i>						14268960	
<i>Services Sociaux</i>							195386
TOTAL REPART. SECONDAIRE							
TOTAL GENERAL (REPARTITION PRIMAIRE+REPARTITION SECONDAIRE)							
<i>UNITE D'ŒUVRE</i>	K	R	B	Néant	Néant	Néant	Néant
<i>NOMBRE D'U.O</i>	14866	37316	777820	Néant	Néant	Néant	Néant
<i>COUT U.O</i>	1469	89	7	Néant	Néant	Néant	Néant

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

SECTION PRINCIPALES

Chirurgie	Médecine	Pédiatrie	Gynéco- Obst	Ophthalmo	U.M.C	Hémodialyse	Stomato	Consult	Médecine du trav.	Soins	
7000463	6758257	4581744	7442185	8118311	8187774	12480355	452172	49800	365575	0	55436635
20316716	0	0	1528236	0	0	0	0	0	0	0	21844951
90405	58124	95859	8495	0	2940429	20835	0	122686	0	0	3336832
44722	332180	171977	167817	0	366649	223459	0	4471482	0	0	5778286
12,63	12,19	8,26	13,42	14,64	14,77	22,51	0,82	0,09	0,66	0	100
306800	296185	200798	326159	355791	358835	546961	19817	2183	16022	0	2429551
870063	839960	569449	924963	1008997	1017630	1551140	56199	6189	45436	0	6890026
1801865	1739523	1179305	1915561	2089590	2107469	3212346	116385	12818	94096	0	14268960
24673	23819	16148	26230	28613	28858	43987	1594	176	1288	0	195386
23455243	3289791	2233537	4897460	3482991	6819871	5598720	193994	4615533	156842	0	54743992
30455707	10048048	6815281	12339645	11601302	15007644	18079082	646166	4665333	522418	0	110180627
<i>J.H</i>	<i>J.H</i>	<i>J.H</i>	<i>J.H</i>	<i>PACKAGE</i>	<i>SEANCE</i>	<i>SEANCE</i>	<i>D</i>	<i>CONSULT</i>	<i>CONSULT</i>	<i>PACKAGE</i>	
2271	1729	1698	1849	0	21484	1740	3511	0	738	0	
13411	5811	4014	6674	0	699	10390	184	0	708	0	

C.2.2 Synthèse sur les calculs de coûts à l'EPH Maghnia

Dans ce travail il est abouti au coût des différents services de soins en respectant les mêmes étapes que dans les calculs de coûts au CHU Tlemcen.

Les informations sur les unités d'œuvres, les coûts d'unités d'œuvres et la méthode des sections homogènes ont déjà été donnés dans la synthèse I (CHU TLEMEN)

L'analyse en profondeur des résultats se fera en synthèse globale et se rapportera aux trois établissements hospitaliers.

C. 3 Calcul des coûts à l'EPH Ghazaouet

C.3.1 Rappel et précisions sur les calculs

Dans cet établissement il sera recherché les coûts par service médical en respectant les mêmes méthodes de calculs.

Les chiffres utilisés dans le calcul des coûts nous en été communiqués par le service des calculs des coûts à l'EPH Ghazaouet.

Les chiffres se rapportent au premier trimestre 2008 et sont d'après les responsables des chiffres justes (vérifiés par les concernés) et réels.

Les calculs suivront les étapes suivantes :

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

SECTION AUXILLIARES

DESIGNATIONS										
<i>PRESONNEL</i>	<i>BLOCS</i>	<i>IMAG</i>	<i>LABO</i>	<i>ED FONCTION</i>	<i>SEMEP</i>	<i>ADM</i>	<i>SCE ECO</i>	<i>SCE SOC</i>	<i>PEDIAT</i>	<i>MED INTERNE</i>
<i>ALIMENTATION</i>	58006	19335	38670			38670	5247794	87609	1664109	2074752
<i>PHARMACIE</i>	826156	302812	1033563		221337		58006		244080	503027
<i>FOUR DIVERS</i>	31980	58360	49758		0	239792			775170	677346
<i>ENTR & MAIN</i>	0	0	2500		0	3020	93825	0	18533	75734
<i>SOUS TOTAL</i>	3473664	2270686	3099611	176844	2330863	4401124	14000	0	0	0
<i>%</i>	6,22%	4,07%	5,55%	0,32%	4,18%	7,88%	5413625	87609	2701893	3330858
<i>CHARGE COM</i>	106101	69357	94676	5402	71195	134430	9,70%	0,16%	4,84%	5,97%
<i>TOTAL</i>	3579765	2340043	3194286	182245	2402058	4535553	5578981	90285	2784420	3432597

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

SUITE TABLEAU C1 :

<i>SECTION PRINCIPALES</i>										
CHIRURGIE	MATER RUR	MATER INT	UMC	MED TRAV	SOINS EXT	STOMATO	CONSULT	HEMODIALYSE	TOTAL GENERALE	%
394736	512841	1994126	5204217	75964	1521448	2468970	3231898	1290351	40597646	71%
481054		476208	273991					232806	2423854	4,21%
460752	141285	384542	2256400	0	193956	172449	51114	4412621	11909501	20,70%
65912		16276	68701	0	10500	7109	0	102812	839293	1,46%
11200	0	0	0	0	0	0	16200	0	46920	0,08%
413654	654126	2871152	7803309	75964	1725903	2648528	3299212	6038590	55817214	
6,12%	1,17%	5,14%	13,98%	0,14%	3,09%	4,75%	5,91%	10,82%	100%	
104268	19980	87698	238347	2320	52717	80898	100772	184445	1704902	2,96%
517922	674106	2958849	8041656	78284	1778620	2729426	3399985	6223035	57522117	100%

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

ETABLISSEMENT PUBLIC DE GHAZAOUET / CALCUL DES COUTS / PREMIER TRIMESTRE / 2008

REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGES

<i>DESIGNATIONS</i>	<i>SECTION AUXILLIARES</i>						
	<i>BLOCS OP</i>	<i>IMAG</i>	<i>LABO</i>	<i>ED FONCTION</i>	<i>SEMEP</i>	<i>ADM</i>	<i>SCE ECO</i>
<i>Total rep prim</i>	3579765	2340043	3194286	182245	2402058	4535553	5578981
<i>BLOC OPER</i>	3579765						
<i>IMAGERIE</i>		2340043					
<i>LABO</i>			3194286				
<i>REED FONC</i>				182245			
<i>SEMEP</i>					2402058		
<i>ADM</i>						4535553	
<i>SCE ECO</i>							5578981
<i>SCE SOC</i>							
TOTAL REPARTATION SECONDAIRE							
<i>Total général (répartition primaire + répartition secondaire)</i>							
U D'ŒUVRE	K	R	B	SEANCE	NEANT	NEANT	NEANT
N D'ŒUVRE	10590	37482	550975	401	NEANT	NEANT	NEANT
C D'ŒUVRE	338,03	62,43	5,8	454,48	NEANT	NEANT	NEANT

CHAPITRE 01 - Etablissement Public de Ghazaouet / Calcul des Coûts / Trimestre 01 Année 2008

TABLEAU RECAPITULATIF REPARTITION PRIMAIRE & SECONDAIRE DES CHARGES

DESIGNATIONS	SECTION AUXILLIARES									
	BLOCS	IMAG	LABO	REED	SEMEP	ADM	SCE	SCE	PEDIAT	MED
	OP			FONCTION			ECO	SOC		INTERNE
PRESONNEL	2557522	1890179	1975119	176844	2109527	4119641	5247794	87609	1664109	207475
ALIMENTATION	58006	19335	38670			38670	58006		244080	50302
PHARMACIE	826156	302812	1033563		221337	0	0	0	775170	67734
FOUR DIVERS	31980	58360	49758		0	239792	93825	0	18533	75734
ENTR & MAIN	0	0	2500		0	3020	14000	0	0	0
CHARGE COM	106101	69357	94676	5402	71195	134430	165356	2676	82528	10173
Total rep prim	3579765	2340043	3194286	182246	2402059	4535553	5578981	90285	2784420	343259
BLOC OPER	3579765								0	0
IMAGERIE		2340043							8241	4732
LABO			3194286						37191	22192
REED FONC				182246						3363
								%	7,82%	9,64%
SEMEP					2402059				87775	23148
ADM						4535553			354556	43709
SCE ECO							5578981		436123	53764
SCE SOC								90285	7058	870
TOTAL REPARTATION SECONDAIRE									1030944	151780
Total général (répartition primaire + répartition secondaire)									3815364	495040
U D'ŒUVRE	K	R	SEANCE			Néant	Néant	Néant	JH	JH
NBR D'ŒUVRE	10590	37482	401			Néant	Néant	Néant	540	1515
C D'ŒUVRE	338,03	62,43	454,48			Néant	Néant	Néant	7065	3268

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Suite TABLEAU C3:

SECTION PRINCIPALES										TOTAL GLE	%
CHIRURGIE	MATER RUR	MATER INT	UMC	MED TRAV	SOINS EXT	STOMATO	CONSULT	HEMODIALYSE	S/T SEC PRIN		
2394736	512841	1994126	5204217	75964	1521448	2468970	3231898	1 290 351	22433412	40597646	71%
481054		476208	273991					232806	2211166	2423854	4,21%
460752	141285	384542	2256400	0	193956	172449	51114	4412621	9525633	11909501	20,70%
65912	0	16276	68701	0	10500	7109	0	102812	365577	839293	1,46%
11200	0	0	0	0	0	0	16200	0	27400	46920	0,08%
104268	19980	87698	238347	2320	52717	80898	100772	184445	1055711	1704902	2,96%
3517922	674106	2958850	8041656	78284	1778621	2729426	3399984	6223035	35618900	57522117	100%
2102562	0	760573	716629	0	0	0	0		3579765		
39144	0	11238	1040289	0	1170209	0	0		2340043		
38843	0	319037	205812	0	1376620	0	466700	528154	3194286		
					116346				182245		
9,88%	1,89%	8,31%	22,58%	0,22%	4,99%	7,66%	9,55%	17,47%	100%		
237957	45460	199538	542311	5279	119946	184066	229287	419667	2402058		
447957	85838	376767	1023989	9968	226482	347553	4322939	792414	4535553		
551011	105585	463444	1259563	12262	278585	427509	532539	974713	5578981		
8917	1709	7500	20384	198	4508	6918	8618	15774	90285		
3425676	238592	2138097	4808977	27708	3292696	966047	1670083	2730721	21903217		
6943598	912698	5096946	12850634	105992	5071316	3695473	5070068	8953756	57522117		
JH	JH	JH	p	CONSULT	p	D	CONSULT	SEANCE			
1020	0	821	8412	0	0	4551	0	1235			
6807	0	6208	1528	0	0	812	0	7250			

C.3.2 Synthèse sur les calculs à l'EPH Ghazaouet

Il apparaît donc que les méthodes de répartitions et d'affectations des charges ont été respectées dans les calculs.

La méthode des sections homogènes, le choix des unités d'œuvres, le calcul des coûts d'unité d'œuvres sont les mêmes que dans les deux établissements précédents.

La méthode de calcul utilisée est la méthode des sections homogènes, elle répartie les charges indirectes des sections secondaires sur les sections principales par ce qui est appelé la clé de répartition et mesure l'activité des sections principales par ce qui est appelé l'unité d'œuvre.

Le coût final est obtenu par la division du montant global de chaque section principale par le nombre d'unité d'œuvre de chaque section. En fin de compte, le coût de l'unité d'œuvre représente le coût médical de chaque service durant une période donnée dans notre exemple c'est le trimestre.

Cependant le commentaire sur la formation des coûts se fera en synthèse globale concernant les trois établissements pour ressortir une analyse fiable que possible sur les coûts

SECTION II Synthèse globale et commentaire des résultats du cas pratique

Ce qui faut essentiellement retenir de ce travail c'est que les chiffres présentés dans le calcul des coûts des trois établissements sont réels et nous ont été communiqué par les services de calcul des coûts.

Aussi, il faut préciser que le calcul des coûts a été rendu obligatoire dans tous les établissements hospitaliers par l'instruction ministérielle N°15 DU 3 /10/ 2001.

Les services concernés sont tenus d'établir mensuellement des coûts médicaux tels que présentés antérieurement.

D'autre part, l'analyse des coûts dans les trois établissements nous a permis de faire ressortir certaines informations qu'on peut résumer comme suit :

A. coûts et gestion des établissements hospitaliers

Cette question par rapport à son importance peut résumer les éléments suivants :

A.1 Dominance des coûts fixes

Le calcul des coûts effectués dans les trois établissements montre clairement une dominance des coûts de personnel à la hauteur des 70% de l'ensemble des charges, ces derniers sont principalement des charges fixes qui sur le plan de gestion sont les plus difficile à maîtriser étant donné qu'ils ne varient pas en fonction de la production des soins mais sont supportés par l'établissement quelque soit la quantité produite.

En parallèle cela signifie que les 30% des charges restantes sont en majorité variables et fluctuent en fonction de la quantité des soins, autrement dit des malades traités à l'hôpital.

Ces charges « matérielles » donnent d'autres renseignements sur la consommation des soins médicaux en médicaments, imagerie, restauration et d'autres consommations qui ont un effet très important sur la qualité des soins.

A.2 Absence de normes de gestions

Ce qui ressort de manière très flagrante c'est cette variabilité de coûts qui reste parfois très large dans certaines rubriques (médicaments par exemple) et ceci d'un mois à un autre, et d'un établissement à un autre sans pour autant trouver le plus souvent une explication réelle et convaincante de la part des responsables ou gestionnaires des établissements.

Ainsi, Pour l'augmentation mensuelle des coûts de médicaments tel que remarqué dans le calcul des trois établissements, il est souvent avancé les arguments d'instabilité des prix sur les marchés extérieurs, du taux de change ou encore d'inflation qui augmentent spectaculairement les coûts de soins

Il est vrai que les facteurs cités perturbent la gestion courante des stocks, mais il est constaté aussi sur le terrain l'absence d'une gestion efficace et transparente des stocks de médicaments qui obéit rarement à des techniques transparents basées sur des calculs prévisionnels qui font que les prix peuvent rester fixes pendant une période assez longues.

A.3 Dépenses des services auxiliaires

La méthode des sections homogènes considère les services auxiliaires comme services de soutien, c'est-à-dire sensé donner une aide indirecte qui se traduit par une charge indirecte qui sera répartie ensuite sur l'ensemble des services principaux en fonction du degrés de participation.

Au niveau des trois hôpitaux, nous avons rencontrés une grande difficulté à mesurer avec exactitude les activités de l'ensemble des services auxiliaires surtout que des examens et des services sont prodigués aussi à des malades externes.

Même si dans notre cas pratique ces dépenses sont soustraites du calcul global, des questions importantes persistent par rapport aux prix de ces examens sachant que la nomenclature des actes est loin de représenter les coûts exacts.

Aussi, les normes de gestions semblent absentes dans l'utilisation des réactifs ou' il n'est pas fixé par exemple des doses/malades, ce qui permet un contrôle simple de l'utilisation des consommables.

Le constat est fait aussi pour l'utilisation du matériel qui est sensé fonctionner dans nos hôpitaux selon la demande ; cette utilisation exagérée sans normes /jour et sans fixer les modalités d'entretiens quotidiens donnent souvent des pannes et des arrêts continus.

A.4 Coût et détail de la production des soins

Par la présente méthode de calcul, beaucoup de détail sur la production de soins sont omis ou masqués, ce qui a rendu très difficile de donner des explications logiques à certains coûts, par exemple le coût de l'imagerie médicale à 50 D.A au CHU Tlemcen.

D'abord le prix lui-même n'est pas révélateur d'un prix juste et logique.

Aussi, dans le même service, la variabilité et la diversité des processus de soins montre qu'il y a des examens différents dont les coûts sont en principe très variables: La radiologie, le scanner, l' U.I.V ainsi que d'autres services plus détaillés qui font que le prix de certains peut dépasser largement les 5000 D.A, l'exemple se rapporte au scanner par exemple.

A.5 Anomalies dans la formation des coûts

Le résultat des calculs de coûts dans les trois établissements nous a permis de détecter une anomalie dans la formation de coûts dans certains services des hôpitaux de Maghnia et de Ghazaouet où il est enregistré un nombre de malades bien plus faible à comparer avec celui de l'hôpital de Tlemcen avec un coût final bien plus important ; le cas se rapporte par exemple au service de la chirurgie générale.

Du point de vue comptable ceci s'explique par la dominance des coûts fixes (dépenses de personnels notamment) qui gonflent les coûts finaux de soins, même s'il est réalisé une faible quantité de production.

Il y a lieu de préciser que l'une des grandes nouveautés dans la gestion hospitalière apportées par le modèle Fetter réside dans cet aspect de problème, où il est question d'homogénéiser le coût de soins dans les différents établissements en fonction de la quantité de soins produits et la difficulté des cas traités.

En effet, par rapport à sa vocation de centre hospitalo- universitaire, l'hôpital de Tlemcen effectue des interventions nettement plus lourdes par rapport aux deux autres établissements de Maghnia et de Ghazaouet, ce qui peut donner en principe des coûts plus élevés, de ce fait les coûts présentés ultérieurement dans les différents services ne reflètent aucune caractéristique de lourdeur thérapeutique par rapport à la qualité des cas traités en milieu hospitalier ni par rapport aux coûts de soins.

A.6 Absence des charges d'amortissements

Le calcul des coûts tel que présenté dans les trois cas d'établissements n'introduit aucune charge d'amortissement que ce soit du matériel ou de l'équipement, ce qui nous laisse penser qu'une dépense importante n'a pas été introduite dans les coûts finaux obtenus. Ceci peut rendre le coût d'hospitalisation encore plus lourd et peut nous donner d'autres informations sur les méthodes de choix du matériel, son amortissement et la politique de remplacement des équipements qui offre toute une vision de gestionnaire et de décideurs.

Dans le cas des trois établissements, la non introduction des coûts d'amortissement est justifiée par les responsables par l'indépendance du budget d'investissement par rapport au budget d'équipement et que chacun se distingue par une gestion propre.

Du point de vue analytique ceci n'est pas justifiable, car un coût doit contenir l'ensemble des charges quelque soit leurs nature (fixes ou variables, directes ou indirectes) et que les amortissements assurent justement le renouvellement du matériel après usage durant une période comptable déterminée.

A.7 Coût et preuve de mauvaise gestion un exemple sur les dépenses d'alimentations

La variation des coûts dans le temps (le mois) et dans l'espace (les trois établissements) nous a permis de faire ressortir un aspect de mauvaise gestion des ressources financières.

Pour illustrer cet aspect de la question nous avons été contraint d'analyser un chapitre des dépenses dans les trois établissements et durant la même période (le premier trimestre 2008) ; Le cas se rapporte notamment aux dépenses d'alimentation qui a varié de la façon suivante :

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Dépenses alimentaires par service au CHU Tlemcen

service	<i>janvier</i>		<i>février</i>		<i>mars</i>	
	<i>malades</i>	<i>montant</i>	<i>malades</i>	<i>montant</i>	<i>malades</i>	<i>montant</i>
Chirurgie générale	2508	327419	2242	331816	1314	231678
Urologie	253	33029	238	35224	300	52895
O.T.R	1328	173370	1264	187072	1257	221628
Neto chirurgie	1187	154963	1235	182780	1464	258125
Ophthalmo	559	72977	486	71928	730	1287
O.R.L	356	46476	415	61420	635	111960
Med_ interne	1179	153918	1076	159248	1189	209639
Neurologie	1182	154310	1131	167388	1491	26288
Gastrologie	601	78461	533	78884	688	121305
Infection	181	23630	189	27972	273	48134
Pneumo physio	1090	142300	820	121360	825	145460
Hema_chimique	314	40993	409	60532	409	72113
Dermatologie	371	48434	303	44844	439	77409
Cardiologie	1649	215277	1681	248788	1396	246136
Médecine légale	116	15144	157	23236	131	23097
Gynécologie	439	57311	325	48100	366	64531
Psychiatrie	769	100393	992	146816	1235	217749

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Neurologie	609	79505	472	69856	444	78284
Rééducation fonctionnelle	654	85380	653	96644	586	103321
hémodialyse	1078	140733	960	142080	1064	187599
Total général services	16392	2139976	15552	2301696	16174	2851719
Total personnes de garde	6723	877688	6300	932400	6374	1123832
<i>Total général</i>	23115	3017663	21852	3234096	22548	3975551

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Le service de calcul des coûts nous a fourni les informations complémentaires suivantes sur les Dépenses alimentaires globales qui au mois de **janvier 2008** se sont élevées à **3017663 DA**. Pour un nombre de repas servis durant le mois de janvier de **23115** repas, soit un prix de revient qui s'élève à **130.55 DA** le repas.

Les dépenses alimentaires globales du mois **de février 2008** étaient de **3.234.096 D.A** pour un nombre de **21852 repas** servis durant le mois.

Le prix de revient du repas s'est fixé à **148.00 D.A.**

Dépenses alimentaires globales du mois **de mars** étaient de **3.975.551 D.A.** Pour un nombre total de repas servis durant le mois de **22548** repas.

Soit un Prix de revient du repas de **176.31 D.A.**

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de TlemcenDépenses d'alimentations du personnel de garde au CHU Tlemcen

	janvier		février		mars	
service	malades	montant	malades	montant	malades	montant
C.T.S	31	4047	29	4292	31	5466
Administration	124	16188	116	17168	93	16397
Service économique	2104	274677	1979	292892	1755	309433
O.T.R	31	4047	29	4292	31	5466
U.M.C	1485	546352	3915	579420	4185	737878
SAMU	248	32376	232	34336	248	43726

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Les dépenses d'alimentations ont tendance à être une charge très lourde pour les acteurs de financement surtout qu'il est remarqué que le personnel de garde est pris en charge par l'hôpital sur le plan de restauration. Cette mesure reste médicalement et économiquement inexplicable, car elle gonfle d'avantage les coûts médicaux et rend très difficile une quelconque recherche de gestion ou d'économicité.

Le plus grave, c'est que le coût du personnel de garde représente les % de l'ensemble des dépenses d'alimentation et reste très élevé surtout que le prix de revient du repas a augmenté de **46,00 D.A** entre le mois de Janvier et de Mars ce qui est lourd, compte tenu du nombre de malades traités à l'hôpital

Les causes de cette croissance, selon les responsables sont dues aux augmentations successives des prix des produits de base (huile, riz,) et à l'instabilité des prix des fruits et légumes dans le marché national et local en particulier.

Cependant, cet aspect de la question reste peu convainquant ;surtout qu'il est constaté sur le terrain, l'absence des normes d'une gestion prévisionnelles , car dans une gestion transparente et efficace il est impossible que le prix d'un repas durant un trimestre puisse fluctuer de **46 DA**

Non loin de l'hôpital de Tlemcen et durant la même période, les dépenses d'alimentation pour l'hôpital de Maghnia se sont présentées comme suit :

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de TlemcenDépenses alimentaires par service EPH. Maghnia

services	<u>janvier</u>		<u>février</u>		<u>mars</u>	
	<u>malades</u>	<u>Montant</u>	<u>malades</u>	<u>montant</u>	<u>malades</u>	<u>Montant</u>
Chirurgie	698	174412	708	172493	67	220114
Médecine	598	149424	579	141064	52	140142
Pédiatrie	696	173912	557	135704	45	112977
Génycob	650	162418	605	147399	94	150805
Hémodialyse	605	151173	523	127421	12	155375
UMC	0	0	0	0	0	0

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de TlemcenDépenses alimentaires en dehors des services médicaux

services	janvier		février		mars	
	<u>Personne de garde</u>	<u>montant</u>	<u>Personnel de garde</u>	<u>montant</u>	<u>Personnel de garde</u>	<u>montant</u>
Bloc opératoire	31	7746	159	38738	155	39351
Radiologie	0	0	40	9745	62	15741
Laboratoire	0	0	40	9745	62	15741
Administration	31	7746	69	16811	124	31481
Service économique	62	17492	119	28992	248	62962
Chirurgie	0	0	80	19491	62	15741
Médecine	0	0	80	19491	62	15741
Pédiatrie	62	15492	109	26556	93	23611
Gynéco obstétrique	62	15492	128	31185	310	78703
hémodialyse	62	15492	0	0	612	155375
UMC	62	15492	168	40931	168	40931

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

D'autres dépenses alimentaires nous est été communiqué par le service des coûts et se présentent comme suit :

	<u>janvier</u>		<u>Février</u>		<u>mars</u>	
	<u>personnel</u>	<u>montant</u>	<u>personnel</u>	<u>montant</u>	<u>personnel</u>	<u>montant</u>
<i>Bloc opératoire</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Radiologie</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Laboratoire</i>	100	24987	100	24363	100	25388
<i>Administration</i>	20	4997	32	7796	0	0
<i>Service économique</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Chirurgie</i>	264	65967	222	54087	236	59916
<i>Médecine</i>	255	63718	245	59690	236	59916
<i>Pédiatrie</i>	688	171913	419	102083	422	107137
<i>gynéco_obst</i>	42	10495	28	6822	28	7109
<i>hémodialyse</i>	0	0	0	0	0	0
<i>UMC</i>	0	0	0	0	0	0

Les dépenses alimentaires du mois de **Janvier 2008** étaient de **1230876 D.A**, pour un nombre de **4926** repas servis, ce qui donne un prix de revient d'un repas de **250 D.A**

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Durant le **mois de Février**, les dépenses globales étaient de **1220606 D.A**, pour un nombre de **5010 repas servis** et un prix de revient de **244 D.A** le repas.

Enfin pour le **mois de Mars**, les dépenses globales d'alimentations se sont élevées à **1416650 D.A** avec un nombre de **5580 repas servis** d'où un coût moyen de **254 D.A** le repas.

Il est remarqué que le nombre de personnes de gardes est parfois supérieur au nombre de malade, ce qui explique que cette dépense est loin d'être maîtrisée ou géré avec efficacité, afin de réaffecter la différence pour améliorer la qualité des prestations de soins.

Un autre exemple pour le même chapitre des dépenses d'alimentation est donné par le service des calculs de coûts à l'EPH **Ghazaouet**.

Dépenses alimentaires globales du mois de **Janvier** sont de **752849,84**

Nombre total de repas servis durant le mois est de **3545 repas**

Prix de revient d'un repas est de **212,37.DA**

DESIGNATION	MALADES		PERSONNE DE GARDE		TOTAL	
	NBR	MONTANT	NBR	MONTANT	NBR	MONTANT
CHIRURGIE	664	141013,34			664	141013,34
MED INTERNE	546	115953,74			546	115953,74
MATERNITE RUR	0	0			0	0
MATERNITE INT	734	155879,21			734	155879,21
PEDIATRIE	476	101087,88			476	101087,88
HEMODIALYSE	434	92168,36			434	92168,36
UMC	361	76665,39			361	76665,39
BLOC OPE			90	19113,25	90	19113,25
LABORATOIRE			60	12742,17	60	12742,17
IMAGERIE			30	6371,08	30	6371,08
SCE ADM			60	12742,17	60	12742,17
SCE ECO			90	19113,25	90	19113,25
TOTAL	3215	682767,92	330	70081,92	3545	752849,84

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Dépenses alimentaires globales du mois de **Février** sont de **731257,20 D.A**

Nombre total de repas servis durant le mois est de **3803** repas

Prix de revient d'un repas est de **192,28** D.A

	MALADES		PERSONNE DE GARDE		TOTAL	
	NBR	MONTANT	NBR	MONTANT	NBR	MONTANT
CHIRURGIE	778	149597,18			778	149597,18
MED INTERNE	949	182477,8			949	182477,8
MATERNITE RUR	0	0			0	0
MATERNITE INT	668	128445,91			668	128445,91
PEDIATRIE	337	64799,81			337	64799,81
HEMODIALYSE	393	75567,73			393	75567,73
UMC	348	66914,94			348	66914,94
BLOC OPE			90	17305,59	90	17305,59
LABORATOIRE			60	11537,06	60	11537,06
IMAGERIE			30	5768,53	30	5768,53
SCE ADM			60	11537,06	60	11537,06
SCE ECO			90	17305,59	90	17305,59
TOTAL	3473	667803,37	330	63453,83	3803	731257,2

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Dépenses alimentaires globales du mois **Mars** sont de **939746,92 DA**

Nombre total de repas servis durant le mois est de **3918 repas**

Prix de revient du repas est de **239,85 DA**

<i>DESIGNATION</i>	<i>MALADES</i>		<i>PERSONNE DE GARDE</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>NBR</i>	<i>MONTANT</i>	<i>NBR</i>	<i>MONTANT</i>	<i>NBR</i>	<i>MONTANT</i>
<i>CHIRURGIE</i>	778	149597,18			778	149597,18
<i>MED INTERNE</i>	949	182477,8			949	182477,8
<i>MATERNITE RUR</i>	0	0			0	0
<i>MATERNITE INT</i>	668	128445,91			668	128445,91
<i>PEDIATRIE</i>	337	64799,81			337	64799,81
<i>HEMODIALYSE</i>	393	75567,73			393	75567,73
<i>UMC</i>	348	66914,94			348	66914,94
<i>BLOC OPE</i>			90	17305,59	90	17305,59
<i>LABORATOIRE</i>			60	11537,06	60	11537,06
<i>IMAGERIE</i>			30	5768,53	30	5768,53
<i>SCE ADM</i>			60	11537,06	60	11537,06
<i>SCE ECO</i>			90	17305,59	90	17305,59
<i>TOTAL</i>	3473	667803,37	330	63453,83	3803	731257,2

Il est très clair qu'au titre d'un seul chapitre (les dépenses d'alimentations) les coûts sont loin d'être maîtrisés qu'elle que soit l'argument apporté par les gestionnaires.

La preuve c'est que chaque hôpital avance un prix de repas différent durant chaque mois.

Ce qui reste illogique et difficile à comprendre, c'est que les dépenses d'alimentation sont nettement plus élevées dans les petits établissements comme Maghnia et Ghazaouet et bien plus faible au CHU Tlemcen où le nombre de malades est plus important.

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Aussi, les dépenses d'alimentations dans les nouveaux systèmes au monde sont de nos jours fixés selon un prix de référence déterminé à l'avance, c'est donc le montant global qui peut augmenter en fonction des journées d'hospitalisations mais pas le prix du repas.

De même, nous restons très convaincu qu'une grande part d'ingérence incombe aux responsables dans la gestion de ce chapitre ou il est très difficile de connaître exactement ce qui a été consommé par les malades, les personnels de gardes ou autres.

Une gestion prévisionnelle efficace s'impose pour effectuer les corrections nécessaires en temps voulu, ce qui se traduit par une économie de ressources qui peut être réaffectée ailleurs.

A.8 Critique de la méthode utilisée dans le calcul des coûts

Répartir les charges indirectes sur l'ensemble des services n'est plus révélateur sur le plan de gestion car cela signifie que tout malade hospitalisé dans un service(principal) déterminé supportera une charge indirecte de l'ensemble des services auxiliaires, alors qu'en réalité il existe un éventail très large dans le traitement des malades hospitalisés, il se trouve qu'il y ait des malades qui soient maintenus à l'hôpital pour une simple observation ou contrôle médical, ces derniers ne sont pas donc concernés par l'ensemble des examens biologiques ou radiologiques.

Aussi, choisir la journée d'hospitalisation comme unité d'œuvre et de mesure de production hospitalière est très contesté dans les nouveaux système de gestion, car ce critère est jugé inflationniste dans la mesure ou il est médicalement prouvé que les dépenses de soins se concentrent le plus souvent durant les premiers jours d'hospitalisation du malade puis décroît progressivement pour se limiter aux derniers jours aux seuls dépenses de restauration et d'hôtellerie.

A.9 Coût et gestion des établissements

En matière de gestion, l'essentiel n'est pas de calculer un coût mais de connaître sa composition et le placer au centre de décision comme référence ou outil de gestion.

Cet aspect de la question n'a pas été touché lors de notre étude pratique, ou il a été remarqué l'absence de repères analytique et de contrôle de gestion par ce qui est appelé les coûts préétablis, les tableaux de bords, des éléments qui peuvent servir de référence en matière de gestion et de prise de décision. Parce qu'en fin de compte, et en matière de coûts préétablis les écarts sont calculés puis corrigés par les décisions

correspondantes et donnent par la même occasion une explication économique ou financière à l'écart trouvé.

A.10 Coût et budgétisation

Etant donné que les coûts se répartissent sur l'ensemble des malades hospitalisés, il est logique que les coûts globaux augmentent avec l'accroissement du nombre des malades.

Sur le plan de gestion ceci restera un prétexte suffisant pour les responsables de demander chaque année des budgets plus importants.

Sur le terrain, il est appris par les responsables que l'intégralité du budget doit être consommé avant le fin de l'année et il est chaque fois demandé un budget complémentaire justifié par l'accroissement des dépenses et du nombre des malades.

Cette mesure n'encourage en rien la recherche d'économicité ou d'efficacité de la gestion.

Aussi, cet élément est suffisamment contesté par les partisans de l'économie libérale notamment l'école du « public choice » qui fonde la faillite de l'économie publique par le financement du budget et le comportement des bureaucrates.

En réalité et par rapport au modèle Fetter, cela ne justifie qu'une fine partie des charges, car l'accroissement du budget doit désormais être justifiée par ce qui est appelé « la lourdeur de traitement des cas pathologiques » qui nécessite des moyens plus importants et plus coûteux. Par exemple, un service de cardiologie à l'hôpital Mustapha Bacha effectue certaines interventions plus lourdes qu'au C.H.U Tlemcen, le même exemple peut s'appliquer sur l'hôpital de Sebdou par rapport au C.H.U Tlemcen. Cela signifie qu'en matière de dotation, le service de cardiologie de l'hôpital Mustapha Bacha aura un financement plus important même si le nombre de malades est plus faible que celui du service de cardiologie de Tlemcen. L'idée fondamentale donc est de relier le financement « à la sévérité » de l'activité médicale, qui avec le temps accélère les actions de concurrence entre les hôpitaux, l'investissement et le savoir faire dans le domaine de la santé.

B. Analyse de certaines informations puisées de la gestion courante des établissements hospitaliers

Cette analyse se veut un complément d'information extraite du terrain au sujet de certains outils nouvellement introduits dans la gestion des hôpitaux en Algérie.

En effet, lors de l'élaboration du cas pratique, nous avons touché un essai d'amélioration du traitement de l'information hospitalière à travers une certaine influence des responsables par le modèle Fetter.

La question se rapporte à la constitution de ce qui est appelé le résumé standard de sortie et le résumé clinique de sortie.

B.1 résumé standard de sortie et résumé clinique de sortie

Le 22 décembre 2002 les directeurs des secteurs sanitaires, directeurs généraux des C.H.U et des E.H.S ont été destinataires d'une instruction N°16/MSPRH/MIN 2002 , identifiant parmi les réalisations concrètes attendues, la remise systématique à tout patient hospitalisé sortant d'un « **résumé clinique de sortie** ».

Ce document à caractère médico-légal répond au droit du malade d'être informé lors de son séjour en milieu hospitalier, de la nature de l'affection ayant entraîné son hospitalisation ainsi que les actes et indications thérapeutiques reçus.

Par ailleurs, « **un Résumé Standard de sortie** » est établi par le service administratif, renseignant sur la nature des pathologies prises en charge ainsi que la durée et le mode de sortie du patient Ce résumé document médico-administratif est destiné essentiellement au recueil de l'information épidémiologique hospitalière et à l'évaluation des activités des services et de l'offre de soins.

Une notice explicative concernant les modalités de renseignements des deux types de résumés ont été jointe au document (**voir annexe 1 et 2**)

La mise en application de cette instruction s'est soldée sur le plan pratique par les résultats suivants :

B.1.1 Concernant le Résumé Standard de sortie

Il est très clair qu'à travers cette instruction, l'objectif de l'Etat est de mettre en place un système d'information (de type P.M.S.I en France) pour tenter de mesurer la quantité et la qualité (dans une certaine mesure) des soins effectués dans les différents établissements hospitaliers

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

En pratique, cette instruction s'est soldée par une grande nouveauté sur le plan économique et médical.

Sur le plan médical, c'est la première fois dans l'histoire de la gestion du système de soins qu'un tel document soit imposé pour dévoiler les différents actes et traitements pathologiques, ce qui reste un grand pas vers l'élaboration d'un schéma régional ou national de la distribution des soins en Algérie.

Aussi, ce résumé a donné une nouvelle ampleur à la recherche de la nature épidémiologique dominante à l'hôpital, ce qui aboutira à la réflexion sur le plan économique sur les moyens de traitements et de préventions de la pathologie caractéristique du pays.

De même, sur le plan de gestion, la définition du produit hospitalier se fera à l'avenir « par des actes et non des journées d'hospitalisations » ce qui peut s'étendre à la constitution des GHM.

Depuis cette date, les établissements hospitaliers sont tenus d'établir mensuellement « un Résumé Standard de sortie » qui répertorie tous les actes (médicaux et chirurgicaux) pour toutes nature d'épidémiologies traitées en milieu hospitalier.

Un exemple sur ce résumé au C.H.U Tlemcen et durant le premier trimestre 2008 se présente pour certains services comme suit :

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen**ACTES OPERATOIRES PAR TYPES D'INTERVENTIONS 1^{er} TRIMESTRE 2008_****SERVICE : CHIRURGIE A**

TYPES D'INTERVENTIONS	JANV	FEV	MARS	TOTAL
HYDROCELE			NEANT	
EVENTRATION		02		02
FISTULE AUXILLAIRE		01		01
FISTULE ANTERO CUTANEE		01		01
FISTULE AVANT BRAS		01		01
RECTUM				
SIGMOIDE		01		01
KYSTE HYDATIQUE DU FOIE	01	02		03
KYSTE SYNOVIALE		02		02
SINUS PILLONIDAL	01			01
HEMOROIDES		01		01
VARICES	01	01		02
BIOPSIE	02	02		04
FISTULE	01			01
PLASTRON APPENDICULAIRE	01			01
L.V.	14	16		30
L.V.B.P.	02	04		06
GOITRE	10	07		17
HERNIE INGUINALE	14	17		31
HERNIE DE LA LIGNE BLANCHE				
HERNIE CONJ.				
F.P.A.	03	05		08
ICTERE	01			01
NEO GASTRIQUE	01			01
NEO DE L'ESTOMAC		01		01
NEO THYROIDIEN		01		01
NEO DU SEIN		01		01
RETABLISSEMENT	01			01
HERNIE AMBILICALE	02	01		03
UTERUS	01			01
NODULE DU SEIN		01		01
TOTAL	56	68	00	124

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen**ACTES OPERATOIRES PAR TYPES D'INTERVENTIONS****SERVICE : CHIRURGIE B**

TYPES D'INTERVENTIONS	JANV	FEVR	MARS	TOTAL
L.V.	14	12	25	51
FISTULE ANALE				
FESSURE ANALE		01		01
THYROIDE			10	10
OEUSOPHAGE			01	01
ESTOMAC			02	02
HERNIE LIGNE BLANCHE	04	01		05
HERNIE INGUINALE	06	10	11	27
NEO DU COLON		01		01
NEO DU SEIN		01		01
NEO DE LA FESSE		01		01
FISTULE PERIANALE		01		01
KYSTE HYDATIQUE DU FOIE		01	01	02
KYSTE DU POUMON	01		01	02
GOITRE	08	05		13
VARICE			03	03
LIPOME	01	01		02
STENOSE GASTRIQUE			01	01
TUMEUR CUTANEE		01		01
ECTOPIE			01	01
EVENTRATION	03	05	06	14
CIRCONSION			01	01
NEO DU SIGMOIDE		02		02
SIGMOIDE				
SINUS			03	03
PENCREAS	01			01
HYDROCELE		01		01
NEO DE SEIN		01		01
COLON	01			01
RETABLISSEMENT			01	01
L.V.B.P		03		03
SINUS	01	01		02
HERNIE AMBILICALE		01	05	06
KYSTE EPIDERMIQUE	01			01
COELITUMEUR DE LA FESSE	01			01
TOTAL	42	50	72	164

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen**ACTES OPERATOIRES PAR TYPES D'INTERVENTIONS****SERVICE : NEURO-CHIRURGIE**

TYPES D'INTERVENTIONS	JANV	FEV	MARS	TOTAL
HERNIE DISCALE CERVICALE		04		04
HERNIE DISCALE LOMBAIRE	08		09	17
HYDROCEPHALIE	08	06	07	21
EMBARRURE	01			01
PONCTION D'UN KYSTE				
REVISION DE VALVE	01	03	01	05
MENINGOCELE	01	01	02	04
MENINGIOME			02	02
LAMINECTOMIE	03		03	06
RACHIS CERVICAL FIXATION		01	02	03
ABSCES DISCALE				
RACHIS DORSAL LOMBAIRE FIXATION	01	03	01	05
RACHIS CERVI.PLAQUE VISS	01			01
P.E.I.C EXERESE		05		05
PROCESSUS EXPANSIF INTRA-CRANIEN			04	04
TUMEUR	01	02		03
MENINGIOME ENCEPHALOCELLE	02	01		03
BIOPSIE DORSAL			01	01
ABLATION DE PLASTIC				
ABLATION DE MATERIELS			02	02
HEMATOME S/DURAL				
PLAIE CRANIO CELEBRALE			01	01
TOTAL GENERAL	27	26	35	88

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen**ACTES OPERATOIRES PAR TYPES D'INTERVENTIONS****SERVICE : OPHTALMOLOGIE**

TYPES D'INTERVENTIONS	JANV	FEVR	MARS	TOTAL
DECOLLEMENT DE RETINE				
TRABECUTECTOMIE	02	01	03	06
CATARACTE AVEC IMPLANT	23	26	50	99
CATARACTE COMPLIQUE				
CATARACTE				
CATARACTE CONGENITALE		01		01
CATARACTE SANS IMPLANT	06	03	08	17
CATARACTE AVEC IMPLANT+PTERYGION	03	05	04	12
LAVAGE DES MASSES	03	02	07	12
D.C.R.	01	04	03	08
PTERYGION	08	07	09	24
CHALAZION		01	14	15
TRICHIASIS				
CRYOAPPLICATION	03	01	06	10
CRYOAPPLICATION (sans fiche)				
CYCLOCROTHERAPIE	01			01
ABLATION FILS S /A GENERALE	01			01
PLAIE DE CORNE	01	02	03	06
KYSTE DERMOIDE			01	01
REFECTION D'IMPLANT				
INFECTION INTRA VITRIENNE			02	02
PLAIE CONJONCTIVALE + PALPEBALE	01			01
CATARACTE POST TRAUMATQ.	01			01
EVISCERATION		01	01	02
REPRISE DE CATARACTE(lavage de masse)	01			01
SANDAGE DE LA VOIE LACRYMAL	01		01	02
ELECTRO-EPILATION	01			01
PLAIE SCLERALE			01	01
PLAIE SCLERALE			01	01
PLAIE CORNEO + HERNIE DE L'IRIS		01		01
REPRISE DE SUTURE DE CORNEE		02		02
ECLATEMENT DU GLOBE		02	01	03
ABLATION DE SAC LACRYMAL	01		02	03
SUTURE CORNEO-SCLERALE	01			01
HERNIE DE L'IRIS		01		01
STRABISME			01	01
TOTAL GENERAL	59	60	118	237

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen**ACTES OPERATOIRES PAR TYPES D'INTERVENTIONS****SERVICE : URGENCES MEDICO-CHIRURGICAUX**

TYPES D'INTERVENTIONS	JANV	FEV	MARS	TOTAL
APPENDICITE	47	49	71	167
OCCLUSION	15	19	07	41
PERITONITE	12	27	14	56
REDUCTION	89	129	112	330
HERNIE	08	20	11	39
INCISION	32	30	63	125
CHOLECYSTITE			05	05
PANCREATITE			01	01
NEO DU RECTOME			01	01
PANSEMENT	40	68	41	149
AMPUTATION			08	08
JULISION				
PLAIE	40	55	45	140
NECRECTOMIE	05	10	07	22
DRAINAGE THORACIQUE	02	08	02	12
BIOPSIE				
HEMATOME				
HEMATOME SOUS DU (N-CH)	06	10	08	24
PLAIE (N-CH)	03	04	04	11
POLYTRAUMATISME				
INCISION (N-CH)				
HEMATOME EXTRA DU (N-CH)				
HYDROCEPHALE (N.CH)				
TRACHEOTOMIE (ORL)	01		02	03
PLAIES (ORL)	03	03	02	08
CORP ETRANGER (ORL)	04	04	04	12
ORL MECHAGE			02	02
INCISION (ORL)		02	02	04
REDUCTION (ORL)	02	06	03	11
KYSTE OVARIEN				
FR DU NEZ				
TRAUMATISME CRANIEN				
UROLOGIE		05	01	05
TRAUMATOLOGIE				
STOMATOLOGIE				
ROPTURE DE ROTE				
TOTAL	309	449	416	1174

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Dans le même contexte un résumé médical concernant les pathologies traitées en milieu hospitalier est dressé mensuellement pour chaque service, il se présente dans certaines unités de soins comme suit :

FICHE DE PATHOLOGIE

SERVICE : PSYCHIATRIE

TYPES DE PATHOLOGIES	JANV	FEV	MARS	TOTAL
Schizophrénie paranoïde	24	28	41	93
Etat dépressif	05	08	13	26
Bouffée délirante aigue	04	05	01	10
Toxicomanie				
Conversion hystérique		01		01
Etat limite		01		01
Epilepsie	01		02	03
Agitation Psychomotrice				
Hystérie				
Troubles bipolaires	02	04	03	09
Débilité moyenne	01			01
Psychose hallucinatoire chronique				
Syndrome près dementiel				
Trouble obsessionnel conversibles	01	01	01	03
Trouble psychotique bref		02		02
Psychopathie				
Etat de stresse traumatique		01		01
Délire paranoïaque				
Délire chronique de persécution				
Psychose maniaco-dépressive	01			01
Accès maniaque			02	02
Etat psychotique avec signe psychique				
Etat d'agitation	01			01
Episode psychotique aigue			03	03
Syndrome Anxio-Depressif				
Déficiance Mental				
TOTAL	40	51	66	157

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen**FICHE DE PATHOLOGIE****SERVICE : HEMATO-CLINIQUE**

TYPES DE PATHOLOGIES	JAN	FEV	MARS	TOTAL
Anémies	40	33	38	111
Hémophiles	02	10	11	23
H.D.K	04	09	08	21
Leucémie		16	22	38
Drépanocytose	01		03	04
Lymphome marin non hopukiddien (L.M.N.H)	07	29	12	48
L.L.C				
L.M.C				
Aplasie Médullaire	02	04	05	11
Polyglobulie	03	02	04	09
L. Aigue	14			14
M.D.S		08	05	13
S P M	02	01	03	06
Myélome malin	02	02	04	08
B.Bethlacemie		01		01
PTI		04	04	08
TOTAL	84	119	119	315

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

FICHE DE PATHOLOGIE

SERVICE : CARDIOLOGIE

TYPES DE PATHOLOGIES	JANV	FEV	MARS	TOTAL
Insuffisance coronaire	40	14	45	99
Valvuloplastie	06	14	24	44
Insuffisance cardiaque	66	53	57	176
Bloc auriculo-ventriculaire stimules	02	04	08	14
TOTAL	114	85	134	333

B.1.2 Le Résumé clinique de sortie

Établir un résumé clinique pour chaque malade est l'une des plus grande difficulté à introduire et à généraliser dans la pratique médicale ; les raisons sont nombreuses et peuvent se résumer comme suit :

- Le Résumé clinique de sortie signifie pour le personnel médical un engagement lourd et responsable dans le diagnostic, le choix du traitement et le résultat final de l'ensemble des soins prodigués aux malades.

Cependant et dans le domaine de la santé, cette responsabilité n'incombe en aucun cas aux seuls personnels de la santé. D'autres facteurs plus importants devraient être garanties aux malades avant de songer à généraliser le résumé clinique, il s'agit de la disponibilité régulière des médicaments, l'équipement des blocs opératoires par du matériel nouveaux,.... etc.

-Le résumé clinique de sortie tel qu'il est mis en place en France est suivi puis contrôlé par un département, appelé département d'information médicale (D.I.M). Il est considéré comme le cœur du système, car il est doté d'un personnel formé en la matière et a la responsabilité de suivre le « dossier médical du malade » durant tout le séjour, marque toutes les étapes de soins et en enregistre tous les actes reçus, pour les coder puis affecter son R.S.S sur son G.H.M correspondant.

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

-Aussi, et dans le cas de gestion de nos établissements, Il devient très difficile de demander au médecin traitant d'établir seul un résumé clinique de sortie, par rapport au nombre de malades à sa charge, au suivi du dossier médical surtout lorsque le malade est transféré vers plusieurs services médicaux lors de son séjour hospitalier ; il devient donc très difficile de connaître avec précision l'ensembles des actes reçu par le malades dans chaque service.

-Dans ces conditions un système d'informatisation « médicale » s'impose pour diffuser toutes sortes d'informations sur les soins des malades et la gestion des établissements correspondants.

-De part la qualité de recueil d'information médicale, la finalité du résumé clinique est celle de déterminer le coût du malade (par le G.H.M correspondant). C'est une étape primordiale, puis qu'elle relie la pathologie à son coût correspondant durant un séjour déterminé.

Dans le cas Algérien et selon les modalités de sa mise en place, le résumé clinique n'améliore en rien la qualité de l'information hospitalière car, en plus des pathologies traitées en milieu hospitaliers d'autres détails plus importants sont manquants et sont très difficile à mentionner sur un simple document, il s'agit des complications ou des comorbidités présentent chez le malade ; sa ré hospitalisation et les motifs de cette dernière. .

La finalité du résumé clinique est l'affectation du malade vers un G.H.M correspondant, donc un coût de pathologie et par la suite un I.S.A, un indice synthétique d'activité qui sanctionne les établissements en fonction de la nature et des coûts des G.H.M produits par chaque établissement .L'aboutissement à cette question n'est pas présent et n'a aucune raison d'être pour les responsables puis que l'Etat maintient le financement de la santé par le budget en engageant d'avantage la sécurité sociale dans cette action.

B.2 Coût et système de contractualisation des soins en Algérie

En préparation du projet de réforme sur la contractualisation des soins en Algérie, les établissements hospitaliers sont tenus de dresser mensuellement un bilan sur les malades

Selon les cas qu'ils soient assurés, démunies ou autres.

Au C.H.U. Tlemcen, il est fourni un exemple sur cette question durant le premier trimestre 2008.

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Evaluation financière de l'activité d'hospitalisation

Etablissement : CHU TLEMCCEN

Service hospitalier	Nbre de lits	P.M.J.H D.A	Assurés sociaux		Démunis non assures sociaux		Autres	
			journées d'hospita ls	Coût D.A	journées d'hospit als	Coût	journé es d'hospit als	Coût D.A
Urgences medico chir.	23	5 000.00	33	165 000	0	0	5260	26300000
Médecine légale et isol	10	0.00	0	0.00	0	0	236	0
Hémodialyse	14	0.00	0	0.00	0	0	296	0
total	47		33	165 000	0	0	5792	26300 000

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Services hospitaliers	Nombre de lits	P. M.J. H	Assurés sociaux		Démunis non assurés sociaux		Autres	
			Nbre de journées d'hospitalis	Coût D.A	Nbre journées d'hospitalis	Coût D.A	Nbre journées d'hospitalis	coût D.A
Médecine	302	6000	541	3246000	0	0	20005	120030000,00
Chirurgie	418	8000	954	7632000	8	64000	42864	342912000,00
Spécialités coûteuses	33	15000	23	345000	0	0	3800	57000000,00
Psychiatrie	14	2000	55	110000	0	0	2443	4886000,00
Maternité		7000	0	0	0	0	36	252000,00
Nouveaux nés		0	0	0	0	0	423	0,00
Non classée	47	5000	33	165000	0	0	5792	28960000,00
total	814		1606	11498000	8	64000	75363	554040000,00

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Le P.M.J.H (prix moyen de journée d'hospitalisation) est donné mensuellement par le ministère de la santé. Ce prix est la moyenne des coûts dans les différents services médicaux à l'échelle nationale.

En préparation à la contractualisation, ce calcul se veut une base pour les parties contractantes dans le financement et le remboursement des soins.

Mais la réalité sur le terrain est totalement différente.

En effet, les responsables de la sécurité sociale restent peu convaincu par les chiffres et les méthodes de calcul des coûts et de gestions des établissements hospitaliers.

En plus, les maux de la sécurité sociale sont nombreux pour être traités par un seul outil qui est la contractualisation.

De ce fait, Il devient très clair que l'Etat avance des projets de réformes sans que soit appuyés par des supports adéquats.

Le projet sur la contractualisation date de longues années et mérite un penchement sérieux sur la question en réexaminant d'abord la fonction de l'organisme de la sécurité sociale par rapport aux catégories prises en charge, son autonomie et la gestion de ses fonds qui en grande partie affecté à d'autres fins autres que ceux, de soins ou de prévoyances.

Aussi, la question des remboursements doit être étudiée de façon très sérieuse, à commencer par une étude sur les coûts dans les deux secteurs public et privé, tout en appelant l'Etat à se prononcer d'une façon claire et précise sur la prise en charge et le financement de la catégorie des démunies ; car il reste toujours inconcevable que les cotisants , non cotisants et démunies accèdent tous aux même types de soins et de prestations sans aucune mesure de responsabilisation des individus sur cette question

C. Difficultés rencontrées dans la réalisation du cas pratique

Notre objectif au début de la réalisation de ce travail était plus grand celui de tenter de démontrer l'avantage de modèle Fetter sur le plan médical et financier en essayant de construire une catégorisation de malade.

Cependant, l'élément vital dans cette question était l'absence de la généralisation du dossier médical ce qui a rendu l'opération impossible

Aussi, le manque de détail sur les coûts de traitement des différentes pathologies, nous a rendu difficile d'essayer de démonter comment définir le coût d'un GHM, ressortir les

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

écarts (des coûts des mêmes pathologies) entre les différents établissements construire un GHM juste et pertinent, de sorte qu'il puisse servir de base de financement par ce qui est appelé l'ISA.

En effet, notre objectif était d'atteindre ce stade pour démontrer l'importance du modèle dans la mesure de productivité et de rentabilité de quelques établissements hospitaliers en Algérie.

De même, la catégorisation des malades nous aurait aidé à traiter un aspect très important du modèle « Fetter » celui de la « lourdeur des cas pathologique ».

En effet, l'examen des GHM dans les trois hôpitaux, devait nous aider à montrer une certaine concentration des coûts dans certains GHM plutôt que d'autres ; ce qui pouvait nous renseigner sur les différences épidémiologiques entre les régions où sont implantés les hôpitaux. Ceci est extrêmement important pour nous ; car il peut orienter les différents responsables dans leurs prises de décisions.

D'autre part, cet outil pouvait être incitatif pour les établissements de soins, du moment qu'il permet d'introduire un aspect de concurrence dans la recherche, la formation, le développement médical et inciter les producteurs à s'aligner dans les protocoles et les techniques de soins de façon à traiter des cas plus lourds, plus rares et plus coûteux vu que le financement dépendra de cela.

De façon globale l'exemple des trois établissements hospitaliers (Tlemcen, Maghnia et Ghazaouet) illustre la nécessité d'une réforme profonde de financement et de gestion, pour rendre le système plus accessible à toute la population et à toutes sortes de soins qui tendent à devenir très difficiles ces dernières années avec la complication du cadre économique et social du pays et la transformation rapide de la pathologie de la population.

Il faut juste remarquer que la mise en place du PMSI en France a été dirigée par le professeur Fetter lui-même qui est à l'œuvre du modèle.

Aussi L'expérience a duré 3 ans ; et a porté sur 50 hôpitaux, sélectionnés suivant la taille, l'emplacement géographique, caractéristiques médicales... ; de façon à obtenir une qualité d'informations qui ne soit pas faussée par un quelconque facteur démographique, pathologique ou autres. Même si cela n'est pas possible à 100% sur le terrain, il est recherché à travers ces hôpitaux pilotes une information dont l'influence de certains facteurs est quasi nulle.

En conclusion nous pouvons dire que les moyens humains et matériels requis pour un tel travail sont importants et dépassent largement les moyens dont nous disposons, à titre d'exemple, le logiciel de traitement des informations médicales « groupeur » et « Maos » ont été mis au point par firmes spécialisée dans le domaine.

D. Recommandations et Mesures à prendre dans le domaine hospitalier

Les mesures ici proposé ne peuvent répondre à l'ensemble des problèmes posés dans la gestion courante de nos établissements hospitaliers, mais leurs introductions immédiates peut donner un nouveau rythme et souffle à la gestion moderne des hôpitaux en Algérie.

Ces mesures portent essentiellement sur les éléments suivants :

D.1 Créer un département d'information médicale

Créer un département d'information médicale, c'est un élément vital dans la gestion moderne des systèmes hospitaliers, car sa fonction se place en amont et en aval de la production des soins. Ce département suit le cheminement du malade depuis son entrée, les services fréquentés, les examens subis, la durée de séjour et enfin détermine son état de sortie qui reste un élément fondamental dans l'analyse de la qualité des soins.

a _ Le **DIM** (département des informations médicales) une fois installé dans chaque hôpital, il est doté des missions de recueillir les informations sur les types des cas traités en milieu hospitalier.

Ces départements sont en principe dirigés par des médecins formés en sciences de l'information (statistiques, informatique, épidémiologie, économie de la santé) et ont principalement pour rôle d'organiser le recueil des RSS .

- assurent des analyses statistiques issues de la classification des séjours en GHM afin de constituer des tableaux de bord de l'activité médicale des services ; ceux-ci sont utiles aux chefs de service pour défendre ensuite au sein de l'hôpital les demandes d'attributions de moyens. A l'échelle de l'hôpital lui-même, ces données serviront de base à la négociation de la dotation globale

- Ils Gèrent les archives et mettent en place des dossiers médicaux informatisés pour développer une méthodologie pour la recherche clinique et l'évaluation des technologies nouvelles.

b- **l'ARH**, (agence régionale d'hospitalisation). Il est souhaitable aussi de créer une agence tel que l'ARH en France, qui a la mission de centraliser les informations sur les coûts (des GHM) de tous les hôpitaux, les traiter, ressortir les écarts et fixer les points de chaque établissement en fonction de ce qui est appelé l'ISA et établir les budgets en conséquence.

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Le rôle de cette agence est d'actualiser aussi les coûts des différents GHM en fonction des variations des différents facteurs de production, d'environnement et de technologie.

D'autre part, même après la mise en fonctionnement du système sur la base des GHM, il existe toujours des pathologies spécifiques (dans la plupart du temps rare ou la médicalisation n'est pas généralisée dans tous les hôpitaux) qui sont regroupées dans une même catégorie. Le développement médical et scientifique permet avec le temps de déterminer avec précision son coût et la ranger dans l'une des catégories déjà existante ou créer une autre catégorie spécifique. Il paraît clairement, qu'avec ce modèle, l'objectif est d'actualiser les coûts des soins, les types de traitements et surtout le mode de gestion en fonction des différentes variations qui s'opèrent dans le domaine.

D.2 Réformes des principes de la comptabilité Analytique

il faut remarquer d'abord que la méthode des sections homogènes utilisées dans le calcul des coûts est considéré selon les nouveaux modes de gestions comme inapproprié, car les charges indirectes produites par les services auxiliaires peuvent masquer toutes formes d'ingérences et de gaspillage . En plus, les clés de répartition qui sont sensées représenter la part des charges indirectes absorbée par chaque service médical (principal) ne peut en aucun nous renseigner avec précision sur la quantité et la qualité des dépenses consommées par ces derniers.

Pour cela, l'analyse par processus de soins introduite par les réformes des méthodes de comptabilités analytiques dite A.B.C, est plus transparente sur ce plan.

En effet, le modèle « Fetter » est basé sur un changement profond des principes de la comptabilité analytique, la méthode ABC qui accompagne le modèle rompe avec l'ancien système qui fonctionne selon le principe que les charges indirectes des sections auxiliaires doivent être réparties sur les sections principales par ce qui est appelé « la clé de répartition ».

Etant donné l'importance de ressortir la quantité et la qualité de la production hospitalière, cette méthode est jugée obsolète par ce qu'elle ne détaille pas la nature des actes fournis à chaque service et par conséquent à chaque malade.

Dans la méthode ABC, il existe un détail sur le coût de tout acte médical : biologique, radiographique, soins généraux, ...etc.

L'objectif de cette décomposition d'actes et de coûts est de détailler la production de soins de façon que l'hôpital comptabilise pour chaque malade les dépenses qui sont en relation stricte avec lui ; De ce fait, chaque patient se présentera comme un cas particulier de soins.

Par cette réforme, il a été recensé en France et en détail, les différents actes médicaux, biologiques et techniques ce qui a abouti par la suite à l'établissement d'une nomenclature

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

et d'un catalogue national des actes médicaux qui sert de référence en nature et en coût pour tous les hôpitaux du pays.

D.3 Obligation de la tenue du dossier médical

Le dossier médical dans nos établissements hospitaliers existe lors de l'admission du malade, mais à ce sujet il a été remarqué le suivant :

- sa tenue n'est pas obligatoire.

- Elle n'est pas généralisée à tous les cas d'hospitalisation, à titre d'exemple, au service de la maternité, certains cas de malades tenues en observation, ou ayant effectués des accouchements normaux ; n'est pas constitué un dossier

- Même s'il existe, les informations dont contient le dossier ne nous ont pas permis de constituer un CMD ; car à la sortie du malade de l'hôpital le dossier est archivé manuellement.

- L'outil informatique tenu par certains services enregistre les noms des malades, le motif d'hospitalisation, l'âge et la date de sortie.

L'élément fondamental trouvé se rapporte à la nature des cas traité ; et ceci est très important pour nous vu l'importance de cet élément dans un développement ultime d'un système d'information hospitalier en Algérie.

D'autres part, les informations contenues dans le dossier ne sont fiables ni suffisantes pour pouvoir établir un GHM ; surtout par rapports aux problèmes antécédents de santé, si le malade a fréquenté d'autres services médicaux, qu'elle est le service qui a mobilisé l'essentiel des dépenses, qu'elle la pathologie principale, les actes relatifs... etc.

Aussi, le modèle suppose au préalable un classement d'actes médicaux et chirurgicaux pour pouvoir affecter les malades sur l'une des catégories.

Même, certains cas de récurrence, ils sont en principe classés dans un GHM particulier car la nature de prise en charge est différente.

D'autres détails sont manquants ; les actes de consultations, les soins de routines, les contrôles, les hospitalisations de moins de 24H, de moins d'une semaine, de plus d'une semaine, les examens effectués à chaque malade et surtout l'état de sortie du malade (affecté à un autre établissement, décès ...etc.).

D.4 Etude de la production des soins dans le secteur privé

Le secteur privé s'achemine ces dernières années vers la production de soins lourds, le nombre de cliniques est en croissance continu ; cependant l'information demeure quasi

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

inexistante par rapport aux malades, à la quantité et à la qualité des soins qui leur sont proposés.

Les prix proposés aux malades sont en général libre et ne s'oppose à aucune réglementation ou contrôle.

Fréquenté en grand nombre ces dernières années, les ménages jugent les prix des soins trop exorbitants ; car les frais de séjours d'hospitalisation sont globalement à la charge du patient et la sécurité sociale ne rembourse que peu de frais.

Le plus grave, c'est que les deux secteurs (privés et publics) s'ignorent totalement dans le cadre de la complémentarité des soins et de services.

Pour mettre en place un système d'information hospitalier très performant, il est très nécessaire d'introduire le secteur privé dans la vision globale de l'Etat et trouver un moyen de faire ressortir la production réelle des soins privés.

En France, l'aboutissement du PMSI était la mise en place d'un nouveau mode de financement dit, la T2A ; ce dernier place les deux secteurs privé et public sous un même mode de remboursement des soins.

D.5 relier les coûts à la gestion

Rendre les coûts un outil de gestion et de guide d'information, car il est remarqué dans les trois établissements hospitaliers que les coûts n'ont aucune place dans la prise de décision, ils sont un moyen de monter l'affectation des dépenses ordonnées par l'Etat.

Aussi, les coûts tels que calculés par chaque établissement ne servent même pas de repères pour les décideurs dans l'établissement des budgets futurs, il faut trouver le moyen de relier les coûts de chaque établissement à la dotation budgétaire.

De même, le calcul des coûts doit constituer une référence pour l'ensemble des agents de financements (Etat, Sécurité Sociale et Ménages) en se posant continuellement des questions sur les écarts et donner des explications à ces derniers.

D .6 Initier le personnel sur les nouvelles méthodes de gestion

Former le personnel administratif et financier sur les nouvelles méthodes analytiques et de gestion, notamment la méthode A.B.C et tenter d'introduire l'étude des coûts par processus, car il est toujours incompréhensif dans notre cas d'étude que le coût d'une imagerie médicale soit évaluée à 50 DA (CH.U Tlemcen) ou 58 DA à Maghnia.

Dans le même contexte, il faut que les responsables songent à homogénéiser certaines dépenses, le cas se rapporte pour certains coûts d'alimentation, d'imagerie et

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

d'hémodialyse par exemple, ou le prix peut être fixé à l'avance et se stabilisé durant une période assez longue

D.7 Budget et financement

Trouver de nouvel outils de gestions qui lient le budget des établissements aux coûts produits par ces derniers, exemple de L'I.S.A en France qui introduit une certaine concurrence entre les établissements dans la recherche de la maîtrise des coûts et de l'économicité des finances de la collectivité qui seront réinvesties dans l'amélioration de l'offre globale qui tend à se compliquer d'avantage dans la nouvelle conjoncture sociale du pays.

Par la même occasion, il est ici proposé de revoir intégralement le mode de financement par le budget annuel, certains pays ont adoptés la dotation trimestrielle ou encore bimensuelle pour être plus exact sur les dépenses hospitalières courantes.

Conclusion

Ce cas pratique nous a permis d'avoir une idée assez claire sur le mode de fonctionnement et de gestion des établissements hospitaliers en Algérie à travers les calculs des coûts au trois hôpitaux de la wilaya de Tlemcen.

Aussi, Il ressort une particularité singulière du financement de soins lourds dans le pays, dans la mesure où la plus grande partie des dépenses hospitalières incombe principalement à deux acteurs : l'Etat et la sécurité sociale.

L'élément positif qui reste à retenir de ce travail, c'est la prise de conscience des responsables de l'importance des coûts dans la gestion des établissements, en introduisant un service de calcul des coûts depuis 2004.

Par une telle mesure, il est désormais possible d'avoir une idée sur les coûts des différents services de soins à l'échelle nationale et d'effectuer une comparaison comme il a été fait pour les trois établissements hospitaliers de la wilaya de Tlemcen.

Cependant, les coûts tels que présentés et étudiés dans ce cas pratique sont loin de donner une idée juste sur certains éléments contenus dans le modèle Fetter : lourdeur thérapeutique, coût des différentes pathologies hospitalières, productivité des services de soins et surtout les moyens nécessaires pour améliorer le fonctionnement quotidien des services médicaux.

Ceci montre qu'à l'avenir d'autres efforts devraient être fournis pour une introduction plus sérieuse des coûts comme un nouvel outil de gestion.

Ceci mène à une recherche d'utilisation plus rationnelle des ressources hospitalières en se penchant davantage sur les nouvelles méthodes de comptabilités analytiques et des systèmes d'informations hospitaliers mis en œuvre dans beaucoup de pays au monde.

il devient donc nécessaire de regarder de près cet aspect du problème, surtout que l'Etat se prononce ces derniers jours sur une grande réforme basée sur la contractualisation dans le système de santé qui fait que les coûts doivent absolument révéler une intention de bonne maîtrise des dépenses.

En conséquence, un système d'information sur les coûts, les pathologies et la gestion des établissements devra être un nouveau champ d'exploitation et d'investissement où d'autres acteurs (hormis l'Etat et la sécurité sociale) peuvent l'exploiter par de nouvelles recherches médicales, financement de soins et de formation.

Ceci peut constituer une urgence pour le pays, à l'heure où le décalage en matière médicale et de santé est très large par rapport aux pays développés.

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

CHAPITRE : Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen

Conclusion générale

Ce qui reste fondamental à retenir de ce travail, c'est la transformation ces dernières années du contexte global de financement de la santé sous la pression de certains facteurs qui rendent très difficile une quelconque régulation que ce soit par l'Etat ou par le marché.

Les éléments qui persistent et pèsent toujours sur les économies des pays sont envoyés d'abord à l'accroissement spectaculaire des besoins de santé qui grimpent spectaculairement avec la multiplication des risques sociaux liés à l'urbanisation de la population avec tous ce que cela engendre comme risques démographiques, écologiques et socio culturels.

Ce contexte favorise grandement la modification du schéma pathologique de la population qui s'oriente dans la plupart des systèmes de santé vers une demande de soins lourds.

Les changements économiques ont de leurs parts une grande responsabilité dans le fonctionnement actuel des systèmes, qui par les effets de la crise mondiale élargissent la population à risque avec la montée du chômage et de la précarité.

Cependant, la généralisation des principes de la libéralisation des économies tend à soumettre la santé aux règles du marché, ce qui augmente les chances de l'individualisme et détruit les rapports de solidarités entre les populations tant élargis durant les années de grande prospérité économique.

La cohésion sociale est donc menacée, les facteurs de mise sous tutelle des biens sanitaires sont de plus en plus justifiables et prouvent que la santé ne peut être régie par les mécanismes de l'offre et de la demande pour une simple raison que le profit ne peut avoir un rôle de régulateur dans ce type de marché.

D'autre part, les systèmes de sécurités sociales qui ont réalisés un grand exploit durant les trente glorieuses en apportant soutien à la consommation par ce qui est appelé le revenu indirect donnent un coup d'envoi aux investissements par les part de cotisation fructifiées de différentes formes et dans divers secteurs et réalisent de grandes performances dans l'amélioration des niveaux de vie, de couverture sanitaire, d'accès aux différents types de soins et de santé en général.

En effet, la crise économique qui a imposé de nouveaux calculs à fait perdre aux anciens systèmes de protections sociales beaucoup de leurs avantages sociaux économiques et démontrent au jour le jour que la rationalité recherchée en limitant les prestations ou en imposant de nouvelles participations augmenterait le risque de l'implosion sociale qui est nettement plus coûteuse.

Trouver une médiane entre le financement public ou privé demeure toute la problématique des systèmes actuels.

CONCLUSION GENERALE

Même si dans le cadre de la contractualisation, l'Etat est sollicité comme un acteur principal dans les nouvelles relations, le problème fondamental qui persiste pour les individus est celui de relier la couverture sanitaire et l'accès aux soins aux revenus de travail ; alors que cette situation est dans beaucoup de cas indépendante des choix des personnes, elle dépend beaucoup plus de la conjoncture économique et des décisions politiques qui peuvent faire de la protection sociale une affaire individuelle ou collective. Ainsi, l'équation la plus difficile à résoudre reste de trouver pour les individus la couverture sociale nécessaire dans les situations les plus difficiles et de baser les cotisations sur des revenus autre que ceux du travail.

La question de la régulation de l'offre des soins publics qui a fait que les plus grandes recherches sur la gestion et le financement des soins se concentre sur l'hôpital montre la relation directe entre les dépenses et la quantité de soins.

Ceci dit, qu'une utilisation rationnelle des moyens financiers par l'introduction des outils de gestions et de managements peut faire augmenter sensiblement l'offre.

Le modèle proposé par R.Fetter qui a servi à la mise en place du PMSI en France a permis de dévoiler cet aspect de la question en rapprochant pour la première fois dans le domaine de l'économie de la santé deux notions opposées de coûts : médical et économique.

Jusqu'à l'heure actuelle l'idée proposée demeure parmi les plus élaborés au monde par sa qualité de recueil d'information qui reste unique par rapport aux autres systèmes, en définissant chaque cas de malade hospitalisé en fonction de caractéristiques très particulière et détermine par la même occasion le coût de sa pathologie en fonctions de son état propre de santé.

Chaque patient est donc considéré comme un cas particulier mais peut médicalement partager avec d'autres patients des caractéristiques communes de consommation de soins, ce qui peut les ranger dans un seul GHM donc un coût identique.

La composition des GHM qui est dans la plupart du temps variable et différente entre les hôpitaux donne non seulement des renseignements sur la quantité des soins qui se mesure par le nombre de GHM « abordés » ou traités mais aussi identifie tous les cas pathologiques traités en milieu hospitalier.

Sur la base des GHM, le modèle s'élargi pour introduire un nouvel outil de mesure dit indice synthétique d'activité (ISA) qui rend possible la comparaison de la production et la productivité des établissements hospitaliers en référence à la quantité de soins produite, la lourdeur des cas traités et la rationalité du temps de travail qui sont une grande originalité du système.

La gestion des établissements se basera donc sur des éléments plus concrets, c'est la raison pour laquelle il offre une nouvelle base à la comptabilité analytique, gestion financière et contrôle de gestion jamais introduit dans de tel types d'institutions au par avant.

De ce fait la notion de produit hospitalier va se fixer sur les cas traités et non pas les journées d'hospitalisations comme cela se faisait dans les anciens systèmes.

CONCLUSION GENERALE

En effet cet outil de mesure (journées d'hospitalisations) servait de financement pour les organismes de sécurité sociale en remboursant les assurés en fonction du nombre de jours passés à l'hôpital.

Jugé trop inflationniste, car les hôpitaux maximisaient la durée de séjours des malades pour rendre bénéficiaire leurs comptes, les sociétés d'assurances ne pouvaient avoir des informations justes sur la quantité de soins réellement prodigués aux malades.

De même, il est prouvé médicalement les soins de santé se concentrent généralement les premiers jours d'hospitalisations des malades pour se limiter aux derniers jours aux dépenses d'hôtellerie et d'alimentations.

C'est sur cette base que le PMSI va rompre avec l'ancien mode de financement et de remboursement des soins par la grande réforme dite la tarification à l'activité (T2A) qui fixe le remboursement en fonction des GHM.

Les nouveaux liens entre les prestataires et les organismes payeurs s'établissent donc en fonction des coûts qui se réfèrent directement à la lourdeur des cas pathologiques.

Reste qu'en situation de récession tel que vit le monde actuel, les organismes de sécurités sociales se placent dans un nouveau contexte qui fait que les remboursements dépendent sérieusement et en priorité de la conjoncture économique du pays.

En effet, bien que se présentant comme un outil d'information clair, toute la difficulté qui en découle des liens établis par la tarification à l'activité est le comportement qui peut venir de certains organismes d'assurance d'effectuer ce qui est appelé « l'écémage » c'est-à-dire, développer une gamme d'assurance pour les sujets moins coûteux en terme d'assurance et de prise en charge.

L'idée de relier la régulation de l'offre de soins en Algérie à une gestion efficace basée sur un examen des coûts en milieu hospitalier c'est soldé par un cas pratique réalisé dans la wilaya de Tlemcen.

Ce travail qui était basé sur une étude de calcul des coûts dans les trois établissements hospitaliers de Tlemcen Maghnia et Ghazaouet a confirmé l'importance de la place des coûts dans la gestion pour atteindre une utilisation plus rationnelle des ressources.

De ce fait, la disparité des coûts médicaux était une preuve réelle d'absence de normes claires et transparentes de gestions sur lesquelles peut se fixer chaque établissement pour déterminer sa production et mesurer sa productivité de soins.

Aussi, il est ressorti dans ce contexte un aspect très important dans la formation des coûts, ou' les coûts médicaux dans les petits établissements hospitaliers par rapport au CHU Tlemcen étaient plus importants dans certains services.

Ceci rappelle en claire la nécessité de revoir en profondeur le problème en se penchant sur l'analyse des écarts.

Ceci a été clairement vu dans le chapitre des dépenses d'alimentation dans les trois établissements qui se présentaient par des prix entièrement différents les uns des autres et durant une période assez courte qui est le trimestre.

CONCLUSION GENERALE

De même, il a été remarqué une absence totale de liens entre l'établissement des coûts et la prise de décision qui peut aboutir dans beaucoup de cas à une utilisation plus efficace des moyens financiers.

Il faut préciser aussi que le mode de financement basée sur la budgétisation ne favorise guère une recherche d'économicité ou de rationalité.

Au contraire, et dans le cas Algérien tous les efforts s'accroissent sur une consommation intégrale du budget avant la clôture de l'année comptable.

Le budget tel que établis par instances concernées et tel que affecté à la dépense présente au jour d'aujourd'hui un grand handicap dans la gestion dans la mesure où chaque année des budgets plus importants sont accordés aux hôpitaux sans fixer un mode d'information juste et fiable sur l'utilisation et l'affectation des moyens financiers.

Il devient donc urgent pour les établissements hospitaliers de se pencher davantage sur le modèle Fetter pour élaborer un système d'information capable de fournir l'essentiel sur la production de soins en plaçant les coûts comme un élément majeur dans la détermination des GHM.

Pour cela, il est nécessaire de revoir en profondeur certaines notions de comptabilité analytiques tel la méthode des sections homogènes qui s'avère insuffisante pour donner des résultats fiables.

La détermination des coûts par processus de soins tel que donné par la méthode ABC/ABM devient une action urgente pour s'initier à un mode de calcul plus élaboré.

Il faut aussi redonner une priorité à la constitution du dossier médical permet à l'avenir de recueillir l'essentiel des informations pour établir des GHM et par la suite des coûts par pathologie.

Ceci devient le moyen le plus approprié de mesurer la production de soins dans les hôpitaux pour s'enquérir des caractéristiques pathologiques et sociales de chaque région. Ainsi, la constitution des GHM pourra s'étendre à une mesure de productivité et de rentabilité par la mise en lumière de la sévérité des cas traités dans l'ensemble des hôpitaux.

Le résumé de sortie standardisé, bien qu'introduit dans nos hôpitaux doit prendre un caractère plus sérieux en constituant en priorité un département d'information médicale et où le personnel formé dans ce domaine pourra s'en charger du suivi du dossier du malade et du recueil d'information.

De même, le projet sur la contractualisation des soins proposé par l'Etat dans une optique de rationalité des dépenses de santé doit se pencher davantage sur l'analyse des coûts médicaux sur l'ensemble du territoire car il paraît clairement que les écarts sont très larges.

Pour un tel projet, il est nécessaire de revoir en priorité le rôle de l'organisme de la sécurité sociale dans le financement de la santé car ses dépenses pour le « forfait hospitalier » le dérivent de sa mission principale de prévoyance sociale.

CONCLUSION GENERALE

Sur cette base de données, il devient clair qu'en Algérie, l'Etat doit obligatoirement songer à la mise en place d'un nouveau système d'information, équivalent au PMSI en France pour décider, orienter et contrôler les dépenses publiques.

Le mode de financement qui en découle doit relier principalement les coûts et l'activité des soins hospitaliers.

Ceci peut à l'avenir donner une réflexion à un mode de spécialisation des hôpitaux dont les activités seront reliés par un schéma régional puis national de la distribution des soins spécialisés en particulier.

Aussi, il est important de préciser que le modèle proposé a été appliqué dans beaucoup de pays d'Europe dans le cadre de la libéralisation des systèmes de santé.

Dans le cas Algérien nous restons très convaincus du rôle de l'Etat dans le financement des soins.

Le modèle est proposé dans un strict outil d'aide à la prise de décision dans l'établissement des budgets de la santé, surtout que depuis 1999 l'Algérie bénéficie d'un boom pétrolier continu qui génère un montant sans précédent de recettes et une impressionnante accumulation d'actifs étrangers.

Dans ce travail, il n'est pas à exclure le rôle du secteur privé qui peut contribuer à améliorer l'offre des soins, mais qui doit à son tour être régulé par de nouveaux mécanismes plus transparents et plus clairs sur la qualité et la quantité de soins.

En effet, ce secteur mérite une étude plus approfondie sur les soins, les coûts et les tarifs pratiqués, qui dans une conjoncture très particulière ne donne aucun renseignement sur ses activités.

Le pays doit songer à mettre en place une législation sanitaire qui tient compte du développement du secteur privé en Algérie et de l'évolution médicale dans le monde.

L'objectif serait de pouvoir établir dans le secteur privé un système d'information capable de fournir l'essentiel sur les types de soins disponibles, leurs qualités et surtout les prix fixés dans ce domaine.

Assurer une sécurité médicale au malade serait un objectif que doit défendre le nouveau système de santé en accordant une priorité à la recherche d'une qualité de soins qui peut être mesurée et vérifiée par les outils nécessaires et les instances concernées.

Bibliographie

Ouvrages

Dutrenit Jean marc gestion et évaluation des services sociaux Ed Economica, Paris 1989

Bauchet Muriel, Cabon Sébastien, Odite Marie Méthodes d'évaluation Économique des programmes de santé, 2 Edition, Economica, Paris 1998

Mougeot Michel, les marchés hospitaliers, Ed Economica, Paris 1984

Beresniak Ariel et Duru Gérard, économie de la santé, Ed Masson Paris 2001

Murard Numa, la protection sociale, Ed la découverte, Paris 2004

Percebois Jacques, économie des finances publiques, Ed Armand Colin, Paris 1991

Crozet Yves, Analyse économique de l'Etat, Ed Armand Colin Paris 1997

Bonmati Jean-Marc les ressources humaines à l'hôpital : un patrimoine à valoriser ; Ed Berger-Levrault, Paris 2000

L'Heriteau M.H., la cohérence de l'économie publique : le plan et le marché PUF 1972

Weber Luc, l'Etat acteur économique : Analyse économique du rôle de l'Etat, Ed Economica, Paris 1997

Bienaymé .A , entreprise, marchés, Etat, PUF 1982

Xavier Greffe, Hannequart Achille Economie des interventions sociales, Economica 1985

Anastassopoulo JP, Blanc.G et Dussauge.P, les multinationales publiques Ed Dalloz, Paris 1980

Zacharie Arnaud, Toussaint Eric, Le bateau ivre de la mondialisation, ED Syllepse ; Février 2000

Benamouzig Daniel, La santé au miroir de l'économie, PUF, novembre 2005

Giraud Pierre, Launois Robert Les réseaux de soins, médecine de demain, Paris Economica

Gérard Bélanger, l'économie du service public, Edition Gatan Morin, Québec, Canada, 1991

Sato Jean, Les grands services publics et entreprises nationales, Paris 1975

Beaud Michel, l'Economie Mondiale dans les années 80, Paris, La Découverte, 1989

Marc Montoussé, Dominique Chamblay, De l'Etat-Gendarme à la crise de l'Etat providence ; Editions Bréal, 2001

Philippe Deubel, Marc Montoussé, Serge d'Agostino, Gilles Renouard ; Dictionnaire des sciences économiques et sociales ; Editions Bréal, 2008

Ann. Lawrence Durviaux ; La concurrence et les marchés publics en droit communautaire : Analyse critique d'un système ; ED Bruxelles, Larcier ; 2006

François Leveque ; concepts économiques et conceptions juridiques de la notion de service public ; CNRS Editions ; 2000

Bouchet M.H., La globalisation : Introduction à l'économie du nouveau monde Ed Pearson Education, 2005

Nathalie Halgand, contrôle de gestion et réforme hospitalière : éléments d'analyses comparées du nouveau cadre comptable, tome 3, volume2 1997

Holz Jean Marc et Houssel Jean Pierre, l'industrie dans la nouvelle économie mondiale PUF 2002

Bénichi Régis, Histoire de la mondialisation, Ed Vuibert, 2000

Charles Boelen et Jean Perrot, la médecine libérale et la contractualisation, Ed. Karthala 2005

Jean Perrot, Le rôle de l'Etat face à la contractualisation dans ; la contractualisation dans les systèmes de santé ED Karthala 2005

Stéphane Tizio, l'approche contractuelle d'une perspective interindividuelle à une perspective systémique ; dans la contractualisation dans les systèmes de santé, ED Karthala 2005.

Jean Perrot, Eléments théoriques et conceptuels de la contractualisation ED Karthala 2005

Alain Letourmy, l'enjeu sociopolitique de la contractualisation ; dans la contractualisation dans les systèmes de santé Ed Karthala

Stéphane Tizio, l'approche contractuelle d'une perspective intérêts individuelle à une perspective systémique, Ed. Kart hala.

Alain Le Tourmy et Jean Parrot, assurance-maladie et contractualisation avec l'offre de soins dans les pays en développement édition Karthala

Jean Perrot, éléments théoriques et conceptuels de contractualisation », la contractualisation dans les systèmes de santé, Ed. Karthala, Paris 2005.

Nicola Goutela, les réseaux de soins entre coordination, convention de coopération et conflit : le cas d'un réseau de cancérologie, dans mondialisation et régulation sociale, Tome II.

Jean-Paul Domin, les réseaux de santé : une approche communautaire de la médecine », mondialisation et régulation sociale, Tome I.

Numa Murard du welfare state au welfare state, dans la protection sociale ; Ed la découverte, Belgique 2004

Larbi Lamri, le système de sécurité sociale Algérie, une approche économique, OPU, pp 27 - 28, 2004.

Eliane jahan, quel avenir pour l'industrie pharmaceutique, dans mondialisation et régulation sociale Tome II

Sophie Béjean Economie du système de santé, du marché à l'organisation » ED Economica, 1994

Géraldine Mattioli ; la protection sociale, 1999

Pierre Rosanvallon, La nouvelle question sociale de penser l'Etat providence, Ed

Seuil Paris 1995

M. khiati, Quelle santé pour les algériens ? ED .Maghreb relations, Alger 1991

M.Mimouni, les revenus indirects ; Eco Droit Bepvam, ED Foucher

Serge Berstein, Pierre Milza ; Le second choc pétrolier et les nouvelles conditions économiques (1979-1981) in Histoire de la France au XXe siècle : de 1974 à nos jours ; ED Bruxelles.Complexe ; 2006

Béatrice Hibou, La privatisation de l'Etat, in Critique Internationale, volume 1, 1998

Marc Montoussé, Analyse économique et historique des sociétés contemporaines, Edition Bréal, 2006

Jean Pierre Paulet, Le libéralisme économique depuis 1945, de la doctrine aux grandes expériences ; Edition Ellipses, Novembre 1998

Henri Lepage, l'école du public choice in demain le capitalisme, ED Seuil, 1989

Claude Martin, Etat providence et cohésion sociale en Europe, Edition La Découverte, Paris,

Périodiques

Marchand. C, la transformation économique et sociale du monde après 1945, revue d'économie sociale N° 96

Terny.G , essai sur une théorie économique de l'offre et de la demande et du marché public non marchand, revue d'économie politique N°2 1982

Cordier Alain, Démographie et consommation médiale, Revue Française des affaires sociales N° supplémentaire Paris 1984

Stumpf Emilie, l'intervention de l'Etat est-elle nécessaire dans une économie de marché, revue d'économie politique, Mai 2001

Lévy .Emile et Benhamou Françoise, la demande en économie de la santé, revue d'économie

Huard Pierre Economie et santé : une articulation sensible, revue d'économie politique, 1989

Bélangier.G, L'université institution à but non lucratif, revue d'économie politique, 1977

Etienne Jean pierre, CHantereau Sylvie et Cordier Alain, la planification hospitalière, Paris, La documentation Française, 1986

Lévy Emile, La demande en économie de la santé, Revue d'économie politique, Août 1989

Gérard de pourvoirville, Le programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) : un programme ambitieux et perfectible, mais pour qu'elle utilisation ? , La revue du praticien - Médecine générale, vol 5, N° 155,1991

Jean Coussy, Les politiques publiques dans la mondialisation libérale : un retour ? ; L'Economie Politique N°17 ? Janvier 2003

Kinzer David. « A la recherche d'une politique économique de la santé ; marché et puissance publique : comment distribuer les rôles ? ; problèmes politiques et sociaux N°627

Grumet Gerald. , L'arme redoutable de l'inefficacité ; problèmes politiques et sociaux N° 627

Weich Gilgert, établir des priorités ; problèmes politiques et sociaux »N° 627

Bernard Elie, La situation actuelle de l'économie Mondiale et perspectives des années1990 : Quels réflexions, UQAM, 30 janvier ,1993

Relman Arnold., Évaluation et responsabilité des dépenses de santé; problèmes politiques et sociaux N°627

Simon Nora. , Sécurité sociale : de l'impasse à la réforme ; problèmes politiques et sociaux N°627

Mougeot, Michel, La régulation du système de santé ; CREDES, La documentation Française, Paris 1999

Catherine Bac « les déterminants macro économiques des dépenses de santé : une comparaison entre quelques pays développés » Rapport du CIREM Juillet 2004

D .Bourras, « Tentative d'évaluation du programme d'investissement sanitaire », CREAD, 1984, p10-20

F.Z Oufriha « crise-PAS et santé des enfants en Algérie » CREAD, Alger

Pierre de Rosanvallon, la crise de l'Etat providence, 1983

Alain Letourmy ; les réformes des systèmes de santé, de l'Etat providence et de la santé publique : un point de vue, in actualité et dossier en santé publique N° 18 ? Mars 1997

Philippe Van Parijs, les fondements éthiques de l'Etat-providence et de son dépassement, L'apport des sciences sociales, Paris, PUF, 2006 pp125-146.

Ruta et Dagenais, Les trois mondes de l'Etat providence : Essai sur le capitalisme moderne, Paris PUF 1999 édition Anglaise 1990

Marie-Thérèse Join-Lambert ; Les politiques sociales, 130 années d'histoires, la grande transformation depuis1973 ; Presses de la fondation nationale des sciences politiques ; Dalloz, 1994

René Révol, les Etat providences, Ressources disciplinaires en ligne, CRDP Académie de Montpellier

François –Xavier Merrien, l'Etat face à la globalisation : une perspective internationale comparée, CNRS, 2005

François-Xavier Merrien, les différents types de l'Etat-providence, Les cahiers Français, N°330, Janvier Février, 2006.

Philipp Muller, Face à la globalisation néolibérale : du capitalisme organisé vers le capitalisme désorganisé

Jean Pierre Escaffre, Introduction protection sociale, la lettre d'Attaque Rennes, janvier 2007

JP Escaffre, globalisation et réformes des protections sociales,

Gilles Caire, économie de la protection sociale, journal des politiques économiques édition Bréal oct. 2005

Bruno Palier, Les enjeux des réformes de la protection sociale, CEVIPOF, CNRS, 2002

A.Bocognano, A.Couffinhal, M.Grignon, R.Mahieu, D.Polton, La mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé : Théorie et Bilan des expériences étrangères ; CREDES N° 1243 Novembre 1998

Robert Boyer, Quel modèle d'Etat-providence ? , L'Apport des sciences Sociales, PUF, Janvier, 2007

Camille Dorival, Sécurité sociale : réduire les dépenses, Alternatives Economiques N° 284-Octobre 2004

Miloud Kaddar, sécurité sociale et contrainte de financement en Algérie, données des problèmes actuels, revue du cread n°6

Miloud. Kaddar, la carte sanitaire en Algérie : une technique de planification, revue du CE.N.E.A.P, numéro spécial 1989

Miloud Kaddar, système et politiques de santé au Maghreb : un état des lieux, guide de la médecine et de la santé, juin 2003

Jean-Paul Domin, Les réseaux ville-hopital : vers un nouveau mode de régulation en santé publique, CERAS –LAME, 2006

Jean Paul Domin, l'Etat et le marché au chevet de l'hôpital public, Fondation Copernic, 22 Décembre 2001

Jean- Paul Domin, Les fondements théoriques de la politique de maîtrise des dépenses hospitalières et leurs applications pratiques (1983-2003), CERAS-OMI-lame, 2004

Bruno Palier, Giuliano Bonoli ; Entre Bismarck et Beveridge crise de la sécurité sociale et politique ; Revue Française de Science politique N°4,1995

Howard Oxley et Maitland MacFarlan, Réforme des systèmes de santé : Maîtriser les dépenses et accroître l'efficacité

M Grignon, la réforme du NHS EN 1990 : une autre interprétation, Revue Française des affaires sociales, N°3-4, 2003

L.Chambaud, D.Lequet, M. Duriez, Le système de santé britannique, cinq ans de réforme ; actualité et dossier en santé publique N° 9, 1994

S. Chambaretauds, D.Lequet-slama « les systèmes de santé Danois, Suédois et Finlandais, réformes et accès aux soins, Etudes et Résultats N° 214

Robert Lafore ; Politiques sociales, politiques de protection sociale : définitions, champs, limites et actions ; Science et technologie de la santé et du travail, Mai, 2008

Patrice de Goulet et Marius Fieschi, traitement de l'information médicale : méthodes et applications hospitalières

Robert Launois, Les HMO : les arguments et les faits , la documentation Française, 1987

Jean – Marie Fessler, problématique éthique du programme de médicalisation des systèmes d'information, direction des hôpitaux de France, décembre 1992

Gilles Nezosi, La gouvernance de la sécurité sociale, Problèmes politiques et sociaux N° 913, Juin ,2005

F.Z Oufriha, Organisation de la couverture des dépenses de santé et modalités de leur financement en Algérie, les cahiers du CREAD N°13, 1988

FZ Oufriha, la difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats, les cahiers du cread N° 35 -36 1993

R.B. FETTER, Les DRG le PMSI et l'expérience DRG dans le monde, journal d'économie Médicale N°5, 1986

Jean Gadrey, Thierry Voyelle et Thomas Stanback, solidarité santé, revue économiques et problèmes n°02311 février 1993

Annie Fenasse, sciences de gestion et santé publique, un exemple : la mesure du produit hospitalier ; les cahiers du L.E.R.S.S N° 22, février 1991

Alexandra Giraud, Le système Fetter, ou la définition du produit hospitalier par DRG ; journal d'économie médicale N° 4

Michel Mougeot, financement des hôpitaux publics et privés : analyses et documents économiques N° 98 février 2005

Michel Mougeot, Tarification hospitalière : de l'enveloppe globale à la concurrence par comparaison ; Annales d'économie et de statistiques N° 58, 2000

Patrice de Goulet et Marius Fieschi, traitement de l'information médicale, méthodes et applications hospitalières

Thierry ponchon, étude du PMSI ; commission de recherche et développement de la SFED Mars 2004

Philippe Rabiller, Alain chabert et René masseyeff « ABC/ABM un outil décisionnel moderne pour l'hôpital » CAMSP, Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon

Elisabeth Faure, La classification commune des actes médicaux, *Cnamts* Avril 2002

Alain Bonnafous, services publics et sphère privée : les nouveaux partenariats » institut d'études politiques de Lyon

Fabien Laffitte, un nouveau mode de financement du service hospitalier en France : le passage à la tarification à l'activité dans le cadre du plan « hôpital 2007 » septembre 2005

Cathy Suarez, Le financement des hôpitaux publics et privés : une autre réforme est possible ; Analyses et documents économiques N° 98, février 2005

Gérard de pourville, ce que vous devez savoir sur les GHM

P.Moine, B.Garrigues, Programme de médicalisation des systèmes d'information et réanimation : impacts –socio économiques, Edition scientifique et médicale, 2000

Michel Herland, La révolution Keynesienne, in les cahiers Français N°280, Mars 1997

Bernard Guerrien, L'économie néoclassique ED La découverte 1991

Emmanuel Combe ; Dans q'elle mesure l'intervention économique et sociale publique est-elle Justifiée ? Les cahiers Français N° 284, 1998

Brigitte Dormont, Carine Milcent ; Quelle régulation pour les hôpitaux publics Français, Revue Française d'économie, Vol 17, N°17-2, 2002

Michel Frossard, Alain Jourdain, La régulation régionale du système de santé : ni plan ni marché, Actualité et dossier en santé publique N° 19 Juin 1997

Olivier Lenay, Jean-claude Moisdon ; Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité, trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier ; REVUE Française de gestion N°146, 2003

Hachimi Sanni yaya ; les partenariats privés public comme nouvelle forme de gouvernance et alternative au dirigisme étatique : ancrages théoriques et influences conceptuelles ; Revue de l'innovation, N°19, 2005

Nicolas Anneau, Synthèse sur les principaux courants de la pensée économique : le courant libéral, planet'Economie, décembre 2008

Michel Mougeot, Florence Naegelen ; Asymétrie d'information et financement des hôpitaux, une comparaison des modes d'organisations des systèmes de santé ; Revue économique_ VOL49 septembre 1998, pp1323-1343

Etat et gestion publique ; conseil d'analyse Economique ; La documentation Française, 2000

P Tranchant, Théorie du service public et définitions ; AITEC , 2005

Perry Anderson, Histoire et leçon du néolibéralisme ; conférence à la faculté des sciences sociales de Buenos Aires, Argentine, 5 Novembre 1996

Palier.B ; Les évolutions des systèmes de protection sociale en Europe et en France ; in pouvoirs N°82 ,1997

Joël Maurice ; Les différentes approches des économistes aujourd'hui ; CERAS , Avril 2003

Gustave Massiah, Grandeurs et décadence de l'ajustement structurel : les programmes d'ajustement structurel et le développement ; AITEC (association internationale de techniciens, experts et chercheurs), Avril 2002

Guillemard.AM ; La protection sociale ; in La socio histoire comparée, université de Paris V Mars 2007

David Bardley, Agnès Couffinhal, Michel Grignon ; trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex post en santé, bulletin d'information de la santé N°53 juin 2002

Mohamed Mebtoul, La médecine face aux pouvoirs : l'exemple de l'Algérie, Médecine et Santé, N°5, 1999

Patricia Turquet, réformes des systèmes de protection sociale : éléments de comparaison Européenne

Michel Mougeot, Régulation du système de santé, la documentation française, Paris 1999

Corinne Larmoire, évolution du système de santé Français : Les structures de prise en charge, ARH, (Agence Régionale D'hospitalisation), 2006

Jean Claude Saily, Le nécessaire retour du débat politique dans les réformes des systèmes de santé, Editorial, Actualité et dossier en santé publique N°18

Marina Serré ; De l'économie médiale à l'économie de la santé, genèse d'une discipline scientifique et transformations de l'action publique ; in Actes de Recherche en sciences sociales N°143, 2002

Gilles Caire ; Les Mutuelles face à leur responsabilité d'utilité sociale : la construction du parcours de santé mutualiste ; Travaux des 7 rencontres du RIVESS, L'économie sociale face à ses responsabilités, 24 et 25 Mai 2007

Fabienne Alvarez ; Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels, recherche et santé, 1997

Laurent Tardif ; Etude méthodologique du chaînage des séjours, Base pmsi MCO, ministère de la santé, de la jeunesse et des sports ; octobre 2007

E. Legrand, Libéralisme économique et libre échange ; IVFM d'Auvergne / université de Rennes

Pierre Rosanvallon, La crise de l'Etat providence ED seuil, 1981

Sylvie Cohu, Diane Lequet-slama, Pierre Volovith , Réforme des systèmes de santé Allemand Néerlandais et suisse et introduction à la concurrence, in études et résultats, Novembre 2005

Philippe Batifoulier, l'interaction médecin-patient : un examen par la théorie des jeux, in cahiers de sociologie et de démographie médicale, décembre 1997

Stéphane Jacobzone, La réforme des systèmes de santé, in débats, 1997

Alain Letourmy Les politiques de santé en Europe : une vue d'ensemble, in Sociologie de travail, Janvier 2000

Catherine Bac, l'évolution des systèmes de santé depuis les années 1970 ; in problèmes économiques N° 2862, Novembre 2004

Carine Chaix-Coutourier, Isabelle Durant Zaleski ; évaluation des technologies de la santé : contexte économique et politique

Gary Olius Globalisation : de la technologie à l'idéologie ; in Alter Press 16 septembre 2004

Milan Vujisic, Quel enseignement pour une réforme de la santé, CREG (Centre de Recherche en Economie gestion) JUIN 2008

Eric Berr La dette des pays en développement : Bilan et perspective ; Université Montesquieu IV

Susan George, Rapport sur les investissements dans le monde ; colloque de la fondation Marcelino Botin ; Madrid, Janvier 2000

Xavier. Greffe, Economie des politiques publiques, ED Dalloz, Paris ,1994

B.Misset, P.Moine, B.Garrigues, H.Logerot-Lebrun ; Recommandations pour le codage d'un patient de réanimation ; commission d'évaluation de la SRLF et comité de réanimation de la SFAR. 1999

Brigitte Lacour, J.F Laurent, Marie Hélène Lenfant ; Manuel de procédures PMSI en cancérologie ; Groupe Information Médicale ; version validée par le PERNNS, Juillet 2000

Alain Vergnevègre ; Classification commune des actes médicaux (CCAM) et PMSI. ; in Médecine sciences, ED imothep ; Paris, 2005

Michel Herland, La révolution Keynésienne in Les Cahiers Français N°280, Mars 1997

Maryvonne Fremicourt, quel avenir pour la protection sociale dans une Europe élargie ; UCNSS-universités, 2004

Jean-Marie Harribey La « bonne gouvernance » ou l'allocation des ressources par le marché, c'est le non développement assuré ; séminaire « finance et développement » FSE Florence, 8 Novembre 2002

Christian Deblock, l'intégration des pays en développement à l'économie mondiale, in Mondialisation et régulation ; centre d'étude internationales et mondialisation, Québec, Février 2002

Nicolas Baverez, Plus ou moins d'Etat ? Plus ou mieux d'Etat ?; journée d'étude de l'association pour le développement de l'histoire économique, La Sorbonne, 16 Novembre 2002

Philippe Batifoulier, J.P Domin, M. Gadreau ; La crise de l'assurance maladie est-elle imputable à l'orientation marchande de l'Etat social ? , Colloque international (Etat et régulation sociale) Institut National d'histoire de l'art, Paris, septembre 2006

Jean Perrot, La contractualisation dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE ; organisation mondiale de la santé (OMS) Genève 2006

Patrick Feltesse, De l'histoire de la sécurité sociale à ses enjeux et perspectives actuels ; in Education permanente, Janvier 2005

B.Jack, G.Elinas ; L'ajustement structurel et la réforme des soins de santé dans le tiers monde ; Novembre 1995

J.O Holsteing, N.Drunat, N.Taright, V.Leroux ; Analyse des données PMSI en SSR-, présentation des OAP SSR ; Gestion hospitalière 2005

Armand Hatchuel, Jean Claude Moisson, Hugues Molet ; Budget global hospitalier et groupe homogène de malades ; Ed la maison des sciences de l'Homme, Paris 1985

H.Leleu, La valeur du point ISA par établissement mesure t'elle la performance économique des hôpitaux ; courrier de l'évaluation en santé, société Française d'évaluation des soins et des technologies (SOFESTEC) novembre 2000

Agnès Verdier-moliné, Philippe François ; comprendre la mesure phare du projet de loi de financement de la sécurité Sociale ; IFRAP (institut Français pour la recherche sur les administrations publiques, novembre 2003

H.Leleu, B.Dervaux, F.Bousquet ; les enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière dans le cadre de l'évaluation de la tarification à l'activité ; Dossiers solidarités et santé, la documentation française 2005

H.Leleu, B.Dervaux, F.Bousquet ; les enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière dans le cadre de l'évaluation de la tarification à l'activité ; Dossiers solidarités et santé, la documentation française 2005

Jean Lojkiné, Cathy Suarez, Jean pierre Escaffre ; L'Etat social, mythe et réalités ; Revue Nouvelles Fondations N° 5 ; Avril 2007

Dominique Carré, Robert Panico, Les enjeux socio médicaux de la modernisation de la santé, réflexions sur la rationalisation et la mise en relation électronique du soin

et de sa gestion, 11 congrès des sciences de l'information et de la communication,
Metz

Gérard de Pouvourville et Joseph Tedesco ; la contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics ; Revue française de gestion, N°146, 2005

Gérard de Pouvourville, Hôpitaux : la double contrainte, Editorial, Revue Française de gestion , VOL ;23, N° 109, 1996

Catherine Quantin, Pierre Métral, Liliane Busserre ; Intégration des contraintes du PMSI dans la mise en place d'un système d'information hospitalière ; information et santé 1993

Dominique Polton ; Décentralisation des systèmes de santé, quelques réflexions à partir d'expériences étrangères, bulletin de l'information en économie de la santé N° 72, octobre 2003

Luc Nguyen-Kim, Zeynep.OR, Valérie Paris, Catherine Sermet; Les politiques de prise en charge des médicaments en Allemagne, Angleterre et France ; Bulletin d'Analyse économique N° 99, Octobre 2005

A.Lievre, G.Moutel, C.Hervé ; définition des réseaux de soins de leurs finalités : éléments de réflexion ; Laboratoire d'éthique médicales de droit de la santé publique ; Necker 2001

Paul Dourgnon, Stéphanie Guillaume, Michel Naidith, Catherine Ordonneau ; les assurés et le médecin traitant , premier bilan après la refonte ; Bulletin de l'information en économie de la santé N° 124 , février 2007

Marc Perronnin, Marie-jo Sourty Leguellec ; influence des caractéristiques sociales du patient sur la durée de séjour à l'hôpital ; Bulletin d'information en économie de la santé N°71 Septembre 2003

Anissa Afrite, Laure com-Ruelle, Zeynep Or, Thomas Renaud ; L'hospitalisation à domicile une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation ; Bulletin d'information en économie de la santé N°119 Février, 2003

A.Bocognano, A.Couffinhal, M.Grignon, R.Mahieu, D.Polton ; La mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé : théorie et bilan des expériences étrangères ; Bulletin de l'information en économie de la santé N°15, novembre 1998

Laurence Bloch et Pierre Ricordeau, La régulation du système de santé en France ; Revue française d'économie, N° 11, 1996

Roustoumi hadj nacer abderrahmane, santé et sécurité sociale, les cahiers de la réforme, ENAG DE 1989

Abdelatif Benachenhou, l'aventure de la désétatisation en Algérie, Revue du monde musulman et de la Méditerranée, N° 65, N°65, 1992 (pp175-185)

Abdelkrim Soulimane, Les programmes de promotion de la santé et d'éducation : situation et perspective ; IN promotion et éducation N° 1, 2008

Rachid Boudjema, Algérie : Chronique d'un ajustement structurel ; Revue d'Economie et statistique appliquées, I.N.P.S, N° 6, Mai 2006

Camilla Corradin ; les hydrocarbures dans l'économie algérienne, d'une économie planifiée à une économie de marché ;RITIMO(réseau d'information et de documentation pour le développement durable et de la solidarité internationale) ; N° 34 ; 2008

Réforme du système de santé, maîtriser les dépenses et accroître l'efficacité, revue d'économie économique de l'OCDE, n°24, 1999.

Le PMS -Analyse médico économique de l'activité hospitalière ; N° spécial ; Lettre d'Information hospitalière ; ministère du travail et des affaires sociales ; Mai 1996

Protection sociale : assistance ou assurance sociale ?, union syndicale solidaire, janvier 2004

Protection sociale : assistance ou assurance sociale ? Par l'union syndicale solidaires, 29 février 2004

Mohand Ouali, L'Algérie encourage l'utilisation des médicaments génériques, Magharebia, 12 Mars, 2008

Omar Benderra et Ghazi Hidouci, Algérie : économie, prédation et Etat policier ; Comité Justice pour l'Algérie ; Dossier N°14, Mai 2004

Larbi Abid, La mise en œuvre de la contractualisation et l'amélioration des prestations de santé ; Le guide de la médecine et de la santé en Algérie, ESAA, 21 février 2009

Larbi Abid, les médicaments génériques ; guide de la médecine et de la santé, septembre 2003

Philippe Abecassis, Nathalie Coutinet, caractéristiques du marché des médicaments et stratégie des firmes pharmaceutiques ; journal d'économie médicale, N° 768

Jérôme Dumoulin, les grandes firmes peuvent –elles vendre moins cher les médicaments brevetés, Journal de REMED, N°24

Philippe Mossé, L'économie du système hospitalier : le délicat problème de l'incitation ; LEST UMR, Moscou, Octobre 2004

Jean Louis Denis, Annick Valette , changement de structure de régulation et performance des mandats : examen des enjeux à travers la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation ; Finance Contrôle Stratégie, vol 3, N° 2 , Juin 2000

Pierre Volovitch, le NHS Britannique après la réforme, actualité et Dossier en Santé Publique, N° 18, Mars 1997

B.Bonnici, l'hôpital, Enjeux politiques et réalités économiques, Nouvelle Editions « les études », La Documentation Française, 1998

Séminaires

Note de présentation sur l'Algérie, Groupe Banque mondiale, Août 2006

M Ministère de la santé, « Service de santé en Algérie, situation et perspectives », novembre 1983

Colloque international, Santé et Sécurité au travail, Développement et Mondialisation, université Abderrahmane MIRA, BEJAIA, Algérie, Juin 2009

Premier plan triennal (1967-1969), ministère de la santé publique

Evolution des systèmes de protection sociale, perspective, condition et modalité permettant d'assurer leur équilibre financier » CNES, 18^{ème} session plénière, Juillet 2001. P51.

Libéralisation du secteur pharmaceutique en Algérie, effets sur la disponibilité et les prix des médicaments, OMS (Organisation Mondiale de la Santé), Série de recherche N° 22, 1997

Journées professionnelles sur le médicament générique et les produits de santé en Algérie ; Ministère du travail et de la sécurité sociale, 7 Mai, 2006

Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé, Extrait d'un document publié par le haut comité de la santé publique, juin 1998

Examen du dossier relatif à la santé, conseil des ministres, 13 Avril 2008

Audition – président gouvernement, ministère des affaires étrangères, octobre 2006

Les hépatites virales chroniques en Algérie la deuxième cause du cancer après le tabac ; les troisièmes journées des maladies infectieuses CHU Saadina Abdenour, Sétif, Octobre 2008.

Gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement ou à revenus intermédiaires, Colloque international organisé par l'université Abderrahmane Mira de Bejaia, Novembre 2006

Dos taler Gilles, libéralisme, Etat et secteur public, séminaire théorique sur les services public et mondialisation ; AITEC (association internationale des techniciens, experts et chercheurs

Lau thi Keng Jean Claude , L'impact de la globalisation sur les économies des pays de l'océan indien , séminaire organisé par le bureau international du travail sur « les stratégies des organisations syndicale dans la perspective de la globalisation de l'économie », Madagascar , du 8 au 11 décembre 1997

F.Godard, E.Goddat, A.Ortiz « La sauvegarde du financement des soins hospitaliers », 18 ème congrès de l'association Européenne des Directeurs d'hôpitaux », OPATIJA-Croatie, 2000

Nathalie Berta, Le concept d'externalité, de l'économie externe à l'interaction directe : quelques problèmes de définition ; séminaire d'économie publique ; Panthéon Sorbonne- ; Université Paris 1 ; Mars 2008

F.kohler, E ; Toussaint, les pôles et la contractualisation interne : Quels modèles rn hospitalisation de court séjour ? , Journées Francophones d'informatique Médicale, Faculté de médecine de Nancy, Lille, 12 13 Mai, 2005

M.Vial, Les grandes réformes structurelles : réformer l'Etat, cours de politique économique janvier 2007

Guy Delande, La sécurité sociale a 60ans ; colloque à Deauville, économie et solidarité : nouveaux défis managériaux, 16 et 17 Juin 2005

Jean-Marie Harribey, La protection sociale et /ou l'allocation universelle : une occasion de revisiter la théorie de la production et de la distribution de la valeur, reprise d'une communication au colloque en hommage à IVAN ILLICH ; institut de sociologie, université Libre de Bruxelles.

Sophie Ricci, protection sociale et ouverture des économies ; séminaire de recherche « relations économiques internationales », Université Paris Dauphine 2003-2004

Zine Barka et Tarik Salhi , protection sociale et système de retraite en Algérie, 33^{eme} conférence mondiale du CIAS, TOURS (France) , 30 Juin -4 Juillet 2008

Emmanuelle hoareau, Magalie Rascle, Performance économique et protection sociale, conférence ESIP Paris, décembre 2005

Mohamed Saib Musette, Mohamed Arezki Isli, Nacer eddine Hammouda; marché du travail et emploi en Algérie, élément pour une politique nationale de l'emploi ; OIT, Alger octobre 2003

Alain Bonnafous, internaliser les coûts sociaux des transports ; OCDE (organisation de coopération et de développement économique, Mai 1994

François Leveque, La réglementation des externalités ; intervention à « Ecole thématique sur les règles publiques » ; organisée par L'IEPE-Grenoble ; Juillet 2007

Pierre Lemieux, l'économie des défaillances de l'Etat ; institut constant de Rebecque, Genève, septembre 2008

Rapport annuel du PNUD 2004 : 2015 mobilisation de partenariats mondiaux

CLEISS (centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, 2009

Teqquer Kaddour, les médicaments génériques, travaux de la troisième rencontre scientifique organisé à l'EHU 1 novembre, département de la faculté de médecine d'Oran

Thèses et mémoires

Fabien Laffitte « un nouveau mode de financement du service hospitalier en France : le passage à la tarification à l'activité dans le cadre du plan « hôpital 2007 »septembre 2005, mémoire dirigée par M.Bonnafous ; institut d'études politiques de Lyon

Claire Bouinot, Le contrôle de gestion à l'hôpital, régulation et dynamique instrumentale ; sous la direction de Jean-claude Moisson, Ecole des Mines de Paris, Décembre 2005

Agnès Couffinhall ; Concurrence en assurance santé, entre efficacité et sélection ; Thèse de Doctorat en sciences économiques sous la direction de Lise Rochaix-Ranson ; Septembre1999

Bertrand Brouard, les impacts du contrôle de gestion dans l'univers hospitalier Français, mémoire de master, sciences du travail et de la société, sous la direction de André Moison, octobre 2005.

Didier Nakache, Extraction automatique des diagnostics à partir des comptes rendus médicaux textuels, thèse de doctorat en informatique, sous la direction d'Elisabeth Metais

Brahim Brahmia, gestion de la distribution des produits pharmaceutiques en Algérie, mémoire de magister, économie, Constantine 1982.

Miloud Kaddar, système de santé et médicaments : cas de l'Algérie, thèse de magister, Economie, ISE, Oran, 1982.

Assia Kara Terki, gestion du système de soins public Algérien, mémoire de magister, Juin 1995.

Didier Nakache, Extraction automatique des diagnostics à partir des comptes rendus médicaux textuels, thèse pour l'obtention du grade de docteur en informatique, 26 Septembre, 2007

Sites Internet

Le codage en PMSI, extrait du rapport national présenté par l'agence nationale d'information hospitalière

L'Etat providence ; la documentation Française, site Internet « Vie Publique.fr »

Patricia Turquet, Sécurité sociale : éléments de comparaisons européennes

<http://cmapspublic2.ihmc.us/rid>

Agence technique d'information hospitalière (ATIH), pour comprendre les principes et l'historique du PMSI en MCO

PMSI, GHS, ICR, T2A, CCAM et CO, SFED (société Française d'endoscopie digestive)

Extrait du chapitre 5 : Le programme de médicalisation des systèmes d'informations

Pénombre- LG N° 6 « Au cœur du PMSI »

Rôle des incitations monétaires dans la demande de soins : une évaluation empirique extrait du rapport final de « problèmes de l'Etat social », septembre 2003

Extrait du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 : commissariat National du plan

Les risques et les effets pervers de la T2A, conseil économique et social, 2005

Otto Kaufman, la notion de la sécurité sociale au niveau international et communautaire ; Social-law.net ; Juin 2004

Protection sociale : assistance ou assurance sociale ? Par l'union syndicale solidaires, Janvier 2004

<http://www.solidaires.org/article 212.html>

Presse Algérienne

Quotidien d'Oran

Ahmed Sakhri, « 700DA pour une nuit d'hospitalisation », 12 décembre 2001

Abdel hafid Ossoukine, juillet 2002

Riad Bourriche, Les nouveaux modèles politiques, 8 juin 2000

Lazhar Fellah, politique d'ajustement structurel de l'économie et financement des dépenses de santé, 24 janvier 2004

Ouzzir Saliha, le financement de la santé, les enjeux de la réforme, Mai 2002.

Ghania Oukazi, les maladies de la sécurité sociale, 19 juillet 2001, rapport du CNES.

C. Salah, Le cancer du col de l'utérus tue 4 Algériennes par jour, Juin 2007

Kader Hannachi, menace sur le médicament générique

Bourriche Riadh ; l'Etat et la gouvernance ; 29 Juillet 2004

Les dépenses de sécurité sociale en hausse, le quotidien d'Oran, 5 novembre, 2008

XVI congrès national de néphrologie, novembre 2005

K Rapport sur les troisièmes rencontres internationales de la pharmacie Alger, 19 septembre 2004.

La sécurité sociale en Algérie, 1 Mars 2009

le Matin

Les entreprises étrangères du médicaments boudent l'Algérie, 7 Mai, 2009

El watan

Kamel Benelkadi, extrait de la troisième séance d'ateliers de formation, Aventis Pharma Algérie, Mars 2004

Karima Bendjeddou, soins à l'étranger/l'Est marginalisé Avril 2002

Karima Bendjeddou Le désengagement par les chiffres 11 Avril 2002

Hamid Bellagha, Assurance et santé, ce que la carte Chifa va changer 7 Janvier 2008

Karima Bendjeddou ; soins à l'étranger/L'Est marginalisé, 13/04/2002

Hamid Bellagha ; Assurance et santé : ce que la carte chifa va changer, 7/1/2008

Karima Bendjeddou, Le désengagement par les chiffres, 11/04/ 2008

L.Amine, l'argent n'arrive pas à soigner la santé, El watan, 17 février 2009

S.Kebour, l'économie de santé et le pharmacien d'officine, El watan, 14 Avril 2004

El Watan, 27 décembre 2005

Mahmoud Boudarene, La médecine est –elle encore gratuite en Algérie, El watan, Mai 2008

Jeune Afrique

Samy.Ghorbal une réforme tant attendue, Avril 2003

El Moudjahid

Sarah Sophie, la santé des Algériens, Juillet 2003

Le soir d'Algérie

W.Z La situation démographique en Algérie, Le soir d'Algérie, 21 Juillet 2008

Fatma Haouari, Quel avenir pour le mouvement mutualiste en Algérie, (Extrait du symposium sur le mouvement mutualiste en Algérie, 15 et 16 octobre), 26, Août 2009

Nawal Imès, Sécurité sociale et actes médicaux, le remboursement au réel, 29 Août 2006

Liberté

. **Badreddine Khris**, À partir de demain des soins gratuits pour les retraités, Liberté, 4 Mars 2009

Zoubir Ferroukhi, Sans la réforme c'était la faillite de la sécurité sociale, Liberté, 26 janvier 2009

Le dépistage gratuit du cancer du sein, 10 janvier, 2010

Le Monde Diplomatique

Isabelle Moreau, Algérie : l'émiettement de la santé, Septembre 1998

Katia-Salamé-Hardy, Maghreb bilan de santé ; ARBIES (le Mensuel du Monde Arabe de la Francophonie), Avril 2003

La Tribune

Nissa Hammadi, marché du médicament en Algérie ; La Tribune, 4 décembre 2004

Horizon

M.Kedada, commercialisation des médicaments-quand le générique devient plus cher que le princeps, 18 Mars, 2009

le Jour d'Algérie

Nouria Bourihane, Médicaments génériques en Algérie, le Jour d'Algérie, 16 Avril, 2006

Introduction générale	
CHAPITRE I L'Etat et les services publics dans la nouvelle conjoncture économique	15
Introduction	15
Section I_ La nature de l'Etat dans ses rapports avec les conceptions de sociétés	16
A. Extension du rôle de l'Etat dans la théorie Keynésienne	19
A.1 Rôle dans la relance de l'économie	19
A.2 corrections des carences du marché	21
B. l'Etat et le développement des motifs d'interventions publiques	21
B.1 Motifs liés à la nature des biens	22
B.1.1. les Biens collectifs	22
B.1.1.1 les biens et services privés	22
B.1.1.2 les services publics purs	23
B.1.1.3 services collectifs « mixtes »	23
B.1.1.4 services collectifs « mixtes » avec rivalité.....	24
B.2. Les carences du marché	24
B.3. Les indivisibilités	25
B.3.1 l'indivisibilité de l'offre	25
B.3.2 les indivisibilités d'usage	26
B.4 la rentabilité des biens collectifs	26
B.5 externalités et concernés	26
B.5.1 externalités pécuniaires	27
B.5.2 externalités technologiques	27
B.5.3 L'internalisation des biens	28
C. Succès du modèle Keynésien et accroissement des dépenses de l'Etat	28
C1. La croissance relative de l'Etat et les trente glorieuses	28
C.1.1 Keynes et les conditions économiques de l'après guerre	28
C.1.2 Les systèmes fiscaux	30
C.1.3 L'adaptation de la gestion publique à la plupart des services de l'Etat	30
C.14 croissance démographique et élargissement des politiques sociales	32
SECTION II Crise économique et retour sur le financement des services publics	33
A. Facteurs liés à la crise	33
A.1 Effet des deux chocs pétroliers 1973 et 1979 sur les finances mondiales	33
A.2 Crise du régime communiste	35
A.3 Limites approuvées du modèle Keynésien	36
B. Le tournant libéral des années 1980	37
B.1 Retour aux lois du marché	37
B.2 Passer de plus d'Etat à moins d'Etat	39
B.3 Les fondements théoriques du retrait de l'Etat	40
B.3.1 principaux théoriciens du nouveau courant libéral	40
B.3.1.1 Friedrich von Hayek	40
B.3.1.2 Milton Friedman	41

B.3.1.3. Arthur Lafer	41
B.4. L'économie de la bureaucratie et contestation du fonctionnement des Services publics	42
B.4.1 théorie de l'économie de la bureaucratie	43
B.4.2 économie de la bureaucratie et critique de la gestion publique	43
B.4.2.1 budget et comportement des bureaucrates	44
B.4.2.2 l'allocation des ressources	45
B.4.2.3 règles et standards	46
B.4.2.4 coûts et revenus	47
B.4.2.5 prix des services publics	47
B.4.2.6 budget et type de demandes	48
B.4.2.7 les droits de propriétés	49
B.5. Critique de l'Etat et de ses attributs	49
B.5.1. Efficacité allocative	49
B.5.2. Critique de la fonction distributive	50
B.5.3. L'Etat et les politiques sociales	51
Section III Services publics et globalisation de l'économie	53
A. La globalisation un nouveau contexte de libéralisation des systèmes	54
A.1 Définition et concepts	54
A.2 dimensions de la globalisation	54
A.2.1 Economique	54
A.2.1.1 la délocalisation	55
A.2.1.2 la libéralisation du marché de l'emploi	55
A.2.2 Financière	56
A.2.2.1 la dérégulation	56
A.2.2.2 L'élimination des intermédiaires	56
A.2.2.3 L'ouverture des marchés financiers internationaux	56
A.2.3. Commerciale (et rôle de l'OMC, GATT)	56
A.2.4 Technologique	57
A.2.5 socioculturelle	57
B. Les tendances économiques internationales	58
B.1. globalisation économique et commerciale	58
B.1.1 Libéralisation du commerce extérieur (libre échange)	58
B.1.2. Libéralisation et rôle accru du secteur privé	59
B.1.3. Développement des flux financiers	59
B.1.4. Globalisation technologique	60
C. Les premières retombées de la globalisation	60
C.1. Réduction du rôle de l'Etat	60
C.2. Mythe de la force du marché	61
C.3. L'accentuation des inégalités entre les pays du globe	61
C.4. Emergence du régionalisme	62
C.5. Dégradation de l'emploi et des conditions de travail	62
D. Globalisation dans le contexte socio économique des pays en développement	62
Section IV Le financement de la santé publique dans la nouvelle conjoncture Économique	65

A. Justifications de la mise sous tutelle des biens sanitaires	65
B. Croissance des dépenses de soins et différentes politiques de maîtrise dans les systèmes de santé	68
B.1. Principaux facteurs de croissance des dépenses de santé	68
B.1.1. Les facteurs de la demande : La démographie, le revenu, les prix des soins	69
B.1.2. Les facteurs d'offre : la socialisation des systèmes de santé, le progrès Technique, ...	70
B.1.3 Les facteurs institutionnels	72
C. Les politiques visant à améliorer les performances des systèmes de santé	73
C1. Maîtrise des coûts au niveau macro économique	75
C11. Mesures de maîtrise des coûts au niveau macro économique	76
C12. Efficacité et variabilité des contraintes dans les différents systèmes	78
C2. La recherche de l'efficacité au niveau micro économique	80
C21. Mesures de rationalités au niveau micro économique	80
C.2.1.1. Recherche de l'efficacité dans les modalités de l'offre (remboursements, contrats, systèmes intégrés)	81
C.2.1.2 recherche de rationalité dans les systèmes de financement des hôpitaux	83
C.2.1.3 recherche d'efficacité dans la gestion du secteur hospitalier	86
D. D'autres stratégies d'amélioration de l'efficacité micro-économiques	88
D.1 Renforcement du rôle des prestataires et financières des soins	88
D.2 concurrence entre des minis systèmes intégrés PPO et HMO	92
D.3 Amélioration du rôle de mandataire des médecins assurant des soins Ambulatoires	93
D.4 changement des modes de rémunération des médecins de premier secours	94
D.5 changements dans les systèmes de détention de budgets	97
E Quelques exemples particuliers dans la recherche de la maîtrise des dépenses	97
E.1 produits pharmaceutiques	97
E.2 évaluation des technologies nouvelles	99
E.3 meilleure maîtrise de l'offre des médecins et de lits d'hôpitaux	99
E.4 la prise en charge de la population du troisième âge	100
E.5 maîtrise des coûts et des assurances	101
E.6 participation aux frais et ticket modérateur	102
E.7 de nouveaux objectifs dans la politique de santé	104
Section V Les réformes des systèmes de santé	105
A. caractéristiques des réformes des systèmes	106
A.1 le recours à la concurrence	106
A.2 la décentralisation	107
B. les systèmes de santé d'aujourd'hui	109
B.1 caractéristiques des systèmes actuels	109
B.1.1 le modèle « public intégré »	110
B.1.2 le modèle de « contrat public »	110
B.1.3 le modèle de « remboursement »	110
B.2 Des exemples sur le circuit des malades dans quelques pays d'Europe	111
B.2.1 En France	111
B.2.2 les pays bas	112

B.2.3 le royaume unis	113
B.2.4 en suède	114
B.3 Les évolutions récentes des dépenses de santé en Europe et au Etats-Unis	114
B.3.1 le financement des dépenses publiques	115
B.3.2 Libéralisation plus large des systèmes	116
C. médecine libérale et contractualisation dans les nouveaux systèmes	117
C.1 L'émergence de la médecine libérale dans les nouveaux systèmes de santé	117
C.1.1 l'évolution progressive des principes de la médecine libérale	118
C.1.1.1 principe du libre choix des prescriptions	119
C.1.1.2 principe de liberté de choix du médecin par le malade	120
C.1.2 la capitation	121
C.1.3 l'évolution du principe du libre installation et implantation	121
D. Le rôle de l'Etat face à la contractualisation	122
D.1 Acteur de la relation contractuelle	123
D1.1 l'Etat acteur direct	123
D.1.2 l'Etat régulateur des relations contractuelles	124
D.2 les modalités de régulation des relations contractuelles par l'Etat	124
D.2.1 l'engagement de l'Etat	125
D.2.2 l'accompagnement des relations contractuelles	125
D.2.3 la concurrence	125
D.3 La théorie de l'agence et l'approche contractuelle	125
D.3.1 les Objectifs de la théorie de l'agence	127
D.3.2 les implications de la théorie de l'agence sur l'approche contractuelle	128
D.3.3. la contractualisation dans les pays développés	129
D.3.4 la contractualisation dans les pays d'Europe de l'Est	131
D.3.5 Contractualisation dans les pays en développement	132
D.3.5.1 l'étatisation des systèmes	132
D.3.5.2 phase de libéralisation des systèmes de santé	134
D.4 diversification des acteurs et séparation des rôles dans les nouveaux Systèmes de santé	136
D.4.1 la diversification des acteurs	136
D.4.2 la séparation des fonctions	137
E. Contractualisation et réseaux de soins dans les nouveaux systèmes de santé	138
E.1 La notion de réseau de soins	138
E.2 Les formalisations des conditions d'un réseau	140
E.3 l'adhésion au réseau de soins	142
Section VI Les caractéristiques du système de soins Algérien dans sa transition Vers l'économie de marché	143
A. périodes de financement du système de santé	143
A.1 phase s'étalant entre 1967 et 1974	14 3
A.2 Phase à partir de 1974	144
A.3 système de soins entre 1980 et 1984	146
A.4 phase entre 1986 et 1995	146

B. Crise d'endettement, intervention des institutions de Brettons woods et Début de libéralisation du système de santé	147
B.1 crise financière en Algérie	147
B.2 programme d'ajustement structurel et passage à l'économie de marché	149
B.3 les principaux résultats macro économiques du PAS	151
C. financement de la santé avec le retour de l'embellie financière en Algérie	152
C.1 résultats de la première période	153
C.2 résultats de la seconde période	155
Conclusion	158
CHAPITRE II Protection sociale et régulation de l'offre des soins	160
Introduction	160
SECTION I Régulation économique et rôle de la protection sociale	161
A. Les fondements de l'Interet de la sécurité sociale	161
A1. Place du revenu indirect dans la théorie Keynésienne	161
A2. Développement des attributs des biens faits économiques de la protection sociale	162
A3. Le renforcement du fordisme économique	163
A4. Développement et généralisation des principes de l'Etat providence	164
B. L'Etat providence et les grands modèles de sécurités sociales dans le monde	165
B.1 La protection sociale dans les modèles Bévériidgien et Bismarckien	166
B.1.1. Le modèle Bismarckien	166
B.1.2. Le modèle Bévériidgien	167
B.2. La notion d'Etat providence et explications de la croissance économique	168
B.2.1. Logique du développement économique liée à l'industrialisation	169
B.2.2 logique d'interdépendance et d'intégration sociale	170
B.2.3 logique du développement du capitalisme	170
B.2.4 logique de démocratisation	170
B.2.5 La logique de solidarité	171
B.3 Les régimes d'Etats providence	171
B.3.1 Les trois critères de différentiations entre les Etats providences	172
B.3.1.1 La dé marchandisation	172
B.3.1.2 La stratification sociale	173
B.3.1.3 La défamiliarisation de la protection sociale	174
B.3.2 La typologie des régimes d'Etat providence	174
B.3.2.1 Le régime libéral ou résiduel	175
B.3.2.2 Le régime corporatiste conservateur	176
B.3.2.3 Le régime social-démocrate ou universel	176
C. Effets de la généralisation des systèmes des assurances sociales dans le monde	178
C.1 Effets économiques	179
C.2 effets sociaux	180
C.3 Effets liés aux caractéristiques des systèmes d'assurances (Assurances obligatoires et de répartition)	182
C.3.1 L'assurance obligatoire	182
C.3.2 Le choix de la répartition	182

SECTION II Libéralisme économique et retour sur le financement social dans le monde	183
A. Motifs sur le retour du financement social	183
A1. Crise de l'Etat providence	184
A.1.1 La crise financière	184
A.1.2 La crise d'efficacité	185
A.1.3 La crise de légitimité	186
A.1.4 La dérive du système assurantiel	188
A.1.5 Pressions de l'Etat providence sur l'Etat régalien	189
A2. Renaissance du courant libéral	190
A3. Privatisations des économies et difficulté du financement social	192
B. Globalisation et éclatement des systèmes de protections sociales	194
B1. Facteurs influençant le déclin des systèmes	194
B.1.1 Les deux chocs pétroliers (1973 1979)	194
B.1.2 L'implosion sociale dans les pays de l'Est	196
B.1.3 Situation économique générale dans le monde	197
B.1.4 Rétrécissement du rôle des couches moyennes	198
B.1.5 Les nouvelles données financières dans le monde	199
B.1.6 L'enracinement des transnationales dans les économies	200
B.2 Les bases idéologiques soutenant les réformes : la gouvernance	202
B.2.1 Les principes de la gouvernance	202
B.2.2 Vecteurs de la gouvernance « les sociétés de conseil »	203
B.2.3 L'OMC et rôle de l'A.G.C.S dans la libéralisation des services	204
SECTION III Le nouveau contexte de financement des systèmes de sécurités Sociale	205
A Caractéristiques du nouveau cadre de financement	205
A.1 Le difficile financement de la protection sociale	205
A.2 menace sur les acquis sociaux	206
A.3 individualisation profonde des risques	207
A.4 exposition à de nouveaux risques financiers	208
B. Réformes et mesures de rationnements des dépenses des systèmes de Sécurité sociale	209
B.1 Réduire le poids financiers des systèmes	210
B.1.1 Les mécanismes de marché	210
B.1.1.1 Principes de solvabilité de la demande	211
B.1.1.2 Multiplication des procédures d'évaluation	211
B.1.1.3 Développement des méthodes managériales et de gestion	212
B.1.1.4 Actions sur les solidarités naturelles	212
B.2 recherche de moyens d'amélioration de financement	213
B.2.1 Aménagement des barèmes de cotisation	213
B.2.2 Accroissement de la fiscalité	214
B.2.3 Les freins à la croissance des prestations	214
	215
B.2.3.1 Les politiques de rationnement	
B.2.3.2 L'individualisation des soins	215

B.2.3.3	L'indexation sur les prix plutôt que les revenus	215
B.3	Mesures sur les solidarités sociales	215
B.3.1	les revenus minima	216
B.3.2	Les ayants droits	216
C.	Exemple de recherche de rationalité dans le système d'assurance Maladie	217
C.1	La contractualisation dans les systèmes de santé	217
C.1.1	Problématique de la contractualisation	218
C.1.2	contractualisation et gestion des risques dans les nouveaux systèmes D'assurances	219
C.1.3	le contrat un moyen de limiter les effets de la concurrence parfaite	222
SECTION IV Sécurité sociale et régulation de l'offre en Algérie		224
A.	Place de la sécurité sociale dans la régulation de l'offre	225
A1.	Organisation et fonctionnement des caisses de la sécurité sociale	226
A.1.1	Unification des caisses	226
		227
B.	L'Etat gestionnaire de la sécurité sociale en Algérie	228
B1.	Le caractère administratif des caisses	229
B2.	Principe de l'autonomie financière dans la gestion	230
B3.	Gestion des ressources de la S.S	231
B.4	Poids des missions de la protection sociale en Algérie	233
B.4.1	Financement du système de soins	233
B.4.2	Autres actions de financements sociaux économiques	236
C.	Situation financière des organismes de la SS à partir de 1990	237
C.1	Analyse des dépenses et des recettes de l'ensemble des caisses	237
C.2	Les dépenses des organismes de la sécurité sociale	239
C.2.1	Dépenses de financement de la caisse nationale d'assurance sociale : CNAS	240
C.2.1.1	Forfait des hôpitaux	240
C.2.1.2	Transfert des malades à l'étranger	242
C.2.1.3	Dépenses des médicaments	243
C.2.1.4	Autres actes médicaux et prestations	243
C.2.1.5	Dépenses des accidents du travail et des maladies professionnelles	244
C.2.1.6	Les dépenses de fonctionnement	244
C. 3	Les dépenses engagées par la CASNOS	245
C.3.1	Analyse des recettes et dépenses CNR	245
C.3.2	Les dépenses de retraite	246
SECTION V Sécurité sociale et moyens de rationnement des dépenses de la Sécurité sociale en Algérie		247
A.	Facteurs imposant le rationnement	247
A.1	crise mondiale et effets sur les économies des pays en développement	247
A.2	Crise économique et application du programme d'ajustement structurel	248
A.2.1	Liquidation des entreprises publiques	249
A.2.2	inflation et effets sur le ticket modérateur	251
A.2.3	Multiplication des facteurs sociaux et de risques.	253
A.2.4	difficulté de financement par l'Etat	253

A.2.5	secteur privé et dépenses des ménages	254
B.	Mesures de rationnement des dépenses de sécurité sociales	256
B.1	Multiplication des procédures d'évaluation	256
B.2	le système du tiers payant	256
B.3	recherche d'économicité des dépenses de ménages	257
B.4	mesures de réduction des dépenses	258
B.4.1	mesures sur les médicaments	258
B.4.2	mesures de déremboursements	259
B.4.3	remboursement des médicaments sur la base du tarif de référence	261
B.4.4	un exemple de remboursement sur la base du tarif de référence	262
B.5	Arrêt des transferts de soins à l'étranger	264
C.	Vulnérabilité structurelle du système de sécurité sociale en Algérie	264
C.1	le marché de l'emploi	265
C.2	Désaffiliation et non déclaration des assurés	265
C.3	Difficulté de financement de la solidarité nationale	266
C.4	la contrainte des tarifs de remboursements	268
C.4.1	problème de la tarification des soins en Algérie	269
C.4.2	rapport entre tarif de remboursement et coûts des soins	273
C.5	coût des remboursements des médicaments	274
C.5.1	conditions actuelles de la production locale des médicaments	275
C.5.2	la facture de l'importation des médicaments	276
C.5.3	Effet du marché mondial sur le médicament en Algérie	277
C.5.4	Effet de la concurrence mondiale sur le coût des médicaments	278
C.5.5	Le médicament et l'accès aux soins des pays pauvres	281
C.5.6	Effets des accords Trips sur le marché mondial	283
D.	Coûts des maladies émergents en Algérie	284
D.1	Les maladies cardio vasculaires	285
D.2	Le diabète	285
D.3	Le cancer	285
D.4	L'insuffisance rénale	286
D.5	l'Asthme	286
D.6	La santé mentale	287
D.7	le coût des nouveaux fléaux sociaux	287
E.	Généralités sur la situation actuelle de la sécurité sociale en Algérie	288
	Conclusion	291
	CHAPITRE III : La régulation des dépenses hospitalières	293
	Introduction	293
	SECTION I Motifs de la recherche de régulation en milieu hospitalier	295
A.	Les fondements théoriques de la recherche de la maîtrise des dépenses en milieu hospitalier.	295
A1.	Ebranlement du cadre théorique Keynésien et remise en cause de l'Etat providence	296
A.1.1.	Critique philosophique de l'Etat et de ses attributs	296

A.1.2. Critique économique de la croissance des dépenses publiques	297
A.1.3. Critique théorique de la bureaucratie hospitalière et l'élaboration d'un modèle nouveau	299
A.1.4. critique du modèle bureaucratique hospitalier	299
A.1.4.1 L'évolution de la nouvelle micro économie dans l'analyse de l'hôpital	300
A.1.4.2. L'analyse de l'hôpital à travers la théorie de l'agence	303
A.2. La réforme des principaux systèmes hospitaliers en Europe	305
A.2.1. La réforme du National Health Service (NHS)	306
A.2.2. L'influence du modèle Britannique en Europe (Finlande, Danemark, Suède et pays Scandinaves)	309
A3 L'évolution de la politique hospitalière en France	311
A3.1. de l'Etat omniprésent à l'Etat absent	311
A3.2 Régionalisation des soins	312
A33. L'introduction du nouveau management hospitalier	313
A331. La contractualisation interne	314
A332. La mise en œuvre de techniques de management	314
A34. La transformation du financement hospitalier	314
B. Les fondements économiques de la maîtrise des dépenses hospitalières	315
B1. Croissance non maîtrisée des dépenses de santé	315
B2. Attributs et moyens du contrôle des coûts en milieu hospitalier	316
B21. Les solutions coercitives	317
B22. Les solutions incitatives	319
B3. La relation d'agence et rôle du pouvoir et de l'information	320
B31. Rôle du pouvoir et de l'information	320
B32. Description de la relation d'agence	320
B.33 Problématique de la relation d'agence	321
B331. Situation de sélection adverse	323
B332. Situation de risque moral	323
B.4 Les principales procédures incitatives	324
B.4.1 procédures incitatives d'enchères	324
B.4.1.1 procédures d'attributions au « moins disant » « mieux disant »	325
B.4.1.2 procédures d'appel d'offre concurrentielle (Vickerey)	325
B.4.1.3 procédure de contrat à marges fixes	326
B.4.1.4 procédure de contrat à classes motivantes	326
B.4.2 procédure de Weitzman	327
SECTION II Particularité de la gestion hospitalière en Algérie	328
A. Place de l'hôpital dans la socialisation des soins à partir de 1973	329
B. L'hôpital et financement des soins lourds en Algérie (1981-1986)	329
B1. Carte sanitaire et hiérarchisation des soins	329
B2. Introduction des soins spécialisés	330
C. Choc conjoncturel et crise de financement de l'hôpital à partir de 1990	331
C1. Programme d'ajustement structurel	331
C2. La fonction de l'hôpital par rapport au programme d'ajustement structurel	333
C3. Les indices de la production hospitalière	333
C4. La tarification des soins hospitaliers	334

C5. Tarification et résultat sur le fonctionnement hospitalier	335
C6. Sécurité sociale et forfait des hôpitaux	335
SECTION III Le modèle « FETTER » et gestion des nouveaux systèmes de santé	337
A. originalité du modèle dans la gestion hospitalière	337
A.1 « FETTER » et système d'information	337
A.2. La notion du produit hospitalier	338
A3. La fonction de production des soins à l'hôpital	339
A.4. Les nouvelles attributions de l'hôpital	341
A.4.1 principe de la catégorisation des malades ou détermination des GHM	341
A.4.2 la notion de groupes homogènes des malades	342
B. calcul des coûts et refonte de la comptabilité analytique dans le système Fetter	344
B1. Définition de la méthode ABC/ABM	345
B.1.1 ABC/ABM une approche centrée sur les activités	346
B.1.2 les avantages de la méthode ABC/ABM	348
B.2 La particularité des calculs des coûts	349
B.2.1 Le calcul des coûts hospitaliers au USA	349
B.2.2 Le calcul des coûts en France	350
SECTION IV utilisation des GHM dans le fonctionnement et la gestion hospitalière	353
A. Production du résumé de sortie standardisé (RSS)	353
A1. Contenu du résumé d'unité médicale	353
A.1.1 La classification des groupes homogènes de malades	355
A.1.2. Le diagnostic principal	357
A.1.2.1 Les actes classant	357
A.1.2.2. Les complications ou morbidités associés	359
A1.2.3. L'âge du patient	359
A2. La fonction groupage	361
A.2.1 L'Utilisation des résumés de sortie standardisés	361
A.2.2 production d'autres informations	361
A.2.3. Chaînage anonyme des RSA	362
A2.4 L'étude nationale des coûts	362
B. La codification des diagnostics	362
B1. La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et le catalogue des actes médicaux CDAM	363
B2. Les objectifs de la classification commune des actes médicaux	364
B3. La classification internationale des maladies	366
B4. Les thésaurus de spécialités médicales	368
C. Le codage d'un résumé d'unité médicale	369
D. L'algorithme de groupage	372
SECTION V Le programme de médicalisation des systèmes d'informations PMSI	373
A.PMSI et relation d'agence dans le système Français	374
B. Résumé des soins et de la production hospitalière	375

C. Révolution dans le financement hospitalier	378
C1. Changement dans le calcul des dotations budgétaires	379
C2. L'élaboration des classifications médico économique	381
C3 L'indice synthétique d'activité (l'ISA) et comparaison des établissements	382
C4. Les étapes de la construction d'un outil d'aide à l'allocation budgétaire	383
D Les fondements de la tarification à l'activité, la tarification :à la pathologie	387
D1. Limite des anciens systèmes de tarification des services publics	387
D2. Rompre avec l'ancien système de financement	389
D3 S'adapter aux spécificités économiques du système de santé	389
E La tarification à l'activité (T2A) et exemple de la tarification en France	390
E1. Attributs du paiement prospectif à la pathologie	391
E2. T2A et Modernisation du mode de financement	392
E3 T2A et nouveaux rapports avec la sécurité sociale	393
E4 le Passage à la tarification à l'activité et ses implications	393
E.4.1 L'objectif de la réforme	394
E.4.2 Les modalités de financement du secteur public et privé	395
E.4.2.1 les modalités du passage à la T2A s'agissant des établissements privés	395
E.4.2.2 les modalités du passage à la T2A pour les établissements publics participants au service public hospitalier	397
E.4.3 les tarifs des GHS dans le secteur privé	398
E.4.4 les tarifs des GHS dans le secteur public	398
E.4.5 Les motifs imposants l'amélioration de l'application de la T2A	399
E.4.5.1 les leçons tirées de l'expérience MEDICARE	399
E.4.5.2 les difficultés rencontrées lors de l'application de la T2A	400
E.4.5.3 incitations à l'effort de réduction des coûts et l'amélioration de la qualité	405
E.4.5.4 missions d'intérêt général MIG	407
E.4.5.5 incitations à l'innovation	408
E.4.6 analyse de l'effet de la tarification à l'activité sur le marché des soins	412
E.4.6.1 l'importance de la comptabilité analytique	412
E.4.6.2 l'impact sur la concurrence entre cliniques privées et hôpitaux publics	412
E.4.7 d'autres questions délicates relatives à la T2A	414
E.4.7.1 la modulation des tarifs nationaux	414
E.4.7.2 le périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)	415
SECTION VI : Intérêt de médicalisation des systèmes d'information dans le cas Algérien	418
A. PMSI et mesure d'activité médicale à l'hôpital	419
A1.Le nouvel outil de mesure de production des soins	419
A2. Introduction du système	420
A3. Catégorisation des malades	420
B. Introduction d'un nouveau mécanisme de financement et de budgétisation	421
B1.Clarification des fonctions de l'hôpital	423
B2.Dissocier la fonction des soins lourds des actions de prévention	423
B3.Imposer la constitution du dossier médical	424
B4. Rétablir de nouveaux liens entre l'Etat et la sécurité sociale	425
B5 veiller à la bonne gouvernance et l'efficacité des établissements de santé	425

C. Les bases de la nouvelle budgétisation	426
C1. Le calcul des coûts en milieu hospitalier	426
C2. La connaissance des coûts par hôpital et par GHM	427
C3. L'indice synthétique d'activité et comparaison des hôpitaux	424
C4. La gestion financière des établissements	428
C5. Répartition régionale des soins	429
D. Développer les modes de prises en charge des malades	431
D1. Outil de coopération entre établissements de santé et professionnels	431
D2. Développer les alternatives d'hospitalisations	432
D3. Faire du secteur privé un complément dans la distribution des soins	432
E. Régulation des facteurs d'offre et de la demande	433
E1. Développement des systèmes d'information sur les patients et les coûts	434
E2. Le volume et la lourdeur des cas ambulatoires	435
E3. Adapter la formation médicale à l'épidémiologie	436
E4. L'introduction des nouvelles technologies et de nouveaux traitements	436
F. Moyens nécessaires pour la réforme	438
F1. Créer un département d'information médicale	439
F2. Réforme des bases de la comptabilité analytique	440
Conclusion	441
CHAPITRE IV Etude d'un cas pratique sur les coûts hospitaliers dans la wilaya de Tlemcen	443
Introduction	443
Section I la formation des coûts dans les établissements hospitaliers	445
A. Objectif du travail	445
B. Méthode utilisée	446
C. Les coûts hospitaliers dans les trois établissements de soins : Tlemcen Maghnia Ghazaouet	447
C.1. Analyse de la formation des coûts au C.H.U.T	447
C.1.1 Calcul des coûts au C.H.U.T	447
C.1.2 Synthèse sur les calculs au C.H.U.T	467
C.2 Calcul des coûts à l'E.P.H Maghnia	467
C.2.1 Le cheminement des calculs	467
C.2.2 synthèse sur les calculs de coûts à l'E.P.H Maghnia	475
C.3 Calcul des coûts à l'E.P.H Ghazaouet	475
C.3.1 Rappel et précisions sur les calculs	475
C.3.2 synthèse sur les calculs à l'E.P.H Ghazaouet	481
Section II Synthèse globale et commentaire des résultats du cas pratique	482
A. Coûts et gestion des établissements hospitaliers	482
A.1 Dominance des coûts fixes	482
A.2 Absence de normes de gestions	482
A.3 Dépenses des services auxiliaires	483
A.4 Coûts et détail sur la production des soins	483
A.5 Anomalies dans la formation des coûts	484
A.6 Absence des charges d'amortissements	484

A.7 Coûts et preuve de mauvaise gestion : exemple des dépenses d'alimentations	485
A.8 Critique de la méthode utilisée dans les calculs	497
A.9 Coûts et gestion des établissements	497
A.10 Coûts et budgétisation	498
B. Analyse de certaines informations puisées de la gestion courante des établissements hospitaliers	499
B.1 Résumé standard de sortie et résumé clinique de sortie	499
B.1.1 Le résumé standard de sortie	499
B.1.2 Le résumé clinique de sortie	508
B.2 Coûts et système de contractualisation des soins en Algérie	509
C. Difficultés rencontrées dans la réalisation du cas pratique	512
D. Recommandations et mesures à prendre dans le domaine hospitalier	514
D.1 Créer un département d'information médicale	514
D.2 Réforme des méthodes de la comptabilité analytique	515
D.3 Obligation de la tenue du dossier médical	516
D.4 Etude de la production des soins dans le secteur privé	516
D.5 Relier les coûts à la gestion	517
D.6 Initier le personnel sur les nouvelles méthodes de gestions	517
D.7 Budget et financement	518
Conclusion	519
Conclusion générale	521

يعتبر نموذج البرمجة بالأهداف من أشهر نماذج البرمجة الرياضية المتعددة الأهداف و الأكثر استعمالاً. عملياً أثبت هذا النموذج بمختلف أنواعه على أنه أداة دعم اتخاذ القرار يمكن استعمالها في حالات مختلفة. هذه الأنواع تأخذ بعين الاعتبار المعلومات المتعلقة بحالة اتخاذ القرار و أفضليات متخذ القرار بطرق مختلفة. بعض هذه الأنواع لا تأخذ بعين الاعتبار أفضليات متخذ القرار بصفة كافية. لكن البعض منها يوفر إطار عام و أكثر مرونة لنمذجة أفضليات متخذ القرار. في هذا السياق، من الضروري أن يبنى اختيار أحد أنواع نموذج البرمجة بالأهداف على خصائصه الجوهرية و قدرته على أن يعكس أفضليات متخذ القرار. نقدم في هذه الأطروحة تصنيف يهدف إلى توصيف و تصنيف الأنواع الرئيسية لنموذج البرمجة بالأهداف وفقاً لوقت أخذ بعين الاعتبار أفضليات متخذ القرار و نوع المعامل المستعمل لنمذجتها. هذا الهيكل ينبغي أن يسهل فهم و مقارنة الأنواع المختلفة لهذا النموذج و إعادة طرح مسألة اختيار النوع الأنسب نظراً للحالة اتخاذ قرار معينة و المكانة التي نريد تخصيصها لمتخذ القرار في عملية اتخاذ القرار. بالإضافة إلى ذلك، نركز اهتمامنا على صنف الطرق التفاعلية من خلال تقديم صيغة تفاعلية لنموذج البرمجة بالأهداف بدوال الرضى.

الكلمات الأساسية: دعم اتخاذ القرار، نموذج البرمجة بالأهداف، نمذجة الأفضليات، تصنيف، طرق تفاعلية.

Résumé

Le système de santé vit depuis quelques années de profondes perturbations liées à un grand choc extérieur qui réduit sensiblement ses principales sources de financement.

L'application du programme d'ajustement structurel impose la modification des règles d'offre de soins au moment où une large crise sociale est déclarée par de forts taux de chômage, de pauvreté et de précarité.

Trouver le moyen de réguler l'offre publique est le but de ce travail qui cherche à présenter une réflexion sur certaines méthodes managériales qui permettent par une utilisation plus rationnelle des finances une meilleure distribution de soins.

Le modèle «Fetter», repris en France dans le programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) nous aide à se pencher sur l'analyse des coûts hospitaliers comme outil de l'élaboration d'un système capable de fournir l'essentiel de l'information sur le fonctionnement hospitalier.

Mots-Clés : libéralisation des systèmes de santé - marché de soins publics - régulation d'offre- Protection sociale- système de contractualisation - réseau de soins- théorie de l'agence - Rationalisation des dépenses - coûts hospitaliers- PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'informations) - tarification à l'activité.

Abstract

The health system has lived a few years of profound disturbances related to a large external shock which significantly reduces its main sources of funding.

The application of structural adjustment program requires changing the rules of care services supply at the time when a large social crisis is declared by high rates of unemployment, poverty and insecurity. Find a way to regulate the public offering is the purpose of this work which aims to provide a reflection on some managerial methods that allow through more efficient use of finances better distribution of care services.

The model «Fetter» applied in France in the program of medicalization of information systems helps us to focus on the analysis of hospital costs as a tool for developing a system able to provide the main information related to the hospital functioning.

Key Words: liberalization of health systems – public health care market – supply regulation – social welfare - contracting system – network of care – agency theory – rationalization of expenditures – hospital costs- PMIS (Program of medicalization of information systems) – fixing prices at activity.