

SANTÉ ET ENTREPRENEURIAT SOCIAL EN ALGERIE

MM. Assia KARA TERKI & MR BENDI Abdellah

Résumé :

Depuis quelques années, le monde bascule vers le libéralisme économique en observant une généralisation quasi planétaire des lois du marché sous l'égide de la globalisation de l'économie.

Le profit devient alors le centre de toutes les transactions, il est considéré comme le seul et meilleur indicateur de performance économique car jusque là les autres outils de mesure sont jugés insuffisants à fournir les informations nécessaires sur les coûts et la rentabilité des entreprises.

Ainsi, le Keynésianisme qui a régné pendant plus de trois décennies est jugé inapproprié à la présente situation, surtout que l'Etat par ses outils de finances publiques n'arrive plus à jouer son rôle de régulateur autrefois accompli avec succès.

De ce fait, les défenseurs des idées libérales trouvent un réconfort idéologique et se réjouissent du retour à l'ordre naturel et à l'équilibre spontané du marché (F. Hayek).

Théoriquement, les faits sont justifiés par une recherche plus efficace dans l'utilisation des moyens financiers de la communauté ; Cependant, l'origine de la question demeure la crise financière déclarée à la suite des deux chocs pétroliers (1973-1979) qui a imposé un nouveau regard sur les méthodes de financement et de gestions des ressources publiques. (P.Rosanvallon, 1983).

La situation dans le monde s'oriente alors unilatéralement vers une privatisation large des entreprises publiques et une extension très rapide des activités privés dans la plupart des secteurs; et où l'Etat avec son retrait de la sphère économique laisse des traces profondes qu'il devient difficile d'y remédier.

En effet, l'un des résultats les plus significatifs à retenir de la transition des pays vers les nouvelles économies est le difficile financement social qui tend à se limiter avec le rétrécissement de la taille de l'Etat. (J.M Holz et J.P Houssel, 2000)

De ce fait, l'un des secteurs qui s'expose le plus vite aux menaces de la nouvelle conjoncture est celui de la santé, qui au rythme des réformes tend de plus en plus à se libéraliser face au manque des moyens financiers de l'Etat. (C. Bac, 2004)

Ainsi, les systèmes de santé multiplient les méthodes d'évaluations et de calculs et lèguent entre temps une grande partie du marché de soins au privé, invitant par la même occasion l'ensemble des individus à une prise en charge plus importante de leurs dépenses de santé. Paiement à l'acte, ticket modérateur, remboursements des actes et des médicaments deviennent autant de moyens qui justifient désormais la limite de l'Etat dans sa participation dans le domaine de la santé.

En Algérie, la situation ne semble pas tellement s'éloigner de ce paysage, surtout que la conjonction de la gratuité des soins et le poids de la crise sociale rend de plus en plus difficile le financement public de la santé. (F.Z Oufriha, 2002)

Aussi, les prix du pétrole qui sont à la base du financement du secteur fluctuent dangereusement ces derniers temps en obligeant les responsables à repenser sérieusement le cadre de financement par une rapidité d'exécution du projet de contractualisation

Dans la présente situation, une question importante se pose, si l'Etat se retire progressivement du financement de la santé et que le secteur privé s'élargit à grand pas ces dernières années (Banque mondiale, 2006), il est crucial de savoir comment et qui financera les soins des personnes en difficultés vue la progression continue du nombre des malades et des exclus par le chômage et la pauvreté.

Ainsi, le but de ce travail serait d'essayer de monter le rôle de l'entrepreneuriat social dans la promotion de la santé en Algérie compte tenu d'une part des difficultés de financement de l'Etat et d'autre part de la pression des facteurs sociaux économiques.

A partir de là il sera tenté de répondre à deux questions essentielles :

- Quels sont au jour d'hui les arguments du développement l'entrepreneuriat social dans le domaine de la santé ?
- Quelles sont les principales actions à entreprendre dans ce secteur pour créer de nouveaux vecteurs de production de soins ?

A- Les arguments en faveur du développement d'un entrepreneuriat social dans la santé :

Avec la généralisation des principes de la globalisation de l'économie, la pensée économique change et s'oriente vers de nouvelles visions abandonnant beaucoup de principes enracinés pendant de longues décennies dans la vie de beaucoup de peuples.

Le bien être, le plein emploi, l'égalité des individus,... Ces principes se relâchent et fondent quotidiennement avec l'avancée du libéralisme.

Régissant dans un univers menaçant de pauvreté et d'exclusion et face aux effets de la cassure sociale qui s'annonce très dure face à la montée du chômage en particulier, beaucoup d'efforts se concentrent au jour d'hui sur les modalités et les moyens de préserver la cohésion sociale comme un minimum acquis.

C'est ce contexte qui a permis justement l'émergence d'un nouveau cadre de réflexion basé sur l'entrepreneuriat social, dont l'idée fondamentale est d'associer simultanément des objectifs économiques et sociaux dans des types nouveaux d'entreprises.

Ce domaine s'élargit grandement ces dernières années en idée très innovantes touchant à tous les secteurs même celui de l'éducation et de la santé qui on n'imaginait jamais sortie des mains de l'Etat.

En Algérie, cette question devient urgente par rapport aux effets de transformation de la société d'une part et des nouvelles contraintes qui pèsent sur l'économie du pays d'autre part.

De ce fait, les arguments allant dans le sens du développement de cette discipline peuvent se regrouper à notre avis en deux grandes catégories, l'une se rapporte aux facteurs de la nouvelle conjoncture mondiale et l'autre se rattache aux caractéristiques propres de l'économie nationale et du financement du système de santé

A-1- Conjoncture mondiale et évolution du cadre théorique de la discipline :

Le concept d'entrepreneuriat social a évolué ces dernières années avec le développement de l'économie sociale d'où il tire profondément ses racines.

En effet, l'économie sociale est une discipline nouvelle qui a pris de l'ampleur avec la généralisation des lois du marché qui se traduisent dans la plupart du temps par des effets sociaux très néfastes. Ces problèmes lâchés par le marché doivent obligatoirement être pris en charge par de nouveaux modes de « régulations » propres à la situation présente.

L'économie sociale rassemble donc des initiatives économiques, des activités, projets et organismes issus de l'entrepreneuriat collectif. Elle est essentiellement composée de sociétés coopératives, de mutualités et d'associations (P.Tulkens, 2004)

Cette discipline a pour finalité le service aux membres, ou à la collectivité dont le gain individuel, le profit ou le rendement financier est loin d'être un objectif premier.

Aussi, tous les capitaux et bénéfices sont employés au profit de la société toute entière, ce qui offre une raison fondamentale pour que la gestion de ses entités doit être autonome par rapport à l'État.

Dans le même contexte théorique, le terme 'tiers secteur' est utilisé pour désigner l'économie sociale, en référence directe à l'idée d'une troisième voie en entre le public et le privé. (OCDE)

L'économie sociale est en effet apparue dans un climat de modifications des relations traditionnelles entre secteurs public et privé, elle englobe un ensemble d'organisations qui ne sont ni capitalistes ni étatiques, autrement dit ni publiques, ni privées à but lucratif et qui sont apparues pour tenter de répondre aux défaillances du marché et de l'État.

D'autre part, l'économie sociale se rapproche du concept d'économie solidaire avec lequel elle est parfois même confondue. Il convient cependant de distinguer que l'économie sociale introduit un principe d'égalité et de contrôle démocratique au sein d'entreprises qui, à partir d'une propriété collective fonctionnent conformément à la logique du marché.

L'économie solidaire de sa part mélange les ressources propres au bénévolat avec les ressources marchandes et publiques. Elle recouvre un foisonnement d'initiatives dans des domaines assez divers: finance solidaire, commerce éthique, commerce équitable, économie plurielle, ..., initiatives auxquelles on pourrait assigner comme point commun de se présenter comme des solutions économiques alternatives pour la satisfaction de besoins que ni l'État ni le marché ne permettent de satisfaire. (C. Setté, B. Lévesque)

Ainsi, le concept d'entrepreneuriat social qui renvoie aux différentes actions dans le domaine, désigne de façon générale la conciliation des activités économiques avec une finalité sociale.

De ce fait l'entrepreneuriat social se définit comme « Toute activité privée d'intérêt général organisée à partir d'une démarche entrepreneuriale et n'ayant pas comme raison principale la maximisation des profits mais la satisfaction de certains objectifs économiques et sociaux, ainsi que la capacité de mettre en place par la production de biens et de services, des solutions innovantes aux problèmes d'exclusion et de chômage » (L.Lamarcq, 2007)

C'est donc une initiative privée qui est lancée au service de l'intérêt collectif par une entreprise dont la finalité sociale est très proche de la finalité économique pour prendre en compte la fragilité humaine dans un univers où le chômage, la maladie et l'exclusion sont une menace quotidienne.

Les entrepreneurs sociaux se définissent donc comme « des individus qui proposent des solutions innovantes aux problèmes sociaux les plus cruciaux de la société, ils proposent des idées neuves capables de provoquer des changements à grande échelle. (L.Lamarcq, 2007)

L'entrepreneuriat social touche actuellement de nombreux domaines, le plus significatif reste celui de la santé en raison surtout de la multitude et de la diversité des actions en faveur des personnes défavorisées dont la proportion tend à s'élargir ces dernières années dans tous les pays du monde sans distinction.

A-1-1- retrait de l'Etat du financement de la santé :

Avec la crise économique, le financement de la santé devient une contrainte majeure pour tous les gouvernements.

La base de financement par la fiscalité devient très difficile dans une situation où l'inflation grimpe dangereusement face à l'instabilité de l'économie mondiale et des marchés financiers en particulier.

Aussi, l'ouverture des marchés à la concurrence avec l'appui des principes de la globalisation a invité de nombreuses entreprises à délocaliser d'autres à fermer leurs portes devant la croissance continue des charges et la baisse continue des profits.

Les licenciements et le chômage deviennent alors un risque réel et quotidien pour des millions de travailleurs dans le monde.

Le secteur public qui rassemblait autrefois les plus grandes parts du marché dans la plupart des pays et où la création de la valeur ajoutée était la plus importante, se rétrécit en apportant une sévère menace à la fonction de redistribution de l'État en raison de la baisse de la fiscalité. (P. la Masse, 2000)

Les politiques sociales et de santé en particulier sont sévèrement repensées dans un cadre de réformes appelant à une utilisation strictes des ressources et une responsabilisation plus grande des individus sur leurs dépenses de santé.

La réforme du National Health Service en Grande Bretagne, l'introduction du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'informations) en France, le programme Laval en Suisse et l'abandon des principes de financements publics dans tous les pays d'Europe, explique largement que la santé libérale gagne du terrain.

Toutes les actions sont concentrées sur les dépenses hospitalières en raison de l'importance de leurs parts dans les finances de la collectivité et d'un autre côté, des difficultés croissantes à cerner les principaux facteurs de croissance qui tournent généralement autour des facteurs démographiques, épidémiologiques et technologiques surtout.

GHM (groupe homogène de malades), T2A (tarification à l'activité) et ISA (indice synthétique d'activité) sont de nouveaux concepts qui signifient désormais que la rentabilité des établissements hospitaliers est à la base de leurs fonctionnement et la « santé sociale » autrefois défendue par les critères de non discrimination financière à l'hôpital disparaît progressivement avec la pression budgétaire. (M. Mougeot, 2005)

De ce fait, le cadre de solidarité économique et sociale est plus que jamais sollicité pour pallier aux insuffisances du marché.

Ainsi de nombreuses associations et entreprises collectives oeuvrent ces dernières années en Europe et dans beaucoup de pays au monde pour relever le défis de l'équité et du droit à la santé.

A-1-2- crise des systèmes de protection sociale :

Les régimes de protections sociales élargies par les principes de l'Etat providence ont rendus le modèle Bévérigien et Bismarckien un moyen d'étendre des relations sociales solidaires à des catégories de personnes en difficultés par la maladie et l'accident. (J.P. Escaffre, 2007)

L'implication des organisations internationales, (l'OIT) notamment, associés au développement du droit international ont fait que de nombreux risques sociaux soient protégés par des lois et des conventions universelles.

Les fonctions d'organismes de sécurités sociales s'élargissent alors pour désigner non pas des assurances sociales mais des actions de protections c'est-à-dire de couverture de risques à des catégories pas forcément cotisantes ou encore des prestations plus diversifiées en conservant le même taux de cotisation .

Soutenue par une croissance très accéléré, cette situation a favorisé un développement social extraordinaire dans tous les pays d'Europe, cette période a pris l'appellation des « trente glorieuses » et où la couverture sociale et l'accès aux différents types de soins a atteint des niveaux records.

Il faut rappeler dans ce contexte que les recettes des organismes de protections sociales proviennent essentiellement des cotisations sociales, patronales et de recettes liées à l'activité économiques.

Ainsi, quand la croissance est forte, les revenus augmentent et en revanche tout ralentissement économique limite les recettes et favorise l'apparition de déficits.

De ce fait, la crise de légitimité de l'Etat providence est d'abord propulsée par une interrogation sur la justification morale et politique des systèmes de protection sociale pour définir jusqu'ou l'Etat doit-il prendre en charge les individus (P. Rosanvallon, 1983) ;

Car la crise financière se confirme par une croissance illimitée des dépenses, ce qui a rendu le coût de la solidarité difficilement supportable pour les contribuables.

Ces difficultés se sont traduites aussi dans la plupart des pays par une progression continue du taux de prélèvements obligatoires sans pour autant assurer à toutes les couches sociales la quantité et la qualité des services autrefois garantis.

En effet, le climat de récession qui règne dans le monde ces dernières années fait que l'évolution du financement des organismes d'assurances soit totalement déconnectée de la structure de leurs dépenses en raison du nombre élevé des bénéficiaires.

Les pensions de chômages, de retraite et d'accidents de travail croient spectaculairement avec la pression des problèmes économiques et sociaux.

Les déficits s'accroissent dans beaucoup de caisses, les régimes de répartitions sont sévèrement critiqués (les personnes d'au jour d'hui cotisent pour les personnes de demain) alors que les régimes de capitalisation tant convoités par les libéraux ne garantissent aucune protection pour les fonds épargnés face à l'instabilité des marchés financiers et des chutes libres des valeurs mobilières.

D'autre part, l'augmentation des dépenses de la protection sociale dans la plupart des systèmes qui était censé soutenir le niveau de consommation, n'a pas favorisé l'amélioration de la redistribution en raison de l'existence de coûts irrécouvrables liés aux politiques sociales (Lindert, 1996)

Les liens de solidarités sociales tissés autrefois autour des régimes de protections sociales se détachent progressivement devant la résistance et la diversité des problèmes sociaux économiques et les difficultés persistantes de gestion et de fonctionnement des différentes caisses qui tardent à trouver la solution miracle d'ajustement entre les recettes et les dépenses.

Les débats se multiplient ces dernières années pour tenter de trouver en urgence de nouveaux modes de financement des systèmes d'assurances et de protections sociales pour lutter contre le chômage, la maladie et la pauvreté qui menacent l'équilibre social des nations

A-1-3- l'évolution de l'entrepreneuriat social dans le domaine de la santé :

Depuis la seconde guerre mondiale et avec l'émergence des idées Keynésiennes il est souvent avancé la nécessité de constituer un cadre collectif et solidaire pour la prise en charge des besoins de santé de la population.

Ce cadre s'appuie sur une logique qui fait que l'accident et la maladie sont pour les individus inconnus et qu'il est très difficile de déterminer avec exactitude les moyens nécessaires pour rétablir son état de santé. (E. Lévy)

De même, la mise sous tutelle des activités de soins est justifiée par les interdépendances physiques, éthiques et l'ignorance de son état de santé qui renvoi à la nécessité d'organisation d'un cadre solidaire régit par l'Etat.

De ce fait, tous les systèmes de santé de l'après guerre jusqu'au début des années soixante dix étaient caractérisés par un niveau élevé de financement public basé sur la fiscalité.

Au jour d'hui, la conjoncture globale marquée par la récession de l'économie mondiale et la généralisation des idées libérales ne permettent plus ce mode de financement surtout que la part des dépenses de santé dans la plupart des pays grimpe plus rapidement que le PIB. (J.P Domin, 2003)

Face aux effets de la crise mondiale qui lègue quotidiennement des formes variées de précarité, de maladies et d'exclusions, il devient clair qu'il faut trouver en urgence les moyens nécessaires pour préserver le minimum des besoins sociaux des individus par le développement de nouveaux liens dans la société dans un cadre solidaire plus adéquat à la situation.

Ce contexte a ouvert le chemin à plusieurs entrepreneurs d'œuvrer par des idées et des actions nouvelles dans le domaine de la santé, rapprochant ainsi deux dimensions totalement opposées celle de l'économique et du social.

A-2- L'économie Algérienne face à de nouveaux défis :

Depuis l'application du programme d'ajustement structurel en Algérie, la situation n'est plus en faveur d'un financement public aussi important comme celui des années quatre vingt.

En effet, la crise déclenchée à la suite d'une chute libre des prix du pétrole au début des années quatre vingt six a donné un coup très dur à l'économie du pays par la fermeture d'un nombre important d'entreprises publiques menant à un licenciement de plus d'un demi millions d'ouvriers, relevant ainsi le taux de chômage à plus de 30% de la population active en 1999. (OMS, 2005)

Le problème d'endettement creuse largement le fossé entre les dépenses et les recettes publiques, fait chuter l'indice de consommation et rend très difficile l'investissement dans toutes ses formes.

La situation sociale se détériore rapidement et les moyens de régulations jusque là introduit ne donnent pas de résultats concrets, surtout du point de vue de l'emploi.

L'année 2002 marque le début de la sortie de crise par la montée des prix de pétrole sur le marché extérieur et où la flambée mène le baril à plus de 130 dollar en 2007.

L'aisance financière caractérisée par la constitution d'une importante réserve de change permet à l'Etat d'entreprendre un vaste programme d'investissement ramenant le taux de croissance économique à plus de 5% en 2006 (rapport du CNES, 2006)

Depuis 2004 et 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 (Banque Mondiale). Les réserves de change brutes ont continué à augmenter pour atteindre 110 milliards de dollars, soit plus de trois ans de couverture des importations à la fin du mois de décembre 2007 et ont atteint 133 milliards de dollars à la fin du mois de juin 2008. Le ratio de la dette extérieure au PIB a diminué, passant à 3,3% en 2007. La dette extérieure a encore diminué, tombant à 623 millions de dollars à la fin du mois de juin 2008, chiffre en nette diminution par rapport aux 21 milliards de dollars enregistrés en 2004. (Banque mondiale, 2008)

Malgré cela, le taux d'inflation tourne autour de 18% en 2007 avec une légère progression par rapport à 2006. D'autre part, Le taux de chômage, tel qu'enregistré par l'Office National des Statistiques (ONS), indique une légère inversion de la tendance précédente à la baisse, De 12,3% en 2006, il est passé à 13,8% en 2007

Le chômage des jeunes continue toutefois d'être élevé avec environ 72% de chômeurs qui ont moins de 30 ans. La nature temporaire de l'emploi est également inquiétante, puisqu'il y a maintenant plus d'emplois temporaires (37%) que d'emplois permanents (34%), l'équilibre étant assuré par ceux qui travaillent à leur compte. (Banque mondiale, 2008)

En dépit de tous les efforts fournis par l'Etat pour la création d'emploi et l'amélioration le niveau de vie de la population, beaucoup de problèmes sociaux persistent en raison de l'effet de la crise sociale qui a secoué le pays durant la décennie noire d'un côté et les nombreuses perturbations liées à l'économie mondiale d'un autre.

L'année 2008 est marquée par un retour de l'instabilité des marchés extérieurs avec des baisses sensibles du prix du pétrole qui se stabilisent aux alentours de 50 dollars le baril ; Ceci alimente de nouvelles craintes sur le financement économiques surtout que les différents programmes de l'Etat et les nombreuses actions pour faciliter l'investissement étranger en Algérie n'ont pas donné de résultats appréciables.

Malgré les garanties de l'Etat sur la disponibilité des moyens financiers et l'éloignement des effets de la crise financière, la santé demeure un sujet épineux surtout que les chiffres sur l'épidémiologie offrent un regard inquiétant.

A-2-1- Difficile financement du système de santé :

Le programme d'ajustement structurel (PAS) imposé en Algérie par le fonds monétaire international et la banque mondiale 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.

Depuis, il est observé une baisse relative des dépenses nationales de Santé, qui sont passées de 4,7% du PIB en 1993 à 3,6% en 1998 (OMS, 2005)

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 deviennent l'Etat avec un taux de participation de (28,4%), la sécurité sociale (43,6%) et les ménages (28%).

Il faut remarquer que la part des ménages, qui s'est sensiblement accrue par le passé est appelée à poursuivre sa progression vu le rythme des réformes et de l'extension du secteur privé pour se situer autour des 30% en 2007. (Banque Mondiale, 2007)

Le budget des seuls hôpitaux, qui représentait 3,6% du Produit intérieur brut (PIB) en 1987, est tombé à 1,3% en 2000

Le taux d'occupation devient faible dans les hôpitaux de l'intérieur, il est inférieur à 50%, contre 65% dans les CHU et les EHS, ce qui explique la sévérité de la crise dans le secteur. (Ministère de la santé, 2000)

Avec le retour de l'embellie financière depuis 2002, le secteur de la santé bénéficie de nouveaux investissements relevant le taux de financement à 5% en 2007, malgré cela, et selon le dernier rapport de l'OMS, ces chiffres restent faibles comparativement aux moyens autrefois fournis par l'Etat qui dépassaient les 6% en 1986.

Aussi, le développement technologique dans le monde et les efforts qui restent à réaliser dans le domaine de la santé en rapport avec les mutations épidémiologiques font que d'autres acteurs autres que l'Etat, la sécurité sociale et les ménages doivent s'impliquer dans cette question.

A-2-2- Difficultés de fonctionnement des caisses de la sécurité sociale :

Depuis 1983, date d'unification des caisses d'assurances sociales en Algérie, leurs modes de gestion et de fonctionnement obéissent aux mêmes règles que celle qui régissent dans l'entreprise publiques (M.Kaddar 1986).

Cette situation a favorisé une large socialisation du système, exprimée par un nombre très élevé de personnes usant des bienfaits de l'assurance, indépendamment de leurs situations économiques et sociales

La diversité des prestations en espèce et en nature et son étendue à de larges couches de la population a marqué le début d'essoufflement du système avec l'inadéquation entre les recettes et les dépenses des principales caisses.

En effet, les résultats de la crise économique associés à l'application du programme d'ajustement structurel se sont soldés par la perte de près de 400000 emplois. Le phénomène du blocage des salaires et la chute de l'emploi marquent un taux chômage record en 1999, ce qui a impliqué de faibles niveaux de recettes pour l'ensemble des caisses de l'organisme de la sécurité sociale.

Cette situation s'est aggravée dans la mesure où l'application du plan d'ajustement structurel n'a pas été suivie par une croissance économique significative et durable.

Pour assurer ses missions, les prélèvements obligatoires que représentent les cotisations sociales ont atteint aujourd'hui le 30% du salaire de poste. Ce chiffre paraît très important en comparaison actuelle avec les salaires et le pouvoir d'achat des citoyens qui s'est détérioré ces dernières années par une flambée généralisée des prix des biens de consommation et de services.

Ces faits ont favorisés un recours exagéré de la population aux prestations et services de l'ensemble des caisses d'assurances.

D'autre part, comme la particularité du système Algérien fait que depuis 1974 et en vertu de la loi sur la médecine gratuite appelée la sécurité sociale 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 servies aux assurés sociaux et leurs ayants droits.

Ainsi, cette participation s'élève à 35 milliards de dinars en 2005 pour le seul forfait des hôpitaux avec plus de 3 milliards de dinars en convention de services spécialisés, ce qui place cet organisme le principal acteur de financement de santé. (H.Bellagha)

A cette même date, la facture des importations des médicaments est évaluée à 600 milliards de dollars soit une dépense qui atteint 47,47 milliards de dinars en remboursement pour la CNAS et 3,1 milliard de dinars pour la CASNOS, soit plus de 50% des dépenses d'assurance-maladie. (D.Kourta)

En plus de ces efforts, il est important de signaler qu'actuellement la liste des produits pharmaceutiques remboursables est de 997 dénominations communes internationales (DCI), soit près de 4000 marques, alors que le minimum recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est de 600 DCI.

Ce coût présente une lourde charge qui tend à s'accroître à l'avenir, car la facture des médicaments poursuit sa courbe ascendante pour atteindre 1,043 milliard de dollars pour les premiers mois de l'année 2008 (L. Abid, 2008)

D'un autre côté, ce climat de récession a fait que la caisse nationale de retraite soit la plus menacée avec une augmentation rapide du nombre de bénéficiaires qui passe de 415000 en 1986 à plus de 1,2 millions de pensionnés en 2004 (L. Lamri 2004). L'inversement du taux de couverture cotisants/pensionnés, ce taux qui était de 18 cotisants pour un pensionné en 1979 a régressé à 8 pour un en 1989 pour passer en 2003 à 2,7 cotisant pour un pensionné ; alors que la norme minimale admise dans le monde est de 6 cotisants pour un retraité

Le ralentissement économique, l'instabilité des prix du pétrole et la crise financière dans le monde font que les différents programmes de réformes entrepris par l'Etat n'ont pas abouti aux résultats prévus surtout du point de vue de l'emploi et ceci malgré une aisance financière caractérisée par une réserve de change dépassant les 110 milliards de dollars en 2007 (M. Mebtoul, 2007)

Les tendances économiques dans le pays laissent voir qu'il est difficile de prévoir une augmentation des cotisations à la charge des entreprises qui vont peser sur leurs charges, limiter leur capacité d'investissement pour les rendre moins compétitives dans un contexte d'ouverture et d'intégration à l'économie mondiale et aux zones de libre échange.

Au jour d'hui, il devient très clair que les régimes de protections sociales en Algérie ne peuvent résister aux nouvelles menaces économiques et sociales et que la réflexion à de nouvelles actions dans le domaine de l'entrepreneuriat social devient urgente pour soulever une partie de la lourde charge qui est au dos des caisses d'assurances depuis de très longues années.

A-2-3- Crise sociale et multiplication de la population à risque :

Depuis la décennie 90, l'Algérie est rentrée dans une phase de transition démographique caractérisée par un infléchissement du taux d'accroissement démographique (1,46% en 1999), une baisse de l'indice synthétique de fécondité (3,5 en 1999) et donc une modification dans la pyramide des âges. (L. Lamri 2004)

Cette donnée aura une forte implication sur le système de santé et de sécurité social car le vieillissement de la population est considéré comme un facteur autonome d'accroissement des dépenses de sécurité sociale non seulement pour les pensions mais aussi pour les multiples prises en charges médicales et sociales des personnes âgées.

Comme de nombreux pays en développement, L'Algérie vit également une transition épidémiologique caractérisée par l'apparition prononcée de maladies chroniques dont toutes les études montrent que les coûts de prise en charge sont extrêmement élevés.

Ainsi, le diabète en Algérie progresse de façon endémique et selon les statistiques officielles, ils sont plus de 2 millions de diabétiques. Cette maladie occupe le quatrième rang des pathologies non transmissibles : 18,1% sont insulinodépendants, 7 à 8% sont âgés entre 30 et 35 ans et Près de 40% des malades souffrent également d'insuffisance rénale. (K.Benelkadi, 2004)

Sur un autre plan, le pays est touché aussi par l'avancée spectaculaire du cancer qui touche de plus en plus la population et se répercute par des coûts financiers faramineux pour les caisses d'assurances, en médicaments, examens biologiques radiologiques et scanner. (Sarah Sophie, 2003)

Selon l'Organisation mondiale de la santé 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. (OMS).

D'autre part, les études en épidémiologie montrent aussi que l'insuffisance rénale devient une pathologie très coûteuse pour l'Etat et les caisses d'assurances.

Ce sont plus de 8000 malades atteints de cette maladie qui sont dialysés en Algérie en 2005, depuis ce sont plus de 3000 nouveaux cas qui sont recensés chaque année à travers le pays. (Ministère de la santé, 2005).

Avec 48 centres de dialyses répartis au niveau national, il n'est possible de traiter que 300 nouveaux cas annuellement, l'insuffisance de la couverture médicale fait que 25% des dialysés 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 malades en dialyse.

Cette infection nosocomiale, très répandue touche non seulement les patients mais aussi les membres de leurs familles et provoque à moyen terme le développement de tumeurs cancérogènes et compromet la transplantation rénale (XVI congrès sur la néphrologie en Algérie)

Cette situation se solde par un coût financier considérable pour les principaux acteurs de financement de la santé (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.

Ce sont plus de trois milliards de dinars qui sont annuellement déboursés par la sécurité sociale dans le cadre des remboursements des séances de dialyses.

Ce coût est appelé à s'accroître surtout que le nombre de greffes rénales est très faible en Algérie ou il n'est enregistré que 208 greffes entre 1986 et 2005.

De même, le nombre des centres privés de dialyse continue de se multiplier ces dernières années avec 50 nouveaux projets qui sont actuellement en instance de réalisation.

Malgré cela, ce chiffre reste très faible par rapport au rythme de croissance des cas

En général, le pays est touché par l'émergence d'un nombre important et varié de pathologies dites «de civilisations» comme les maladies cardio vasculaires et mentales qui progressent spectaculairement en nombre et coût pour la société.

Sur un autre plan, l'urbanisation de la population et la transformation du mode de vie ont donné naissance à certains fléaux comme la toxicomanie qui mobilise annuellement des moyens importants en solidarité sociale.

Ce nouveau contexte, avec les risques liés à la transformation de la société entière fait qu'il n'est plus possible de compter sur l'Etat comme seul agent de redistribution pour solutionner les nombreux problèmes sociaux.

Ils deviennent de ce fait un argument suffisant pour développer un autre cadre relationnel lié à l'entrepreneuriat social dans le domaine de la santé et de l'assurance.

Car cette charge épidémiologique et sociale en général implique une mobilisation financière supplémentaire qui devient très difficile à réaliser par rapport à la situation actuelle des caisses d'assurances et des nouvelles rentrées financières du pays où le baril du pétrole baisse parfois à moins de 50 dollars (revues de presses 2008)

B- Moyens de promouvoir la santé par l'entrepreneuriat social :

A l'image de ce qui a été réalisé dans le monde, certaines actions de l'Etat ou du secteur privé favorisent l'élargissement du champ d'action de l'entrepreneuriat social et ceci par rapport à certains des éléments suivants :

B-1- Nécessité d'un cadre législatif nouveau :

Dans ses analyses internationales, l'OCDE a montré le rôle central joué par l'entrepreneuriat dans la lutte contre l'exclusion sociale, dans la réinsertion professionnelle des sujets en difficulté, dans la redynamisation des quartiers sensibles et des régions en retard de développement, tout en soulignant le rôle indispensable des pouvoirs publics pour soutenir l'essor du secteur. En effet pour remplir de manière efficace leur mission économique et sociale, les entreprises doivent pouvoir évoluer dans un cadre législatif et normatif approprié et bénéficier d'un milieu entrepreneurial favorable.

Pour promouvoir de telles actions en Algérie, l'Etat doit prendre conscience de l'apport du tiers secteur en constituant un cadre juridique approprié aux types d'entreprises oeuvrant dans le domaine, car les entreprises sociales sont définies comme étant «des firmes poursuivant en priorité des buts sociaux et dont les surplus sont principalement réinvestis dans l'activité de l'entreprise ou dans la communauté sans besoin de maximisation des profits pour les actionnaires ou les propriétaires» (Social Enterprise, 2002)

Les analyses de l'OCDE se sont aussi particulièrement attachées à la contribution de l'entrepreneuriat social au développement local et ont montré que les entreprises sociales apportent une approche novatrice. Elles élargissent la structure de l'économie locale et du marché du travail car elles répondent à des besoins nouveaux et produisent des biens et des services différents, tout en poursuivant simultanément plusieurs objectifs et en adoptant une stratégie multidimensionnelle de développement.

B-2- Le rôle des mutuelles et des entreprises collectives :

Les mutuelles de santé ont pour objet de couvrir les personnes en cas de maladie ou d'accident, en prenant en charge le ticket modérateur, c'est-à-dire la partie des dépenses de soins non remboursée par l'assurance maladie

De base, les mutuelles de santé sont très souvent créées à destination d'un public ciblé: fonctionnaires, personnes handicapées et leur famille, étudiants, travailleurs indépendants, etc., mais on compte également de nombreuses mutuelles qui proposent leur service sur une base territoriale. Contrairement aux assureurs commerciaux, les mutuelles de santé ont pour principe de ne pas sélectionner leurs adhérents en fonction de leur état de santé et la plupart d'entre elles pratiquent des cotisations redistributrices, c'est-à-dire proportionnelles au revenu. Elles développent également des actions de prévention et sont de ce fait des acteurs majeurs des politiques de santé publique.

Ces dernières années, les mutuelles proposent également des services d'épargne et de retraite complémentaires, elles subissent aussi un mouvement de concentration du fait notamment de plus grandes exigences de solvabilité.

Les mutuelles de santé contribuent aussi de manière forte au débat sur le nécessaire développement du système de soins et d'assurance maladie en raison de leurs connaissances profondes des caractéristiques des usagers, des coûts de santé et de l'évolution des risques à long terme de la majeure partie de la population.

Face à la montée des dépenses laissées à la charge des patients par le système d'assurance obligatoire, elles sont contraintes d'étendre le champ de leur couverture, sans pour autant cautionner la dérive actuelle vers une médecine libérale dont les prix échappent en grande partie aux règles conventionnelles. (Philippe Frémeaux, 2006)

En Algérie, ce type d'organismes devraient constituer un des instruments privilégiés pour élargir le champ de la solidarité sociale et décharger par la même occasion l'Etat et 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)

En effet, même les associations sont porteuses de lien sociétal, elles proposent des services que ni le secteur marchand ni le secteur public ne peuvent offrir: services aux personnes hospitalisés, activités sportives ou culturelles.

La structure associative, facile à créer sans capitaux permanents était historiquement dédiée au bénévolat et aux oeuvres sociales. Au fil des politiques publiques, de la crise économique et de ses conséquences, ce secteur s'est vu confier en Europe des missions de services publics déléguées.

les entreprises collectives que sont aussi une autre forme d'organisation d'actions d'entrepreneuriat social sont présentes dans le domaine de la santé par des services pré hospitaliers d'urgence, aide domestique, transport dont l'Etat peut être un des partenaires et qui sont un fort vecteur de développement local.

B-3- Impliquer le secteur privé dans des actions sociales :

L'expérience dans le monde a bien montré le rôle du secteur privé dans le développement entrepreneurial de la santé.

De ce fait, comme l'Algérie est un pays très large en superficie, sa population compte actuellement plus de 34 millions d'habitants, est répartie très inégalement sur le territoire (65% au nord, 25% dans les hauts plateaux et 10% au Sahara), ce qui induit un surcoût des actions sanitaires dans le sud où la population vit dans de petites agglomérations très distantes les unes des autres. (Rapport de la banque mondiale 2007)

D'autre part, la plus grande partie des infrastructures et équipements médicaux se concentrent dans le nord du pays et que le problème crucial reste celui de la couverture sanitaire de toute la population surtout celle se trouvant dans des zones déshéritées ; l'Etat peut inviter le secteur privé à s'impliquer dans un cadre organisé à prendre en charge certains types de soins préventifs ou curatifs moyennant certains services ou avantages économiques

De telles actions peuvent porter sur la prévention (vaccination) ou consultations à domicile...).

B-4- Le rôle de la fiscalité :

Faire introduire le privé dans la défense de certains objectifs sociaux du pays sans pour autant léser sa principale fonction de recherche de profits et de rentabilité de ses investissements ne peut être une tâche facile.

Pour cela, il faut en urgence trouver certains mécanismes stimulateurs pour introduire certains praticiens privés dans des actions sociales sans léser leurs fonction marchande.

Dans ce contexte, le régime fiscal peut avoir des effets très positifs sur les actions des entrepreneurs en les invitant à activer dans certains domaines en bénéficiant d'un forfait fiscale ou d'une aide directe de l'Etat en respectant bien sur un cahier de charges établi par les responsables du domaine de la santé.

Nous pouvons conclure ce travail, que l'entrepreneuriat social mérite d'être abordé d'une manière plus sérieuse en Algérie par les responsables du secteur de la santé, car beaucoup d'indicateurs affichent déjà une progression continue des dépenses de santé et d'assurance sociale. De même, il devient impossible à l'avenir pour les seuls acteurs l'Etat et la sécurité sociale d'assumer cette responsabilité.

D'autre part, et à l'image des expériences étrangères dans ce domaine, c'est un secteur qui ouvre de nouvelles perspectives au développement économique et l'amélioration des relations humaines et sociales.

Il se présente ces dernières années comme le moteur de création d'emploi, de recherche et d'innovation.

Bibliographie :

- **Philippe Frémeaux**, les mutuelles de santé, Alternatives Economiques- Pratique N°22, janvier 2006
- **Christian Setté**, Benoît Lévesque Economie sociale et transformation de l'Etat providence dans le domaine de la santé et du bien être une recension des écrits (1990-2000), Presse de l'université du Québec
- **Philippe Tulkens**, L'économie sociale, direction Services, 2004.
- **Laetitia Lamarq** ; l'entrepreneuriat social : vers un management alternatif, mémoire de master 2007
- **Kaddar M.** (1989) « Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie » -cahiers du CREAD n°19.
- **L'OCDE (1995)** Réforme des systèmes de santé : Maîtriser les dépenses et accroître l'efficacité- revue n° 24
- **Ghorbal .S.** « une réforme tant attendue » Jeune Afrique, 2003
- **Pierre la Masme**, L'industrie dans la nouvelle économie mondiale, 2002
- **Numa Murard** « du warfare state au welfare state », la protection sociale ; Ed la découverte, Belgique 2004
- **L. Abid** « Arrêt de l'importation des médicaments produits en Algérie », guide de la médecine et de la santé en Algérie, novembre 2008
- **Guy Delande** « La sécurité sociale a 60ans » ; colloque à Deauville, économie et solidarité : nouveaux défis managériaux, 16 et 17 Juin 2005
- **Pierre de Rosanvallon**, la crise de l'Etat providence, Ed seuil 1983
- **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
- **Jean- Paul Domin**, Les fondements théoriques de la politique de maîtrise des dépenses hospitalières et leurs applications pratiques (1983-2003), CERAS-OMI-lame, 2004.
- **Catherine Bac** « les déterminants macro économiques des dépenses de santé : une comparaison entre quelques pays développés » Rapport du CIREM Juillet 2004
- **Lévy Emile**, La demande en économie de la santé, Revue d'économie politique, Août 1989
- **F.Z Oufriha** « crise-PAS et santé des enfants en Algérie » CREAD, Alger
- **Michel Mougeot**, Tarification hospitalière : de l'enveloppe globale à la concurrence par comparaison ; Annales d'économie et de statistiques N°58, 2000
- **Michel Mougeot**, financement des hôpitaux publics et privés : analyses et documents
- Economiques N°98 février 2005
- **Holz Jean Marc et Houssel jean pierre**, l'industrie dans la nouvelle économie mondiale PUF 2002
- **Hamid Bellagha** ; Assurance et santé : ce que la carte chifa va changer, El Watan, Algérie 7/1/2008
- **Sarah Sophie** « 1 C. Salah « Le cancer du col de l'utérus tue 4 Algériennes par jour » Quotidien d'Oran Juin 2007
- **Sarah Sophie** « la santé des Algériens », El Moudjahid, Juillet, 2003
- **Kamel Benelkadi**, extrait « de la troisième séance d'ateliers de formation, Aventis Pharma Algérie », El Watan, Mars 2004.
- Assistance sociale dans la région méditerranéenne, Algérie ; C.A.IMED (centre for Administrative Innovation in the Euro-Méditerranéan Région ; 2004
- Stratégie OMS de coopération avec la république Algérienne, Bureau Régionale de l'Afrique, Brazzaville 2005
- Panorama de l'entrepreneuriat social dans les pays de L'OCDE, document publié par l'OCDE,
- (Entreprendre autrement), Octobre 2007
- Réforme du système de santé, maîtriser les dépenses et accroître l'efficacité, revue d'économie de l'OCDE, n°24, 1999.
- XVI congrès national de néphrologie, Quotidien d'Oran, novembre 2005
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, 2003
- Rapport de la banque mondiale (2007)
- Rapport du conseil National économique et social (CNES) 2000