

Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie

Défis nationaux et enjeux partagés

EXTRAIT

EXPERTS DU GROUPE DE TRAVAIL :

Mohammed Abdelmoumene,
Noureddine Achour,
Farid Chaoui,
Noureddine Fikri Benbrahim,
Jean-Paul Grangaud,
Michel Legros,
Habib Rejeb

Travail coordonné par Macarena Nuño, chef de projet Ipemed



Cet extrait est la première partie d'un rapport rédigé, à la demande d'Ipemed, par les professeurs Farid Chaoui et Michel Legros. Ce rapport comprend deux autres parties : une note de synthèse et trois monographies nationales (Algérie, Tunisie, Maroc).

L'intégralité du rapport (120 pages) est publié dans la collection *Les Notes Ipemed* et disponible en téléchargement sur le site d'Ipemed.
→ www.ipemed.coop

SOMMAIRE

Résumé	3
Executive summary	4
Systemes de santé au Maghreb : des axes d'évolution	9
Avant tout, réaffirmer la place de la santé au cœur du politique	10
Faire de la politique de santé, un exemple de démocratie	10
Des pilotages ministériels, gouvernementaux, plus stratégiques	11
Des outils de pilotage adaptés et performants pour les politiques de santé	12
Un système de santé plus orienté vers les usagers (malades et populations)	13
Un système de santé davantage solidaire	14
Définir une stratégie d'affectation des ressources financières	15
La formation et l'information au service de nouvelles priorités	15
En matière de médicament, entre monopole et libéralisme, un marché mieux régulé	16
Le Maghreb, une terre de systèmes de santé attractifs et excellents	17

RÉSUMÉ

DANS LE CADRE de ses études sectorielles socioéconomiques, Ipemed a organisé un travail de réflexion sur l'état actuel et le devenir des systèmes de santé au Maghreb, qui a donné lieu au rapport *Défis nationaux et enjeux partagés, les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie*. Ce travail a été effectué par des experts maghrébins, sous la coordination des professeurs F. Chaoui et M. Legros. Il concerne les politiques de santé publique mises en place dans ces pays depuis leurs indépendances, avec le souci d'établir un état des lieux, de définir les besoins de santé actuels et les défis des dix prochaines années. Il s'agit, également, de dégager des idées susceptibles de constituer des solutions aux problèmes actuels et à venir, et des coopérations entre les pays du Maghreb mais également avec les pays de la rive nord de la Méditerranée. Trois séminaires ont été organisés. Ils ont permis de définir les principaux axes de réflexion et de produire une monographie par pays, sur lesquelles se sont appuyés les experts pour répondre aux questions soulevées. En somme, l'impératif est de permettre à chaque pays qui s'engagerait dans la voie des réformes de trouver des éléments de réflexion qui viendraient en soutien de ses efforts.

Depuis leur indépendance, les pays du Maghreb central ont connu des transformations considérables dans le domaine de la santé. Tout d'abord, ils doivent faire face à une transition démographique qui s'opère presque en même temps que la transition épidémiologique, alors que les pays du Nord de la Méditerranée ont pu affronter ces deux évolutions à des périodes différentes. Ensuite, le Maroc, la Tunisie et l'Algérie se sont engagés dans des reconstructions et des réformes qui doivent être poursuivies et approfondies aujourd'hui afin de faire face aux nouveaux défis identifiés dans le rapport et aux attentes grandissantes de leurs populations. Et tout cela afin de mettre en place des systèmes de santé équitables et solidaires, garantissant un accès aux soins de qualité pour tous. Sans oublier de répondre à la demande croissante des usagers et des professionnels d'une plus grande participation à la gouvernance des systèmes de santé.

Démographique, épidémiologique, organisationnelle et démocratique, ces transitions, présentées de façon détaillée dans le rapport, sont précédées d'une partie comportant des lignes directrices méthodologiques, regroupées en dix axes d'évolution, que les pays peuvent emprunter afin de réussir ces transitions et relever les défis communs. Avant d'arriver aux trois monographies nationales, réalisées par les professeurs N. Achour (Tunisie), N. Fikri Benbrahim et J.-P. Grangaud (Algérie), et très largement documentées, une autre partie du rapport propose une ouverture vers les coopérations intermaghrébines existantes et les liens avec l'Union européenne et le monde arabe.

A chaque étape de la réflexion, le choix a été de mettre en exergue les potentialités et les sources de coopération et de convergence, voire d'intégration, entre ces trois pays et avec les pays de l'Union européenne et d'identifier des pistes d'action et des recommandations concrètes, en cohérence avec le projet global de l'Ipemed, de réfléchir pour pouvoir ensuite agir.

EXECUTIVE SUMMARY

FACE AUX PROBLÈMES de santé, les pays du bassin méditerranéen se trouvent exposés à des risques et des défis communs qui appellent à réfléchir de manière globale. Dans le cadre du chantier santé, Ipemed a souhaité réunir un groupe d'experts de haut niveau originaires des pays du Sud de la Méditerranée afin de rédiger un rapport sur les systèmes de santé dans la région du Maghreb central. Ce rapport a deux objectifs principaux. Le premier est d'établir un état des lieux des systèmes de santé dans ces pays mettant en exergue les potentialités et les défis communs. Le second est de présenter des recommandations en matière de politiques publiques de santé qui pourraient faire l'objet de coopérations et d'échanges entre les pays du Maghreb mais également avec les pays de la rive nord de la Méditerranée. Bien entendu, il ne s'agit pas de se substituer aux pouvoirs publics pour définir une politique de santé nouvelle pour chaque pays mais d'élaborer un rapport permettant à chaque pays qui s'engagerait dans la voie des réformes, de trouver des éléments de réflexion et des lignes directrices méthodologiques en soutien de ses efforts.

Des axes d'évolution

1. Avant tout, réaffirmer la place de la santé au cœur du politique et reconnaître qu'il s'agit d'un droit fondamental des citoyens.
2. Faire de la politique de santé un exemple de démocratie en promouvant des actions d'information, des consultations et des procédures de codécision.
3. Encourager des pilotages ministériels, gouvernementaux, plus stratégiques, permettant au ministère de la Santé de dépasser son actuel rôle de gestionnaire de l'offre des soins pour devenir le chef d'orchestre assurant une logique intersectorielle et transversale des questions de santé et la constitution d'alliances avec d'autres ministères sur des objectifs communs.
4. Mettre en place des outils de pilotage adaptés et performants permettant la régulation centrale d'une gestion décentralisée des politiques de santé autour des régions qui repèrent les besoins de santé de leur territoire et qui décident.
5. Développer un système de santé plus orienté vers les usagers (malades et populations), passer d'une logique de l'équipement et hospitalo-centrée à une logique de services et renforcer le rôle du médecin référent.
6. Promouvoir un système de santé davantage solidaire permettant une prise en charge de qualité et une égalité dans l'accès aux soins pour tous au moindre coût.
7. Définir une stratégie d'affectation de ressources financières efficiente au service de priorités clairement identifiées, hiérarchisées et déclinées en programmes nationaux de santé.
8. Repenser et réorganiser la formation et l'information de tous les acteurs concernés (élus, populations et personnel de santé) au service de nouvelles priorités.
9. En matière de médicament, entre monopole et libéralisme, mettre en place une régulation accrue du marché encourageant plus de convergence, voire d'intégration, au niveau maghrébin.

10. Le Maghreb, terre de systèmes de santé attractifs et excellents en herbe, gagnerait à développer davantage les collaborations, voire à faire émerger des alliances, Sud-Sud et Nord-Sud.

Des États en transitions sanitaires

LES PAYS DU MAGHREB constituent une unité géopolitique, culturelle et humaine homogène. En ce qui concerne les systèmes de santé, les trois pays ont hérité des structures de santé laissées en place par l'ancienne puissance coloniale et qui se sont développées de façon similaire afin de répondre au mieux aux besoins des populations ; même si les efforts d'investissement ont été différents en fonction des moyens et des orientations politiques de chaque pays.

Aujourd'hui, les pays du Maghreb font face à des attentes fortes de leurs populations qui demandent l'accès aux soins de qualité au moindre coût ainsi qu'une plus grande participation des usagers et des professionnels à la gouvernance des systèmes de santé (transition démocratique). Les gouvernements doivent y répondre tout en maîtrisant les dépenses de santé qui vont considérablement augmenter du fait, notamment, de l'accroissement des nouvelles pathologies émergentes (maladies non transmissibles - 79,7 % des décès en Tunisie, dégénératives et traumatologiques). Pour y arriver, les pays du Maghreb doivent repenser leurs systèmes de santé (transition organisationnelle en cours depuis une dizaine d'années) et développer des programmes qui, à défaut d'être communs, pourraient être compatibles et comporter des coopérations Sud-Sud et avec l'Union européenne. Ces convergences sont d'autant plus envisageables que les trois pays font face, de façon presque simultanée, à leur transition démographique et épidémiologique.

Les trois études monographiques sur lesquelles s'appuie ce rapport montrent que les pays du Maghreb se trouvent au même moment de leur transition démographique avec une grande proximité de certains indicateurs – espérance de vie à la naissance au-delà de soixante-dix ans, taux de mortalité infantile et maternelle élevés mais en forte baisse, structure de la pyramide des âges avec une progression de la part de la population de soixante ans et plus, impliquant une population plus nombreuse et vieillissante et donc, à terme, une demande croissante en termes de santé.

La transition épidémiologique les met en présence de maladies nouvelles caractéristiques des pays développés : diabète, cancer, dépression, pathologies professionnelles, maladies respiratoires, maladies dégénératives et traumatologiques... impliquant des soins de plus en plus coûteux. De plus, ces pathologies ont une étiologie plus complexe que celle des maladies traditionnelles (maîtrise de l'hygiène de vie et des politiques de vaccination) s'enracinant dans les comportements individuels, la transformation des modèles alimentaires, d'habitat et de mode de vie et l'émergence des nouveaux risques collectifs. Mais les pays du Maghreb doivent rester en alerte quant au poids de la fin de cette transition : taux élevé de mortalité infantile et maternelle (notamment en Algérie), maladies transmissibles qui perdurent sous forme de flambées épidémiques... Ce double fardeau implique une double charge financière (maintenir des programmes de vaccination et d'actions traditionnelles tout en développant des actions de promotion de la santé plus larges et, surtout, intersectorielles) et une réorganisation des politiques publiques. En effet, les systèmes de santé du Maghreb, fortement axés sur

la distribution des soins, doivent évoluer et favoriser le développement d'actions prenant davantage en compte les déterminants de santé, les questions de santé étant largement liées à l'ensemble des politiques publiques (éducation, nutrition, habitat, environnement). Il s'agit là du principal défi auquel ils devront faire face dans les vingt prochaines années.

Pour achever de réorganiser les systèmes de santé, les pays du Maghreb devront faire des choix stratégiques et définir des priorités, les hiérarchiser et les traduire en programmes de santé à court, moyen et long terme. Ces programmes serviront de base à la planification des investissements et des équipements, à l'élaboration des plans de formation pour le personnel de santé et à la mise en place d'un système de financement transparent et équitable. L'évaluation de ces programmes permettra, ensuite, d'identifier les forces et les faiblesses de chaque système et d'envisager les opportunités d'échange et de coopération entre pays. De plus, pour que cette transition organisationnelle soit réussie, les pays du Maghreb devront prêter une attention particulière à trois enjeux fondamentaux de cette période : la réduction des inégalités dans l'accès aux soins, une plus grande régulation entre secteur public et privé et la mise en place d'un système de financement transparent et efficient.

La question des inégalités dans l'accès aux soins est un problème récurrent pour les pays du Maghreb central qui souffrent d'une offre de soins insuffisante (déficit de personnel médical et paramédical avec le cas préoccupant du Maroc, prépondérance des spécialistes au détriment des médecins généralistes), souvent inégalement implantée (concentration en milieu urbain et dans les zones côtières des pays) et dans laquelle le secteur privé, qui s'est très rapidement développé depuis quelques années, est faiblement régulé et ne s'inscrit pas dans le projet de développement sanitaire national. En ce sens, la mise en place d'un cahier des charges à partir des programmes nationaux de santé, en échange d'une prise en charge des prestations du privé par les assurances nationales et un soutien à son développement, pourrait garantir une utilisation efficiente et équitable des ressources.

Car il s'agit aussi pour les pays du Maghreb d'envisager une réforme structurelle profonde de leur système de financement leur permettant de mettre en place des systèmes plus universels, équitables et solidaires. Les systèmes de santé de ces pays se caractérisent par une multitude de régimes et de prestations, une part relativement faible (comparée à celle allouée par les pays occidentaux) du PIB consacrée à la santé (autour de 5 % ou 6,4 % en Tunisie contre 10 % en Europe), par une part trop importante du financement de la dépense de santé assurée par les ménages (autour de 40 %) et par un recours croissant à la médecine privée, plus chère et peu (ou pas) remboursée. Cette situation est source d'inégalité dans l'accès aux soins. La création d'une assurance maladie unique capable de mettre en place un système d'allocation de ressources pertinent, transparent et solidaire serait une manière d'avancer vers plus d'équité. Le Maroc s'est d'ailleurs engagé dans cette voie avec la mise en place, depuis septembre 2005, d'une assurance maladie obligatoire.

Enfin, les systèmes de santé des trois pays gagneraient à engager des réformes pour une plus grande participation des usagers et des professionnels à la gouvernance des systèmes de santé (logique de *démocratie sanitaire* ou transition démocratique) en promouvant des actions d'information et de consultation des populations et des professionnels ainsi que des processus de codécision. Une refonte des modes de gouvernance serait également souhaitable avec, d'une part, une meilleure définition du rôle de l'État, prépon-

dérant dans les systèmes actuels, qui pourrait se concentrer d'abord sur les mécanismes de régulation de la gouvernance du système et, d'autre part, davantage de déconcentration pour pallier l'hospitalo-centrisme en vigueur, d'autant que des processus de régionalisation sont en train de se mettre en place dans certains de ces pays.

Des outils pour répondre aux défis

LA RÉUSSITE DE CES TRANSITIONS longues et complexes nécessite également qu'un certain nombre d'outils soient revus et renforcés et notamment :

- l'amélioration des systèmes d'information, trop morcelés et souvent centrés sur l'épidémiologie, afin de les faire évoluer vers des modèles davantage tournés vers le management des organisations, la planification des équipements et des services et l'évaluation et l'attribution des ressources financières ;
- l'encouragement d'une politique de recherche, avec des objectifs clairement identifiés, orientée sur la santé publique et le management des systèmes de santé ainsi que la mise en place des moyens nécessaires pour la valorisation et la dissémination des résultats de la recherche dans les pratiques médicales ;
- une plus grande maîtrise des biens médicaux et de la production des médicaments (notamment des génériques) avec une plus grande coopération au niveau maghrébin afin de peser face à l'industrie pharmaceutique internationale et pouvoir soigner mieux et moins cher tout en permettant aux populations de profiter des progrès de la thérapeutique ;
- l'amélioration des niveaux de formation des professionnels de santé avec une plus grande planification et une adéquation des flux aux besoins, et le renforcement de la formation des cadres supérieurs susceptibles d'assurer le management des institutions de santé.

Systemes de santé au Maghreb : des axes d'évolution

PRODUITS PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), ou par d'autres institutions internationales, servant de support à des classements de pays, ou d'éléments de diagnostic pour l'implantation de programmes de coopération, de nombreux rapports décrivent la situation des systèmes de santé des pays du Maghreb central. Ce travail ne souhaite ni ajouter une couche supplémentaire au millefeuille de ces études et données consultables sur les sites des organismes internationaux ni présenter, même de façon plus argumentée, les comparaisons entre les différents pays. Son objectif est double. Il s'agit d'abord d'appréhender le Maghreb comme une totalité, au-delà des frontières issues d'une histoire récente et souvent douloureuse, et de s'interroger sur les potentialités de ce territoire et sur les défis que doivent relever ses habitants et ses gouvernants. Bien évidemment, il n'est pas possible de gommer les différences construites au cours des cinquante dernières années, mais les auteurs ont souhaité privilégier les points communs et les sources de rapprochements, plutôt que de différenciation.

*Il faut dégager
des propositions
qui puissent faire
l'objet de coopérations
et d'échanges
entre les deux rives
de la Méditerranée.*

Le second objectif, en cohérence avec le projet global d'IpeMED, est de dégager de ces analyses des propositions de travail qui puissent faire l'objet de coopérations et d'échanges entre les pays du Maghreb et ceux de la rive nord de la Méditerranée. Si ces derniers pays figurent dans les classements internationaux parmi les plus avancés, ils sont aussi tous confrontés à leurs propres défis, dont les principaux sont le maintien de fortes inégalités de santé, l'insuffisante maîtrise des dépenses de santé et la transformation des pathologies liées au vieillissement des populations. Nous faisons l'hypothèse qu'au-delà des différences entre le Nord et le Sud de la Méditerranée, l'ensemble des pays riverains gagnerait à confronter ses approches des systèmes de santé et à inventer des réponses, pas forcément équivalentes mais, au moins, largement compatibles. Cette convergence est d'autant plus souhaitable que les pays européens sont confrontés à une crise économique de grande ampleur les conduisant à réexaminer l'ensemble de leurs dépenses publiques au rang desquelles les dépenses de santé occupent une place prépondérante.

Au terme de ces investigations et des échanges réalisés dans les trois séminaires qui ont ponctué le déroulement du travail, un large consensus s'est dégagé pour mettre en avant un ensemble d'idées. Il ne s'agit pas tant de formuler des propositions qui demain pourraient se traduire par un programme à mettre en œuvre, clés en main, mais plutôt constituer des lignes directrices méthodologiques valorisant surtout des travaux collaboratifs entre les trois pays et l'Europe, permettant des échanges de savoir et de pratiques. À titre d'exemple, ces propositions devraient probablement s'interdire de déboucher sur des programmes bilatéraux mais privilégier les coopérations et les réseaux entre plusieurs pays. Mieux que des propositions, il s'agit d'une boîte à idées qui serait mobilisée pour accompagner les réformes des politiques et des systèmes de santé. Ces idées, dont le nombre est conséquent, de l'ordre d'une soixantaine, peuvent s'organiser autour de plusieurs axes.

Autant les idées ne sont pas hiérarchisées entre elles et peuvent être utilisées et combinées de manière différenciée, autant, il a semblé important aux membres des séminaires de donner un ordre d'importance aux principaux axes qui les rassemblent.

Avant tout, réaffirmer la place de la santé au cœur du politique

AVANT D'ÊTRE DES CHOIX TECHNIQUES relatifs à la planification des équipements et des services, à la définition même des priorités d'attributions des ressources, au management des personnels ou aux décisions d'achats ou de ventes de tels biens médicaux ou médicaments, les auteurs et les contributeurs à ce rapport ont souhaité rappeler de la manière la plus forte que les questions de santé doivent être inscrites au cœur des choix et des débats politiques. Les réponses aux problèmes de santé, avant d'être une affaire de professionnels ou de gestionnaires, permettent à une société d'affirmer ses choix profonds en matière de solidarité, de cohésion sociale, de regard et d'attention portés aux personnes en difficultés et en souffrance.

- Dans cette perspective, l'organisation des systèmes de santé ne doit plus être considérée comme une réponse en termes de soins à des besoins mais comme l'expression d'un droit fondamental des citoyens.
- Dans une période d'accélération des changements⁽¹⁾, la remise de la santé au cœur du politique suppose de donner des signes forts de ce choix. Il faut, en particulier, définir en termes juridiques le cadre de l'exercice de ce droit. Différentes solutions sont envisageables, dès l'adoption d'un cadre constitutionnel⁽²⁾, à la promulgation d'une charte nationale en passant par une loi cadre.
- Le cadre juridique traduisant la priorité politique accordée à la santé doit ensuite être décliné aux différents niveaux de prise de décision : régions, collectivités territoriales, unités et bassins de vie. Il ne sert à rien d'affirmer une priorité nationale si les acteurs locaux ne s'en saisissent pas pour mettre en place leurs propres interventions.

Faire de la politique de santé, un exemple de démocratie

QU'IL S'AGISSE DE LA TRANSMISSION des vecteurs d'infection dans le cas des maladies transmissibles ou de la maîtrise des facteurs de risque des pathologies de sociétés, les comportements et les représentations des ménages et des personnes qui les composent sont déterminants. L'adhésion des citoyens aux politiques de santé avant d'être un choix de valeur est d'abord une réponse rationnelle à la maîtrise des dépenses de santé. Ces deux raisons militent pour faire participer le plus possible les citoyens aux décisions les concernant. Cette participation au niveau le moins élevé se traduit par de l'information : c'est le cas, par exemple, de l'éducation thérapeutique ou de l'éducation à la santé. À un niveau plus élevé, on parlera de consultation, puis de codécision. Cette pratique de la démocratie dans le système de santé pourra se concrétiser par :

- une intégration plus forte de la société civile et des citoyens dans le jeu des acteurs participant à la définition des choix de santé. Cela peut se faire par des consultations nationales ou locales en matière de choix de priorités de santé ou de programmes d'implantation de services ;

Les questions de santé doivent être inscrites au cœur des choix et des débats politiques.

Les réponses aux problèmes de santé permettent à une société d'affirmer ses choix en matière de solidarité et de cohésion sociale.

1. Voir, par exemple, Charillon Fr., Dieckhoff A., (dir), *Afrique du Nord, Moyen-Orient. Révolutions civiques, bouleversements politiques, ruptures stratégiques*, coll. «Mondes émergents», Paris, La documentation française, 2011.

2. On pense ici à l'article 31 de la Constitution du Royaume du Maroc : «L'État, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens à disposition pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir des droits :
- aux soins de santé
- à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'État...»

*L'affirmation
de la place de
la santé au plus haut
niveau de la politique
conduit à une
redéfinition du rôle
des États
et des secteurs
ministériels.*

- la création d'instances de type *Haute assemblée de la santé*, composées de professionnels, de chercheurs, de représentants de la société civile, des syndicats, d'associations, de membres de l'administration, d'élus politiques, peut être une façon de construire cette pratique de la démocratie dans le système de santé. Il ne s'agit pas de créer des instances qui se substituent aux pouvoirs politiques mais bien de faire fonctionner des outils permettant aux instances politiques de disposer d'un savoir plus collectivement construit ;
- une redéfinition des règles du jeu entre les acteurs du système de santé, par exemple dans le cadre d'assises annuelles de la santé ou de tables rondes ;
- pour faciliter la mise en place de cette démarche, on pourra promouvoir toutes les études et recherches qui visent à documenter à l'échelon des pays du Maghreb, mais aussi en dehors de cette zone géographique, les modalités et les effets de cette participation dans le champ de la santé. Il s'agira de mieux identifier comment se construit ce qu'on appelle parfois la démocratie sanitaire. Ce type de thème de recherche est, en général, bien accueilli dans les programmes de l'Union européenne.

Des pilotages ministériels, gouvernementaux, plus stratégiques

L'AFFIRMATION DE LA PLACE de la santé au plus haut niveau de la politique conduit nécessairement à une redéfinition du rôle des États et des secteurs ministériels dont l'activité ne devrait plus être de gérer au quotidien le système de santé mais bien de s'assurer que les gestionnaires s'inscrivent dans les objectifs définis nationalement et surtout de construire une cohérence entre les différents secteurs de l'action publique. Dans une société où les transports, la distribution alimentaire, l'état des routes, l'accès aux services, les politiques à l'égard de la consommation de tabac sont déterminants pour l'état de santé des populations, les ministères de la Santé ne peuvent pas uniquement être les organisateurs de l'offre de soins, ils doivent s'inscrire dans un cadre plus large et privilégier l'intersectoriel.

Dans la définition et le pilotage des politiques de santé, accorder la plus large part possible à l'intersectorialité et à la transversalité : l'urbanisme, les transports, la réglementation des produits alimentaires, les conditions de travail constitueront des secteurs clés où les transversalités avec la santé devront être mises en œuvre le plus rapidement possible.

On veillera à situer le ministère de la Santé comme un chef d'orchestre de plusieurs secteurs et à en faire le garant de la protection des consommateurs. En matière de consommation comme d'environnement et de conditions de travail, un objectif de sécurité sanitaire sera à promouvoir le plus systématiquement possible.

Dans l'élaboration de l'intersectorialité, il est important de réaliser des coopérations entre les différents secteurs mais au-delà des coopérations, les responsables des ministères veilleront plutôt à construire des alliances sur des objectifs communs. Ces objectifs communs, constituant une politique de santé et plus spécifiquement de santé publique, gagneraient à faire l'objet d'un cadrage législatif pluriannuel. Cette approche intersectorielle se fait au moment de la conception des politiques (étude préalable d'impact), mais elle doit être également mise à l'épreuve au moment de l'évaluation de ces politiques : quel effet produit une politique de transports sur l'état de santé de la population ? Quelles sont les relations entre les législations sur l'environnement et l'extension de telle ou telle pathologie ?

Des outils de pilotage adaptés et performants pour les politiques de santé

SI LE RÔLE DE L'ÉTAT est de faire des choix stratégiques, de décider des priorités et de l'affectation des ressources, il n'est pas certain que l'État ait à intervenir finement au niveau local. Les expériences européennes valorisent de plus en plus le niveau régional pour la gouvernance rapprochée des systèmes de santé. Toutefois, il ne s'agit pas de laisser les régions sans régulation. L'État central doit être en position de connaître la situation sanitaire de son pays sans dépendre des données collectées par tel ou tel organisme international, données qui sont le plus souvent épidémiologiques et trop rarement socio-économiques. La régulation centrale d'une gestion décentralisée passe par la mise en place de différents principes et outils :

- une plus grande importance accordée à l'échelon régional, non pas à une région qui gouverne mais à une région qui décide concrètement de la répartition des services dans ses différents bassins de population, qui favorise les implantations, qui régule les conflits locaux et surtout qui repère les besoins de santé à l'échelon de son territoire ;
- pour construire une régulation efficace des systèmes de santé, les États doivent disposer de comptes nationaux de santé permettant une meilleure connaissance des flux financiers, de leur évolution en termes de stocks et de flux. Ces comptes nationaux, qui intégreraient les dépenses d'investissement comme de fonctionnement, seraient présentés chaque année aux élus afin d'asseoir les priorités de santé. Ces comptes nationaux de santé dresseraient le bilan annuel des dépenses par nature et par origine (État, caisses d'assurances maladie, mutuelles et personnes privées) et serviraient principalement pour élaborer des priorités sur le modèle des objectifs de dépenses maladie (par exemple, l'Ondam français). L'élaboration du cadre conceptuel de ces comptes pourrait faire l'objet d'une concertation inter-étatique afin d'autoriser ultérieurement, si les États le souhaitent, des comparaisons plus aisées ;
- les pays maghrébins ont fait des choix sensiblement différents quant à la place du curseur public-privé. Certains accentuent le rôle du marché, d'autres restent plus marqués par une logique étatique et centralisatrice. Au-delà de ces différences, les pays gagneraient à promouvoir une culture de la régulation de leurs politiques, en mettant en œuvre des outils comme l'évaluation, l'inspection et le contrôle. Des efforts ont déjà été faits pour former des médecins ou des pharmaciens inspecteurs de santé. Il est probable qu'il faille aussi former des magistrats et des juristes plus spécialisés en droit de la santé. Qu'il s'agisse de la protection des consommateurs, du contrôle des installations polluantes, du contrôle de la pharmacie, les bonnes pratiques de régulation passent par l'existence de professionnels compétents, intègres et présents sur le territoire, disposant de pouvoirs susceptibles d'obliger les contrevenants à modifier leurs pratiques et comportements. Ces formations pourraient être engagées dans le cadre de coopérations Nord-Sud et de manière interétatique ;
- au-delà de la production de comptes nationaux de santé, les États du Maghreb auraient une plus grande maîtrise de leur politique s'ils se dotaient d'outils intégrés d'observation et d'analyse de leur situation sanitaire. Ces systèmes d'information nationaux devront être compatibles avec un Observatoire maghrébin des politiques et des situations de santé, observatoire qui reste à construire et sur lequel nous reviendrons plus loin.

Les expériences européennes valorisent de plus en plus le niveau régional pour la gouvernance rapprochée des systèmes de santé.

Les pays maghrébins gagneraient à promouvoir une culture de la régulation de leurs politiques, en mettant en œuvre des outils comme l'évaluation, l'inspection et le contrôle.

Un système de santé plus orienté vers les usagers (malades et populations)

DANS LES PAYS occidentaux, le développement de la médecine s'est effectué principalement autour de la forme hospitalière. On a même parlé dans certains pays d'hospitalo-centrisme. Ce développement a conduit à privilégier les équipements lourds. Un consensus se construit souvent entre les décideurs, les professionnels et les populations pour valoriser l'importance d'un nouvel hôpital ou pour se féliciter de la dotation d'un équipement lourd comme un scanner ou un IRM. À l'opposé de cette démarche, les organisations internationales ont souvent valorisé, dans les pays faiblement développés, une médecine de proximité soucieuse de soins primaires, de délivrance de vaccinations. Pour des pays au stade de développement plus avancé mais ayant encore de lourds problèmes de santé, le temps est probablement venu d'adopter une stratégie mettant en avant l'importance des services de qualité à rendre à des populations. Cela suppose de réorienter l'action de la médecine de ville mais également celle de la médecine hospitalière. La traduction opérationnelle de cette logique passe par différentes démarches :

- passer d'une logique de l'équipement à une logique de services. Outre le fait que celle-ci présente l'avantage de se situer dans un temps plus court (rappelons que plus d'une dizaine d'années s'écoulent souvent entre la décision de créer un hôpital et le moment où les premiers patients y sont admis), elle offre surtout une plus grande souplesse et une plus grande réactivité pour construire des réponses sanitaires à des pathologies émergentes. Par ailleurs, le rapport coût-avantage des services, qu'il s'agisse d'accompagnement au domicile des personnes malades, de la promotion de la chirurgie ambulatoire, du suivi des grossesses à risque et de la santé maternelle, est, en règle générale, meilleur que celui des équipements lourds ;
- la conception d'un système de santé orienté sur les services aux populations conduit à privilégier l'organisation de la circulation des patients en termes de filières de soins à partir d'un médecin, qu'il s'agisse d'un médecin référent ou d'un médecin de famille. Il s'agit de redonner aux médecins de base un véritable rôle de guide de première ligne ;
- revisiter la carte sanitaire et passer des découpages administratifs à l'élaboration de territoires de santé, caractérisés par des homogénéités de populations, de bassins de vie et d'emploi ;
- les territoires de santé peuvent comprendre des maisons de santé de proximité, en priorité là où l'offre est trop faible, privilégiant soins de santé primaire et fonctions d'orientation. À la différence de ce qui existe, en particulier en Algérie, on veillera à ce que ces établissements de proximité ne deviennent pas uniquement des portes d'entrée hospitalière mais bien des équipements autonomes dans leur gestion et leurs objectifs. Le système hospitalier privilégie une fonction de seconde ligne et d'appui et non un rôle hiérarchique sur les structures de soins de base ;
- le service rendu aux populations doit être de bonne qualité. Celle-ci ne se mesure pas uniquement à l'aune de la compétence des professionnels, mais doit être contrôlée et évaluée. Le développement de l'assurance qualité en matière de santé peut être un bon outil pour s'assurer de la qualité des services. Une stratégie complémentaire consiste à donner aux usagers une part du contrôle global des structures de soins en les associant aux décisions de gestion, dans le cadre, par exemple, de conseils d'administration ou de surveillance.

Il faut passer d'une logique d'équipements à une logique de services qui offre une plus grande souplesse et une plus grande réactivité.

La conception d'un système de santé orienté sur les services aux populations conduit à privilégier la circulation des patients en termes de filières de soins à partir d'un médecin.

Un système de santé davantage solidaire

LES AXES PRÉCÉDENTS de recommandations peuvent s'appliquer à l'ensemble des systèmes de santé quelque soit les choix et les orientations des pouvoirs politiques. Les experts mobilisés pour la rédaction de ce rapport ainsi que les multiples acteurs rencontrés lors des séminaires s'accordent sur le fait que la santé n'est pas un bien marchand de la même nature que les autres. Les conséquences de ce choix sont multiples :

- de la même manière que le pouvoir politique devrait recentrer la santé au cœur du politique, l'inscription des politiques de santé dans une logique de solidarité devrait être réaffirmée nettement par les décideurs politiques ;
- cette affirmation implique de rééquilibrer les relations entre les secteurs public et privé sous peine de voir s'instaurer des systèmes de santé à plusieurs vitesses, dans lesquels un secteur public, prioritairement à vocation assistanciel, serait confronté à un secteur privé marchand ;
- le reste à charge de la dépense de santé, intégralement financé par les ménages, est actuellement trop élevé dans les pays du Maghreb. Sans pouvoir fixer un niveau identique dans chaque pays, on peut considérer que l'objectif d'un financement par les personnes ne dépassant pas 20 % ou 30 % dans les cinq ans à venir serait raisonnable. En l'absence d'une cible immédiate, l'objectif d'une réduction significative devrait être affirmé en priorité ;
- qu'il s'agisse d'accès aux soins des personnes à très bas niveau de revenu, d'éducation pour la santé ou de promotion de la santé, au sens de la charte d'Ottawa³, les jonctions entre les secteurs sanitaires et sociaux restent actuellement faibles et pourraient être utilement renforcées ;
- s'il existe des outils d'assistance qui contribuent à une meilleure protection des couches les plus pauvres, le caractère encore trop souvent stigmatisant de ces aides et prestations dissuade certaines populations de leur utilisation et réduit leur efficacité ;
- la refonte des systèmes d'assurance vers plus d'équité, d'efficacité, et la mise sur agenda d'une assurance maladie globale et généralisée dans les différents États constituera un chantier pour les prochaines années. La multiplication des régimes, outre le fait qu'elle entraîne une augmentation des coûts de gestion, présente toujours l'inconvénient de laisser des personnes en dehors des zones de couverture. L'organisation d'un colloque sur la protection sociale en Méditerranée, pourrait utilement, et dans de brefs délais, aborder cette question en s'appuyant sur l'engagement et les réflexions de nombreux pays et d'organismes de protection sociale quant au devenir des systèmes actuels de protection sociale confrontés à la crise économique ;
- cette assurance maladie renouvelée, et parfois refondée, se verra confiée la mise en œuvre des régulations public-privé mieux définies, mieux contrôlées. Ces régulations découleront des choix de priorité effectués par les instances politiques nationales.

L'inscription des politiques de santé dans une logique de solidarité devrait être réaffirmée par les décideurs politiques.

Définir une stratégie d'affectation de ressources financières

TOUTE STRATÉGIE EFFICIENTE d'affectation de ressources doit être formulée en fonction des priorités clairement identifiées, hiérarchisées et déclinées en programmes nationaux de santé à court, moyen et long terme, qui tiennent compte des réalités économiques et sociales des pays. Ces programmes serviront de base à la planification des investissements immobiliers

3. Charte adoptée en 1986 par la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa.

Toute augmentation volontariste de la dépense de santé devrait être attribuée au secteur public afin de le redynamiser et à des priorités de santé démocratiquement décidées.

Un système de santé mieux régulé et plus solidaire suppose des élus au fait des questions de santé, des populations informées et un personnel ayant une formation actualisée.

et en équipements lourds, à l'élaboration des actions de formation des personnels de santé et à la mise en place d'un système de financement transparent et équitable, qui ne doit plus avoir comme objectif le financement des structures mais celui des programmes de santé. C'est sur la base de ces programmes qu'apparaîtront, ensuite, les forces et les faiblesses de chaque système et que pourront se définir les opportunités transversales de coopération entre les trois pays et entre le Maghreb et l'Union européenne.

Quelque soit le pays, au Maghreb comme ailleurs, les dépenses de santé augmentent régulièrement. Face à cette tendance de fond, il ne paraît pas opportun de fixer des cibles à atteindre, il faut par ailleurs reconnaître que tous les pays ne consacrent pas une part équivalente de leur PIB aux dépenses de santé. Face à cette croissance de la dépense, les États veilleront à :

- être attentifs à la tendance naturelle d'augmentation de la dépense de santé dans une perspective de maîtrise de cette évolution. Le passage d'une dépense de santé, de 4 à 6 % du PIB, n'a ni le même sens ni la même efficacité qu'une augmentation de 8 à 10 %. Les économistes de la santé recommandent de prendre garde aux risques de rendements décroissants à partir d'un certain niveau de dépenses ;
- dans le respect des priorités sociales et du rééquilibrage public-privé, on pourrait admettre que toute augmentation volontariste de la dépense de santé soit prioritairement attribuée au secteur public afin de le redynamiser et à des priorités de santé définies préalablement, scientifiquement construites et démocratiquement décidées ;
- la réduction des gaspillages publics liée à des faits de corruption ou à l'insuffisance de contrôle, d'évaluation, ou de priorités mal définies et mal mises en œuvre constitue un objectif important ;
- le lancement, à l'échelle maghrébine, d'une étude sur des possibilités de financement de la santé afin d'assurer un accès équitable aux services pour toutes les couches sociales, assurant le mieux possible une égalité devant la maladie et une meilleure justice sociale sur le modèle des réflexions sur l'élaboration d'une couverture santé universelle, pourrait constituer un préalable mobilisant les acteurs de la protection sociale et de la recherche.

La formation et l'information au service de nouvelles priorités

LA MISE EN ŒUVRE DES PRIORITÉS de santé et surtout les inflexions à conduire pour avancer vers un système de santé mieux régulé et plus solidaire, capable de supporter et d'accompagner les transitions en cours, qu'elles soient démographiques, épidémiologiques, organisationnelles et démocratiques, suppose des élus mieux au fait des questions de santé, des populations mieux informées et d'un personnel disposant d'une formation actualisée. De nombreuses mesures sont envisageables :

- mise en œuvre de formations à la gestion et au pilotage des politiques de santé dans les universités et dans les études médicales et paramédicales ;
- développement d'institutions d'éducation et de promotion de la santé nationale et peut-être transnationale visant à la fois à développer des campagnes communes d'information sur les risques nouveaux sociaux et environnementaux. Globalement, une meilleure information des populations sur les questions de santé sera systématiquement recherchée. La création d'un institut commun aux différents États maghrébins d'éducation et de promotion de la santé, capable d'appuyer des campagnes d'information et de

sensibilisation, pourrait constituer un objectif à inscrire à l'agenda des rencontres des ministres de la Santé des différents États ;

- création d'un centre de formation de haut niveau sur le pilotage et le management des systèmes de santé, de type *école de guerre*, ouvert aux professionnels des cinq pays du Maghreb. Le comité d'orientation de cette instance pourrait être mixte comprenant des représentants des pays du Maghreb et des représentants des pays de la rive nord de la Méditerranée ;
- élaboration d'un programme de mise à niveau des écoles de formation de personnel paramédical. En parallèle, création et renforcement d'écoles de formation, de cadres enseignants pour les écoles de paramédicaux, incluant notamment des spécialistes dans la conception et l'adaptation des *curricula* et des programmes, dans les méthodes pédagogiques et dans la préparation des supports éducatifs.

En matière de médicament, entre monopole et libéralisme, un marché mieux régulé

LIÉE À L'INDUSTRIE ET À la recherche, occupant une place centrale dans l'économie des systèmes de santé, interface entre le système de santé, le médecin et le malade, la question du médicament mais aussi des biens de santé est primordiale dans la réflexion politique sur l'organisation du système de soins. Au terme des différents séminaires et des réflexions conduites par les experts, en particulier dans l'élaboration des monographies nationales, le constat apparaît dans les trois pays du Maghreb, même si les trois pays n'ont pas toujours effectué les mêmes choix, d'une insuffisance de régulation des marchés. Les propositions suivantes vont dans le sens d'un accroissement de cette régulation.

- Redéfinition des liens entre les autorités sanitaires et l'industrie pharmaceutique pour la régulation du marché. Au-delà de la seule régulation des marchés, se pose la question de la politique de production et d'importation des médicaments et des biens médicaux. Cette politique, qui passe par la définition des besoins en médicaments et produits essentiels, gagnerait à être pensée au niveau de l'ensemble des pays du Maghreb central, tant dans ses pratiques d'importation et d'autorisation de mise sur le marché (AMM) que dans ses complémentarités et ses pratiques d'exportation. Faute d'aller vers une convergence de ce type, les marchés des États maghrébins restent trop étroits pour peser sur les négociations financières et les évolutions des législations en matière de brevets. Ces réflexions, qui s'inscrivent dans la perspective d'un marché commun du médicament et des biens médicaux, concernent tous les types de médicaments y compris les génériques pour lesquels les enjeux financiers sont très importants.
- Attribuer un rôle plus important aux ministères de la Santé en matière de contrôle du marché : qualité des produits, lutte contre les malfaçons et la contrefaçon, définition des procédures d'autorisation de mise sur le marché.
- Élaborer une liste de médicaments essentiels qui constituerait la référence pour la promotion d'une industrie pharmaceutique nationale ou, mieux encore maghrébine, et la garantie à l'accès gratuit du médicament à toute la population.
- Renforcer l'implication des organismes d'assurance maladie dans la régulation du marché et pas uniquement dans une logique de gestion des

Une politique de production et d'importation des médicaments et des biens médicaux gagnerait à être pensée au niveau de l'ensemble du Maghreb.

La formation de magistrats spécialisés dans la politique des brevets est une urgence.

Faire du Maghreb une terre attrayante en matière de santé suppose de rattraper le retard, notamment dans la santé maternelle et infantile.

dépenses mais bien d'accessibilité au médicament, de contrôle de qualité, d'efficacité du médicament, de réponse à la demande du système de soins.

- Mise en œuvre, en lien avec les universités et écoles de médecine, d'une politique de formation des médecins, formation initiale et continue, appuyée sur les objectifs des programmes nationaux de santé, formulée et dispensée en dehors de toute dépendance de l'industrie pharmaceutique.
- Élaboration de guides thérapeutiques réalisés sur la base d'une liste de médicaments essentiels et destinés, dans une première étape, au médecin généraliste. Un ouvrage maghrébin constituerait un excellent test sur la qualité et l'efficacité de la coopération interuniversitaire maghrébine dans le domaine des sciences médicales.
- Liens à rechercher entre pharmaciens et médecins (échanges de pratiques, maisons médicales) : dans le but d'assurer aux malades une meilleure qualité de soins au moindre coût.
- La formation de magistrats spécialisés dans la politique des brevets est soulignée comme une nécessité et une urgence si les pays maghrébins veulent se protéger des abus de brevetabilité et envisager une négociation future avec l'industrie pharmaceutique internationale sur la production de médicaments innovants.
- L'ensemble de ces politiques devrait pouvoir s'appuyer sur un système d'informations de type Observatoire du médicament.

Le Maghreb, une terre de systèmes de santé attractifs et excellents

AU MOMENT OÙ LES PAYS de la rive nord de la Méditerranée connaissent une crise économique sérieuse et réduisent leurs dépenses sociales, où ils découvrent qu'en dépit des réussites incontestables de leurs systèmes de santé, ils restent confrontés à la forte question des inégalités d'accès aux soins, les pays de la rive sud s'engagent dans une réorganisation de leurs modes de fonctionnement. Les coûts moins élevés de la main-d'œuvre, l'attractivité liée au climat, les dimensions touristiques, l'absence de barrières linguistiques devraient permettre aux États du Maghreb d'élaborer des programmes de santé attractifs en interne mais aussi pour les habitants de la rive nord de la Méditerranée. Cette réflexion, qui vise à faire du Maghreb une terre attrayante en matière de santé et de soins, suppose de résoudre des problèmes de santé afin de rattraper le retard, en particulier en matière de santé maternelle et infantile mais aussi de retrouver les traces de ce qui fonctionne bien afin de le valoriser, en s'appuyant non pas sur des compétitions mais en faisant au-delà des coopérations des alliances entre les différents pays. Les quelques pistes ci-dessous ne sont que quelques exemples de ces pratiques et projets possibles.

- Organiser un forum régulier entre les associations et organismes non gouvernementaux des pays méditerranéens concernés par les politiques de santé.
- Soutenir la création d'une association des écoles de santé publique des pays méditerranéens (sur le modèle de l'Aspher ou d'Allass)⁽⁴⁾. Cette démarche pourrait être préparée par une rencontre des écoles de santé publique des pays de la Méditerranée.
- Créer des rencontres régulières entre des décideurs – ministres, industriels, scientifiques, responsables associatifs, associations de professionnels

4. Aspher : The Association of Schools of Public Health in the European Region, www.aspher.org
Allass : Association latine pour l'analyse des systèmes de santé, www.allass.org

– de la santé des pays du Maghreb et de la rive nord de la Méditerranée sur le modèle d'un forum de décideurs, avec la participation de l'OMS et de la Banque mondiale avec l'objectif de contribuer à un partage d'expériences et de bonnes pratiques. Le modèle oscillerait entre un forum de type Davos et un sommet informel européen.

- Mobiliser des financements pour soutenir des programmes de recherche sur l'organisation des systèmes de santé au Maghreb ouverts à des équipes mixtes (par exemple, deux pays du Maghreb + pays du Nord de la Méditerranée). Là encore, le modèle PCRD⁵ de l'Union européenne pourrait être mobilisé.
- Élaborer un partenariat renforcé entre des pays du Maghreb visant à réformer et à harmoniser les curricula des études médicales et à introduire de nouvelles matières nécessaires pour une ouverture du praticien aux différents aspects de la pratique médicale et pour le préparer au travail d'équipe.
- Soutenir le développement de programmes de coopération en santé environnementale. Ces programmes de recherche puis d'expérimentation pourraient bénéficier de financements de l'Union européenne.
- Encourager un plus grand partenariat et des échanges entre les mutuelles et les organismes de protection sociale des pays des deux rives de la Méditerranée.
- Financer et mettre en œuvre de programmes de recherche sur l'accès aux soins et les inégalités de santé recourant à des enquêtes épidémiologiques en population générale et comparative.
- Travailler les convergences des systèmes de santé non pas sur la base de décisions autoritaires mais en recourant à des approches de type méthode ouverte de coordination.
- Établir un programme de jumelage Maghreb-Europe entre CHUs avec des échanges de personnels et mise à niveau de la qualité des prestations, là où c'est nécessaire.
- Élaborer un programme de renforcement des services pour une maternité sans risques avec les composantes suivantes :
 - la rénovation des maternités, notamment celles des zones rurales et semi-urbaines, et leur mise à niveau pour assurer un accueil satisfaisant et la sécurité des mères ;
 - un programme de formation pour une prise en charge appropriée des grossesses, de l'accouchement et du post-partum ;
 - une stratégie d'extension de la couverture, en coopération avec la société civile ;
 - la formation de sage-femmes de supervision pour le suivi, la formation continue et l'évaluation.
- Créer un programme d'appui pour lancer un processus de promotion de la gouvernance des systèmes de santé, en collaboration avec tous les partenaires intéressés, y compris la société civile. L'objectif étant multiple : la promotion d'une gestion transparente, efficiente et efficace menée dans un esprit de travail d'équipe et de responsabilité collective.

Il faut travailler les convergences des systèmes de santé non pas sur la base de décisions autoritaires mais en recourant à des approches ouvertes de coordination.

5. Programme-cadre de recherche et de développement.



Les Notes IPEMED

Les *Notes IPEMED* proposent des analyses sur de grandes questions méditerranéennes. Elles sont confiées à des experts internationaux, invités à formuler des propositions concrètes pour favoriser la construction d'une région économiquement intégrée. Elles s'adressent à tous ceux – chefs d'entreprises, hommes et femmes politiques, experts, citoyens du monde méditerranéen – pour qui l'intégration régionale est un atout économique dans la compétition mondiale et qui partagent la vision d'une convergence d'intérêts entre tous les pays riverains de la Méditerranée.

Les *Notes IPEMED* font l'objet d'une validation par le Comité scientifique d'IPEMED.

DÉJÀ PARU

- | | | |
|--|--|---|
| 1 Migrants et migrations dans le bassin de la Méditerranée
Philippe Fargues, Hervé Le Bras | 5 Convergence. La Méditerranée s'engage dans un plus fort transfert de valeur ajoutée entre ses rives
Maurizio Cascioli, Guillaume Mortelier | 9 Le Défi énergétique en Méditerranée
Francis Ghilès |
| 2 L'énergie en Méditerranée. Situation, perspectives, contraintes et enjeux
Mustapha K. Faïd | 6 Sécurité alimentaire en Méditerranée. Un enjeu géostratégique majeur
Jean-Louis Rastoin, Foued Cheriet | 10 Renouveler le tourisme euro-méditerranéen. Le grand chantier
Maxime Weigert |
| 3 L'espace financier euro-méditerranéen
Guillaume Almeras, Abderrahmane Hadj Nacer | 7 Les autoroutes de la mer. Des perspectives prometteuses en Méditerranée
Maxime Weigert, Préface de Marc Abeille | 11 La boucle électrique et le marché euro-méditerranéen de l'électricité
Abdenour Keramane |
| 4 Un pacte agroalimentaire et rural pour l'intégration régionale euro-méditerranéenne
Christian Dubreuil, Jean-Louis Rastoin | 8 Énergies renouvelables en Méditerranée. Un pari à gagner
Abdenour Keramane (dir.) | 12 Le tourisme en Tunisie. Les défis à l'heure de la transition démocratique
Maxime Weigert |



- INSTITUT DE PROSPECTIVE ÉCONOMIQUE DU MONDE MÉDITERRANÉEN -

L'Institut de prospective économique du monde méditerranéen, IPEMED, est une association reconnue d'intérêt général, créée en 2006. Think tank promoteur de la région méditerranéenne, il a pour mission de rapprocher par l'économie, les pays des deux rives de la Méditerranée. Il est indépendant des pouvoirs politiques dont il ne reçoit aucun financement. IPEMED est présidé par Radhi Meddeb et dirigé par Jean-Louis Guigou. Conseiller scientifique: Pierre Beckouche. Communication et publications : Véronique Stéphan. www.ipemed.coop

Réalisation : Patricia Jezequel, Alain de Pommereau. Imprimerie Mouquet. ISSN 2116-6897