

Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie

Défis nationaux et enjeux partagés

Les pays du Maghreb, des États en transition sanitaire

Farid Chaoui, Michel Legros

Algérie, Maroc, Tunisie, monographies nationales

Noureddine Achour, Noureddine Fikri Benbrahim, Jean-Paul Grangaud

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



SOMMAIRE

Résumé	3	Les pays du Maghreb, des États en transition sanitaire	19
Executive summary	4	De la transition démographique à la transition épidémiologique	20
Systèmes de santé au Maghreb : des axes d'évolution	9	L'histoire longue des transitions antérieures ...	20
Avant tout, réaffirmer la place de la santé au cœur du politique.....	10	Les transformations démographiques.....	21
Faire de la politique de santé, un exemple de démocratie.....	10	La transition épidémiologique et les nouveaux déterminants de santé.....	23
Des pilotages ministériels, gouvernementaux, plus stratégés.....	11	Du temps des reconstructions aux transitions organisationnelles	26
Des outils de pilotage adaptés et performants pour les politiques de santé.....	12	Politiques de santé au Maghreb central : les convergences d'objectifs et d'enjeux.....	27
Un système de santé plus orienté vers les usagers (malades et populations).....	13	Des outils pour répondre aux défis des politiques de santé.....	33
Un système de santé davantage solidaire.....	14	Gouvernance et participation, un enjeu majeur.....	38
Définir une stratégie d'affectation des ressources financières.....	15	Coopérations, intégrations : des liens à approfondir	39
La formation et l'information au service de nouvelles priorités.....	15	Les coopérations ou les concurrences intra Maghreb.....	39
En matière de médicament, entre monopole et libéralisme, un marché mieux régulé.....	16	Les liens avec le monde arabe.....	41
Le Maghreb, une terre de systèmes de santé attractifs et excellents.....	17	La place des États dans la division mondiale....	42
		Les liens avec la France et l'Europe.....	42
		Le secteur associatif et mutualiste.....	45
		Monographies nationales	46
		Algérie.....	46
		Maroc.....	82
		Tunisie.....	101
		Annexes et bibliographie	117

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.

AVANT-PROPOS

CE DOCUMENT CONSTITUE la version finale d'un rapport sur les systèmes de santé au Maghreb central. Ce rapport, préparé à la demande de l'Ipemed par les professeurs Farid Chaoui et Michel Legros, et coordonné par Macarena Nuño, comprend trois parties de tailles inégales. La première comporte un ensemble de propositions, regroupées autour de dix axes d'évolution, pour accompagner les réformes des politiques et des systèmes de santé. Ces propositions sont issues notamment d'un séminaire qui s'est tenu en février 2012 et qui a permis, également, d'approfondir trois composantes des systèmes de santé : l'organisation, le financement et la place du médicament. Nous avons fait le choix de présenter ces propositions en ouverture du rapport car nous considérons que la période actuelle, plus que d'un besoin d'analyses, souffre d'un manque de chemins nouveaux à ouvrir.

La deuxième partie est une note de synthèse rédigée par Michel Legros et Farid Chaoui à partir de trois monographies décrivant les systèmes de santé de l'Algérie, du Maroc et de la Tunisie. Cette synthèse met l'accent sur les similitudes entre les pays du Maghreb central eu égard aux enjeux actuels des politiques de santé et de santé publique. Les principaux axes de cette note ont été présentés et discutés lors d'un séminaire qui a rassemblé, le 21 octobre 2011, des membres de l'Ipemed et les membres du groupe de travail.

La troisième partie du rapport est composée de trois monographies rédigées par les professeurs Jean-Paul Grangaud pour l'Algérie, Noureddine Fikri Benbrahim pour le Maroc et Noureddine Achour pour la Tunisie. Le plan de ces trois monographies a été élaboré au cours du séminaire de lancement de ce travail qui s'était tenu à Paris en juin 2011.

Présentée aux instances de l'Ipemed pour information et avis, la première ébauche du rapport a été ensuite complétée par les apports de plusieurs notes demandées à des experts thématiques dans chacun des trois pays et par la réflexion issue du séminaire de février 2012. La version finale du document a, de nouveau, été soumise pour validation aux instances de l'Ipemed.

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.

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.

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

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

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.

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 ;

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... »

- 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 ?

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.

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

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.

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 inter-étatique ;
- 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.

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 :

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

- 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.

Définir une stratégie d'affectation de ressources financières

TOUTE STRATÉGIE EFFICACIEUSE 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.

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

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.

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.

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

- 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

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.

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

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

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

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.alass.org

*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.*

– 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.

5. Programme-cadre de recherche et de développement.

Les pays du Maghreb, des États en transition sanitaire

ALORS QUE LA GÉNÉALOGIE des systèmes de santé européens s'enracine dans les débats de la fin du XIX^e siècle sur la constitution des bases des États-providence et que la transition épidémiologique s'opère dans ces pays dès la fin de la seconde guerre mondiale, les pays du Maghreb central ont construit leur système de santé après la sortie de la colonisation. Au cours des soixante années qui nous séparent de cette période, ces pays ont connu des transformations considérables qui, dans le domaine de la santé, se caractérisent par plusieurs mouvements. Le premier se concrétise par un rapprochement entre le moment de la transition démographique et celui de la transition épidémiologique. À la différence des pays du Nord de la Méditerranée qui ont pu affronter ces deux évolutions dans des temporalités différentes, les pays du Maghreb se trouvent confrontés à ces deux épisodes sanitaires de façon quasi-simultanée.

Un second mouvement est relatif aux politiques sanitaires. Sortant de la colonisation avec des systèmes de santé, au mieux totalement sous dimensionnés et inadaptés, comme dans le cas du Maroc et de la Tunisie ou, au pire, complètement dévastés comme en Algérie, les États naissants se sont engagés dans des phases successives de reconstructions et de réformes. Dans un monde devenu, depuis la fin des années 80, plus ouvert à la circulation des personnes, médecins ou malades, des biens médicaux et pharmaceutiques, des idées et des modèles de gestion, les pays du Maghreb central ont entrepris depuis une dizaine d'années une nouvelle transition que l'on pourrait qualifier d'organisationnelle.

Enfin, l'ouverture au monde par les médias, un plus haut niveau de formation des populations, l'augmentation des niveaux de vie font que des situations autrefois admises sont de moins en moins supportées. Qu'il s'agisse des inégalités d'accès aux soins, des disparités entre hommes et femmes et des écarts entre les zones rurales et les zones urbaines, les populations remettent en cause l'inertie, l'impuissance ou le manque d'intérêt des États. Une transition supplémentaire est à l'œuvre qui touche à la gouvernance des systèmes de santé, confrontés à la demande d'une plus grande participation des utilisateurs et des professionnels.

Démographique, épidémiologique, organisationnelle et enfin démocratique, cette suite de transitions peut être lue comme une démarche continue de progression. Elle est aussi source de fragilités pour des pays confrontés, par ailleurs, à des tensions économiques et à des incertitudes de développement.

Les pays du Maghreb central ont entrepris depuis une dizaine d'années une nouvelle transition que l'on pourrait qualifier d'organisationnelle.

Les populations remettent en cause l'inertie, l'impuissance ou le manque d'intérêt des États.

De la transition démographique à la transition épidémiologique

L'histoire longue des transitions antérieures

AVANT D'ÊTRE DÉMOGRAPHIQUE puis épidémiologique, les transitions maghrébines furent d'abord politiques s'inscrivant dans le temps d'une histoire longue. Il faut souligner l'unité géopolitique, culturelle et culturelle du Maghreb central. Il s'agit bel et bien d'un bassin de population homogène, vivant dans un ensemble géographique cohérent dans lequel les échanges économiques, sociaux et culturels n'ont jamais cessé depuis l'Antiquité. Cet espace, qui s'étend de l'antique Carthage à l'Atlantique, a connu de grands événements historiques qui ont soudé les relations entre ses différentes composantes humaines. Les royaumes berbères ont constitué dans l'Antiquité un espace uni qui a su faire face et conserver son identité et son indépendance pendant la période des guerres puniques entre Rome et Carthage. Le Maghreb a consolidé sa cohésion avec son insertion dans l'empire romain et est devenu un berceau de la civilisation antique. Enfin, l'invasion arabe au VII^e siècle a établi définitivement une identité commune à cette région par la diffusion de la culture arabo-islamique sur le terreau profondément ancré de la culture berbère. C'est au Maghreb que fut levée l'armée musulmane, dirigée par un berbère arabisé Tarek Ibn Ziyad, qui conquiert l'Andalousie pour y édifier une des civilisations humaines particulièrement brillante.

Plus tard, durant le Moyen-Âge, avec les grandes dynasties venues de l'Ouest puis la conquête ottomane, le Maghreb central a structuré politiquement et administrativement son territoire, devenant une puissance régionale crainte et respectée par ses voisins méditerranéens. Le déclin du Maghreb s'est amplifié avec la conquête coloniale qui a plongé les populations locales dans la régression économique et sociale. Ceci est vrai des trois pays du Maghreb et, plus particulièrement, de l'Algérie qui a subi une colonisation de peuplement, détruisant durablement ses structures sociales, politiques et économiques traditionnelles. L'accès à l'indépendance de ces pays a conduit, malgré certaines vicissitudes politiques, à une réelle et profonde cohésion entre les peuples avec une prise de conscience partagée d'une unité sociopolitique et culturelle à défendre et à consolider.

Bien que ce rapport soit focalisé sur les pays du Maghreb central, il nous semble aussi important de ne pas se désintéresser des deux pays qui en constituent les bordures est et ouest. La Libye, parce qu'elle est actuellement l'objet d'une recomposition politique profonde qui ne manquera pas d'avoir un impact sur son système de santé et le bien-être de ses populations et la Mauritanie, en raison d'une situation économique, sociale et sanitaire particulièrement difficile.

Partant de situations assez différentes, ces pays, au cours des cinquante dernières années, ont construit des systèmes de santé qui puisent à la fois dans les vestiges de la colonisation et qui tiennent compte de choix politiques dissemblables. En dépit de cela, et peut-être à cause des cohérences profondes mentionnées dans le paragraphe ci-dessus, la lecture des monographies montre clairement que les espaces politiques de cette région ont finalement évolué de la même manière. Les pays ont hérité de structures de santé laissées en place par l'ancienne puissance coloniale, qu'ils ont renforcées et tenté d'orienter au mieux en fonction des besoins de santé de leurs populations. L'effort d'investissement dans ce domaine a été cependant assez

L'accès à l'indépendance a conduit à une cohésion entre les peuples avec la prise de conscience d'une unité socio-politique et culturelle.

Ces pays ont construit des systèmes de santé qui puisent dans les vestiges de la colonisation en tenant compte de choix politiques dissemblables.

différent selon les moyens et les orientations politiques de chacun des trois pays. Si la Tunisie apparaît aujourd’hui la mieux dotée, il est clair que le Maroc et l’Algérie sont plus en retard en matière d’infrastructures de base et de ratio lit hospitaliers/habitants. Dans ces deux pays, les modalités d’accès aux soins présentent des différences significatives.

Cette longue histoire partagée fait aujourd’hui du Maghreb central une unité géographique et humaine homogène, dont l’avenir devrait aussi pouvoir s’envisager dans un programme de développement commun ou dans la construction de convergences. Le secteur de la santé pourrait fort bien s’y prêter. Ces convergences seraient d’autant plus envisageables que les trois pays sont sensiblement au même moment de leur transition démographique et leur progression démographique se situe pratiquement au même niveau. Les trois études monographiques montrent bien la grande proximité d’indicateurs comme l’espérance de vie à la naissance ou la structure de la pyramide des âges. Dans les trois pays, celle-ci a évolué en faveur des séniors qui vont représenter plus de 12 % de la population dans les années 2020, soit plus de dix millions de personnes au Maghreb. De plus, les trois pays sont pratiquement au même niveau de leur transition épidémiologique. Les maladies transmissibles sont en voie d’éradication (sauf bien sûr les nouvelles pathologies infectieuses représentées par les hépatites B et C, le VIH, le SRAS et, maintenant, le papillomavirus responsable des cancers génitaux chez la femme), mais continuent à exister sous forme de flambées épidémiques. Un effort important reste à faire pour l’éradication définitive de ces maladies grâce à l’amélioration de l’hygiène de vie (adduction en eau potable, assainissement et traitement des eaux usées, éradication de l’habitat précaire, accès à une saine alimentation pour les couches les plus pauvres), la poursuite des efforts en matière de vaccination, le contrôle des naissances et une meilleure prise en charge des parturientes. Ces efforts sont à faire dans les trois pays et la question de la prise en charge des nouvelles pathologies émergentes reste entière.

L’avenir du Maghreb central devrait pouvoir s’envisager dans un programme de développement commun ou dans la construction de convergences.

Les transformations démographiques

LES TROIS PAYS DU MAGHREB central comprennent actuellement 76 millions d’habitants dont près des deux tiers vivent en milieu urbain. Ce chiffre atteint un peu plus de 85 millions si on intègre la Mauritanie et la Libye.

TABLEAU 1 Population totale* (milliers)

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
34 895	31 993	10 272	6 420	3 291	44 904

* Dans ces tableaux figurent les trois pays concernés par cette Note, la Libye et la Mauritanie ont été ajoutées ainsi que l’Espagne comme point de repère sur un pays de la rive nord de la Méditerranée. Source : OMS 2011

TABLEAU 2 Part de la population vivant en milieu urbain (%)

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
66	56	67	78	41	77

Source : OMS 2011

Cette population est en forte croissance et pourrait attendre les 100 millions d’habitants au cours des deux prochaines décennies. Si la population âgée paraît encore d’une moindre importance, sa croissance est actuellement vigoureuse et pourrait se rapprocher des 15 % pendant la prochaine décennie pour les pays du Maghreb central. A l’autre extrémité de l’échelle des âges, la population jeune occupe encore une large place.

TABLEAU 3 Part de la population de 60 ans et plus (%)

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
7	8	10	7	4	22

Source : OMS 2011

TABLEAU 4 Part de la population de moins de 15 ans (%)

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
27	28	23	30	39	15

Source : OMS 2011

Après une forte croissance qui a vu, par exemple, le chiffre de la population algérienne tripler en quarante ans, le taux de croissance de la population du Maghreb se réduit sensiblement, passant de 3,2 % dans les années 1966-1976 à 1,72 % dans la décennie 1998-2008. Comme dans les pays européens, on assiste à un recul de l'âge du mariage. Cette évolution est actuellement sans incidence sur le nombre des naissances, s'établissant à 603 000 en 1970 et à 879 000 pour l'Algérie en 2010. Cette forte progression devrait amener ces pays à ne pas baisser la garde en matière de santé maternelle et infantile. La surveillance des grossesses, la prise en charge des nouveaux nés et les soins aux mères restent des priorités d'actualité. En Algérie, par exemple, les complications d'accouchement constituent toujours un important motif d'hospitalisation et la mortalité maternelle reste un problème majeur de santé publique en dépit d'une pluralité de programmes et d'une bonne identification de la situation épidémiologique.

Au Maroc, aussi, les progrès ont été indéniables au cours des cinquante dernières années. L'espérance de vie à la naissance est passée de 47 ans en 1962 à 72 ans en 2008. Le taux brut de mortalité a également baissé de 20,8 pour 1000 à 5,5 pour 1000. Dans la même période, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile ont également connu une forte décrue. Il n'en reste pas moins vrai que les différences entre ces États demeurent, en règle générale, assez constantes : la Tunisie se situant au premier rang devant le Maroc et l'Algérie, mais surtout les niveaux atteints sont pratiquement toujours inférieurs à ceux des autres pays de la rive nord de la Méditerranée. Le taux de mortalité maternelle, lui aussi en baisse, reste comparativement à ces pays à un niveau élevé.

La structure par âge de la population s'est profondément transformée ces dernières années. Ainsi, la Tunisie va probablement vieillir rapidement. A l'horizon 2020, selon les projections de la division de la population des Nations unies (2004), le nombre des plus de 60 ans sera proche de celui des moins de 9 ans et s'élèvera à 12,5 % alors qu'il était de 9,5 % en 2004 et de 6,7 % en 1984. Cela devrait conduire ces pays à anticiper l'accélération de la dépendance des personnes âgées. À la différence des pays européens, où celle-ci a été plutôt lente, passé *l'âge d'or démographique* qui démarre actuellement au Maghreb (baisse de la fécondité et population active nombreuse) les démographes montrent que la croissance de la population âgée sera plus brutale dans les pays du Maghreb à partir des années 2020-30.⁽⁶⁾

Ces taux, déjà plus élevés dans les pays du Maghreb central, sont encore aggravés par les disparités entre régions. Quel que soit le pays, les zones rurales sont plus défavorisées et les catégories sociales les plus faibles économiquement sont confrontées, pour l'ensemble de ces indicateurs, à des niveaux moins satisfaisants. À ces inégalités de territoire et de niveau économique s'ajoutent des inégalités de genre, souvent moins bien documentées.

6. Voir Jacques Dupaquier, le vieillissement de la population dans le monde dans www.rayonnementducnrs.com/bulletin/b42/vieillissement.pdf

TABLEAU 5 Espérance de vie à la naissance

	Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
Hommes	71	71	73	70	57	78
Femmes	74	75	77	75	60	85

Source : OMS 2011

TABLEAU 6 Taux de mortalité infanto-juvénile (0-5 ans) (pour 1 000 naissances vivantes)

	Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
	32	38	21	19	117	4

Source : OMS 2011

TABLEAU 7 Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances)

	Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
	120	110	60	64	550	6

Source : OMS 2011

La transition épidémiologique et les nouveaux déterminants de santé

Algérie, Maroc, Tunisie, un même état de transition sanitaire

LE CONCEPT DE TRANSITION épidémiologique est particulièrement intéressant pour décrire la situation sanitaire des pays du Maghreb et ses conséquences sur les politiques de santé à mettre en œuvre. À une phase démographique marquée, à la fois, par une forte natalité et une importante mortalité principalement infantile, succède une nouvelle phase dans laquelle les pathologies non transmissibles, dégénératives et traumatologiques deviennent prépondérantes. Alors que les affections de la première phase étaient liées à des maladies transmissibles trouvant souvent leurs origines dans l'absence de maîtrise de l'hygiène environnementale et dans une couverture vaccinale insuffisante, l'étiologie des pathologies de la seconde phase est plus complexe. Elle s'enracine, à la fois, dans les comportements individuels, dans la transformation des modes de vie et dans l'émergence de nouveaux risques collectifs. Cette évolution est commune à l'ensemble des trois pays.

En Algérie, la manifestation de cette transformation est devenue évidente dès la fin des années 80 avec une nette régression des maladies dites *du programme de vaccination élargi*. Le dernier cas de poliomyélite déclaré remonte à 1996. L'instauration d'une solide couverture vaccinale a fait disparaître la diphtérie. Les maladies infectieuses ne figurent plus parmi les premières causes d'hospitalisation. Les quatre premières causes de décès sont désormais les maladies cardiovasculaires (26,1 %), les affections périnatales (13,5 %), les cancers (9,5 %) et les traumatismes (8,6 %).

La situation est similaire au Maroc en ce qui concerne la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos ou la rougeole. Si les maladies transmissibles pèsent encore pour un tiers de la charge de morbidité globale (CMG), les maladies non transmissibles (MNT) constituent maintenant 55,8 % de cette même charge. Les maladies cardiovasculaires, les maladies chroniques et dégénératives, les cancers, dont le nombre de nouveau cas est évalué annuellement entre 30 000 et 50 000, deviennent les principales causes de recours au système de santé. Il faut également mettre l'accent sur le développement des maladies mentales, 26,5 % de la population enquêtée en 2003 par le ministère de la Santé, présentait des troubles dépressifs, 9 % de l'anxiété et près de 6 % des troubles psychotiques. Chez les enfants, la transition épidémiologique en cours a fait surgir de nouvelles pathologies (diabète chez des enfants de plus en plus jeunes ou augmentation du nombre d'allergies res-

Aujourd'hui les pathologies non transmissibles, dégénératives et traumatologiques deviennent prépondérantes.

*L'urbanisation
et ses conséquences
sont de nature
à détériorer
les déterminants
de santé dans
les grandes métropoles
et les quartiers
périurbains.*

piratoires). Dans le même temps, au Maroc, signe du télescopage des différentes phases d'évolution de l'état de santé des populations, les maladies maternelles et périnatales continuent de générer des taux élevés de mortalité et nécessitent des actions plus efficaces pour les maîtriser et les réduire.

Le profil épidémiologique de la Tunisie n'est plus celui qui a prévalu jusqu'à la fin des années 1980. On enregistre dans ce pays un recul net, parfois même l'éradication, des maladies transmissibles dites traditionnelles comme le paludisme, la bilharziose, le trachome, la tuberculose, les diarrhées infectieuses... et celles de la petite enfance (poliomyélite, tétanos, diphtérie...). Vingt ans plus tard, les maladies non transmissibles constituent 79,7 % des décès et 70,8 % de la charge globale de morbidité. On note aussi l'émergence des maladies non transmissibles, de types chroniques et dégénératives, d'étiologie multifactorielle, au coût de prise en charge élevé. Les statistiques des causes de décès pour l'année 2006 montrent que les maladies cardiovasculaires occupent la première place (28,9 %), suivies des néoplasmes (16,5 %), des accidents et des maladies métaboliques (9,7 %) et des maladies du système respiratoire (9,5 %).

Le rapport tunisien insiste sur le fait que la transition démographique a été suivie par une transition épidémiologique multifactorielle : sanitaire certes, mais aussi sociale, économique et culturelle. On possède peu de documents sur cette transition, en l'absence d'un système d'information fiable et pérenne. Cette remarque ne s'applique d'ailleurs pas qu'à ce pays.

Les déterminants de santé, une cible nouvelle de l'action publique

CETTE TRANSITION MET EN ÉVIDENCE DE NOUVEAUX FACTEURS EXPLICATIFS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS. La transformation des modèles alimentaires, les changements d'habitat et de mode de vie, la montée des accidents et des traumatismes liés aux conditions de vie et de travail et l'émergence des risques environnementaux constituent les principales causes de la détérioration de l'état de santé des populations.

En dépit d'une réelle amélioration des conditions de vie, largement décrite dans les trois pays – on pense par exemple à la généralisation, dans la plupart des cas, de l'accès à l'eau potable ou à l'assainissement des milieux urbains – on n'assiste pas forcément à une réduction de la morbidité. L'urbanisation en pleine accélération et ses conséquences sur la maîtrise des services essentiels comme l'eau, l'hygiène, l'assainissement ainsi que les facteurs environnementaux sont de nature à détériorer les déterminants de santé dans les grandes métropoles et les quartiers périurbains.

En Tunisie, la proportion de la population vivant dans les zones urbaines est passée rapidement de 40,1 % en 1996 à 64,1 % en 2004. Elle atteindrait 67 % vers 2015. Cette évolution s'est accompagnée d'une tendance à la sédentarité et à l'adoption d'un modèle de consommation alimentaire proche de celui des pays occidentaux.

TABLEAU 8 Taux d'alphabétisation des adultes (%)

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
73	56	78	88	57	98

Source : OMS 2011

TABLEAU 9 Part de la population utilisant des sources d'eau de boisson améliorées (%)

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
83	81	94	-	49	100

Source : OMS 2011

L'Algérie et la Tunisie sont maintenant classées dans la catégorie des pays à indicateur de développement humain (IDH) élevé alors que le Maroc reste à un niveau moyen⁽⁷⁾. Si l'amélioration du réseau des transports a considérablement contribué à de meilleures conditions de vie, elle a généré en même temps une nouvelle cause de mortalité et de morbidité induite par les accidents de la route et par des conséquences importantes en termes de handicap et de polytraumatisme dont les coûts globaux sont loin d'être identifiés. Même si un pays comme le Maroc élabore une charte de l'environnement et de la qualité de vie et si le département chargé de l'environnement, en collaboration avec les ministères et organismes concernés, pilote plusieurs actions en matière de gestion des produits chimiques (pesticides, produits destinés à l'agriculture) la montée des nouveaux risques environnementaux constitue une nouvelle ligne de front pour les questions de santé.

Sur le plan nutritionnel, les consommations de sucre raffiné et de sel augmentent régulièrement, les glucides complexes et les fibres font de moins en moins partie de l'alimentation et ces facteurs de risque, représentés essentiellement par l'obésité, la sédentarité, et l'hyperlipidémie, avec le stress, ont engendré une prévalence accrue de certaines maladies, en particulier le diabète sucré, l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires. L'usage plus fréquent du tabac a un impact bien documenté sur la recrudescence des cancers chez les hommes comme chez les femmes.

Enfin, les traumatismes et accidents intentionnels et non intentionnels génèrent près de 11 % de la CMG et concernent principalement les accidents corporels avec un coût estimé pour la collectivité de l'ordre de 2,5 % du PIB.

Les pays du Maghreb central se trouvent ainsi à un moment de la transition épidémiologique où ils subissent les conséquences des anciennes pathologies, dont témoignent les taux encore élevés de mortalité infantile et le maintien de pathologies transmissibles anciennes, alors qu'émergent, dans le même temps, les nouvelles affections davantage liées aux modes de vie et aux pathologies transmissibles (SRAS, VIH). Cela suppose de maintenir, à la fois, des programmes de vaccination et d'actions traditionnelles à l'encontre des maladies transmissibles, tout en développant des actions de promotion de la santé, plus larges et, surtout, intersectorielles.

En matière de politique de santé, cette évolution a plusieurs conséquences. Tout d'abord, on peut avancer que l'augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles est une caractéristique supplémentaire partagée par les trois pays : il s'agit du principal défi auquel les pays maghrébins vont devoir faire face dans les vingt prochaines années. Les chiffres avancés dans les trois rapports sont clairs et soulignent le décalage qui subsiste entre les moyens dégagés par les États des trois pays et le poids de ces pathologies.

Les systèmes de santé des pays du Maghreb restent fortement axés sur la distribution des soins et n'ont pas résolu l'ensemble des problèmes liés à cette distribution des soins qu'ils vont devoir faire évoluer vers une plus grande prise en compte d'une action sur les déterminants de santé. Or on sait que les questions de santé sont étroitement liées à l'éducation, à la nutrition, à l'habitat, ou à l'environnement. Cet aspect souligne le caractère fortement intersectoriel de la lutte contre les maladies non transmissibles. Celle-ci ne doit pas impliquer seulement les institutions sanitaires mais concerner l'ensemble des politiques publiques. L'amélioration des conditions de travail, le contrôle de qualité des denrées alimentaires, la réduction de l'usage agricole des pesticides, la formation et l'éducation des

Les pays du Maghreb central subissent les conséquences des anciennes pathologies alors qu'émergent les nouvelles affections liées aux modes de vie et aux pathologies transmissibles.

7. Tunisie, 81^e position, IDH de 0,683 ; Algérie, 84^e position, IDH de 0,677 et Maroc, 114^e position avec un IDH de 0,567. Pnud 2010. Rapport sur le développement humain.

conducteurs comme la qualité du réseau routier, sont quelques éléments parmi d'autres dont l'impact sur la santé est aussi important, voire plus, que la construction d'un nouvel hôpital.

Les trois pays devront développer une politique de prévention, de dépistage et de diagnostic précoce de ces affections dont les coûts de prise en charge sont plus élevés que la mise en place d'une couverture vaccinale. Par ailleurs, ces affections ont une composante chronique très forte, nécessitant, à la fois, des soins techniques intensifs dans certaines phases et un accompagnement à domicile par des personnels spécialisés dans d'autres phases. Cet accompagnement peut aller jusqu'à la mise en place des programmes de traitements palliatifs pour les maladies avancées (pour les cancers en particulier) en faisant appel à des approches humanisées, efficaces et de moindre coût. Ils devront également faire des choix stratégiques pour définir des priorités, les hiérarchiser et les traduire en programmes à court, moyen et long terme en tenant compte des réalités économiques et sociales des trois pays.

Ces programmes serviront de base à la planification des investissements immobiliers 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. C'est sur la base de ces programmes qu'apparaîtront 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'Europe.

Les coûts de prise en charge des nouvelles affections sont plus élevés que la mise en place d'une couverture vaccinale.

L'approche par les déterminants de santé conduit à poser aussi de façon différente la question de l'accès aux soins des populations les plus pauvres et des inégalités de santé. Si en matière de vaccination ou d'accès à l'eau potable, les actions menées sont plutôt efficaces sur les populations pauvres, ce n'est pas le toujours cas en matière de déterminants de santé. Ainsi, les actions conduites dans le champ de la promotion de la santé, dans le domaine de l'éducation alimentaire par exemple, sont davantage prises en compte par les populations qui possèdent un capital culturel et économique plus important que par les plus pauvres qui, par ailleurs, n'ont pas toujours accès à des produits financièrement accessibles. La prise en compte des inégalités nécessite par conséquent un surcroît de volontarisme de la part des États et un ciblage plus précis des actions à conduire sur ces populations.

Du temps des reconstructions aux transitions organisationnelles

LA GESTION DES SYSTÈMES de santé s'opère toujours dans des temporalités longues. Il faut plus de douze ans pour former un chirurgien spécialisé. Entre le moment de la prise de décision de construire un hôpital et sa présence active sur un territoire, une décennie souvent se passe. Près de trente années viennent de s'écouler depuis les toutes premières identifications du Sida par le CDC d'Atlanta (Center for Disease Control and Prevention). Les trois monographies nationales se sont attachées à esquisser les phases de cette histoire longue des politiques de santé dans les pays du Maghreb central, histoire qui, pour ces États, a son origine dans la phase de colonisation. Nous ne reviendrons pas sur ces différentes phases dans cette note de synthèse, sauf à en montrer deux aspects. Le premier relève des modèles de politique sanitaire en usage dans les trois pays du Maghreb et met l'accent sur la construction progressive de convergences. Le second met l'accent sur les

enjeux de la phase dans laquelle ces pays sont entrés depuis une dizaine d'années, enjeux d'accès aux soins, de rapports entre la distribution des soins et le développement des territoires, enfin enjeux de régulation du système de santé, particulièrement dans les rapports entre le secteur public et le secteur privé. Ces enjeux étant répertoriés, la note s'intéresse spécifiquement aux défis actuels en matière d'organisation du système de soins et insiste sur les limites de la gouvernance actuelle.

Politiques de santé au Maghreb central : les convergences d'objectifs et d'enjeux

Convergences sous contraintes

AU SORTIR DE LA COLONISATION, les pays du Maghreb ont eu d'abord à construire ou à reconstruire un système de santé. Cela supposait de reprendre ou de créer des équipements, de former des personnels et de dégager des ressources financières. La possibilité plus ou moins grande d'affecter des ressources financières a constitué une contrainte forte au cours des premières décennies. Le cas de l'Algérie est particulièrement marqué par une succession de phases caractérisées par l'importance ou la diminution des ressources pétrolières. Dans les périodes de fortes ressources, les équipements et les services se multiplient sans toujours une réelle planification. Lorsque les finances se réduisent, la vie quotidienne de ces équipements se fait plus difficile et surtout la tentation est grande de réduire le rôle de l'État au profit du secteur privé.

Dès la phase de reconstruction, les trois pays ont fait le choix de donner une place plus importante à l'État. Un choix particulièrement affirmé en Algérie qui a même créé une médecine gratuite totalement socialisée. En fait, les contraintes financières se sont avérées les plus fortes et progressivement chacun de ces pays s'est doté, bon gré mal gré, d'un système de médecine privée rejoignant le modèle de l'ancien colonisateur.

S'agissant des objectifs généraux attribués aux systèmes de santé, ceux-ci étaient, et restent encore, peu affirmés. On pourrait parler d'objectifs implicites comme celui de favoriser la distribution des soins et offrir les services de médecine générale et spécialisée le plus proche possible des pays développés. A ces objectifs de base, les organismes internationaux comme l'OMS ou des agences de l'ONU ont ajouté, repris par les pays eux-mêmes, des objectifs et les programmes qui les accompagnaient relatifs à la lutte contre les maladies transmissibles et à l'amélioration de la prise en charge de la santé reproductive. Les objectifs dits du Millénaire s'inscrivent dans ce mouvement.

Cette convergence organisationnelle s'est doublée assez rapidement d'une convergence sur les systèmes de protection sociale, prévoyant en règle générale un accès le plus généralisé possible pour les personnes à très faibles revenus et une prise en charge des couches moyennes et supérieures par le biais de systèmes assuranciers, publics et privés. Faute d'imposer par le haut des assurances obligatoires pour l'ensemble des populations, les organismes de protection sociale restent fortement émiettés et leurs prestations très différentes selon les pays et les métiers. Si des décalages existent aujourd'hui entre les pays, cela ne tient plus à des choix politiques très différenciés mais plutôt à la capacité des pays à répondre aux demandes de santé qui leur sont faites. On peut le constater assez facilement si on examine la part des ressources des pays consacrés à la dépense de santé.

Progressivement les trois pays se sont dotés d'un système de médecine privée rejoignant le modèle de l'ancien colonisateur.

Si des décalages existent entre les pays, cela ne tient plus à des choix politiques très différenciés mais plutôt à leur capacité à répondre aux demandes de santé.

TABLEAU 10 Part du PIB consacré à la dépense de santé (%)

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
5,4	5,3	6,4	3	2,6	9

Source : OMS 2011

Les enjeux de la période

LA LECTURE DES MONOGRAPHIES nationales montre que trois enjeux dominant largement les questions de santé, le premier est celui de l'accès aux soins, le second porte sur la régulation entre les secteurs privé et public et le troisième, englobant les deux précédents, est celui du financement du système de santé.

- L'accès aux soins

L'ACCÈS AUX SOINS est d'abord un problème global entre les différents pays. Leur histoire aboutit à des décalages entre la Tunisie, où l'offre de soins est la plus complète, l'Algérie, qui en volume semble voisine mais dont la qualité des équipements est souvent plus insatisfaisante, et le Maroc qui est assez largement derrière.

TABLEAU 11 Taux de lits hospitaliers (pour 10 000 habitants)

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
17	11	21	37	4	32

Source : OMS 2011

TABLEAU 12 Densité médecins (pour 10 000 habitants)

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
12,1	6,2	11,9	19	1,3	37,1

Source : OMS 2011

TABLEAU 13 Densité - infirmiers et paramédicaux (pour 10 000 habitants)

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
19,5	8,9	32,8	68	6,7	51,6

Source : OMS 2011

TABLEAU 14 Densité pharmaciens (pour 10 000 habitants)

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
2,4	2,7	2	3,6	0,4	10,7

Source : OMS 2011

Si l'offre de soins est plus large depuis l'indépendance de ces pays, elle est souvent mal répartie, peu organisée et faiblement hiérarchisée.

Les décalages infranationaux se prolongent par de réelles disparités à l'intérieur même des trois pays. Alors que la Tunisie est plus en avance globalement, le rapport national insiste sur la nécessité de réduire les déséquilibres entre les régions par l'harmonisation de la carte sanitaire et le ciblage des zones de l'Ouest et du Sud. Ce ciblage devrait concerner aussi bien les infrastructures et les équipements que les personnels et les moyens financiers de fonctionnement des structures et des opérateurs publics et privés. Ce qui implique de procéder à un inventaire exhaustif de l'infrastructure et des équipements existants incluant leurs nombres et leurs fonctionnalités. Pour la Tunisie, ce travail passe par l'élaboration d'un programme de réhabilitation urgent visant essentiellement les structures de santé de base ainsi que par l'élaboration d'un programme de rééquilibrage de la carte sanitaire tenant compte des besoins effectifs des régions et basé sur une filière de soins et de normes de fonctionnement consensuelles.

Si l'offre de soins est plus large depuis l'indépendance de ces pays, elle est toutefois souvent mal répartie et surtout peu organisée et faiblement hiérarchisée. Ce qui interdit de penser les soins en termes de parcours entre

des établissements de type hospitalo-universitaire, des établissements hospitaliers spécialisés et des établissements ou services de proximité. Comme dans beaucoup de pays développés, la question des soins de première ligne, qu'il s'agisse des soins généralistes ou des soins d'urgence se pose régulièrement, particulièrement en dehors des périmètres hospitaliers.

Les disparités ne sont pas que territoriales, elles recouvrent aussi des décalages entre les domaines médicaux. Ainsi, en Algérie, des secteurs de médecine sont en difficulté. Des disciplines de laboratoire comme la microbiologie et l'immunologie sont en sous-effectif. À un degré moindre, la situation est la même pour la médecine légale et la médecine du travail. L'éclatement des systèmes de santé se traduit aussi en Algérie par l'absence de régulation d'ensemble, de cadre précis et d'une organisation dans laquelle les différents secteurs pourraient partager des objectifs communs ainsi que des règles du jeu définies.

De façon nette en Algérie, et de manière moindre dans les autres pays, les équipements hospitaliers, bâtiments et plateaux techniques, et, plus globalement, la répartition de l'offre de santé sur le territoire, est loin d'être optimum, qu'il s'agisse de l'offre généraliste ou spécialisée. Les essais de carte sanitaire n'ont pas abouti et les lits sont souvent concentrés dans des zones difficilement accessibles pour les populations rurales. Cette augmentation des lits produit des indicateurs globaux satisfaisants mais entre le chiffre et la qualité de l'accès aux soins, la distance, surtout géographique, est parfois grande.

Les outils de planification ne peuvent se contenter de respecter des ratios du type tant de lits par habitants, ils doivent se décliner en fonction des territoires. Si l'on assiste à un début de territorialisation des systèmes de santé, celle-ci est très fortement centrée sur la distribution des équipements de santé et ne constitue pas véritablement un axe majeur des politiques de santé, mais plutôt des politiques de soins. Ces politiques à construire ou à développer devraient être plutôt centrées sur les déterminants de santé : habitudes alimentaires, pauvreté, environnement, logement, conditions de travail et de vie, alphabétisme, condition féminine, et intégrer une composante importante de promotion de la santé qui prenne en compte les besoins des populations sur la base de territoires de vie. On notera que si les interventions par programme, fortement préconisées par les financeurs externes et les organismes internationaux, présentent l'avantage de rendre visible les objectifs et les résultats atteints, ils ont parfois l'inconvénient de ne pas s'appuyer toujours sur la dynamique de territoire et de ne pas contribuer suffisamment à réduire les inégalités de revenus, de genre, d'âge et de localisation.

- La régulation public-privé

DANS LES TROIS PAYS concernés le secteur privé développe ses implantations et interventions. À partir du milieu des années 70, l'Algérie, sur la base de la formation d'un nombre élevé de praticiens et sur son impossibilité à tous les intégrer dans le service public, a laissé s'installer des praticiens, généralistes et spécialistes, créant ainsi, de facto, un secteur privé.

Au Maroc, l'offre privée à but lucratif connaît un développement rapide. Le nombre des cliniques privées en 2006 a atteint un le nombre de 302 avec une capacité qui avoisine 7 300 lits. Quant aux cabinets privés de consultation et de diagnostic clinique, ils étaient 2 552 en 1991 et de 5 800 en 2006. La desserte de la population par cabinet de médecin privé est passée d'un cabinet de consultation pour 9 800 habitants en 1991 à un cabinet de méde-

Les disparités ne sont pas que territoriales, elles recouvrent aussi des décalages entre les domaines médicaux.

*Entre étatisation
et libéralisme, les trois
pays du Maghreb
n'ont pas clairement
opté pour une voie
ou l'autre.*

*Le secteur public
de la santé connaît
de graves problèmes
de fonctionnement,
si bien que
la population doit
recourir au secteur
privé.*

cin pour 5 260 en 2006. Cependant, la répartition de l'offre de soins privés sur l'ensemble du territoire accuse un important déséquilibre entre milieu rural et urbain et entre les régions. En 2005, on observe un ratio d'un cabinet médical pour 3 047 habitants en milieu urbain contre un cabinet pour 59 561 habitants en milieu rural. De plus, cette offre se concentre dans les grandes agglomérations urbaines. En effet, 52 % des cliniques se trouvent dans les grandes villes avec plus de 48 % de la capacité litière totale des cliniques. L'analyse de l'offre globale publique et privée montre une faible complémentarité entre les deux secteurs. Généralement, cette offre globale n'a pas permis de rétablir l'équilibre entre les différentes régions et encore moins entre les différentes provinces en matière de services de santé de base. Une politique de partenariat public-privé dans le cadre d'une stratégie globale de l'offre de soins équitable s'impose de façon pressante.

En Tunisie, la capacité d'hospitalisation publique n'a que légèrement progressé (surtout dans les centres spécialisés et hospitalo-universitaires), s'établissant à près de 15 400 lits en 1989 et à 16 682 lits en 2008. En revanche, la capacité du secteur privé a plus que doublé entre 1990 et 2008 passant de 1 142 à près de 2 578 lits. Au total, l'action conjuguée des deux secteurs a permis la stabilisation de l'indicateur global moyen du nombre de lits pour 1 000 habitants à un niveau très proche de 2 (2008) avec une nette prédominance du secteur public en matière de capacité hospitalière, même si on observe une tendance à la diminution relative de l'écart entre les deux secteurs.

Entre étatisation et libéralisme, les trois pays du Maghreb, dans la configuration actuelle de leur système de santé, n'ont pas clairement opté pour une voie ou l'autre, ni positionné le curseur entre les deux logiques. Si les discours officiels mettent l'accent sur la solidarité et l'intervention de l'État pour la protection sanitaire de toute la population, la réalité du terrain montre une ambiguïté plus forte. Dans les trois pays, le secteur public de la santé connaît de graves problèmes de fonctionnement, si bien que la population est de plus en plus contrainte de recourir au secteur privé, lequel n'est pas conventionné avec l'assurance maladie, ce qui explique la charge de plus en plus conséquente des dépenses de santé sur les revenus des ménages.

Une politique visant à réguler le système de santé, en intégrant ou en trouvant de meilleures convergences entre le secteur privé et public, leur permettant ainsi d'être au service d'un même processus de développement sanitaire est devenu impératif. Il est clair aussi que le secteur privé de santé, comme celui de la distribution de l'eau, de l'électricité ou du transport, produit un service public et doit s'inscrire dans le projet de développement sanitaire national. Il doit donc répondre à un cahier de charges développé à partir de programmes nationaux de santé, en échange d'une prise en charge de ses prestations par les assurances nationales et d'un soutien de son développement par l'État. Cette évolution devrait garantir une utilisation efficiente et équitable des ressources. Dans une note récente l'OMS rappelait que « dans une évaluation prudente, 20 à 40 % des ressources de santé sont gaspillées » et que « la réduction de ce gaspillage améliorerait considérablement la capacité des systèmes de santé à fournir des services de qualité et à améliorer la santé. »⁽⁸⁾

Le développement contractualisé entre le secteur public et le secteur privé, garant d'une relation équilibrée, suppose de procéder à l'élaboration des procédures et à des incitations pour favoriser l'installation des professionnels libéraux à l'intérieur du pays et à la définition des conditions d'utilisation coor-

8. OMS, *Le financement des systèmes de santé*, 2010. p. 9.

donnée des moyens disponibles dans l'un des secteurs par l'autre⁹). Toutefois, la régulation va au-delà de la seule installation. Elle doit aussi favoriser un équilibre entre l'approche préventive et l'approche axée sur les soins curatifs, avec un accent particulier sur la prévention non médicale et la promotion de la santé. Cela suppose de procéder à une révision en profondeur des programmes nationaux dans l'objectif double de consolider les programmes classiques de lutte contre les maladies transmissibles et de renforcer les programmes ciblant les maladies chroniques et dégénératives et les autres périls émergents. Enfin, la régulation portera sur l'adéquation entre la formation et l'emploi des professionnels de la santé tenant compte de la capacité réelle du marché de l'emploi et non de la demande sociale ou des capacités de formation. Cet aspect est crucial vu le développement plus ou moins contrôlé de la formation dans les structures privées.

Des financements à réguler et à conforter

L'ÉVOLUTION DES SYSTÈMES de santé des trois pays est caractérisée par deux faits majeurs : la progression rapide du secteur privé et le report d'une part du financement de la dépense de santé sur les ménages, part qui dépasse 40 % de la dépense globale de santé. Cette évolution, jointe au profil de formation des médecins, en quantité (fort pourcentage de spécialistes) et en qualité risque à terme d'obérer le principe fondamental d'équité et de solidarité qui devrait présider au fonctionnement d'un système de santé. Il y a donc lieu, avant de discuter des modèles de financement, de définir politiquement la nature du système de santé que l'on veut construire en répondant à une question idéologique fondamentale : la santé est-elle un bien commun et précieux à toute la communauté, qu'il faut défendre et inscrire dans le cadre des principes d'équité et de solidarité, ou bien, la santé est-elle une marchandise que chacun peut s'offrir en fonction de ses moyens ?

L'évolution des systèmes de santé est caractérisée par la progression rapide du privé et par le report d'une part du financement de la dépense sur les ménages.

TABLEAU 15 RNB par habitant (PPA \$ int.)

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
8 110	4 400	7 810	16 400	1 960	31 880

Source : OMS 2011

TABLEAU 16 Dépenses totales en santé par habitant (PPA \$ int.)

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
437	231	500	502	54	2 941

Source : OMS 2011

TABLEAU 17 Reste à charge pour les consommateurs out of pocket

(% de la dépense totale en santé)

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
13,2*	55	40	29,7	38,6	20,7

* On constate une différence entre les données de la Banque mondiale (World Development Indicators 2011) et celles fournies dans la monographie de l'Algérie.

Source : WDI 2011

Chacun des trois pays dispose de mécanismes propres de financement de la dépense de santé. En Algérie, le financement du système de santé est annuellement établi dans le cadre de la loi des finances avec une contribution de l'État, une contribution de la Caisse nationale d'assurances sociales qui peut varier d'une année à l'autre et, enfin, par une participation des usagers qui est fixée par voie réglementaire. Le principe d'une contractualisation visant à rémunérer le prestataire de services en fonction des actes réellement accomplis est évoqué depuis le début des années 1990 sans toutefois avoir encore abouti. Cela supposerait de mieux identifier le montant des actes

En Algérie, le financement du système de santé est annuellement établi dans le cadre de la loi des finances avec une contribution de l'État

9. Au Maroc, dans le cadre du Ramed et afin de compléter la carte sanitaire du pays, le ministère de la Santé est en train de finaliser un décret définissant les conditions du partenariat entre secteurs public et privé, notamment les conditions selon lesquelles les spécialistes du privé pourraient intervenir dans certains hôpitaux publics souffrant d'un déficit de spécialistes (*La Vie éco*, 27 février 2012).

*Depuis 1998,
la configuration
du financement
du système de santé
au Maroc n'a
pas connu de
changement notable.*

*En Tunisie, le système
d'assurance maladie
comporte une
multitude de régimes,
juxtaposés au fil
du temps.*

médicaux, de définir une nomenclature précise des actes et surtout de définir qui paie quoi ? Cette méconnaissance des composantes économiques des systèmes de santé va jusqu'à l'absence de comptes nationaux de la santé. Devant la dégradation du secteur public en Algérie, les autorités ont encouragé le développement d'un secteur privé. Mais le tarif des remboursements de ce secteur n'a pas évolué dans la durée et, de ce fait, une partie importante de la dépense est restée à la charge des usagers. Cette dépense atteignant 30 % de la dépense nationale de santé, l'État assurant alors, dans les années 2003, un montant de 40 % et le reste étant à charge des assurances sociales.

Depuis 1998, la configuration du financement du système de santé au Maroc n'a pas connu de changement notable. La part de la dépense totale de santé financée par les ménages est toujours prépondérante malgré sa légère diminution. La principale source de financement de la santé par les paiements directs des ménages, est, actuellement, une source d'inégalité dans l'accès aux soins, notamment pour les personnes indigentes et ne disposant pas d'assurance maladie. Cette situation est aggravée, aussi, par la faiblesse de la solidarité institutionnalisée et de la mutualisation du risque-maladie à cause du faible taux de couverture de l'assurance-maladie qui ne concerne que 31 % de la population totale. Il est important de souligner que le taux élevé des dépenses directes des ménages est dû, en partie, au montant important du ticket modérateur appliqué par les régimes d'assurance maladie publics et privés.

L'assurance maladie est obligatoire (AMO) depuis septembre 2005. Malgré la multiplicité des organismes opérant dans ce domaine, l'assurance maladie ne concerne qu'environ 9,3 millions de personnes, soit le tiers de la population, dont plus de 80 % constituent les agents de l'État ou assimilés et leurs ayants droit. Or la multiplication et le cloisonnement des régimes présentent plusieurs inconvénients. Les différences de traitement entre les régimes (niveaux de cotisation et de plafonnement, paniers de soins, niveaux de remboursement, types d'établissements éligibles) risquent de renforcer les inégalités existantes en matière d'accès aux soins de qualité. Par ailleurs, ils limitent les possibilités de rationalisation de la gestion des ressources. D'autre part, ils ne permettent pas les transferts entre caisses et le partage des risques entre des catégories de population de niveau socioéconomique très différent. Ces inégalités pourraient être aggravées par le fait que les populations les plus solvables participent peu à l'assurance maladie obligatoire (elles continuent de souscrire à des systèmes d'assurances particuliers). Ces différents éléments posent la question du principe de cohésion sociale qui devrait sous-tendre l'ensemble du système. Un système spécifique aux populations les plus démunies est en phase d'être généralisé : régime d'assurance maladie des économiquement faibles (Ramed).

En Tunisie, le système d'assurance maladie comporte une multitude de régimes, juxtaposés au fil du temps selon les besoins de certaines catégories professionnelles. La plus grande partie de la population tunisienne bénéficie d'une couverture maladie (98 %), selon des modalités variables : régimes obligatoires de sécurité sociale (68 %), assistance médicale gratuite (gratuité de soins 8 % et tarifs réduits 22 %). En outre, des assurances complémentaires (assurance groupe et mutuelles) se sont développées pour pallier aux insuffisances de l'assurance maladie des caisses de Sécurité sociale. En vertu de la loi relative à l'organisation sanitaire, l'État garantit des soins de santé gratuits ou subventionnés aux groupes ayant les revenus les plus bas, dans le cadre de

deux régimes publics d'assistance médicale. Avancer vers une moins grande inégalité et assurer un financement pérenne et équitable nécessiteraient :

- l'évaluation des modalités d'intervention de la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie) en matière de prise en charge des soins ambulatoires et hospitaliers et de son rôle dans le financement de la prévention ;
- l'étude du partage des charges et du niveau des dépenses de santé par rapport au PIB ainsi que des taux de cotisation à l'assurance maladie obligatoire ;
- la révision des modalités d'attribution des cartes de soins gratuits ;
- l'approfondissement de la question du mode de paiement des prestataires en particulier de rémunération des professionnels de la santé et de la motivation des professions de la santé exerçant dans le secteur public.

En règle générale, au cours des dernières années, le coût supporté par les populations a progressé. Par ailleurs, les modes de prélèvement sont multiples et peu transparents. De ce fait, on aboutit à un modèle peu mobilisateur pour les populations, où les plus pauvres ne paient pas, les autres étant fortement taxés sous des formes différentes : assurances ou marché privé. Dans le respect du principe d'équité, il faut recommander un accès égalitaire au système de santé à tous les citoyens, quelque soit leur condition sociale. C'est une condition au maintien de la cohésion sociale au même titre que l'égalité devant la justice et l'accès à l'école. La création d'une assurance maladie unique, chargée de financer les programmes de santé, réunissant tous les acteurs du système de soins et capable de mettre en place un système d'allocation des ressources transparent, pertinent et solidaire, serait une avancée dans cette direction. Il ne s'agit pas de réduire le rôle des États dans la décision politique concernant la santé mais bien de ne pas lier la gestion quotidienne du budget de la santé aux évolutions du budget de l'État.

Dans ce cadre, l'expertise européenne peut venir en aide aux trois pays du Maghreb pour mettre en place un système de financement du secteur de la santé qui réduirait les gaspillages, orienterait la dépense vers les besoins de santé de la population, dans la transparence et dans un esprit solidaire. Aucun programme de santé, aussi pertinent soit-il, ne peut valablement être mis en place sans une réforme structurelle profonde du système de financement. Certains experts évoquent même le rêve d'une assurance unique à l'échelle maghrébine. Ces thèmes ne sont pas spécifiques au Maghreb et depuis une petite dizaine d'années, l'OMS défend le principe de l'instauration d'une couverture universelle des soins de santé, estimant que la dépendance des populations aux paiements directs au moment où les personnes ont besoin de soins est l'un des premiers freins à l'accès aux soins. Cette question de la réorganisation des flux financiers consacrés à la santé est d'autant plus importante que les dépenses de santé devront logiquement progresser dans les prochaines années, sachant que le pays le plus avancé, la Tunisie, consacre aux dépenses de santé six fois moins que l'Espagne.

Des outils pour répondre aux défis des politiques de santé

Un système d'information fiable et partagé

LES PAYS DU MAGHREB disposent de systèmes d'information sur l'état de santé des populations. Ainsi l'Algérie, dès l'indépendance, a mis en place un Institut national de santé publique dont la mission est de « réaliser les travaux d'études et de recherche en santé publique nécessaires au développement des programmes d'action sanitaire et à la promotion de la santé ». À côté de cette

Aucun programme de santé ne peut valablement être mis en place sans une réforme structurelle profonde du système de financement.

Les dépenses de santé progresseront dans les prochaines années, sachant que le pays le plus avancé, la Tunisie, consacre aux dépenses de santé six fois moins que l'Espagne.

structure dont on retrouve, sous une forme ou une autre, l'équivalent dans les autres pays du Maghreb, des données sont mobilisées, en provenance de grandes enquêtes, de la gestion des programmes nationaux de santé, des services de planification des ministères. À ces sources nationales, il faut ajouter la production des organismes internationaux comme l'OMS, la Banque mondiale, les agences de l'ONU. On aboutit ainsi à des systèmes d'information plutôt morcelés et centrés sur l'épidémiologie.

À ces informations, il faut ajouter les productions académiques des diverses institutions. Il reste cependant une faiblesse dans la construction d'un système d'information qui n'est que faiblement tourné vers le management des organisations et le pilotage du système de santé, notamment lorsqu'il s'agit de l'affectation des ressources, et fonctionnant comme support à la planification des équipements et des services, à l'évaluation et à l'attribution des ressources financières.

À ces évolutions nécessaires des systèmes d'information s'ajoutent parfois, comme en Algérie, la nécessité de progresser dans le recueil des données. Dans ce pays, les trop grandes incertitudes sur les certificats de décès constituent un bon exemple des efforts à fournir pour progresser dans la construction d'un système d'information plus fiable.

Une recherche orientée sur la santé publique et le management des systèmes de santé

COMME LE RAPPORT sur le Maroc l'indique, l'analyse de l'état des lieux permet de révéler un certain nombre de constats propres au Maroc mais qui pourraient être élargis à l'ensemble des trois pays :

- absence d'une déclaration de politique de recherche, de définition des priorités et de planification notamment celles relatives à la recherche sur les systèmes de santé et à la recherche clinique ;
- insuffisance en matière d'information, d'implication et de coordination des structures concernées par la recherche en santé avec des dysfonctionnements relatifs à la mobilisation des fonds pour le financement des projets de recherche ;
- des infrastructures et des compétences insuffisantes, ou du moins hermétiques, non optimisées (peu de recherche en santé dans un cadre multidisciplinaire) ;
- une dissémination et une valorisation des résultats de la recherche insuffisante pour un bon développement ;
- enfin, l'absence d'un cadre juridique adéquat à cet effet, de nature à promouvoir la recherche en santé dans un environnement de respect des droits de l'homme.

La création et la mise en place d'un Observatoire national de la recherche en santé, annoncée récemment par le ministère de la Santé pourraient être un prélude au développement de la recherche en santé au Maroc.

Si les pays du Maghreb central ont développé de nombreuses instances de recherche, il n'est pas certain que la présence d'institutions soit garante du développement de la recherche. S'agissant de pays dont les ressources sont limitées et pour lesquelles une partie des chercheurs d'excellence se sont souvent expatriés, en particulier aux États-Unis, il importe sans doute de définir des politiques de recherche axées sur des priorités, valorisant des points clés, capables de nouer des partenariats et de former des chercheurs

mobiles mais qui ne s'expatrient pas trop longtemps, et surtout de disposer d'interfaces capable d'irriguer les pratiques par la recherche.

La maîtrise des biens médicaux

LE MAROC EST LE PAYS le plus avancé dans la production de médicaments, mais son industrie est encore réduite à la fabrication de génériques à partir de principes de base importés. Nous connaissons mal la liste des médicaments produits : sont-ils fabriqués pour les besoins locaux ou pour être exportés⁽¹⁰⁾ ? L'industrie algérienne du médicament est très en retard puisqu'elle ne satisfait ses besoins qu'à hauteur de 40 %. La Tunisie se situe quelque part entre les deux autres pays.

En revanche, la Tunisie a fait un effort dans la régulation du secteur pharmaceutique, qui présente des spécificités engageant l'intervention d'acteurs publics et privés, avec les principales caractéristiques suivantes :

- le secteur est réglementé et encadré par le ministère de la Santé publique et par certains établissements publics qui en dépendent : le Laboratoire national de contrôle des médicaments (LNCM), le Centre national de pharmacovigilance (CNPV), la Pharmacie centrale de Tunisie (PCT) et l'Institut Pasteur de Tunis (IPT) ;
- au cours des quinze dernières années, la production locale des médicaments a enregistré une forte croissance. De 1987 à 2008, la consommation couverte par la fabrication locale est passée de 8 % à près de 50 %. Le nombre actuel des unités de fabrication s'élève à 29 ;
- la PCT est le seul établissement autorisé à importer les médicaments et les vaccins, agissant en centrale d'achat nationale pour couvrir l'ensemble des besoins du pays. Ce monopole a permis jusqu'à présent d'assurer la maîtrise des coûts (les acquisitions se font par appel d'offre), l'uniformité et le contrôle des prix, la régularité de l'approvisionnement du pays et l'appui aux programmes de santé par le biais du mécanisme de l'autocompensation dont le principe est de majorer les prix des médicaments non indispensables et d'utiliser ces profits pour compenser les médicaments utilisés dans les programmes de santé.

Cela ne dispose pourtant pas ce pays de chercher à s'intégrer dans son environnement régional et international en matière de commerce des biens et services de santé, particulièrement en ce qui concerne l'industrie du médicament et des biens médicaux, de recherche de sécurité sanitaire et de contrôle de qualité des biens et des services de santé.

Au-delà des indications fournies, on peut raisonnablement prôner un renforcement de la coopération entre les trois pays pour faire face aux conséquences du développement des nouvelles maladies non transmissibles qui devrait faire exploser la facture médicament. Non seulement ces pays devront fabriquer ou importer davantage de médicaments en quantité et en qualité, mais aussi se soumettre à une forte pression de leur population qui va exiger de bénéficier des dernières découvertes en la matière. Or, le niveau de performance de l'industrie du médicament au Maghreb n'est capable, pour le moment, que d'assurer la fabrication de génériques à partir de matières premières importées. Ces pays sont actuellement confrontés à plusieurs faiblesses dans ce secteur :

- faiblesse de production des génériques, du fait essentiellement d'un certain lobbying pharmaceutique et du manque d'information et de sensi-

Le Maroc est le pays le plus avancé dans la production de médicaments, mais son industrie est réduite à la fabrication de génériques à partir de principes de base importés.

L'industrie algérienne du médicament est très en retard. Elle ne satisfait ses besoins qu'à hauteur de 40 %.

La Tunisie se situe quelque part entre les deux autres pays.

10. Selon le Centre marocain de promotion des exportations, Maroc Export, le Maroc exporte 8 à 10 % de sa production locale, notamment vers la France.

bilisation de la population, voire de certains aspects relatifs à la législation et à la réglementation des prix des médicaments ;

- multiplicité des unités de fabrication dont la taille ne permet pas d'affronter la concurrence et la mondialisation, la politique des prix ;
- l'industrie pharmaceutique privée qui reste largement dépendante de l'international pour l'approvisionnement en matières premières ; les laboratoires commettants facturant ces produits à des prix souvent supérieurs aux prix du marché international ;
- enfin, dysfonctionnements dans la gestion de l'approvisionnement en médicaments dans le secteur public, notamment au niveau des hôpitaux, même si l'affectation de pharmaciens dans la majorité des hôpitaux aura, certainement, un effet bénéfique sur la gestion des médicaments.

En matière de production de médicaments, les questions de santé publique ne sont guère dissociables des problèmes industriels et une série de questions communes se posent aux trois pays. Comment vont-ils s'organiser dans l'avenir pour produire leur propre matière première afin de faire baisser les coûts des médicaments essentiels ? Comment vont-ils négocier leur approvisionnement en médicaments modernes issus des biotechnologies qui coûtent très cher et qu'ils ne sont pas capables de produire, même lorsqu'ils seront tombés dans le domaine public ? En un mot, comment le Maghreb va-t-il s'organiser pour soigner mieux et moins cher ses malades et comment va-t-il négocier avec l'industrie internationale du médicament pour permettre à ses malades de bénéficier, toujours au moindre coût, des progrès de la thérapeutique ? Il y a là aussi matière à coopération entre les trois pays du Maghreb et le Maghreb et l'Europe.

Les ressources humaines

UNIVERSITÉS, CENTRES DE FORMATION, écoles, les pays du Maghreb central se sont dotés, au fil des années de la reconstruction, après l'indépendance, d'instances de formation pour les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social. Les problèmes semblent toutefois se poser à trois niveaux. Le premier est celui de la planification des flux de formation des professionnels correspondant aux besoins. Il s'agit là d'un problème complexe que des États plus développés et avec une plus longue expérience de la planification sanitaire maîtrisent également avec des difficultés. Le second problème porte sur l'adéquation entre les besoins et l'offre de formation. Enfin, le problème est aussi celui de la formation des cadres supérieurs susceptibles d'assurer le management des institutions des systèmes de santé.

La situation du Maroc est sans doute la plus difficile des trois pays eu égard à la planification de la formation. En 2006, l'Organisation mondiale de la santé situait ce pays parmi les 57 pays du monde qui présentaient une pénurie aiguë en personnel soignant. Les effectifs du personnel médical et paramédical offrant des soins directs aux patients restent largement en deçà du seuil minimal requis pour garantir à l'ensemble de la population une offre de services adéquate pour une amélioration durable de l'état de santé. Les données OMS indiquent que les médecins, dentistes, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes et autres personnels paramédicaux représentent un effectif de 56 615 professionnels soit un ratio de 1,86 personnel de soins pour 1 000 habitants. Le Maroc se classe ainsi parmi les pays ayant une faible densité de ressources humaines en santé et se trouve en deçà du seuil critique de 2,31 personnels de soins pour 1 000 habitants. La répartition régio-

nale de ces professionnels de santé favorise largement les régions métropolitaines et les zones urbaines. 22 % des professionnels publics sont concentrés dans les régions du Grand Casablanca et de Rabat-Salé où vivent 20 % de la population. C'est aussi dans ces deux régions que sont installés 50 % des médecins exerçant dans le secteur libéral. Malgré l'évolution positive de l'effectif des médecins qui est passé de 979 médecins en 1960 à 18 269 en 2009 (6 médecins pour 10 000 habitants) et qui se répartit presque également entre généralistes et spécialistes, la densité médicale reste insuffisante par rapport aux besoins du pays et se trouve en deçà du niveau atteint par des pays à revenu égal comme la Tunisie (13 médecins pour 10 000 habitants en 2009) ou comme l'Algérie (12 médecins pour 10 000 habitants en 2009). Cette situation très dégradée au Maroc se retrouve avec des degrés différents en Tunisie et en Algérie.

Il ne s'agit pas seulement de planifier des volumes de praticiens ou de personnels mais également de s'intéresser à la nature des formations et aux débouchés en termes d'insertion professionnelle des personnes formées. Les équilibres entre généralistes et spécialistes, entre l'insertion dans le secteur public et le secteur privé, devraient faire l'objet de régulations plus précises et d'objectifs définis sur des durées plus longues.

S'agissant des médecins, les modèles de formation eux-mêmes sont sans doute à repenser. Si les travaux pédagogiques émanant de départements de médecine ont été fortement novateurs à certaines périodes, ce dynamisme est moins certain aujourd'hui. Or la transition épidémiologique conduit à mieux distinguer les besoins en compétences professionnelles de médecins très techniciens, profondément ancrés dans la recherche fondamentale, et des médecins davantage concernés par l'accompagnement des patients ayant besoin de soins de longue durée.

Les États maghrébins auront à se pencher sérieusement sur ce problème de formation et à le prendre en charge totalement en excluant toute influence de l'industrie pharmaceutique. Le soutien des universités européennes est ici essentiel.

Dans le domaine de la formation des personnels de santé, là aussi, il existe un gap entre le niveau atteint par la Tunisie et l'Algérie et le déficit quantitatif en médecins et en personnel paramédical au Maroc. Ce qui ressort également des chiffres avancés dans les trois rapports, c'est l'orientation excessive vers la formation de spécialistes, aux dépens de celle des médecins généralistes qui devrait être la cheville ouvrière du système de soins. Il y a lieu aussi d'observer de plus près la qualité et la pertinence de cette formation pour tout le personnel de la santé : est-elle en adéquation avec les besoins de santé de la population ? Tient-elle compte des limites économiques qu'impose le niveau de développement du pays ? Quid de la formation continue ? Comment est-elle organisée ? Quelle influence exerce l'industrie pharmaceutique sur le contenu de cette formation ?

Il y a dans le domaine de la formation des personnels de santé un vrai champ de coopération entre les trois pays maghrébins et l'Europe. On pourrait déjà proposer une mobilité des personnels entre les trois pays. Le Maroc, par exemple, pourrait recruter des spécialistes algériens ou tunisiens en attendant que ses universités combler le déficit actuel en médecins. De même, il pourrait y avoir une coopération médicale entre les trois pays dans les domaines de la prévention, des soins, de l'enseignement et de la recherche. Il y a également à ce niveau de très grandes opportunités de coo-

Les États maghrébins devront prendre en charge le problème de formation en excluant toute influence de l'industrie pharmaceutique.

Le soutien des universités européennes est essentiel.

On peut proposer une mobilité des personnels entre les trois pays.

pération avec l'Europe. Plutôt que de favoriser des mobilités Sud-Nord, souvent individuelles, qui apportent peu aux pays d'origine, il serait plus prometteur d'étendre des expériences qui prennent la forme de contrats de soins entre des équipes médicales européennes et des équipes travaillant au Maghreb, visant à réduire l'expatriation des patients. Ces approches concerneraient des pathologies comme les cancers, les pathologies cardiovasculaires, la chirurgie cardiaque et les maladies ophtalmiques.

Enfin, il serait aussi envisageable de promouvoir des formations de haut niveau dans le domaine du management des systèmes de santé. Cet axe est très peu développé dans les écoles de santé publique et les universités forment des managers davantage tournés vers la gestion du secteur privé.

Gouvernance et participation, un enjeu majeur

LE CONTEXTE POLITIQUE dans les pays du Maghreb central est propice aux réformes. S'agissant des politiques de santé, et sans rentrer dans une logique de démocratie sanitaire qui peine à s'imposer, y compris dans les pays à plus grande expérience démocratique, ce thème peut prendre dans les pays du Maghreb central plusieurs formes :

- il peut s'agir d'abord, et à un premier niveau, de fournir à la population les informations dont elle a besoin pour rentrer en contact avec le système de soins. La période récente a montré l'usage potentiel des réseaux sociaux et d'Internet. Ces outils constituent de puissants moyens pour diffuser des informations, structurer des communautés de patients ou servir d'interfaces entre le système de santé et ses utilisateurs. L'examen rapide des sites disponibles montre que d'importantes marges de progrès sont envisageables ;
- à côté de l'information, l'exigence de participation se manifeste aussi dans les besoins de consultation des populations avant la prise de décision, qu'il s'agisse de la répartition sur les territoires des équipements ou des établissements et des services ou, en préalable, de l'adoption de nouvelles règles du jeu. Cette consultation concerne autant la population générale que les professionnels et leurs différents groupements ;
- information, consultation et participation nécessitent que les règles du jeu de la gouvernance soient clairement définies et rendues publiques. Il faut notamment que les niveaux de responsabilité et de décision soient définis. Les trois rapports insistent sur la place plus grande qui devrait leur être attribuée à l'échelon régional. On retrouve là un mouvement de régionalisation des systèmes de santé qui se met en place, sous des formes plus ou moins accentuées, dans la plupart des pays européens.

Plus globalement, les rapports insistent sur la refonte des formes de la gouvernance. Selon leur histoire, les pays concernés donnent à l'État un rôle plus ou moins important. Les trois rapports regrettent que le rôle des États ne soit pas mieux défini et oscille sans cesse entre des fonctions de planification, de pilotage mais aussi parfois d'intervention directe dans les processus opérationnels. De ce cumul de rôles, il en découle une incapacité à assurer une bonne gouvernance du système national de santé et à se concentrer, en premier lieu, sur les mécanismes de régulation de la gouvernance du système. Cela nécessiterait que soient mieux réaffirmés l'existence de cadres légaux et réglementaires pour la planification et la régulation de l'offre de soins. Cette centralisation de la gouvernance se traduit par une tendance à une utilisation accrue de l'hôpital (l'hospitalo-centrisme). On assiste à un centralisme administratif et à une insuffisance de la déconcentration, avec

Des cadres légaux et réglementaires pour la planification et la régulation de l'offre de soins sont indispensables.

une multitude d'acteurs et une faible imputabilité et responsabilité, d'autant plus qu'on s'achemine de plus en plus vers la régionalisation mais sans que celle-ci s'effectue par des procédures claires, connues et admises de tous.

Y compris en Tunisie, le secteur public reste caractérisé par une centralisation excessive du pouvoir de décision en termes d'investissement et de mobilisation des ressources humaines. Malgré les dispositions législatives en vigueur adoptant l'autonomie hospitalière, les décisions stratégiques et opérationnelles concernant les hôpitaux restent encore prises en dehors d'eux.

À ce cloisonnement entre les différents systèmes, notamment public et libéral, et à l'absence d'une culture de transparence et de communication (plus particulièrement en ce qui concerne l'identification et le choix des priorités, la mobilisation et la redistribution des ressources, ainsi que les règles et procédures de la gestion de la chose publique), s'ajoutent parfois des dérives liées aux comportements d'individus et à des pratiques illicites qui pèsent négativement sur la bonne gestion des établissements de soins, s'agissant en particulier des marchés publics.

Le secteur public reste caractérisé par une centralisation excessive du pouvoir de décision.

Coopérations, intégrations : des liens à approfondir

Les coopérations ou les concurrences intra Maghreb

UNE ANALYSE RAPIDE de la coopération institutionnelle maghrébine nous amène à nous interroger sur l'action de l'Union du Maghreb arabe (UMA), sur celle de l'Union pour la Méditerranée (UPM) et du Dialogue « 5+5 » dans le domaine de la santé. L'UMA, créée en 1989, est une organisation qui propose un cadre de travail aux cinq pays de l'Afrique du Nord, c'est-à-dire, la Mauritanie, le Maroc, l'Algérie, la Tunisie et la Libye. Elle dispose d'un secrétariat général (installé à Rabat) et est structurée en commissions ministérielles spécialisées et à caractère décisionnel, dont une est dédiée aux ressources humaines. Au sein de cette commission, un conseil ministériel sectoriel maghrébin s'occupe tout particulièrement des questions de santé. Il est aidé des différents comités techniques et groupes de travail qui sont créés en fonction des thèmes à traiter.

Parmi les activités principales de l'UMA dans le domaine de la santé, il convient de souligner les suivantes :

- signature, en 1991, par les cinq pays, d'une convention de la Sécurité sociale. Cette convention a été ratifiée par la Mauritanie, l'Algérie, la Tunisie et la Libye ;
- onze réunions du conseil ministériel maghrébin de la santé ont eu lieu depuis la création de l'UMA. Lors de la réunion de 2002, les ministres ont plaidé pour la création d'un espace commun de la santé et ont affirmé leur souhait de consolider les actions en cours et notamment celles en matière de prévention, les actions sanitaires de base et l'achat en commun des produits pharmaceutiques⁽¹¹⁾. Lors de la réunion de 2008, une série des recommandations ont été émises parmi lesquelles la réforme du système sanitaire maghrébin, le développement des compétences médicales et l'achat groupé des médicaments et des vaccins⁽¹²⁾. En 2009, à l'occasion de la réunion extraordinaire des ministres consacrée à l'épidémie H1N1, l'accent a été mis sur la nécessité de renforcer la coopération maghrébine dans le domaine de la

11. Agence panafricaine de presse (Panapress).

12. Département de la santé du Secrétariat général de l'UMA et www.maghrebarabe.org

Une commission technique pour les achats des médicaments a été créée au sein de l'UMA. Elle a notamment pour mission la mise en place d'un mécanisme commun d'achat de médicaments, vaccins et sérums,

santé face aux incidences des mutations démographiques et épidémiologiques et aux changements de mode de vie. La déclaration finale préconisait à nouveau le renforcement de la coopération dans le domaine médical et pharmaceutique⁽¹³⁾.

Suivant les recommandations émises lors de la réunion de ministres de 2008, une commission technique pour les achats des médicaments a été créée. Elle a pour mission la mise en place d'un mécanisme commun d'achat de médicaments, vaccins et sérums, l'élaboration d'une nomenclature commune de médicaments de base et d'une liste unifiée pour des achats groupés de médicaments. Il est également question de faciliter la coopération entre les laboratoires nationaux opérant le contrôle de qualité des médicaments afin de lutter plus efficacement contre le commerce illicite des médicaments.

L'Union pour la Méditerranée est une démarche intergouvernementale qui, en s'appuyant sur les objectifs et acquis du Processus de Barcelone (1995), vise à accroître le potentiel d'intégration et de cohésion dans la région. Elle a été lancée en juillet 2008 par les chefs d'État et de gouvernement de 43 pays euro-méditerranéens (les 27 pays de l'Union européenne et 16 pays méditerranéens⁽¹⁴⁾). La Commission européenne et la Ligue des États arabes participent également aux réunions. Le secrétariat général de l'UPM (établi à Barcelone) cherche à identifier des projets porteurs et à dimensionner ou évaluer les effets régionaux dans six domaines considérés comme prioritaires (le développement des entreprises, le transport et le développement urbain, l'enseignement supérieur et la recherche, l'eau et l'environnement, l'énergie, la protection civile et les affaires sociales). La santé en tant que telle n'est pas un domaine d'action prioritaire. Cependant, en novembre 2008, une conférence ministérielle euro-méditerranéenne a eu lieu au Caire⁽¹⁵⁾. Une déclaration finale a été signée par les différents ministres présents mettant en exergue le besoin de promouvoir des coopérations régionales afin de renforcer les systèmes de santé et répondre efficacement aux défis soulevés par les maladies non transmissibles et chroniques. Ils prônaient à nouveau davantage de coopération en matière de contrôle et de surveillance des maladies transmissibles. Récemment, cette dynamique a repris et une réunion des hauts fonctionnaires de la santé des pays de l'UPM a eu lieu à Bruxelles (juin 2011) laissant envisager peut-être une relance de la réflexion et de la coopération sur la santé dans la région.

Enfin, le Dialogue « 5+5 », récemment rebaptisé *Groupe des dix*, est une démarche de dialogue politique informel qui associe les ministres des Affaires étrangères de cinq pays de l'Union du Maghreb arabe et de cinq pays européens (l'Espagne, la France, l'Italie, Malte et le Portugal). Lancé en 1980, l'objectif principal est d'encourager le dialogue, la concertation entre les pays participants et la coopération régionale dans différents domaines qui se sont élargis progressivement depuis le lancement de cette initiative. En effet, parallèlement aux sujets politiques et sécuritaires et aux questions de migration et d'échanges humains qui prévalaient au lancement de ce processus, d'autres réunions ministérielles ont été organisées sur la défense (dès 2004), le tourisme (dès 2006), l'éducation (dès 2009) et très récemment la sécurité alimentaire (2012). Les enjeux de santé ne font pas l'objet d'un dialogue dans le cadre du « 5+5 ».

Complétant les coopérations institutionnelles, une multitude d'échanges entre professionnels regroupés au sein de réseaux professionnels ont lieu régulièrement au sein des pays du Maghreb. En effet, sur la plan de la santé, les médecins maghrébins peuvent s'enorgueillir d'être les premiers à struc-

13. Agence Tunis Afrique presse.

14. Égypte, Maroc, Territoires palestiniens, Tunisie, Israël, Jordanie, Liban, Mauritanie, Syrie, Turquie, Algérie, Croatie, Bosnie Herzégovine, Albanie, Monténégro et Monaco.

15. En 1999, une première conférence ministérielle sur la santé avait été organisée à Montpellier rassemblant les pays partenaires du processus de Barcelone. Il avait été question de favoriser la collaboration dans la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles.

turer les relations entre les trois pays, puisque les échanges scientifiques n'ont jamais cessé depuis 1962, date d'indépendance de l'Algérie. Le congrès magrébin des sciences médicales, par exemple, s'est tenu une fois par an depuis sa création en 1969. Nous pouvons également citer le réseau Ressa (Réseau d'économie et des systèmes de santé au Maghreb⁽¹⁶⁾), le réseau Arome (Association de radiothérapie et d'oncologie de la Méditerranée⁽¹⁷⁾) ou la Société maghrébine de psychiatrie (SMP)⁽¹⁸⁾ comme exemples de ces coopérations plus opérationnelles.

Si ces échanges sont nombreux et formateurs pour les personnels de santé, en particulier les médecins, ils sont construits sur le mode disciplinaire propre au savoir médical. Les questions relatives aux comparaisons entre les systèmes de santé sont peu présentes en dehors de l'activité d'organismes comme la Banque mondiale, l'OCDE et surtout l'OMS. Cette démarche reste pour le moment limitée. Elle mériterait d'être analysée y compris dans la perspective d'une division des rôles soignants entre les pays du Maghreb, chacun valorisant ses points clés et organisant des avantages concurrentiels.

Cette réflexion sur les coopérations et les échanges devrait être particulièrement valorisée dans le domaine des zones frontalières qui sont souvent mal desservies par les pays de chaque côté de ses frontières.

Les liens avec le monde arabe

LES TROIS MONOGRAPHIES restent peu dissertes sur les liens entre les pays du Maghreb central et l'ensemble des pays de l'aire arabo-musulmane témoignant sans doute en cela d'une situation générale mais aussi d'un des aspects des systèmes de santé, cloisonnés entre eux et surtout ouverts aux pays particulièrement développés.

Un mémorandum d'entente dans le domaine de la santé a été conclu, en 2009 entre la Tunisie et la Libye. Le document a été signé par Mondher Zenaidi, ministre de la Santé publique, et Mohamed Mahmoud Hijazi, secrétaire du comité populaire général libyen de la Santé et de l'Environnement, au terme de sa visite de travail en Tunisie. Ce mémorandum d'entente stipule, notamment, l'impulsion de la coopération sanitaire dans les différents domaines et la promotion du partenariat en matière de contrôle des maladies transmissibles en plus de la création d'un mécanisme commun pour l'achat de vaccins et sérums et le renforcement de la coordination et de la coopération pour lutter contre le virus A (H1N1). Le document vise, également, l'impulsion de la coopération dans le domaine de la gestion hospitalière, à travers l'élaboration de conventions de jumelage entre les établissements tunisiens et libyens de santé dans les secteurs publics et privés et entre les institutions professionnelles des deux pays, outre la multiplication d'échanges des équipes médicales et des expertises dans les domaines de la médecine, de l'administration et de la gestion. Le document englobe la question des soins dans les deux pays et incite à l'organisation des procédures de traitements au niveau de l'encadrement des malades pour leur assurer un traitement médical de haute qualité. Il a pour objectif, notamment, d'unir les efforts dans la recherche et les programmes de greffe d'organes et de tissus, ainsi que d'encourager l'investissement mixte dans la fabrication de médicaments, vaccins, sérums et équipements médicaux. D'autre part, le document souligne l'importance de l'échange d'expertises dans le domaine de la formation et de l'encadrement. Il prévoit la création d'un centre de formation tuniso-libyen, à la Jamahiriya, avec pour objectif d'améliorer le potentiel des cadres paramédicaux et de mettre en place un programme de coopération bilatérale dans le domaine de la santé de la reproduction.

Les systèmes de santé sont cloisonnés entre eux et surtout ouverts aux pays très développés.

16. Le Réseau économie et systèmes de santé au Maghreb (Ressa) a comme objectif de contribuer à la promotion des systèmes de santé au Maghreb dans le cadre des politiques nationales de santé en associant toutes les compétences de leurs pays. L'idée du réseau est née en Algérie en 1994, discutée au Maroc en 1995, confirmée en Tunisie en 1997. Le réseau a été officiellement créé en 1998 à Rabat. www.ressma.ma.

17. www.aromecancer.org.

18. Créée en 2009. www.smps.com.

La place des États dans la division mondiale

LES RAPPORTS NE DÉVELOPPENT pas la place des différents pays dans le système de santé mondial. Lorsque les chirurgiens marocains ou les institutions privées qui les emploient s'engagent dans la prise en charge de soins esthétiques, dans le cadre de ce qu'on appelle parfois le tourisme médical, ils ne font que s'inscrire dans un mouvement plus vaste qui se situe dans une perspective de mondialisation des systèmes de santé. Celle-ci porte à la fois sur la circulation des produits pharmaceutiques dont les lieux de fabrication sont de plus en plus délocalisés mais elle concerne également la circulation des patients et la dématérialisation de la relation médecin-malade. Le développement des formes de télémédecine devait pouvoir être maîtrisée par les pays du Maghreb, donnant ainsi une réelle valeur ajoutée aux plateformes télématiques.

Les liens avec la France et l'Europe

APRÈS LES PÉRIODES de tension post-coloniales, les trois pays ont conservé des liens étroits avec la France. Qu'il s'agisse des modèles de santé, des institutions du type CHU, des programmes de formation, les relations entre la France et le Maghreb constituent des références très fréquentes. Ces liens se traduisent, de façon plus ou moins dense, selon les pays et les périodes, par des programmes de coopération bilatérale. Le bilan de ces coopérations reste à faire en s'appuyant sur une évaluation en profondeur. La question posée à propos de la France, mais aussi des pays de la rive nord de la Méditerranée, pourrait être envisagée également du point de vue de l'Union européenne qui devient un promoteur plus dynamique au fil des années.

La coopération entre l'UE et les pays du Maghreb en matière de santé se fait principalement dans le cadre de la politique européenne de voisinage (PEV). La PEV prend acte de l'interdépendance croissante entre l'UE et ses voisins en termes de stabilité, de sécurité et de développement durable. Elle a pour objectif principal d'aider les pays à améliorer leurs conditions économiques et sociales. Un vaste éventail de domaines est concerné, dont l'éducation et la formation, la santé et le bien-être, l'emploi, le logement, l'environnement ainsi que le développement régional et urbain.

Concrètement, des documents de stratégie par pays (DSP), établis conjointement par la Commission européenne et les pays concernés, fixent, sur une durée déterminée, les programmes indicatifs nationaux (plans d'action de la PEV) à mettre en œuvre dans chaque pays. Les DSP actuels recouvrent la période 2007-2013 et se traduisent par deux plans d'action s'étalant sur deux périodes successives 2007-2011 et 2011-2013. Chaque DSP définit, sur la base d'une analyse de la situation des pays réalisée en amont par la CE, les plans d'action à mettre en œuvre pour améliorer les conditions économiques et sociales des populations concernées. Le contenu de chacun des plans d'action est pleinement différencié et adapté à la situation politique, économique et sociale nationale, aux besoins du pays et à sa relation avec l'UE. Ces plans d'action sont des partenariats de réforme et fixent des priorités à court et moyen terme dans une vaste gamme de domaines, tels que les contacts humains, la société civile, l'éducation, et la santé publique.

Quels plans d'action sont mis en place par la PEV dans les pays du Maghreb dans le domaine de la santé ?

Hormis la Tunisie, dont les conditions de santé sont parmi les plus élevées des pays du Sud de la Méditerranée selon les statistiques des organisa-

La coopération entre l'UE et les pays du Maghreb en matière de santé se fait principalement dans le cadre de la politique européenne de voisinage.

tions internationales, les plans d'action ou programmes indicatifs, pour l'Algérie et le Maroc contiennent des actions relatives à la santé publique.

Pour l'Algérie, le DSP⁽¹⁹⁾ 2007-2013 lie les enjeux de santé publique au développement social et à la politique environnementale. En matière de développement social, le document note que les attentes de la population sont toujours importantes, non seulement sur le plan de la croissance économique et de l'emploi, mais également sur celui de l'amélioration des services de base, de l'équité et de la bonne gouvernance. Un des défis à moyen terme est donc d'améliorer l'efficacité de la fourniture des services de base : accès au service de base (éducation, santé, protection sociale, assurances, services urbains, eau et assainissement, logement) et à un système judiciaire efficace. L'enjeu environnemental, quant à lui, se décline en termes de qualité de l'air, de gestion et qualité des ressources en eau, de gestion des déchets, de protection de la nature, de pollution côtière et marine et de désertification. La dégradation de l'environnement affecte directement la santé, le capital nature, la productivité et l'utilisation efficiente des ressources. Selon le DSP, environ 2 % du PIB sont perdus du fait de l'impact direct de la dégradation de l'environnement sur la santé et la qualité de vie.

Parmi les objectifs du DSP Algérie pour 2007-2013⁽²⁰⁾, on retrouve « le développement de conditions propices aux trois volets du développement durable (environnemental, social, économique) ». Un autre objectif est « le renforcement des programmes tout en maintenant les équilibres budgétaires », dans la mesure où de nouveaux défis se sont présentés. En effet, au milieu des années 70, et au début des années 80, l'Algérie a considérablement investi dans le développement du capital humain avec des dépenses moyennes d'éducation et de santé de l'ordre de 10 % du PIB. L'accès aux services sociaux de base s'est rapidement développé et les indicateurs sociaux se sont nettement améliorés. Mais la chute des prix du pétrole a entraîné une contraction budgétaire qui a affecté les secteurs sociaux.

Le programme indicatif national 2007-2011 contient un *programme santé*, d'un budget de 30 millions d'euros, visant à appuyer la réorganisation des services de santé et la réforme hospitalière (problème de pilotage du secteur : manque de ressources, qualité de soins insuffisante, inégalité d'accès, réexamen des modalités de financement du secteur). Son objectif premier est d'améliorer l'équité de l'accès à des soins de qualité fondé sur un financement durable et partagé, en développant les mécanismes de régulation et d'organisation du secteur, dans un contexte de transition épidémiologique et démographique.

Pour la période 2011-2013, une importance nouvelle est donnée à la lutte contre le changement climatique, la migration, l'aide au commerce, la flambée des prix alimentaires, la lutte contre les drogues, l'énergie, la crise économique et financière et les droits de l'homme. Dans ce cycle de programmation, l'Algérie a souhaité privilégier plutôt les aspects sociaux, économiques et environnementaux. Les grandes questions de santé sont intégrées dans le programme d'*appui à la protection de l'environnement* et le programme d'*appui au développement socio-économique local*.

Pour le Maroc, l'analyse proposée dans le document stratégique 2007-2013⁽²¹⁾ de la situation sociale du pays révèle que les réformes dans les domaines du développement social, et notamment l'amélioration de l'accès à la santé et à l'éducation, constituent un défi urgent pour le pays afin de lutter efficacement contre la précarité et la pauvreté. En effet, selon le DSP, mal-

En Algérie, la chute des prix du pétrole a entraîné une contraction budgétaire qui a affecté les secteurs sociaux.

19. http://ec.europa.eu/world/enp/pdf/country/enpi_csp_nip_algeria_fr.pdf

20. http://ec.europa.eu/world/enp/pdf/country/enpi_csp_nip_algeria_fr.pdf

21. http://ec.europa.eu/world/enp/pdf/country/enpi_csp_morocco_fr.pdf

Le Maroc, malgré les progrès réalisés dans le secteur de la santé, présente toujours des indicateurs clés préoccupants.

L'objectif de la coopération UE-Maroc est notamment de soutenir les réformes en matière de protection sociale, d'améliorer l'accès et la qualité du système de santé.

gré les progrès réalisés dans le secteur de la santé, le Maroc présente toujours des indicateurs clés préoccupants (mortalité infantile, mortalité maternelle, persistance des inégalités géographiques et de revenu d'accès aux soins, difficultés en matière de qualité des soins offerts).

L'objectif de la coopération UE-Maroc est donc de soutenir les réformes en matière de protection sociale, d'améliorer l'accès et la qualité du système de santé, de soutenir la réforme décentralisation/déconcentration du secteur, de soutenir l'amélioration de l'offre de soins et enfin de mettre en place des accords internationaux relatifs à la santé publique. Parmi les axes prioritaires encouragés, on retrouve le « *développement des politiques sociales, en particulier l'éducation, la santé et la protection sociale* ».

Le programme indicatif national 2007-2011 essaie de répondre aux objectifs énoncés précédemment à travers la mise en place de trois programmes distincts : un programme d'appui à l'Indice national de développement humain (INDH), un programme d'appui à la consolidation de la couverture médicale de base et, enfin, un programme d'appui sectoriel à la santé.

Le programme d'appui à l'INDH, d'un budget de 60 millions d'euros, tient compte des déficits sociaux préoccupants auxquels le Maroc doit faire face, notamment en matière de santé (taux de mortalité infantile de 40%). Parmi les résultats attendus une place importante est donnée au renforcement de la promotion et de la protection des droits de l'homme, notamment par la voie de l'amélioration des indices sociaux en matière de santé et d'éducation. La santé est mise en valeur à la fois comme un déterminant de développement humain et comme un droit fondamental et universel.

Le programme d'appui à la consolidation de la couverture médicale de base, d'un budget de 40 millions d'euros, s'inscrit dans le cadre de la réforme du financement et de la couverture médicale de base initiée par l'État marocain. Il a pour objectif spécifique la généralisation progressive de la couverture universelle du risque maladie qui garantit un accès égal à un panier de soins de base.

Enfin, le programme d'appui sectoriel à la santé, d'un budget de 50 millions d'euros pour 2008 et 36 millions d'euros pour 2010, a pour objectif général l'amélioration des performances du système de santé en termes quantitatifs, qualitatifs et d'accessibilité aux soins et, comme objectif spécifique, l'accompagnement et l'appui de l'extension et de la généralisation de la réforme. Les principaux axes d'intervention sont le renforcement des capacités de planification et de gestion des niveaux déconcentrés, la révision de la couverture sanitaire, la création d'un cadre de financement des soins de santé qui évolue vers l'inclusion sociale, l'amélioration et la rationalisation de la gestion du médicament et la mise en œuvre d'accords internationaux relatifs à la santé publique, en particulier du règlement sanitaire international et – une fois ratifiées – de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

En matière de santé publique, le programme indicatif national 2011-2013 ne contient quant à lui que le programme d'appui à la couverture médicale de base II. Ce programme s'inscrit dans l'exacte continuité du programme d'appui à la consolidation de la couverture médicale de base de la période précédente⁽²²⁾.

22. Ce paragraphe sur l'Europe reprend une note interne d'Ipemed rédigée par Vanessa Berthomé et Macarena Nuño, chef de projet à Ipemed.

Le secteur associatif et mutualiste

EN FRANCE ET DANS DE nombreux pays européens une part des soins, en particulier pour les personnes les plus pauvres, est prise en charge par des associations. De plus, le système mutualiste joue un rôle important dans les couvertures complémentaires de l'assurance maladie. Ces thèmes ne sont pas évoqués dans les rapports. Or par exemple, s'agissant du Maroc, l'Union mutuelle marocaine (UMM), qui regroupe les huit mutuelles adhérentes à la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (Cnops), exprime la volonté de participer à l'amélioration du fonctionnement de la couverture médicale. Gérant, en vertu de la loi 65-00 de l'Assurance maladie obligatoire, une couverture complémentaire au régime de base de la Cnops, les mutuelles sont, selon les responsables de l'Union, confrontées à de multiples problèmes qu'il faut impérativement corriger afin d'assurer une couverture médicale de qualité. Parmi ces problèmes, l'UMM en retient deux : les finances et le domaine juridique. En ce qui concerne le volet financier, les mutuelles assurent une couverture complémentaire à hauteur de 16 % des frais engagés. Un budget forfaitaire de 6 millions de dirhams leur est accordé par la Cnops pour le traitement et la liquidation des dossiers. Or, selon l'UMM, ce budget est aujourd'hui insuffisant en raison de l'augmentation du nombre de dossiers. En effet, les mutuelles qui traitaient en 2006, année de démarrage de l'AMO, 3 000 à 4 000 dossiers par jour, en liquident actuellement 6 000 à 7 000. Elle regroupe huit mutuelles qui assurent une couverture médicale complémentaire et la retraite d'environ 3 millions d'assurés et d'ayants droit. Il s'agit de fonctionnaires de l'État, des entreprises publiques et semi-publiques ainsi que les collectivités locales relevant de 2 800 établissements. Le revenu moyen des assurés des mutuelles est de 7 078 dirhams pour les actifs, de 3 236 dirhams pour les retraités de la Caisse marocaine des retraites (CMR) et de 2 233 dirhams pour les pensionnés du régime collectif d'allocation de retraite. La Tunisie dispose aussi d'un système mutualiste plus fragmenté mais qu'il importerait de conforter.

L'Union mutuelle marocaine, pour assurer une couverture de qualité, est confrontée à deux problèmes essentiels : les finances et le domaine juridique.

Algérie, Maroc, Tunisie. Monographies nationales

Algérie

LE 5 JUILLET 2011, le système de santé algérien est entré dans sa cinquantième année. Le but de ce document est de présenter les caractéristiques actuelles de ce système, en restituant les différentes étapes de développement qu'il a connues. C'est ainsi que nous allons décrire successivement les étapes qu'il a franchies, puis que nous aborderons le contexte démographique et socioéconomique dans lequel il s'est développé, que nous décrirons les aspects concernant la morbidité et la mortalité enregistrées dans le pays, et les réponses du système aux défis représentés par la prise en charge de la santé de la population, défis dont les caractéristiques ont évolué dans le temps. Enfin, nous comparerons les caractéristiques de ce système avec celles des autres pays du Maghreb central.

Évolution du système de santé algérien

L'HISTOIRE CONTEMPORAINE de l'Algérie est profondément marquée par deux événements majeurs dont l'impact social est encore très perceptible de nos jours : la colonisation française (1830-1962) et une guerre d'indépendance particulièrement destructrice (1954-1962).

L'Algérie a subi la colonisation française depuis 1830 jusqu'à la reconnaissance de son indépendance en 1962. Contrairement aux deux pays voisins du Maghreb, la Tunisie et le Maroc, qui étaient placés sous protectorat français, l'Algérie fut soumise à une colonisation de peuplement qui a profondément détruit ses structures sociales et économiques traditionnelles en faveur d'un système colonial dans lequel la population indigène était placée sous un statut juridique, social et économique, de citoyens de seconde zone. En effet, jusqu'en 1948, les Algériens relevaient d'un statut particulier, dit de l'*indigénat* et les territoires majoritairement habités par des populations indigènes étaient exclus du droit français pour relever d'un statut particulier de *communes mixtes*, placées sous la gestion d'une administration commandée par l'armée et les représentants des colons.

La guerre d'indépendance (1954-1962) a contribué, par la violence de l'affrontement, à l'aggravation de la situation socioéconomique des Algériens. La destruction d'infrastructures de base, la mort de plusieurs centaines de milliers de personnes ainsi que le déplacement de plus de deux millions d'autres⁽²³⁾, ont ruiné la population indigène et contribué à la détérioration profonde de sa situation sanitaire.

À l'indépendance, l'Algérie comptait environ 9 millions d'habitants dont 85 % vivaient dans des campagnes ravagées par la guerre et destructu-

23. Ces personnes ont été placées dans des *camps de regroupement* par l'armée française pour les couper des combattants du FLN, ou elles ont volontairement fui en territoires marocain et tunisien.

rées par la politique de *regroupement*. Moins de 20 % des enfants en âge d'être scolarisés fréquentaient une école et la situation sanitaire était principalement marquée par les maladies liées à la malnutrition et à l'absence d'hygiène et de prévention. L'espérance de vie à la naissance était estimée à 49 ans au début des années soixante.

Le départ massif de la population d'origine européenne lors de l'indépendance a constitué un handicap supplémentaire à l'organisation sociale et économique du pays au sortir de la colonisation.

C'est dans ce contexte que va se mettre en place une politique de santé dont l'évolution sera marquée par deux éléments majeurs : la volonté de prise en charge des problèmes de santé de la population par l'État et la disponibilité de ressources financières, largement dépendantes de la rente pétrolière. On peut ainsi, en ayant en mémoire ces deux éléments, identifier, dans l'évolution du système national de santé, quatre périodes s'étendant schématiquement de 1962 à 1972, de 1973 à 1986, de 1987 à 2003 et de 2004 à aujourd'hui.

La période 1962-1972

LE PREMIER ÉTAT des lieux établi par le ministère de la Santé en 1966 en ce qui concernait les personnels de santé, comptabilisait 1 378 médecins, dont 364 Algériens, 216 pharmaciens, dont 186 Algériens, 171 chirurgiens dentistes, dont 86 Algériens, et 4 834 agents paramédicaux⁽²⁴⁾. Cet effectif très réduit devait faire face aux besoins de près de 9 millions d'habitants.

Ces besoins de santé étaient immenses et de toute nature : il fallait d'abord faire face aux besoins en soins de base de millions de personnes déplacées ou victimes d'un isolement prolongé dans des campagnes ravagées par la guerre. Il fallait en outre mettre en place rapidement des mesures de soins et de prévention vis-à-vis des maladies transmissibles prévalentes (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole, tuberculose, typhoïde, typhus, méningite cérébrospinale, paludisme...) et ceci d'autant plus que l'état nutritionnel des habitants, et notamment celui des mères et des enfants, était catastrophique (malnutrition protéino-énergétique, carences en micronutriments). Ces facteurs ont déterminé les critères de choix des priorités de la politique de santé de la décennie postindépendance.

La mise en œuvre de la politique sanitaire nationale s'étalant de l'indépendance du pays jusqu'au début des années 70 s'est caractérisée essentiellement par :

- la réactivation des structures de santé laissées en place par la colonisation, largement dégradées par la guerre et désertées par les personnels de santé, majoritairement d'origine française ;
- l'établissement d'un programme de santé avec pour but essentiel la lutte contre les maladies transmissibles prévalentes et la prise en charge des besoins de santé de base (nutrition, urgences médico-chirurgicales) ;
- la mobilisation des ressources humaines locales (formation d'adjoints médicaux de la santé publique) et l'appel à la coopération étrangère ;
- la mobilisation des ressources financières indispensables dans un pays où le PIB n'excédait pas 400 dollars par habitant.

Pour appliquer ces orientations, les décisions politiques suivantes ont été édictées par les pouvoirs publics :

- **1963.** Statut d'exercice public obligatoire pour toute nouvelle installation médicale.

24. Ministère de la Santé et de la Population. Séminaire sur le développement d'un système national de santé. *L'expérience algérienne*. Alger, 7-8 avril 1983. Impression *Journal l'Unité*.

- **1964.** Création de l'Institut national de santé publique, établissement public à caractère administratif (EPA), qui avait pour objet de « réaliser les travaux d'études et de recherche en santé publique nécessaires au développement des programmes d'action sanitaire et à la promotion de la santé ».
- **1965.** Programmes nationaux de lutte contre le paludisme, le trachome et la tuberculose mis en place avec le soutien de l'Organisation mondiale de la santé.
- **1966.** Instauration de prestations à mi-temps, dans les services publics, pour les médecins exerçant dans le secteur privé. Instruction ministérielle rattachant les unités sanitaires aux établissements hospitaliers dans le cadre de la gestion de ces unités sanitaires qui se trouvaient dépourvues de gestionnaires. Vaccination de masse par le BCG chez les enfants.
- **1969.** Décret rendant les vaccinations obligatoires et gratuites. Création de la Pharmacie centrale algérienne, dont le mandat assigné était d'« assurer le monopole d'importation, de production et de répartition des produits pharmaceutiques ».
- **1972.** Vaccination de masse contre la poliomyélite par le vaccin oral.

La période 1973-1986

LA NATIONALISATION DU PÉTROLE EN 1972, qui a amélioré de manière très substantielle les revenus de l'État, va permettre à l'Algérie de se lancer dans un vaste programme de développement à travers les « révolutions industrielle, agraire et culturelle ». Dans le domaine de la santé, ce programme se traduit par un certain nombre de décisions politiques.

1973. L'année est marquée par deux mesures très importantes :

- l'ordonnance présidentielle instituant la gratuité des soins : sur le plan sanitaire une mesure politique fondamentale est prise par l'État algérien, mesure dite de *politique de médecine gratuite* : tout citoyen algérien est en droit d'être soigné gratuitement dans un établissement public, quel que soit son statut social. Cette mesure a effectivement permis à l'ensemble des citoyens d'accéder au système de santé. Sa mise en œuvre a malheureusement coïncidé avec la disparition de l'enregistrement, par les structures administratives, de tous les actes dispensés aux assurés sociaux par les structures hospitalières. Ces enregistrements avaient pour but de permettre un financement des structures de soins par les caisses de sécurité sociale ;
- la mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire. Cette réforme élaborée en 1970 pour être en mesure de produire « 1 000 médecins par an » a été mise en place définitivement en 1973 et a permis d'augmenter considérablement le nombre d'étudiants formés dans ces disciplines.

1975. L'année est marquée par :

- la programmation sanitaire du pays (PSP) avec l'adoption de normes (un centre de santé pour 6 à 7 000 habitants, une polyclinique pour 15 à 25 000 habitants, un hôpital par *daïra*, un hôpital par *wilaya*) et la formulation d'un certain nombre de programmes nationaux de santé⁽²⁵⁾. Le premier des programmes mis en œuvre dans le cadre de cette programmation sanitaire a été le programme de protection maternelle et infantile et d'espace-ment des naissances⁽²⁶⁾ ;
- la mise en œuvre dans tout le pays du programme élargi de vaccination (PEV) ;

(25) Ministère de la Santé et de la Population et Organisation mondiale de la santé, Programmation sanitaire du pays. Alger, 1975.

(26) Ministère de la Santé et de la Population, programme de protection maternelle et infantile et d'espace-ment des naissances. Alger, 1975.

- l'instauration du service civil : en raison de l'augmentation massive du nombre de médecins terminant leur cursus universitaire, l'État prend conscience du fait qu'il lui sera impossible de rémunérer l'ensemble des médecins exerçant dans le service public et cherche également à promouvoir une répartition équitable des personnels sur le territoire national. Il est donc institué un *service civil* obligatoire pour chaque étudiant ayant terminé son cursus universitaire, service civil dont la durée est variable en fonction du lieu d'affectation et au terme duquel les praticiens sont autorisés à s'installer pour pratiquer dans le secteur privé. Cette mesure a débouché à terme sur la constitution progressive d'un groupe de plus en plus important de praticiens, aussi bien généralistes que spécialistes, exerçant dans le secteur privé.

1979. Il est créé par décret le *secteur sanitaire* et les *sous-secteurs sanitaires*. Comme nous l'avons dit précédemment, en 1966, une instruction ministérielle avait rattaché, en vue de leur meilleure gestion, les unités de santé situées à proximité des divers hôpitaux, à ceux-ci. Cette décision avait été prise en raison de la pénurie en gestionnaires du système de santé. Cette mesure, initialement à visée simplement administrative, a débouché sur le concept de *secteur sanitaire* qui a été progressivement conçu comme un bassin de population au niveau duquel le système de santé devait intervenir pour prendre en charge la santé de la population. Le décret de 1979 n'a fait qu'entériner une situation de fait et a, de plus, établi la notion de sous-secteur qui exprimait l'idée d'une hiérarchisation des soins, un sous-secteur étant centré par une polyclinique à laquelle se réfèrent certains centres de santé et dispensaires, et le sous-secteur pouvant référer à l'hôpital les patients nécessitant des soins spécialisés. Après la mort du président Boumediene, à la fin de l'année 1979, l'Algérie va connaître, au début des années 1980, une nouvelle politique de développement sous le slogan « *pour une vie meilleure* ». Plus libérale, cette politique est orientée vers la satisfaction des besoins de consommation de la population et est soutenue par l'augmentation des revenus pétroliers. Les unités de soins sont alors équipées de moyens modernes et de nouveaux hôpitaux sont édifiés, en particulier dans les années 1980 qui verront la construction de plus de quarante hôpitaux. Cet investissement en lits hospitaliers, s'il a amélioré la couverture nationale en lits, a pêché par l'absence d'une étude sérieuse quant à l'implantation géographique de ces unités et, parfois, par leur architecture inadaptée au milieu environnant.

Pour financer cette politique très volontariste, l'État a mobilisé les ressources de la Caisse nationale de sécurité sociale qui a débloqué un forfait annuel, versé au budget de la santé, ce forfait étant calculé par l'État en fonction de ses propres prévisions, sans négociation préalable et sans contrôle a posteriori. De plus, la Caisse a d'autre part financé la construction des nouvelles structures hospitalières prévues. Ainsi, la structure de la dépense nationale de santé s'est trouvée inversée : le financement du budget de la santé a été constitué pour plus de 60 % par la contribution de la Caisse de sécurité sociale. Ces mesures ont augmenté substantiellement le budget du secteur de la santé qui a atteint près de 7 % du PIB à la fin des années 80. Sur le même budget, le ministère de la Santé a procédé à l'acquisition d'une importante quantité d'équipements lourds, là aussi, dans la précipitation et sans aucune étude préalable sur la pertinence de ces achats, sur leur implantation et sur le personnel qualifié qui devrait être prévu pour présider à leur mise en fonctionnement et à leur maintenance. Pourtant, au début des années 80, un accent particulier avait été mis sur la planification, une réorganisation

de l'enseignement paramédical avait été entreprise et, en 1982, le ministère de la Santé avait mis en place la formation du *personnel d'administration sanitaire* et élaboré une carte sanitaire.

1983. La loi 83-11 du 2 juillet relative aux assurances sociales avalise le *forfait hôpitaux*. Ce forfait instaurant la gratuité des soins existait déjà avant la signature de l'ordonnance, et était versé aux structures hospitalières par les caisses d'assurance sociale pour payer les prix de journée et les actes dispensés aux patients assurés sociaux. L'article 65 de cette loi stipule que « *le montant de la participation forfaitaire des organismes de sécurité sociale aux dépenses des secteurs sanitaires est fixé par décret et est déterminé en fonction du coût de santé et du nombre d'assurés sociaux* ».

1984. Le programme national de lutte contre la mortalité infanto-juvénile a été élaboré et mis en place avec la collaboration de l'Unicef²⁷.

1986. Le décret 86-25 du 11 février individualise les centres hospitalo-universitaires (CHU) en tant que structures autonomes. Jusque-là, les CHU n'existaient pas en tant que tels et les services universitaires étaient inclus au sein des secteurs sanitaires. Cette mesure a eu pour effet de couper les services d'enseignement universitaire des structures du terrain et a eu de ce fait un retentissement négatif, aussi bien sur l'organisation des stages de formation des étudiants, que sur l'accessibilité des patients aux structures spécialisées de ces CHU. Rétrospectivement, on constate que cette période a également été celle d'un changement important dans la politique nationale de santé. En effet, si l'État a procédé à l'organisation du secteur public par la production d'un arsenal juridique, et en particulier par l'adoption d'une nouvelle loi sanitaire en 1985, la loi 85-05, dans le même temps, il a procédé à l'ouverture progressive du secteur à l'investissement privé en autorisant l'ouverture de cabinets de consultation, de centres d'hémodialyse et de petites cliniques d'accouchement. Cette orientation s'est poursuivie, au début des années 1990, avec l'autorisation, par voie réglementaire, de la création d'institutions hospitalières privées. Avec cette configuration, le système de santé algérien va plonger dans la décennie 1990, qui, du fait du contexte politique et sécuritaire, s'avèrera particulièrement éprouvante.

La période 1987-2003

LA POLITIQUE VOLONTARISTE de la période 1972-1986 va connaître un frein brutal à la fin de la décennie, en raison de la chute brutale des revenus pétroliers. Le prix du baril de pétrole chute en deçà de 10 dollars US en 1986, imposant à l'Algérie de faire appel à des emprunts à court terme à des taux ruineux et de réviser à la baisse, sinon d'abandonner purement et simplement, un grand nombre de programmes de développement. Celui de la santé connaîtra un net recul dès les années 1986-87, mettant en grande difficulté la gestion du secteur public qui peine à satisfaire à la gestion de ses établissements et à l'entretien de ses équipements. Le mécontentement des usagers et des personnels de santé, face à la rapide dégradation des prestations du secteur public, pousse l'État à promouvoir davantage le secteur libéral, lui transférant une part de plus en plus grande des soins ambulatoires et hospitaliers mais sans encadrement juridique approprié ni programmation nationale des investissements. Par ailleurs, le tarif des actes pratiqués par le secteur privé n'est pas réévalué par la sécurité sociale et de ce fait une grande partie des frais induits par le développement de ce secteur est à la charge des ménages. Ces mesures vont encore modifier la structure de la dépense natio-

27. Ministère de la Santé et de la Population, programme national de lutte contre la mortalité infanto-juvénile. Alger, 1984.

nale de santé (DNS), portant la part des ménages à près de 30 %, celle de l'État à 40 % et le reste à la charge de la sécurité sociale.

Du fait de la raréfaction des ressources liée à la chute des cours du pétrole, le pays est confronté à une grave crise économique, qui, sur le plan sanitaire, se traduit par une forte pénurie de médicaments et des perturbations dans le déroulement des programmes nationaux de prévention, en particulier pour le programme élargi de vaccination et pour le programme de lutte contre la tuberculose. On s'engage dans la restructuration de l'économie sous l'étroit contrôle du FMI ce qui implique, d'abord, la réduction drastique des dépenses sociales de l'État. Le PIB chute de 2 400 dollars US à 1 400 dollars US et la DNS va passer de 5,2 % du PIB (130 dollars/hab.) en 1989 à 3 % en l'an 2000.

En dépit de cette situation financière difficile, plusieurs actions sont entreprises et plusieurs mesures réglementaires sont arrêtées durant cette période :

- **1988.** Mise en place du tableau de bord de la santé (TBS) qui permet de recueillir à tous les niveaux du système de santé une information sur le fonctionnement des structures.
- **1989.** Première publication des statistiques sanitaires par la direction de la planification. Cette publication annuelle sera régulièrement publiée, jusqu'en 2004. Depuis, elle est malheureusement plus irrégulière. Création de l'École nationale de santé publique. Le décret 89-11, du 7 février 1989, lui confère un statut d'établissement public à caractère administratif et lui donne pour mission « *l'introduction de concepts et de techniques modernes en matière de gestion des services de santé à travers des formations destinées aux personnels gestionnaires et praticiens des établissements et structures de santé* ». Enquête sur la mortalité infantile et la mortalité maternelle organisée par la direction de la prévention du ministère de la Santé et de la Population en collaboration avec l'Unicef⁽²⁸⁾.
- **1990.** Réalisation de l'« enquête santé » effectuée par l'Institut national de santé publique⁽²⁹⁾. Conférence nationale sur la réforme du système de santé.
- **1992.** Conférence nationale sur les programmes locaux d'action sanitaire (PLAS). Décrets d'application de la loi 85-05 concernant le médicament. Ces décrets concernent l'enregistrement des produits pharmaceutiques, l'autorisation d'exploitation d'un établissement de production ou de distribution de produits pharmaceutiques et l'information médicale et scientifique sur les produits pharmaceutiques.
- **À partir de 1992.** La loi des finances dispose chaque année que « *la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des secteurs sanitaires, des Établissements hospitaliers spécialisés et des Centres hospitalo-universitaires est destinée à la couverture financière de la charge médicale des assurés sociaux et de leurs ayant droits. La mise en œuvre de ce financement sera effectué sur la base de rapports contractuels liant la sécurité sociale et le ministère de la Santé et de la Population, suivant des modalités fixées par voie réglementaire* ». Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant organisée conjointement par le ministère de la Santé et de la Population, l'Office national des statistiques et la ligue des États arabes, dans le cadre du projet panarabe pour le développement de l'enfance⁽³⁰⁾.
- **1993.** Mise en place de la contractualisation des prestations de santé à titre expérimental dans des unités pilotes du pays. Création du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques par le décret exécutif 93-140 du 14 juin. Ce laboratoire a le statut d'EPA et a pour mission le « *contrôle de la qualité et l'expertise des produits pharmaceutiques y compris les produits chi-*

28. Ministère de la Santé et de la Population, direction de la prévention. *Enquête sur la mortalité et la morbidité infantile en Algérie*. Imprimerie Onat, Alger, 1992.

29. Institut national de santé publique, *Enquête nationale santé, année 1990*. Alger, 1992.

30. Ministère de la Santé et de la Population, Office national des statistiques, Ligue des États arabes, *Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant. Rapport principal*. Imprimerie ONS, Alger.

miques, officinaux, les produits galéniques et les vaccins». Mise en place du programme d'éradication de la poliomyélite conformément à la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé.

- **1994.** Décret exécutif 94-74 du 30 mars érigeant l'Institut Pasteur d'Algérie, institution centenaire, en établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC). Création de la Pharmacie centrale des hôpitaux. Le décret exécutif 94-293 du 25 septembre 1994 confère à cette structure un statut d'EPIC. Elle a pour mission « *dans le cadre de la politique nationale de santé publique, l'approvisionnement, le stockage et la distribution des produits pharmaceutiques et instrumentations médico-chirurgicales destinés aux structures sanitaires publiques, la fabrication de préparations pharmaceutiques et toute formation en rapport avec son activité* ».

- **1995.** Création de l'Agence nationale pour le développement de la recherche en santé par le décret exécutif 95-40 du 28 janvier. Cet établissement qui a un statut d'EPA est placé sous la double tutelle du ministère chargé de la Recherche et du ministère chargé de la Santé. Création de l'Agence nationale du sang, qui a un statut d'EPA et à laquelle le décret exécutif 95-108 du 9 avril confère la mission de « *l'organisation de la transfusion sanguine, l'élaboration et la proposition de règles de bonne pratique de l'exercice de l'activité transfusionnelle et les normes en matière de contrôle du sang et de ses dérivés* ». Création de l'Agence nationale de documentation en santé. Le décret exécutif du 14 octobre 1995 donne pour mission à cette agence « *la mise à la disposition des personnels et des structures de santé et de tout utilisateur, tout document, ouvrage, publication, information et moyens didactiques nécessaires à leur formation et leur information* ». Elle est de plus le support et le gestionnaire du réseau « Santé Algérie ». Réalisation de l'enquête à indicateurs multiples sur la mortalité infantile (MICS 1) commanditée par l'Unicef et organisée par la direction de la prévention du ministère de la Santé et de la Population⁽³¹⁾.

- **1996.** Création par décret de cinq régions sanitaires (Centre, Est, Ouest, Sud-Est et Sud-Ouest), de cinq conseils régionaux et de cinq observatoires régionaux de la santé, institutions déconcentrées de l'Institut national de la santé publique. Création de l'Institut national de pédagogie et de formation paramédicale par le décret exécutif 96-148 du 27 avril. Cet établissement à statut d'EPA a pour mission :

- de mettre à la disposition des établissements de formation paramédicale tous supports et méthodes en vue de l'amélioration de la formation ;
- de concevoir, élaborer, évaluer et proposer les programmes de formation paramédicale ;
- d'organiser et de contrôler les examens et concours pour l'accès aux établissements de formation paramédicale et l'obtention des diplômes ;
- de suivre et d'évaluer la qualité de la formation dispensée ;
- d'initier et de développer la recherche en pédagogie pour l'enseignement des techniques paramédicales ;
- de participer à la formation et à l'encadrement des personnels enseignants, d'encadrement pédagogique et de contrôle pédagogique ;
- de contribuer à toute action de perfectionnement et de formation continue des personnels enseignants des établissements de formation paramédicale ;
- d'entreprendre toute étude en rapport avec ses missions.

Modification de l'article 65 de la loi 83-11, par l'ordonnance 96-17 du 6 juillet, qui stipule dans sa nouvelle rédaction que « *les frais de soins et de séjour dans*

31. Ministère de la Santé et de la Population, direction de la prévention. *Enquête de la mi-décade*. Alger, 1995.

les structures sanitaires publiques sont pris en charge sur la base de conventions conclues entre les organismes de sécurité sociale et les établissements de santé concernés». Jusqu'à aujourd'hui, cependant, la participation de la sécurité sociale au budget des établissements publics de soins est restée forfaitaire. Des groupes de travail auxquels participent les ministères chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et de la Solidarité cherchent à trouver une solution au problème de la contractualisation, mais, jusqu'à présent, les modalités de l'établissement du budget de la santé n'ont pas été fondamentalement modifiées.

- **1997.** Création de cinq régions sanitaires (Centre, Est, Ouest, Sud-Est et Sud-Ouest) par le décret 97-262 du 14 juillet. Ce décret crée également les conseils régionaux qui ont pour mission de coordonner les interventions sanitaires avec les autres secteurs d'activité du pays ; les régions sanitaires s'appuient sur cinq observatoires régionaux qui sont des antennes de l'Institut national de la santé publique. Décret redéfinissant l'organisation du système de santé et modifiant l'assiette territoriale des CHU. Ce décret 97-457 du 2 décembre fixe le statut des CHU, définit leur composition et les place sous la tutelle administrative du ministère de la Santé et de la Population et sous la tutelle pédagogique du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique.

- **1998.** Création du Centre national de pharmacovigilance et de matériovigilance. Le décret exécutif 98-192 du 3 juin donne pour mission à cet EPA :
 - la surveillance des actions secondaires indésirables dues à l'usage des médicaments mis sur le marché et des incidents ou risques d'incidents résultant de l'utilisation de dispositifs médicaux ;
 - la réalisation de toute étude ou travaux concernant la sécurité d'emploi des médicaments et des dispositifs médicaux lors d'administrations et usages divers pour accomplir des actes prophylactiques, diagnostics et thérapeutiques.

Création du Centre national de toxicologie. Créé par le décret exécutif 98-188 du 2 juin, ce centre a pour missions :

- la recherche, identification et dosage des substances toxiques ;
- la réponse à l'urgence toxicologique ;
- la mesure des indices biologiques d'exposition et d'intoxication ;
- l'élaboration de règles de bonnes pratiques de laboratoire et des normes techniques d'analyse toxicologique ;
- le recueil et traitement des informations relatives à la toxicologie et aux intoxications ainsi que l'expertise toxicologique médico-légale ;
- le recensement des risques toxicologiques majeurs.

Tenue des Assises nationales de la santé.

- **1999.** Mise en place d'une commission chargée d'élaborer un nouveau projet de loi sanitaire. Amendement de la loi 85-05 instaurant le plein-temps aménagé. Cet amendement a permis aux professeurs chefs de services astreints au temps plein dans les structures hospitalo-universitaires d'exercer une activité complémentaire au sein des structures privées. Réalisation de l'enquête nationale sur la mortalité maternelle effectuée par l'Institut national de santé publique⁽³²⁾.

- **2000.** Réalisation de l'enquête à indicateurs multiples sur la mortalité infantile (MICS 2) commanditée par l'Unicef et organisée par la direction de la prévention du ministère de la Santé et de la Population.

- **2001.** Installation du Conseil national de la réforme hospitalière qui dépose un rapport d'étape en décembre 2002, puis, son rapport final en octo-

32. Ministère de la Santé et de la Population, Office national des statistiques, Ligue des États arabes, *Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant. Rapport principal*. Imprimerie ONS, Alger.

bre 2003. Mise en place d'une commission sur les comptes nationaux de la santé qui remet son rapport en 2003⁽³³⁾.

- 2002. Enquête nationale sur la santé de la famille, réalisée par la direction de la population du ministère de la Santé et de la Population. Organisation de la seconde conférence régionale africaine sur la préparation de la convention cadre de lutte contre le tabac.
- 2002, 2003 et 2004. Publication d'un document « annuel » intitulé *La santé des Algériennes et des Algériens*⁽³⁴⁾.
- 2003. Dépôt du projet de loi sanitaire. Ce projet est largement débattu mais il ne sera jamais soumis à l'assemblée nationale. Dépôt du rapport final de la commission nationale de la réforme hospitalière.

La période de 2004 à 2011

CETTE PÉRIODE A ÉTÉ CARACTÉRISÉE par une nette amélioration des ressources du secteur de la santé, ce qui s'est traduit par une augmentation des allocations budgétaires, aussi bien en termes de budgets de fonctionnement que de budget d'équipement, du fait de la rente pétrolière et en dépit des crises financières mondiales. Nous avons de nouveau assisté à des constructions de structures hospitalières et à des investissements en matériel, notamment dans l'imagerie médicale. Nous nous retrouvons confrontés aux mêmes problèmes que ceux déjà vécus dans les premières années de la décennie 80. Parallèlement, un programme de réduction des transferts pour soins à l'étranger qui avait été initié dès le début des années 90 a été mis en place sur une nouvelle période de quatre ans à partir de 2006.

Durant cette période, des dispositions réglementaires ont été prises, aussi bien dans le domaine de l'organisation du système de santé, que de celui du médicament.

- 2007. Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai portant réorganisation des structures de santé et créant des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP). Ce décret qui a consacré la séparation de la gestion des structures hospitalières et des structures dites *périphériques* était motivé par la volonté de promouvoir une santé de proximité. En fait, il a contribué à faire disparaître la notion de *bassin de population* en poussant vers un éclatement du système de santé, déjà pénalisé par une absence de coordination entre les secteurs public et privé. Absence de coordination qui avait été maintes fois signalé dans les rapports concernant la réforme hospitalière.
- 2008. Amendement de la loi 85-05 le 20 juillet portant création de l'Agence nationale des produits pharmaceutiques. Cependant, le décret de création de l'agence prévu par cet amendement n'a toujours pas été promulgué.
- 2009. Prise de mesures incitatives encourageant la dispensation des produits génériques ainsi que des produits pharmaceutiques fabriqués localement. Ainsi, le décret exécutif 09-396 du 24 novembre prévoit dans ses articles 26 et 27 :
 - article 26 : *L'organisme de sécurité sociale s'engage, dans le cadre de la promotion du médicament générique, à verser à l'officine pharmaceutique un montant forfaitaire égal à 15 DA pour chaque médicament princeps prescrit auquel le pharmacien substitue un générique et ce, quelque soit le conditionnement servi pour ce médicament ;*
 - article 27 : *L'organisme de sécurité sociale s'engage à verser une majoration du montant de l'ordonnance lorsque le pharmacien dispense, pour l'in-*

33. Ministère de la Santé et de la Population, direction de la prévention. *Enquête de la mi-décade*. Alger, 1995.

34. Ministère de la Santé et de la Population, direction de la prévention. *Enquête de la mi-décade*. Alger, 1995.

tégralité des médicaments prescrits, des produits dont les prix sont inférieurs ou égaux aux tarifs de référence. Cette majoration est portée à 20 % en cas de produits fabriqués au niveau national.

- **2010.** Installation d'une commission mandatée en vue de l'élaboration d'une nouvelle loi sanitaire. Ce projet de loi a été remis au ministre de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière par la commission en janvier 2011. Installation d'une commission de refonte de la prévention médico-sanitaire. Le premier rapport de cette commission a été remis au ministre de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière en février 2011⁽¹³⁾. Installation d'une commission de réforme de l'enseignement paramédical. Le rapport de cette commission a été remis au ministre de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière en février 2011. Installation d'une commission en vue de l'élaboration d'une nouvelle carte sanitaire. Les travaux de cette commission se poursuivent.
- **2011.** Adoption par le ministère de la Santé d'un *plan national cancer*.

Nous venons d'énumérer les différentes étapes qu'a franchies le système de santé algérien. Ainsi que nous le verrons dans les chapitres suivants, il est incontestable que des progrès ont été accomplis. Nous verrons cependant, également, que le système reste confronté à des défis importants.

Évolution du contexte démographique et socioéconomique

LA DYNAMIQUE DÉMOGRAPHIQUE d'une population constitue un déterminant essentiel de son état de santé. Nous allons, dans ce second chapitre, envisager successivement la façon dont cette dynamique s'est effectuée en Algérie, puis nous présenterons l'évolution des indicateurs macroéconomiques et sociaux liés au système de santé.

Démographie

TROIS FACTEURS DÉTERMINENT la dynamique démographique d'une population : les naissances, les décès et les migrations. En Algérie, le système de l'état civil est performant, et la natalité et la mortalité font l'objet d'une observation continue à travers l'enregistrement des naissances et des décès. En revanche, pour les migrations, il n'existe actuellement aucune source exploitable, les données collectées à une époque par l'Office national des statistiques auprès des services de la police des frontières n'étant plus disponibles⁽¹⁴⁾.

Évolution de la population totale, des naissances et des décès : en près de quarante ans, la population algérienne a pratiquement triplé.

TABLEAU 18 Évolution de la population résidente (milliers d'habitants)

	1966	1977	1987	1998	2008
Population totale	12 096	16 064	22 881	29 272	34 745
- masculine	6 073	7 992	11 574	14 801	17 577
- féminine	6 023	8 072	11 308	14 171	17 168

Source : Recensements

Le **TABLEAU 18** montre bien que la population algérienne a augmenté de façon importante au fil du temps, mais il faut noter que son taux de croissance s'est progressivement réduit.

13. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière. Commission de la refonte de la prévention médico-sanitaire. *Rapport d'activités et perspectives*. Février, 2011.

14. Conseil national économique et social. Comité *ad hoc* « dynamique démographique et besoins sociaux ». *Rapport annuel 2009, 2 juin 2010*.

TABLEAU 19 Évolution du taux naturel d'accroissement

-	1966-1976	1977-1986	1987-1997	1998-2008
Taux d'accroissement (%)	3,21	3,08	2,28	1,72

Cette réduction du taux naturel d'accroissement est cependant, interrompue depuis 2001, année à partir de laquelle le nombre des naissances, qui était en régression pendant les années quatre-vingt-dix, a ré-augmenté.

TABLEAU 20 Augmentation de l'accroissement naturel

	2004	2005	2006	2007	2008
Population (milliers)	32 364	32 906	33 481	34 096	34 745
Accroissement naturel (milliers)	528	556	595	634	663
Taux d'accroissement naturel (%)	1,63	1,69	1,78	1,86	1,91

Cette augmentation du nombre de naissances est lié au fait que le nombre de mariages a lui aussi considérablement augmenté (158 298 mariages en 1998 pour 331 190 en 2008). De plus, ainsi que le montre le **TABLEAU 21**, le nombre de décès s'est stabilisé.

TABLEAU 21 Évolution des naissances et des décès (milliers)

	Naissances vivantes	Décès	Excédent naturel
1970	603	137	466
1975	667	156	512
1980	761	143	618
1985	845	138	707
1990	775	151	624
1995	711	180	531
2000	600	166	434
2005	703	147	556
2006	739	144	595
2007	783	149	634
2008	817	153	664
2009	849	159	690
2010	879	157	722

Source : Office national des statistiques

Évolution de l'âge au mariage : cette dynamique démographique est également liée à un recul de l'âge au mariage, aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

TABLEAU 22 Évolution de l'âge moyen au premier mariage (années)

	1966	1977	1987	1998	2002	2006	2008
Femmes	18,3	20,9	23,7	27,6	29,6	29,9	29,3
Hommes	23,8	25,3	27,7	31,3	33,0	33,5	33,0

Ce recul de l'âge au mariage chez la femme coïncide avec une baisse de l'indice synthétique de taux de fécondité qui est passé de 8,1 en 1970 à 2,3 en 2006 (en 1970, il était de 7,3 en milieu urbain et de 8,5 en milieu rural et, en 2006, de 2,2 en milieu urbain et de 2,4, en milieu rural).

Répartition de la population par tranches d'âge : les chiffres dont nous disposons sont variables du fait du découpage des tranches d'âge. Les données que nous avons pu recueillir figurent au **TABLEAU 23** pour celles issues des différents recensements.

TABLEAU 23 Répartition de la population par tranche d'âge (%)

	1966	1987	1998	2008
0-19 ans	58,25	54,74	48,24	38,84
20-64 ans	38,75	41,31	47,30	55,83
65 ans et plus	3,00	3,95	4,46	5,33
Total	100	100	100	100

Sources : Recensements

Pour le **TABLEAU 24**, ces données proviennent du rapport sur le développement humain élaboré pour l'année 2008 par le Conseil national économique et social⁽¹⁵⁾.

TABLEAU 24 Répartition par tranche d'âge (%)

	1995	1998	1999	2000	2004	2006	2008
0 à 4 ans	13,43	10,89	10,35	9,85	9,07	9,41	10,00
5 à 14 ans	25,62	25,33	24,73	24,06	20,70	18,97	18,00
15 à 59 ans	54,99	57,19	58,25	59,36	63,08	64,29	64,40
60 ans et plus	5,96	6,60	6,67	6,72	7,15	7,33	7,60
Total	100	100	100	100	100	100	100

Source : CNES

En fait, les conclusions que l'on peut tirer de ces deux tableaux sont pratiquement identiques : dans les années à venir, la pression s'exercera sur l'emploi et également sur la santé des personnes âgées. Cependant, une attention spéciale devra être accordée aux enfants et aux mères. En effet, la forte progression du nombre des naissances enregistrée ces dernières années va avoir une incidence en ce qui concerne la périnatalité, aussi bien dans le domaine de la surveillance des grossesses que de la prise en charge des nouveaux nés, que des soins aux mères, et ceci d'autant plus que le nombre de femmes en âge de procréer qui était de près de 2,5 millions en 1966 a atteint 9,9 millions en 2008 et dépassera les 11 millions en 2020.

TABLEAU 25 Évolution du nombre de femmes en âge de procréer (milliers)

	1966	1977	1987	1998	2008
15-49 ans	2 298	3 153	4 725	6 991	9 900

Source : ONS et CNES

Espérance de vie à la naissance : ainsi que nous pouvons le constater au **TABLEAU 26**, l'espérance de vie à la naissance s'est considérablement améliorée depuis 1970⁽¹⁶⁾.

TABLEAU 26 Évolution de l'espérance de vie à la naissance

	Hommes	Femmes	Ensemble
1970	52,6	52,8	52,6
1980	55,9	58,8	57,4
1991	66,9	67,8	67,7
2000	71,5	73,4	72,5
2004	73,9	75,8	74,8
2005	73,6	75,6	74,6
2006	74,7	76,8	75,7
2007	74,7	76,8	75,7
2008	74,9	76,6	75,7

La tendance universelle de la longévité féminine reste confirmée, avec un écart cependant modeste de 1,7 année.

Projections de population à l'horizon 2015 : ces projections ont été établies par le comité *ad hoc* du CNES *dynamique démographique et besoins sociaux*. Les experts se sont basés sur les données concernant la structure de la popu-

15. Conseil national économique et social en coopération avec le programme des Nations unies pour le développement. *Rapport national sur le développement humain*. Algérie, 2008.

16. ONS, Démographie algérienne 2007, *Données statistiques*, n° 499. ONS, Démographie algérienne 2008, *Données statistiques*, n° 520. ONS, *Rétrospective statistique 1970-2002*, édition 2005.

lation en 2008, sur la table de mortalité abrégée du moment par sexe de l'année 2008 et sur la fécondité du moment estimée des femmes en âge de procréer en 2008. Il n'a pas été tenu compte des phénomènes migratoires, faute de données disponibles. En ce qui concerne la mortalité, l'hypothèse qui a été retenue a été qu'elle ne subirait pas de variations majeures. En revanche, pour la fécondité, deux hypothèses ont été retenues : une hypothèse H1, qui paraît la plus probable et qui prévoit jusqu'à 2015 une augmentation de 3 % du nombre des naissances par année. L'hypothèse H2 quant à elle est basée sur l'analyse de la tendance à la baisse de la fécondité durant la dernière période intercensitaire, le rythme annuel de baisse étant de 0,025 enfant par femme. Le **TABLEAU 27** présente la répartition par âge de la population en fonction des deux hypothèses :

TABLEAU 27 Évolution de la répartition de la population par tranche d'âge selon les hypothèses H1 et H2 (%)

	Hypothèse	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Moins de 15 ans	H1	27,8	27,6	27,6	27,7	27,9	28,2	28,6
	H2	27,8	27,6	27,5	27,4	27,5	27,6	27,7
15-59 ans	H1	64,6	64,6	64,5	64,2	63,8	63,2	62,7
	H2	64,6	64,7	64,6	64,4	64,1	63,8	63,4
Plus de 60 ans	H1	7,6	7,7	7,9	8,1	8,3	8,5	8,7
	H2	7,6	7,8	7,9	8,2	8,4	8,6	8,8
Total		100	100	100	100	100	100	100

Le **TABLEAU 28** représente le rythme d'évolution annuel des groupes d'âge en fonction des hypothèses qui ont été avancées.

TABLEAU 28

	Hypothèses	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15
Moins de 20 ans	H1	0,5	0,8	1,2	1,5	1,8	2,1
	H2	0,4	0,5	0,7	0,8	1,0	1,1
20-59 ans	H1	2,7	2,5	2,3	2,1	2,0	1,8
	H2	2,7	2,5	2,3	2,1	2,0	1,8
60 ans et plus	H1	4,3	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5
	H2	4,3	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5

Évolution des indicateurs macroéconomiques et sociaux liés au système de santé

« L'INDICE DE DÉVELOPPEMENT humain est devenu le principal référent au niveau international pour mesurer les efforts déployés par chaque pays pour améliorer le niveau de vie, la santé et l'éducation de ces populations. » C'est par cette phrase que débute le rapport national algérien sur le développement humain pour l'année 2008 et c'est de ce rapport que nous avons extrait les informations concernant ces différents indicateurs. Nous envisagerons successivement les aspects concernant l'évolution de l'indice de développement humain (IDH) et de ses trois composantes, l'indice d'espérance de vie à la naissance, l'indice du niveau d'instruction et l'indice du PIB en parité de pouvoir d'achat, puis la situation du chômage et de l'emploi et enfin, l'évolution des indices associés (indice de pauvreté humaine, indice sexo-spécifique de développement humain, et indice de participation des femmes).

Évolution de l'indice de développement humain : le **TABLEAU 29** illustre l'évolution de l'IDH et de ses trois composantes entre 2006 et 2008.

TABEAU 29 Évolution de l'IDH et de ses composantes

	2006	2007	2008
Indice de l'espérance de vie à la naissance	0,845	0,845	0,845
Indice du niveau d'instruction	0,715	0,730	0,746
Indice du PIB	0,719	0,728	0,746
Indice du développement humain	0,760	0,768	0,779

On remarquera que l'indice de l'espérance de vie à la naissance n'a pas évolué sur ces trois années, ce qui renvoie aux difficultés rencontrées aujourd'hui pour progresser dans la réduction de la mortalité infanto-juvénile et, plus particulièrement, de la mortalité néonatale, ainsi que nous le verrons dans la partie réservée à la morbidité et à la mortalité.

L'indice du niveau d'instruction (INI) a progressé. Il est calculé en prenant en considération le taux brut de scolarisation combinée de la population âgée de 6 à 24 ans, ainsi que le taux d'alphabétisation des adultes analphabètes âgés de 15 à 24 ans et le taux des personnes analphabètes âgées de 35 ans et plus. L'INI a progressé de 4,33 % entre 2006 et 2008 mais on constate des inégalités selon le genre ainsi que le montre le **TABEAU 30**.

TABEAU 30 Évolution de l'indice du niveau d'instruction

	2006	2007	2008
Masculin	0,771	0,783	0,796
Féminin	0,659	0,676	0,696
Ensemble	0,715	0,730	0,746

L'indice du produit intérieur brut par habitant en parité de pouvoir d'achat a lui aussi progressé sur ces trois années, alors que le niveau moyen de l'indice entre 2000 et 2006 était de 0,697. Ainsi que le montre le **TABEAU 31**, le PIB par habitant a augmenté régulièrement à partir de l'année 2000.

TABEAU 31 Évolution du PIB par habitant de 1990 à 2008 (dollars US)

1990	1995	2000	2005	2007	2008
1 636	1 470	1 790	3 105	3 936	5 034

En parité de pouvoir d'achat, il est passé de 7 416 dollars en 2006, à 8 738 dollars en 2008. Ces chiffres ne doivent pas nous faire oublier que l'embellie financière est directement liée au cours des hydrocarbures.

La situation du chômage et de l'emploi : en 2000, le taux de chômage était évalué à 29,5 %. Du fait de la croissance notamment enregistrée dans les secteurs du bâtiment, des travaux publics et de l'habitat (BTPH) il a régulièrement régressé pour atteindre 11,5 % en 2008. Ces chiffres encourageants ne doivent pas nous faire perdre de vue que, comme nous l'avons constaté dans le domaine de la démographie, la population en âge de travailler est passée de 59 % en 1998 à 67 % en 2008 et qu'elle continuera de croître jusqu'à l'horizon 2020. En 2008, la population occupée s'élève à 9 146 000 personnes qui sont essentiellement concentrées dans les services (56,6 %) et le BTPH (17,2 %), devant l'agriculture (13,7 %) et l'industrie (12,5 %).

Les indices associés : avec le rapport national sur le développement humain, nous disposons de chiffres pour ces trois indices :

- L'indice de pauvreté humaine est calculé sur la base de quatre paramètres qui sont : la probabilité de décéder avant l'âge de quarante ans, le taux

d'analphabétisme des adultes, la population ayant accès à l'eau potable, la proportion d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale.

Le **TABLEAU 32** rend compte de l'évolution de cet indice.

TABLEAU 32 Évolution de l'indice de pauvreté humaine

Paramètres	2006	2007	2008
Probabilité de décéder avant quarante ans	6,03	5,83	5,71
Analphabétisme des adultes	27,20	26,16	24,60
Pas d'accès à l'eau potable	0,05	0,05	0,05
Enfants de moins de cinq ans avec une insuffisance pondérale	3,07	3,07	3,07
Indice de pauvreté humaine	18,95	18,21	17,16

- L'indice sexo-spécifique de développement humain (ISDH) couvre trois domaines qui sont l'indice d'égalité de la répartition pour l'espérance de vie, l'indice d'égalité de la répartition du niveau d'instruction et l'indice d'égalité de la répartition du revenu. Le **TABLEAU 33** montre la tendance de la réduction des inégalités liées au genre.

TABLEAU 33 Évolution de l'ISDH

Paramètres	2006	2007	2008
Indice d'égalité de la répartition pour l'espérance de vie	0,844	0,845	0,845
Indice d'égalité de la répartition du niveau d'instruction	0,711	0,724	0,743
Indice d'égalité de la répartition du revenu	0,621	0,626	0,646
ISDH	0,725	0,732	0,745

- L'indice de participation de la femme est le dernier des indices associés. Le rapport du CNES est sans équivoque à ce sujet : « *Les données recueillies à ce titre montrent que la place réelle de la femme dans la responsabilité économique et politique reste réduite, si l'on se réfère d'une part, aux dispositions de la Constitution et aux différentes lois en découlant et, d'autre part, aux objectifs visés par les programmes nationaux de développement économique et social de façon plus générale* ».

Au terme de ce survol des données concernant la dynamique démographique d'une part et les indicateurs socioéconomiques ayant une relation étroite avec l'état de santé de la population d'autre part, on retient l'originalité de la situation en ce qui concerne la dynamique démographique et le fait que, dans les prochaines années, le pays sera confronté à des défis liés à l'augmentation de la population des femmes en âge de procréer, à l'augmentation des grossesses et des naissances, à l'augmentation du groupe de population en âge de travailler et au nombre croissant des personnes âgées. L'analyse des indicateurs macroéconomiques et sociaux liés au système de santé a rappelé par ailleurs la dépendance du pays vis-à-vis de la rente pétrolière.

Évolution de la morbidité et de la mortalité

LE SYSTÈME D'INFORMATION sanitaire étant jusqu'à ce jour un des points faibles du système national de santé, notre connaissance de la morbidité et de la mortalité et de son évolution reste limitée. Dans ce chapitre, nous envisagerons les sources auxquelles il est possible de se référer, puis nous présenterons certaines données sur la morbidité, puis sur la mortalité.

Les sources d'information

AINSI QUE NOUS L'AVONS RAPPELÉ dans notre premier chapitre, l'Institut national de santé publique (INSP) a été une des premières institutions mise en place dans le système de santé algérien. Sa mission était de « *de réaliser les travaux d'études et de recherche en santé publique nécessaires au développement des programmes d'action sanitaire et à la promotion de la santé* ». Ses statuts ont été modifiés en 1993 par le décret exécutif 93-05 qui lui conférait une triple mission de recueil de l'information épidémiologique, de formation des personnels de santé et de recherche. L'INSP enregistre régulièrement les maladies à déclaration obligatoire et ces données sont publiées depuis 1979 par un bulletin épidémiologique, puis depuis 1989, par le « *relevé épidémiologique mensuel* ». L'INSP dispose d'unités spécialisées (registre du cancer, causes de décès...) et il dispose également d'un site internet qui relaie les informations dont il dispose, à des fins de rétro-information. Il faut néanmoins insister sur le fait que cette structure est largement dépendante de la collaboration des structures du terrain, et notamment, des services de médecine et d'épidémiologie préventive (SEMÉP) dont la mission est de recueillir l'information sanitaire sur le terrain et de la transmettre au niveau central.

Une seconde source d'information est constituée par les enquêtes nationales qui sont menées soit par l'INSP sur demande du ministère de la Santé, soit par l'une des directions centrales du ministère de la Santé lui-même (direction de la population, direction de la prévention...). Certaines de ces enquêtes peuvent être réalisées en collaboration avec d'autres structures, telles que l'Office national des statistiques ou, encore, à l'initiative d'agences internationales (OMS, Unicef...).

Une troisième source d'information peut provenir des programmes nationaux de santé. Ces programmes nationaux, dont les premiers ont été mis en place en 1966 et dont le nombre s'est fortement accru au fil des années, sont administrés par une direction centrale du ministère (direction de la population, direction de la prévention) qui désigne un chef de programme et est assistée d'un comité technique. Une grande partie de ces programmes sont régulièrement évalués, ce qui permet d'avoir une certaine connaissance de la morbidité et de la mortalité.

Une quatrième source d'information provient de la direction de la planification du ministère de la Santé qui publie, en principe annuellement, les statistiques sanitaires.

Une cinquième source d'information se situe sur le site de l'Agence nationale pour la documentation en santé (www.ands.dz). Enfin, le ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière dispose d'un site auquel il est possible d'accéder.

Cette brève énumération permet de constater l'état d'éclatement du système d'information sanitaire.

Évolution de la morbidité

AINSI QUE NOUS L'AVONS DIT, nous connaissons mal la morbidité et son évolution, car il n'existe pas de système d'enregistrement systématique de la morbidité, aussi bien en ce qui concerne les causes de consultation que d'hospitalisation. Cependant, il est certain que l'Algérie est en transition épidémiologique, du fait de la régression ou de la disparition de certaines maladies transmissibles (dernier cas de poliomyélite en 1996, plus de diphtérie depuis 2006...). Dans notre pays, ce phénomène a commencé à s'observer

au début des années 80, avec une nette régression des maladies dites *du programme élargi de vaccinations*. Le **TABLEAU 34** illustre ce fait. On constate, en effet, que le nombre des cas de diphtérie et de poliomyélite diminue à partir des années 70 et que ces maladies n'ont pas été déclarées en 2007. Pour ces deux maladies nous avons une situation exemplaire : pour la poliomyélite, le dernier cas dans le pays a été déclaré en 1996 à Djanet. La disparition de cette affection depuis cette date est liée à l'organisation, depuis 1994, de campagnes massives de vaccination contre cette maladie, car le virus de la poliomyélite était un candidat à l'éradication de la maladie comme l'a été la variole en son temps. Actuellement, l'Algérie est entrée dans ce qu'on appelle la phase de certification de l'éradication de la maladie, phase pour laquelle il est nécessaire d'investiguer toutes les paralysies flasques aiguës qui sont des affections pouvant simuler une poliomyélite afin de vérifier qu'il ne s'agit pas d'un cas de poliomyélite. En revanche, pour la diphtérie, l'absence de cas a été obtenue grâce à une bonne couverture vaccinale mais, contrairement au virus de la poliomyélite, l'agent responsable de la maladie, le bacille de Klebs Loeffler, est un germe que l'on ne peut pas éradiquer car il est ubiquitaire, et seule une bonne couverture vaccinale peut protéger d'une réapparition d'épidémies de cette maladie. Il ne faut pas oublier qu'en 1994 et 1995, nous avons enregistré plus de mille cas de diphtérie et de nombreux décès, tout simplement pour avoir manqué de vigilance lors de la constatation de la persistance de quelques cas en 1992. Sur ce tableau, on constate également le nombre de plus en plus faible des cas de tétanos (7 cas de tétanos néonatal et 3 de tétanos de l'adulte en 2007) et la diminution progressive des cas de rougeole. En ce qui concerne les hépatites, la vaccination contre l'hépatite B a été introduite en 2000 chez les jeunes enfants et elle n'est devenue réellement opérationnelle qu'en 2003. L'enquête à indicateurs multiples MICS 3 a montré qu'en 2006, année de l'enquête, la couverture vaccinale pour la troisième prise de vaccin était de 79 %⁽¹⁷⁾. Depuis 2007, le relevé épidémiologique mensuel de l'Institut national de santé publique (REM) a établi une distinction entre l'hépatite A, l'hépatite B et l'hépatite C, alors que jusque là, les hépatites étaient déclarées sans faire cette distinction⁽¹⁸⁾. Cette initiative devrait permettre de mieux évaluer l'efficacité de la vaccination contre l'hépatite B. Il faut également noter que ces dernières années, aucun décès par rougeole n'a été enregistré.

TABLEAU 34 La transition épidémiologique. Évolution des maladies du PEV

	1963	1969	1979	1989	1998	2007
Diphtérie	381	496	73	9	57	0
Tétanos	58	136	37	63	28	10 (7+3)
Coqueluche	591	1 201	81	22	13	47
Poliomyélite	75	228	72	18	0	0
Rougeole	902	3 733	14 973	4 162	3 132	823
Hépatite			6 346	3 078	3 378	3 467
Hépatite B						1 583

Source : Ministère de la Santé et INSP

17. Ministère de la Santé et de la Population, *programme de protection maternelle et infantile et d'espacement des naissances*. Alger, 1975.

18. Ministère de la Santé et de la Population, *programme national de lutte contre la mortalité infantile-juvénile*. Alger, 1984.

19. Institut national de santé publique, *Enquête nationale santé, projet Tahina*, 2005. Alger, novembre 2007.

20. S. Belamri. *Causes médicales de décès*, 2009, Institut national de la santé publique. Avril, 2011.

Cette transition est également objectivée par l'analyse des causes d'hospitalisation. Si nous comparons celles-ci sur la base de l'enquête santé effectuée par l'INSP en 1990⁽¹⁹⁾ et sur la base de l'enquête Tahina effectuée par cette même institution en 2005⁽²⁰⁾, on peut constater que les maladies infectieuses ne figurent plus parmi les premières causes d'hospitalisation et que

les maladies respiratoires viennent aujourd'hui au premier rang de ces causes d'hospitalisation (TABLEAU 35).

TABLEAU 35 La transition épidémiologique. Évolution des causes d'hospitalisation (%)

Causes	1990	2005
Digestives	18,7	12,0
Respiratoires	10,7	13,0
Traumatismes	10,6	8,7
Maladies infectieuses	10,1	6,3
Accouchements compliqués	10,0	11,2
Autres	39,1	48,8
Total	100	100

On notera également à propos de ce tableau que les accouchements compliqués occupent toujours une place préoccupante.

Au total, le constat de cette transition épidémiologique interpelle les personnels de santé à différents titres. Dans un premier rapport présenté en février 2011, la commission de la prévention médico-sanitaire écrit : « Dans certains domaines tels que ceux de la surveillance des grossesses et des accouchements et ceux des maladies chroniques, la frontière entre la prévention et les soins ne peut pas être clairement définie, de telle sorte que l'implication des personnels soignants dans le domaine de la prévention devient indispensable ». Ce même rapport insiste sur la coordination entre les secteurs public et privé, ainsi que sur la notion de promotion de la santé dans laquelle les secteurs autres que le secteur de la santé doivent être impliqués.

Les résultats de l'enquête Tahina, effectuée en 2005 dans 4 818 ménages, nous renseignent également sur les causes de consultations médicales survenues dans les 15 jours précédant le passage des enquêteurs pour tous les membres du ménage (TABLEAU 36).

TABLEAU 36 Consultation au sein des ménages selon la cause (%)

Maladies de la peau	2,51
Maladies endocriniennes	3,73
Maladies de l'appareil génito-urinaire	4,36
Maladies infectieuses et parasitaires	4,58
Facteurs influant sur l'état de santé	6,78
Maladies du système ostéo-articulaire	7,18
Maladies de l'appareil circulatoire	8,67
Maladies de l'appareil digestif	9,51
Symptômes, signes et résultats	15,08
Maladies de l'appareil respiratoire	25,33

Elle nous renseigne également sur les pathologies morbides retrouvées par l'interrogatoire chez les sujets âgés de 35 à 70 ans (TABLEAU 37).

TABLEAU 37 Fréquence des états morbides chez l'individu de 35 à 70 ans (%)

Insuffisance rénale	0,25
Cancers	0,34
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	0,58
Dépression	2,02
Ulcère gastro-duodéal	2,88
Dyslipémie	3,21
Pathologie cardiovasculaire	3,69
Asthme	3,75
Diabète	8,78
Hypertension artérielle	16,23

En ce qui concerne la morbidité chez les enfants de moins de cinq ans, l'enquête à indicateurs multiples MICS 3⁽²¹⁾, faite en 2006, a montré que dans les quinze jours ayant précédé l'enquête 8,8 % des enfants avaient consulté pour diarrhée et 6,9 % avaient consulté pour infection respiratoire.

TABLEAU 38 Enfants de moins de cinq ans ayant consulté pour diarrhée ou infection respiratoire aiguë dans les quinze jours précédant l'enquête (%)

	Diarrhée	Infection respiratoire aiguë
Filles	8,6	5,2
Garçons	9,0	6,9
Ensemble	8,8	6,1

Il faut noter, par ailleurs, que chez les enfants également la transition épidémiologique se manifeste avec l'apparition de cas de diabète chez des enfants de plus en plus jeunes et avec l'augmentation du nombre de cas d'allergie respiratoire.

Évolution de la mortalité

NOUS ENVISAGERONS SUCCESSIVEMENT l'évolution de la mortalité générale, puis l'évolution de la mortalité infanto-juvénile et l'évolution de la mortalité maternelle.

Évolution de la mortalité générale : le **TABLEAU 21** qui rapporte les naissances et les décès depuis 1970 montre bien que le nombre de décès enregistrés depuis cette date n'a pas varié de façon importante, alors que la population a pratiquement triplé. Cela explique que le taux brut de mortalité (TBM) qui dépassait les 15 ‰ dans les années soixante, se stabilise actuellement autour de 4,5 ‰ ainsi que le montre le **TABLEAU 39**.

TABLEAU 39 Évolution de la mortalité générale et du taux brut de mortalité

	2005	2006	2007	2008	2009
Décès (milliers)	147	144	149	153	159
Taux brut de mortalité (‰)	4,47	4,30	4,38	4,42	4,51

Données de l'enquête Tahina : en ce qui concerne les causes de ces décès, nous disposons d'une étude faite par l'INSP dans le cadre de l'enquête Tahina⁽²²⁾. Cette étude s'est déroulée en 2002, dans un échantillon de 12 wilayas (départements) choisies en tenant compte du découpage géographique du pays (Tell, Hauts plateaux et Sud), du découpage selon les cinq régions sanitaires et de la taille de la population.

Les causes de décès ont été réparties en groupes de maladies selon deux classifications : la classification CIM 10 utilisée par l'OMS, et la classification GBD (*global burden disease*) utilisée par la Banque mondiale.

Les résultats de l'étude ont été les suivants : 13 358 décès ont été enregistrés.

TABLEAU 40 Répartition des décès par sexe

	Effectif	%
Masculin	7 479	56
Féminin	5 879	44
Ensemble	13 358	100

Il existe un sexe ratio de 1,27 et la différence est significative.

21. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière. *Suivi de la situation des enfants et des femmes. Enquête nationale à indicateurs multiples, rapport principal*. Décembre 2008.

22. Institut national de santé publique, *analyse des causes de décès, projet Tahina*.

TABLEAU 41 Répartition des décès par tranche d'âge

	Effectif	%
0-4 ans	3 167	23,7
5-14 ans	363	2,7
15-29 ans	805	6,0
30-44 ans	971	7,3
45-59 ans	1 268	9,3
60-69 ans	1 615	12,1
70 ans et plus	5 169	38,7
Total	13 358	100

On constate le phénomène classique qui veut que les proportions de décès les plus importantes surviennent aux âges extrêmes.

TABLEAU 42 Répartition des causes de décès par groupes de maladies

(selon la classification CIM 10)

Chapitre	Groupe de maladies	Effectifs	%
I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	511	3,8
II	Tumeurs	1 269	9,5
III	Maladies du sang et certains troubles immunitaires	88	0,7
IV	Maladies endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	771	5,8
V	Troubles mentaux et du comportement	55	0,4
VI	Maladies du système nerveux	185	1,4
VII	Maladies de l'œil et de ses annexes	1	0
VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1	0
IX	Maladies de l'appareil circulatoire	3 485	26,1
X	Maladies de l'appareil respiratoire	911	6,8
XI	Maladies de l'appareil digestif	404	3,0
XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	13	0,1
XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, muscle et tissu conjonctif	27	0,2
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	346	2,6
XV	Grossesse, accouchement, et puerpéralité	68	0,5
XVI	Affections périnatales	1 810	13,5
XVII	Malformations congénitales	348	2,6
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens	1 727	12,9
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnement et certaines causes externes	192	1,4
XX	Causes externes de morbidité et de mortalité	1 146	8,6
Total		13 358	100

On constate sur ce tableau que les quatre premières causes de décès sont les maladies cardio-vasculaires (26,1 %), les affections périnatales (13,5 %), les cancers (9,5 %) et les traumatismes (8,6 %).

TABLEAU 43 Les dix premières causes de décès (selon la classification GBD)

	Effectifs	%
Affections périnatales	1 810	13,5
Maladies cérébro-vasculaires	1 006	7,5
Cardiopathies hypertensives	876	6,6
Diabète sucré	582	4,4
Traumatismes non intentionnels	568	4,3
Cardiopathies ischémiques	339	2,5
Infections des voies respiratoires inférieures	304	2,3
Maladies de l'appareil uro-génital	284	2,1
Asthme	197	1,5
Maladies diarrhéiques	174	1,3
Autres causes	7 218	54,0
Toutes causes	13 358	100

Données de l'unité de déclaration des causes de décès de l'INSP : nous disposons également des données recueillies par l'unité de l'Institut national de la santé publique qui analyse les causes de décès. Les praticiens ayant constaté le décès, transmettent le certificat décès à l'état civil. Une partie confidentielle de ce certificat, qui concerne les causes du décès, est censée parvenir à l'INSP ; l'autre partie, portant sur le constat de décès sera exploité par la suite par l'ONS pour élaborer son bulletin annuel sur la démographie algérienne à travers les données de l'état civil. Lors de la parvenue de la partie confidentielle du certificat concernant la cause du décès à l'INSP, celui-ci procède de son côté, au niveau de l'unité consacrée à l'étude des causes de décès, à l'analyse de cette information, ainsi qu'à sa codification et sa classification selon les normes internationales établies par l'OMS (CIM 10). En fait, ce circuit qui a été prévu réglementairement dès 1993 n'est pas toujours respecté et l'unité de déclaration des décès n'est pas en mesure d'analyser les causes de tous les décès, ainsi qu'en témoigne le **TABLEAU 44**.

TABLEAU 44 Déclarations des causes de décès, années 2004 à 2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Certificats parvenus à l'unité d'analyse des décès de l'INSP	32 260	40 199	45 831	50 470	57 097	64 198
Nombre de décès enregistrés à l'ONS	129 390	136 380	132 457	138 256	141 121	146 099
Certificats réceptionnés à l'INSP (%)	24,9	29,4	34,6	36,5	40,5	43,9

Par ailleurs, en dépit des nombreuses formations qui ont été dispensées, plusieurs de ces certificats ne sont pas exploitables, les causes de décès étant mal définies.

TABLEAU 45 Pourcentage de causes mal définies dans les certificats de décès

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Certificats parvenus à l'unité d'analyse des décès de l'INSP	32 260	40 199	45 831	50 470	57 097	64 198
Certificats inexploitables (causes de décès mal définies)	13 112	11 294	10 445	11 486	13 992	16 051
Certificats exploitables (%)	59,4	72,0	77,2	77,2	75,5	75,0

En 2008, les causes de décès les plus fréquentes étaient les maladies de l'appareil circulatoire (21 %), les affections de la période périnatale (16,4 %), les tumeurs (7,9 %), les maladies de l'appareil respiratoire (5,4 %) et les maladies endocriniennes (5,3 %). En 2009, on retrouve le même classement avec des pourcentages pratiquement identiques : maladies de l'appareil circulatoire (21,8 %), les affections de la période périnatale (16,3 %), les tumeurs (8,2 %), les maladies de l'appareil respiratoire (6 %) et les maladies endocriniennes (5,3 %).

Évolution de la mortalité infanto-juvénile : nous allons présenter successivement les données concernant l'évolution du taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) entre 1990 et 2009, puis nous analyserons cette évolution pour les différents groupes d'âge, c'est-à-dire, le groupe des nouveaux nés âgés de 0 à 27 jours révolus, le groupe des nourrissons âgés de 28 à 365 jours révolus et, enfin, le groupe des jeunes enfants âgés de un à quatre ans révolus. Chemin faisant, nous aborderons, pour chacun de ces groupes, les causes de ces décès.

Peu de sources nous indiquent, en Algérie, le taux de mortalité infanto-juvénile. Certes, l'Office national des statistiques (ONS) dans ses publications consacrées à la démographie donne un certain nombre d'informations (données démographiques, publication annuelle) et de la même façon, les différentes organisations internationales publient ces taux dans leurs rapports annuels. Force est de constater une discordance existant entre les taux donnés par l'ONS et ceux donnés par les agences internationales ; il faut également souligner la faible place qu'occupe en Algérie un indicateur aussi important que le TMM5, aussi bien en termes de communication qu'en termes d'évaluation des programmes nationaux de santé. Les **TABLEAUX 46** et **47** présentent l'évolution du TMM5 en Algérie, selon les données de l'ONS et selon les données des agences internationales.

TABLEAU 46 Évolution du TMM5 en Algérie (%)

	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Mortalité infanto-juvénile	76,0	49,2	40,2	35,5	31,0	29,9	29,1
Mortalité infantile	57,8	36,9	29,7	26,9	26,2	25,5	24,8

Source : État civil, ONS

On constate la nette décroissance du TMM5 et du taux de mortalité infantile depuis le début des années 1990, bien que ce taux reste encore élevé si on le compare aux taux des pays développés.

TABLEAU 47 Évolution du TMM5 en Algérie. Décès pour 1 000 naissances vivantes. Total.

	Taux de mortalité infantile (TMI)	Taux de mortalité infanto-juvénile (TMM5)
1990	54	69
1995	43	53
2000	37	44
2005	34	39
2006	33	38

Sources : Agences internationales, UNSD MDG 2008

Le problème des raisons de ces discordances dans les chiffres a été soulevé à l'occasion des réunions de préparation par le CNES du rapport sur le développement humain, mais jusqu'à présent, aucune explication n'a pu être donnée pour comprendre ces différences.

Évolution de la mortalité périnatale et de la mortalité néonatale tardive : les chiffres précis concernant la mortalité périnatale sont difficiles à obtenir car les publications de l'état civil et de l'Office national des statistiques se limitent au nombre des morts nés et aux décès des enfants nés vivants de moins de un an ainsi qu'ils figurent dans les tableaux qui suivent pour les cinq dernières années. Cependant, dans le cadre du rapport d'évaluation du programme de périnatalité pour l'année 2007, le MSPRH (direction de la prévention, sous-direction de la santé de la mère et de l'enfant) a colligé 639 466 naissances vivantes pour 783 236 déclarées à l'état civil, soit 81,6 % des naissances. Il faut cependant souligner que sur les 783 236 naissances vivantes déclarées à l'état civil, 5 % d'entre elles surviennent à domicile. Les taux de mortalité néonatale précoce, de mortalité néonatale tardive, de mortinatalité et de mortalité périnatale étaient respectivement dans ce rapport de 18,68 ‰, 14,34 ‰, 2,20 ‰, et 32,75 ‰ ainsi que le montre le **TABLEAU 48**. On constatera sur le même tableau que le taux de mortinatalité publié par l'ONS est de 21,42 ‰.

TABLEAU 48 Mortalité périnatale et néonatale tardive. 2007

Sources	Naissances vivantes	Morts nés	Décès 0-6 jours	Décès 7-28 jours
MSPRH	639 466	12 173 (18,68 ‰)	9 168 (14,34 ‰)	1 407 (2,2 ‰)
ONS	783 236	17 150 (21,42 ‰)		

En ce qui concerne les causes de la mortalité néonatale, nous ne disposons que des données fournies par l'unité d'analyse des décès de l'INSP. Le **TABLEAU 49** présente les données disponibles de l'année 2007.

TABLEAU 49 Causes de décès néonataux (0-6 jours et 7-28 jours). 2007

	Néonatales précoces		Néonatales tardives		Ensemble	
Prématurité	2 677	34,3 %	319	21,7 %	2 996	32,3 %
Asphyxie néonatale	998	12,8 %	120	8,2 %	1 118	12,1 %
Souffrance fœtale	769	9,9 %	000	0,0 %	769	8,3 %
Infection néonatale	631	8,1 %	275	18,7 %	906	9,8 %
Malformation	1 007	12,9 %	212	14,4 %	1 219	13,2 %
Autres causes	1 096	14,1 %	412	28,1 %	1 508	16,3 %
Causes mal définies	617	7,9 %	130	8,9 %	747	8,1 %
Total	7 795	100 %	1 468	100 %	9 263	100 %

On note l'importance des décès par malformations pour lesquelles prédominent les malformations cardiaques puis celles du tube neural.

Évolution de la mortalité post-néonatale : on peut faire, pour la mortalité post-néonatale, les mêmes réserves que celles qui ont été faites, à propos des tranches d'âge, pour la mortalité néonatale. Les données actuelles de l'état civil ne permettent pas de distinguer la mortalité néonatale de la mortalité post-néonatale. On trouve cependant dans le **TABLEAU 50** les données sur l'évolution de la mortalité hospitalière des enfants âgés de 29 à 365 jours révolus.

TABLEAU 50 Évolution de la mortalité hospitalière des enfants de 29 à 365 jours

	2004	2005	2006	2007	2008
Hospitalisés	53 362	56 235	43 054	68 742	64 582
Décédés	1 937	1 746	1 312	1 890	1 805
Mortalité	36,30 ‰	31,05 ‰	30,47 ‰	28,80 ‰	27,95 ‰

Source : MSPRH direction de la prévention

En ce qui concerne les causes de mortalité post-néonatale, si nous nous basons sur l'analyse des certificats de décès de l'année 2007 parvenus à l'INSP (2 077 certificats concernaient les enfants âgés de 29 à 365 jours 1 130 garçons, 939 filles, et 8 certificats sans précision concernant le sexe) analyse résumée dans le **TABLEAU 51**.

TABLEAU 51 Causes de mortalité post-néonatale. 2007

Causes	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6-11 mois	Ensemble
Malformation							
(hydrocéphalie exclue)	93	73	57	33	34	76	366
Hydrocéphalie	0	0	0	0	0	27	27
Asphyxie néonatale	56	0	0	0	0	0	56
Prématurité	42	0	0	0	0	0	42
Déshydratation aiguë	53	51	27	27	11	37	206
Bronchiolites	24	29	29	17	12	28	139
MPC	7	19	16	11	0	0	53
Infection sans précision	54	47	35	25	17	51	229
Affection périnatale	12	42	21	10	5	0	90
Détresse respiratoire	0	0	31	19	16	35	101
Autres	131	82	41	35	37	86	412
Mal définies	70	75	59	38	26	88	356
Total	542	418	316	215	158	428	2 077

L'analyse de ce tableau permet de faire des remarques sur les causes de décès de cette tranche d'âge. En premier lieu, on constate le rôle important, dans la mortalité post néonatale, de la pathologie contractée pendant la période néonatale (230 décès) ainsi que la place importante des malformations (393 décès si on y inclut les hydrocéphalies). L'ensemble de ces deux causes représente plus du quart de la mortalité post-néonatale. La seconde observation qui peut être faite est que la mortalité par infection respiratoire aiguë (249 décès si on cumule bronchiolite et détresse respiratoire) est plus fréquente que la mortalité par déshydratation aiguë (169 décès) ce qui est corroboré par le **TABLEAU 52**.

TABLEAU 52 Programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques et contre les infections respiratoires aiguës. Mortalité post néo-natale. Bilan 2008

	DC 29 jrs-4 mois		DC 5-11 mois		Total
Hospitalisés toutes causes confondues (TCC)	28 537	44,2 %	36 045	55,8 %	64 582
Décédés TCC	1 135	62,9 %	670	37,1 %	1 805
Hospitalisés pour diarrhée	5 856	37,4 %	9 784	62,6 %	15 640
Décédés par diarrhée	114	61,6 %	71	38,4 %	185
Hospitalisés pour IRA	10 608	47,3 %	11 830	52,7 %	22 438
Décédés par IRA	195	63,9 %	110	36,1 %	305

Source : MSPH, direction de la prévention, 2009

Enfin, on constate que les *causes mal définies* bien que moins nombreuses que pour la pathologie néonatale, restent encore relativement importantes (près de 17 % des cas) et que les diagnostics restent encore relativement imprécis dans un certain nombre de cas (infections, pathologie néo-natale et périnatale).

Évolution de la mortalité juvénile : on peut constater, en se référant aux données publiées par l'ONS, qu'elle a également tendance à diminuer, mais faiblement, puisque un seul point est gagné sur les cinq dernières années et que la situation est restée stationnaire entre 1990 et 2004.

TABLEAU 53 Mortalité juvénile (%)

	1990	1995	2000	2004	2006	2007	2008	2009
Taux de mortalité juvénile	5,3	5,3	5,7	5,3	4,7	4,8	4,4	4,3

Source : ONS, données de l'état civil et des enquêtes nationales

L'analyse de la mortalité hospitalière (**TABLEAU 54**) confirme cette tendance. En effet, on constate que cette mortalité tourne autour de 9 % depuis cinq ans.

TABLEAU 54 Évolution de la mortalité juvénile hospitalière

	2004	2005	2006	2007	2008
Hospitalisés	67 257	66 065	61 175	84 430	80 620
Décédés	673	565	512	711	739
Mortalité (%)	10,01	8,55	8,37	8,42	9,17

Source : MSPRH, direction de la prévention

La CIM 10 distingue les causes de mortalité internes et externes (**TABLEAUX 55 et 56**).

TABLEAU 55 Différentes causes internes des décès juvéniles selon la classification CIM 10. 2007

	Code CIM 10	Nombre
Maladies infectieuses et parasitaires (y compris la méningite, 20 cas)	A 00-B 99	90
Tumeurs malignes	C 00-D 48	47
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et du système immunitaire	D 50-D 89	29
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (dont déshydratation)	E 00-E 90	62
Troubles mentaux et du comportement	F 00-F 99	9
Maladies du système nerveux	G 00-G 99	68
Maladies de l'œil et de ses annexes	H 00-H 59	0
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	H 60-H 95	0
Maladies de l'appareil circulatoire	I 00-I 99	37
Maladies de l'appareil respiratoire	J 00-J 99	148
Maladies de l'appareil digestif	K 00-K 93	40
Maladies de la peau et des tissus cellulaires sous-cutanés	L00-L 99	1
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	M 00-M 99	3
Maladies de l'appareil génito-urinaire	N 00-N 99	24
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Q 00-Q 99	121
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens	R 00-R 99	245
Sous-total causes internes		924

TABLEAU 56 Différentes causes externes des décès juvéniles selon la classification CIM 10. 2007

Lésions traumatiques (53 cas traumatiques cérébraux, 27 cas de brûlures)		
empoisonnements (14 cas de piqûres de scorpion, 16 cas d'intoxications médicamenteuses) certaines autres conséquences de causes externes (10 cas de noyade), 10 cas de causes imprécises	S 00-T 98	130
Causes externes de morbidité et de mortalité	V 01-Y 98	34
Sous-total causes externes		164

Ces deux tableaux provenant de l'unité des causes de décès de l'INSP montrent la régression des causes infectieuses, mais également, le poids des malformations et des causes externes, deux groupes d'affections sur lesquelles la prévention devrait être plus opérationnelle.

Évolution de la mortalité maternelle : la mortalité maternelle continue de constituer un des problèmes dominants de santé publique en Algérie. Malgré les multiples efforts entrepris depuis les années 70 dans le domaine de la protection de la santé de la mère et de l'enfant, les taux de mortalité maternelle restent anormalement élevés.

Au milieu des années 80, dans le cadre de l'application du programme national de lutte contre la mortalité infanto-juvénile adopté par le gouvernement en 1984, plusieurs actions en faveur de la protection de la mère et de l'enfant ont été entreprises, avec notamment, la mise en œuvre d'un sous-programme de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales.

En 1989, dans le cadre d'une *enquête sur la mortalité et la morbidité infantiles en Algérie 1985-1989* (MMI), qui visait à évaluer le programme de lutte contre la mortalité infantile, deux questions posées pour évaluer la mortalité maternelle par la méthode des sœurs figuraient dans le questionnaire. Le taux de mortalité maternelle retrouvé lors de cette enquête par cette méthode était de 230 pour 100 000 naissances vivantes.

En 1992, lors de l'enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant (EASME) la même méthode d'estimation avait permis de retrouver un taux de mortalité maternelle de 215 pour 100 000 naissances vivantes. A peu près au même moment, les taux de mortalité maternelle recueillis auprès

des structures de santé étaient nettement plus faibles, ainsi qu'on peut le constater dans le **TABLEAU 57**. Une telle différence pouvait s'expliquer d'une part, par le nombre encore relativement important des accouchements à domicile et, d'autre part, par une sous-déclaration des décès maternels par les services de santé, les décès survenant à distance de l'accouchement dans une structure hospitalière autre que la maternité n'étant pas déclarés comme des décès maternels.

TABLEAU 57 Évolution du taux de mortalité maternelle en milieu assisté (1994-1999)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nombre de naissances vivantes (état civil)	760 337	695 903	640 738	640 082	607 118	605 000
Nombre de naissances vivantes (structures de santé)	570 279	517 011	488 159	526 073	504 167	487 188
Taux d'accouchements en milieu assisté (%)	75	74	76	82	83	80,5
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	51	70,2	64,1	48,5	49	79,8

Source : INSP enquête mortalité maternelle 1999

En raison de cette situation, le ministère de la Santé et de la Population a demandé à l'Institut national de santé publique de procéder à une enquête pour évaluer l'importance des décès maternels⁽²³⁾. Cette enquête s'est déroulée pendant l'année 1999. Il s'agissait d'une enquête exhaustive portant sur toutes les femmes en âge de procréer (15-49 ans) décédées durant l'année 1999. Les lieux d'enquête étaient d'une part, l'état civil, au niveau duquel les décès étaient identifiés, ce qui permettait une étude complémentaire afin de pouvoir identifier un décès maternel et, d'autre part, les structures de santé auprès desquels une étude était menée, notamment pour analyser les dossiers médicaux et identifier la ou les causes du décès maternel.

Durant cette année 1999, 7 757 femmes en âge de procréer (15-49 ans) sont décédées sur l'ensemble du territoire national. 697 décès étaient des décès maternels, ce qui représente 9,0 % du total des décès féminins de ce groupe d'âge. L'Office national des statistiques ayant dénombré 593 643 naissances vivantes pour cette même année, le taux de mortalité maternelle a été calculé à 117,4 pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux se rapprochait du taux de mortalité maternelle attendu sur la base de projections faites par le secteur à partir des données disponibles (120 pour 100 000 naissances vivantes). Depuis la période de l'enquête nationale de 1999, les seuls chiffres dont nous disposons sont, soit des chiffres transmis par les structures de santé dans le cadre des différents programmes nationaux, soit des projections, soit des chiffres obtenus par des enquêtes ponctuelles. Les rapports d'activité du programme de périnatalité pour les années 2007, 2008 et 2009 représentent les seuls rapports d'ensemble dont nous disposons sur ce sujet. À titre d'exemple, le rapport d'activités de 2007 recense 293 décès maternels hospitaliers déclarés par les centres hospitalo-universitaires (CHU), par les établissements hospitaliers spécialisés (EHS), par les établissements publics hospitaliers (EPH) et par les cliniques privées, dont 279 décès dans le secteur public et 14 décès dans les maternités et cliniques du secteur privé, soit 4,8 % de l'ensemble des décès maternels. Le taux de mortalité maternelle hospitalier pour cette année 2007 s'élèverait donc à 45,82 décès pour 100 000 naissances vivantes. En ce qui concerne l'âge des parturientes décédées, il figure au **TABLEAU 58**. Sur l'ensemble des femmes décédées, près de la moitié (48 %) étaient âgées de 25 à 34 ans en 2007, 2008 et 2009.

(23) Institut national de santé publique. *Enquête mortalité maternelle, année 2009.*

TABLEAU 58 Répartition des décès maternels hospitaliers par tranches d'âge

	2007		2008		2009	
15-19 ans	1	0,3 %	2	0,7 %	1	0,3 %
20-24 ans	31	10,6 %	15	5,1 %	21	6,6 %
25-29 ans	66	22,5 %	63	21,2 %	65	19,8 %
30-34 ans	74	25,3 %	78	26,3 %	91	28,6 %
35-39 ans	62	21,2 %	82	27,6 %	81	25,5 %
40-44 ans	47	16,0 %	50	16,8 %	55	17,3 %
45-49 ans	12	4,1 %	7	2,4 %	8	2,5 %
Total national	293	100 %	297	100 %	320	100 %

Source : MSPRH, direction de la prévention

Les deux tiers des décès maternels hospitaliers déclarés au cours de l'année 2007 l'ont été soit au dernier trimestre de grossesse ou pendant le travail et l'accouchement. Il n'en demeure pas moins que près du quart des décès sont survenus en post natal.

TABLEAU 59 Répartition des décès maternels par rapport au moment de survenue

Phase	2007		2008		2009	
Premier trimestre de la grossesse	7	2,4 %	14	4,7 %	12	3,8 %
Deuxième trimestre de la grossesse	15	5,1 %	17	5,7 %	18	5,7 %
Troisième trimestre de la grossesse	49	16,7 %	76	25,6 %	77	24,2 %
Pendant le travail et l'accouchement	151	51,5 %	114	38,4 %	136	42,8 %
En post partum immédiat	71	24,2 %	76	25,6 %	77	24,2 %
Ensemble	293	100 %	297	100 %	320	100 %

Source : MSPRH, direction de la prévention

En comparant ces informations avec celles obtenues sur les années 2008 et 2009, on se rend compte du changement opéré sur le timing du risque maximum pour la mère. En effet, on constate que la part des décès survenus au troisième trimestre est plus importante en 2008 et 2009 (25 % vs 16 % en 2007). En ce qui concerne le rang de la grossesse ayant entraîné la mort, cette information ne figure malheureusement pas dans ce rapport, mais au vu du recul important de l'âge moyen au premier mariage (plus de 30 ans depuis 2008), il paraît probable qu'une part importante de décès maternels survient lors d'une première grossesse. En ce qui concerne les causes de décès, les rapports concernant le programme de périnatalité montrent que les principales causes de décès sont dues aux hémorragies et aux ruptures utérines, la rupture utérine étant la conséquence d'une mauvaise surveillance du travail.

TABLEAU 60 Répartition des décès maternels par cause de décès

	2007		2008		2009	
Hémorragie	104	35,5 %	106	35,7 %	123	38,4 %
Complications liée à HTA	57	19,5 %	61	20,5 %	59	18,4 %
Rupture utérine	45	15,4 %	37	12,5 %	39	12,2 %
Infection puerpérale	16	5,5 %	17	5,7 %	15	4,7 %
Autres causes	71	24,2 %	76	25,6 %	84	26,3 %
Total national	293	100 %	297	100 %	320	100 %

Source : Programme de périnatalité, MSPRH, direction de la prévention

Par ailleurs, la cause du décès n'a pu être précisée dans un grand nombre de cas et dans plusieurs autres cas, le diagnostic posé est peu satisfaisant (mort subite, état de choc, détresse respiratoire, diarrhée au cours du post-partum...). De telles imprécisions plaident en faveur de la mise en place d'un système d'audit des décès maternels.

Au terme de cette analyse de la morbidité et de la mortalité, il y a lieu d'insister sur les faiblesses du système d'information sanitaire dans la mesure où celui-ci souffre d'un manque de procédures rédigées et communiquées à tous les intervenants, ainsi que d'un défaut d'évaluation régulière.

La réponse du système de santé

DANS CETTE QUATRIÈME partie nous envisagerons la réponse que le système de santé apporte aux problèmes de santé de la population. Nous décrirons successivement l'organisation actuelle du système de santé, puis nous présenterons ses ressources et, enfin, les différentes actions entreprises.

L'organisation du système de santé

LE SYSTÈME EST DIRIGÉ par le ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière. Le ministre a pour mandat de mettre en application le programme du président de la République à travers le plan d'action du gouvernement. Ce plan d'action adopté en mai 2009 comporte, pour le secteur de la santé, cinq volets :

- améliorer la couverture sanitaire ;
- améliorer la qualité des prestations ;
- prendre en charge les transitions démographique et épidémiologique ;
- atteindre les objectifs du millénaire pour 2015 ;
- rationaliser la gestion et promouvoir la coordination avec les autres secteurs.

Le ministre a sous son autorité le secrétaire général qui supervise l'action des huit directions centrales du ministère (direction de l'administration et des moyens, direction de la pharmacie, direction de la planification, direction de la prévention, direction de la population, direction de la réglementation, direction des ressources humaines, direction des services de santé) ainsi que l'inspection générale. L'activité du ministère de la Santé s'inscrit dans le cadre d'un décret exécutif qui détermine les structures et organes de l'administration et fixe les attributions de ces entités. Un nouvel organigramme a été élaboré en 2010 mais n'est pas encore mis en place.

Certaines institutions interviennent en tant qu'organismes d'appui au ministre de la Santé. Le président du conseil d'administration de ces institutions est le représentant du ministre au sein du conseil. Ces institutions peuvent être classées en :

- organismes de sécurité sanitaire : l'Institut national de santé publique, le Laboratoire de contrôle des produits pharmaceutiques, l'Agence nationale du sang, le Centre national de pharmacovigilance et de matériovigilance, le Centre national de toxicologie ;
- organismes d'appui logistique : l'Institut Pasteur d'Algérie, la Pharmacie centrale des hôpitaux ;
- organismes de formation, de documentation, de recherche et d'information : l'École nationale de santé publique, l'Institut national de pédagogie et de formation paramédicale, les écoles de formation paramédicale et l'Agence nationale de documentation en santé.

Les personnels et les structures de santé sont, dans chacune des 48 *wilayas*, placés sous l'autorité du directeur de la santé de la *wilaya* qui est membre de l'exécutif de *wilaya*. Actuellement, au sein de ce système coexistent trois sous-ensembles : le secteur public, le secteur parapublic et le sec-

teur privé. Il existe quelques passerelles entre ces trois sous-ensembles, dans la mesure où l'amendement de 1999 de la loi 85-05 permet à certains personnels du secteur public d'exercer des vacations au sein du secteur parapublic ou privé et que, d'autre part, des personnels du secteur privés peuvent exercer après conventionnement au sein du secteur public.

L'offre de soins : depuis la réorganisation de 2007 supprimant le secteur sanitaire et individualisant les structures hospitalières du système avec un établissement hospitalo-universitaire (EHU), des centres hospitalo-universitaires (CHU), des établissements hospitaliers spécialisés (EHS), des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé et de proximité (EPSP), il n'existe pas dans les textes d'articles concernant la hiérarchisation des soins et précisant les relations entre ces différentes structures publiques.

Les structures du secteur public : hôpitaux, polycliniques, maternités, centres de santé et salles de soins. Les TABLEAUX 61 et 62 montrent l'évolution du nombre de ces structures entre 2005 et 2007.

TABLEAU 61 Infrastructures hospitalières

	2005		2006		2007	
	Nombre	Lits	Nombre	Lits	Nombre	Lits
EHU	1	740	1	740	1	740
CHU	13	13 837	13	12 697	13	12 697
EHS	32	6 046	36	7 306	54	9 785
EPH	232	33 837	234	33 977	240	35 157
Maternités	505	3 205	505	3 285	511	3 450
Total lits		57 665		58 005		61 829

Les structures universitaires accueillent les étudiants en médecine durant leur cursus. Il existe un établissement hospitalo-universitaire à Oran, dont le statut est différent du statut des centres hospitalo-universitaires.

Les établissements hospitaliers spécialisés ont en principe pour vocation d'accueillir des patients relevant d'une spécialité. En fait, ces hôpitaux qui abritent différentes spécialités (cardiologie, maladies infectieuses, neurologie, orthopédie, psychiatrie, rééducation...) peuvent héberger des services universitaires.

Les établissements publics hospitaliers sont des hôpitaux qui n'ont pas de fonction universitaire et sont équipés pour faire face aux besoins d'hospitalisation de la population. Ils regroupent au moins quatre services cliniques de base (chirurgie, gynécologie-obstétrique, médecine interne), un plateau technique et des consultations.

Les établissements publics de santé et de proximité sont des polycliniques dont dépendent également des centres de santé et des salles de soins ainsi que certaines maternités publiques.

TABLEAU 62 Structures publiques de proximité. Évolution du nombre 2005-2007

	2005	2006	2007
Polycliniques	517	524	1 477
Centres de santé	1 277	1 291	338
Salles de soins	4 533	4 533	5 117

L'augmentation du nombre des polycliniques et la diminution du nombre de centres de santé en 2007 résulte du fait qu'avec la réorganisation de 2007 un certain nombre de centres de santé ont été érigés en polycliniques. On remarquera également dans cette analyse des infrastructures publiques le nombre important des maternités qui peuvent être soit autonomes, soit intégrées dans une polyclinique ou un centre de santé. Il s'agit là d'une situation qui s'est développée dans les années 2000 et qui mérite une évaluation minutieuse, dans la mesure où il est universellement reconnu que les structures dans lesquelles il est enregistré moins de 1000 accouchements dans une année sont des structures à risque qui devraient être fermées.

Infrastructures du secteur parapublic : certaines structures de santé dépendent de sociétés nationales ou de structures étatiques autres que le ministère de la Santé. Bien que peu nombreuses par rapport au nombre de celles du secteur public, elles exercent des prestations dans le domaine des consultations et des hospitalisations. Très peu de données sont disponibles sur ces structures dans les annuaires du ministère de la Santé.

Infrastructures du secteur privé : le secteur privé représente aujourd'hui en matière d'infrastructures d'hospitalisation une part relativement faible du système de santé, ainsi que le montre le **TABLEAU 63**.

TABLEAU 63 Infrastructures privées. Évolution 2005-2007

	2005		2006		2007	
	Nombre	Lits	Nombre	Lits	Nombre	Lits
Cliniques médico-chirurgicales et obstétricales	151	3 218	161	3 354	165	3 408
Cliniques médicales	23	26	23	65	23	65
Cliniques d'hémodialyse	48	577	58	581	64	643
Total lits		3 821		4 000		4 116
Total lits (%)		6,21		6,45		6,24

Ce secteur est néanmoins en extension. D'autre part, le secteur privé regroupe également d'autres structures que l'on peut retrouver au **TABLEAU 64**.

TABLEAU 64 Infrastructures privées

	2005	2006	2007
Cabinets de consultation (généralistes)	5 990	6 102	6 208
Cabinets de consultation (spécialistes)	4 573	4 962	5 095
Cabinets de chirurgie dentaire	3 832	3 930	4 120
Officines pharmaceutiques	5 849	6 285	7 459
Laboratoires d'analyses médicales	267	278	286
Unités de transport sanitaire	85	124	141
Centres de procréation médicalement assistée	7	9	9

Les ressources humaines

NOUS ENVISAGERONS SUCCESSIVEMENT la situation des personnels médicaux et paramédicaux, puis celle des personnels administratifs, techniques et de services.

Les personnels médicaux et paramédicaux : l'annuaire des statistiques sanitaires du MSPRH de l'année 2006 a publié, pour cette année, les chiffres de 14 273 médecins spécialistes, 25 818 généralistes, 9 684 chirurgiens dentistes et 7 267 pharmaciens exerçant dans le pays. Du point de vue des per-

sonnels paramédicaux, il recense 56 710 infirmiers diplômés d'état, 22 040 brevetés et 2 516 aides paramédicaux. Ces données rassemblées dans le TABLEAU 65 appellent quelques commentaires.

TABLEAU 65 Les personnels médicaux et paramédicaux (nombre par habitant)

	1966	1999	2005	2006	2007
Médecins	1/8 112	1/1 177	1/969	1/918	1/830
Généralistes		1/1 750	1/1 708	1/1 567	1/1 373
Spécialistes		1/3 594	1/2 240	1/2 218	1/2 081
Chirurgiens dentistes	1/64 327	1/3 752	1/3 646	1/3 141	1/3 191
Pharmaciens	1/50 926	1/6 134	1/5 389	1/5 388	1/4 571
Paramédicaux	1/2 276	1/346	1/367	1/352	1/341
Ratio PM/M	3,56	3,40	3,40	2,60	2,43

Source : MSPRH et INSP

D'une part, ces chiffres nationaux cachent des disparités régionales sur lesquelles nous reviendrons. D'autre part, le ratio paramédicaux/médecins a tendance à diminuer. Or, les normes de l'OMS proposent un ratio de 4. Cette diminution montre que la formation paramédicale reste insuffisante par rapport à la formation médicale. Enfin, le ratio médecins spécialistes/population est peu significatif dans la mesure où le nombre de spécialistes varie d'une discipline à une autre. Ainsi, les spécialités médicales totalisent 7 210 praticiens, les spécialités chirurgicales en ont 4 957, la radiologie et le laboratoire 1 642 et les spécialités dentaires 617, mais une grande partie de ces spécialistes sont dans les quatre grandes métropoles du pays. On trouvera en annexe la répartition de ces praticiens en fonction de leur lieu d'exercice. Par ailleurs, certaines spécialités sont en sous-effectif, compte tenu des besoins de la population. Ainsi, les disciplines de laboratoire (microbiologie, immunologie...) et la pharmacie sont nettement déficitaires dans le secteur public, comme à un degré moindre, la médecine légale et la médecine du travail.

Les personnels administratifs, techniques et de services : l'évolution du nombre de ces personnels figure au TABLEAU 66. Il est intéressant de constater que les premiers chiffres disponibles concernant ces personnels datent seulement de 1979⁽²⁴⁾.

TABLEAU 66 Personnels administratifs, techniques et de services

	1979	1995	2000	2006
Personnel administratif	2 062	13 077	13 991	14 222
Personnel technique	722	928	1 855	9 178
Personnel de service	5 024	44 197	43 406	40 917

Source : MSPRH

Ce tableau montre que le nombre des personnels administratifs et de service est resté relativement stable depuis 1985, alors que celui des personnels techniques a brusquement augmenté entre 2000 et 2006. On peut émettre l'hypothèse que cette évolution est en rapport avec la nature des équipements acquis ces dernières années, mais cette hypothèse devrait être vérifiée.

Le médicament

Sous le nom de *produit pharmaceutique*, on désigne les médicaments, vaccins, réactifs, consommables et produits dentaires. Le médicament et les autres produits pharmaceutiques sont indispensables à toute activité de soins. Le système de santé algérien a connu de façon récurrente des crises liées au manque de médicaments. La politique pharmaceutique doit viser à :

24. Ministère de la Santé et de la Population, séminaire sur le développement d'un système national de santé. *L'expérience algérienne*. Alger, 7-8 avril 1983. Impression Journal d'Unité.

- permettre un approvisionnement régulier et une accessibilité généralisée à l'ensemble de la population ;
- promouvoir une utilisation rationnelle de ces médicaments, par une formation continue des prescripteurs et une information régulière des usagers ;
- créer les conditions de la mise en place et du suivi de la réalisation d'une production pharmaceutique nationale.

Dans ce chapitre, nous envisagerons successivement les aspects concernant la situation actuelle du marché du médicament, puis nous aborderons les aspects concernant la nomenclature du médicament et nous terminerons par les perspectives envisagées actuellement.

La situation actuelle : le marché national des produits pharmaceutiques est en constante expansion. Le **TABLEAU 67** montre la progression de la facture globale du médicament.

TABLEAU 67 Marché national des produits pharmaceutiques (millions d'euros)

Opérateurs	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Privés	859,40	1 134,41	1 087,80	1 261	1 402	1 353
Publics	39,08	77,30	61,90	93,0	129,40	317,10
Total	898,48	1 211,40	1 150,70	1 354,0	1 531,40	1 670,10

Source : MSPRH

En 2009, le montant global de la facture se répartit comme suit :

Médicaments	1 453,65 millions d'euros
Vaccins	144,26 millions d'euros
Consommables	37,5 millions d'euros
Réactifs	32 millions d'euros
Produits dentaires	2,85 millions d'euros

L'analyse du marché fait ressortir le fait que le marché reste très dépendant des importations, mais que la production nationale a plus que doublé.

TABLEAU 68 Évolution du marché en 2008 et 2009 (millions d'euros)

Montant global	2008	2009	Évolution (%)
Importation	987	901	- 8,7
Production	363	553	+ 52,3
Fabrication	261	424	+ 62,4
Conditionnement	102	129	+ 26,6
Total	1 350	1 454	+ 7,6

Source : MSPRH

Par ailleurs, la volonté des pouvoirs publics de promouvoir le médicament générique et la fabrication locale ont eu pour effet de favoriser la consommation du générique chez les citoyens.

TABLEAU 69 Part du générique (production, conditionnement, importation) (%)

	2004	2005	2006	2009
Générique	21,99	33,60	37,92	48,50
Princeps	78,01	66,40	62,08	51,50

Source : MSPRH

La nomenclature du médicament : la nomenclature nationale actuelle des médicaments enregistrés à la fin de l'année 2009 comporte 5 393 spécialités, dont 3 789 génériques. Rappelons que dans les années 1990, la nomenclature comportait une liste de 825 molécules correspondant à 1 486 produits. Entre 2005 et 2009, plus de 1 500 nouveaux produits ont été enregistrés sans que cela ne soit associé à un toilettage de la nomenclature.

TABLEAU 70 Enregistrement des médicaments entre 2005 et 2009

	2005	2006	2007	2009
Génériques	252	346	212	344
Princeps	38	94	95	269
Total	290	440	307	613

Source : MSPRH

Les propositions de mesures complémentaires : même si certains textes réglementaires laissent entrevoir des possibilités d'améliorations dans le domaine du médicament, beaucoup reste à faire. La commission *ad hoc* «santé» du CNES a présenté récemment six mesures visant à réguler le marché, à renforcer le contrôle technico-administratif, à sécuriser l'approvisionnement des structures publiques de santé et à encourager la production nationale. Ces mesures sont :

- la mise en place effective de l'Agence nationale des produits pharmaceutiques ;
- l'établissement d'une liste des médicaments essentiels. Ces médicaments « *sont ceux qui satisfont aux besoins prioritaires de la majorité de la population en matière de soins de santé. Ils doivent être disponibles à tous moments en quantité suffisante et à prix accessible* » ;
- l'adoption d'une politique plus active en matière d'encouragement de la production nationale de médicament ;
- la réhabilitation de la pharmacie centrale des hôpitaux ;
- l'institution d'un moratoire pour l'agrément de nouveaux opérateurs pour les activités d'importation et de grossisterie-répartition ;
- l'organisation de la formation des personnels spécialisés (formation de pharmaciens-inspecteurs, ouverture d'une filière de pharmacie industrielle).

Le financement

LE FINANCEMENT DU SYSTÈME de santé constitue, dans tous les pays, une question particulièrement controversée qui a donné lieu à différentes réponses selon ces pays. En Algérie, le budget de fonctionnement du secteur est annuellement établi dans le cadre de la loi des finances, avec une contribution de l'État, une contribution de la Caisse nationale d'assurances sociales (Cnas), contribution qui varie d'une année à l'autre et, enfin, par une participation des usagers qui est fixée par voie réglementaire. Le budget d'équipement est, lui, assuré par l'État pour ce qui est du secteur public.

Le budget de fonctionnement est réparti en dix titres. Le TABLEAU 71 présente ici le budget national de l'année 2008. Une fois octroyé dans le cadre de la loi, ce budget est réparti entre les établissements placés sous la tutelle du ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière. Cette répartition est finalisée au terme d'une concertation entre les chefs d'établissements du secteur de la santé et la direction centrale concernée.

TABLEAU 71 Titre budgétaire. Budget de fonctionnement du MSPRH. 2008

	Nature	Montant en DA (millions)
Titre I	Personnel	81 969
Titre II	Formation	4 000
Titre III	Alimentation	5 605,47
Titre IV	Médicaments	39 487
Titre V	Prévention	5 190
Titre VI	Matériel médical	9 000
Titre VII	Entretien infrastructures	7 000
Titre VIII	Autres dépenses de fonctionnement	10 690
Titre IX	Œuvres sociales	1 720
Titre X	Recherche médicale	50
Total		164 711,47

Depuis le début des années 1990, plusieurs tentatives de mettre en place une contractualisation des actes médicaux ont été entreprises et des exercices de simulation ont été faits dans différentes *wilayas*, mais ces tentatives n'ont pas abouti à ce jour. Dans ce domaine, une première remarque s'impose. La *contractualisation* est présentée à la fois comme une nécessité et comme une solution pour faire face aux problèmes que connaît le système de santé. Ainsi que nous l'avons dit, depuis le début des années quatre-vingt-dix, plusieurs structures ont testé les procédures de la contractualisation. Le principe en est simple : il s'agit d'identifier tous les actes faits lors de l'accès d'un patient au système de santé et de rémunérer la structure ou le professionnel qui ont pratiqué les actes en question. Pour mettre en place un tel système, il suffit de répondre à trois questions :

- quels sont les actes qui ont été dispensés au consultant ? Il s'agit d'établir une nomenclature des actes ;
- combien a coûté l'acte ? Il s'agit de déterminer le coût de chaque acte en prenant en considération le nombre et la qualité des différents intervenants, donc le prix de leur intervention et l'amortissement des matériels ;
- qui doit payer l'acte ? Cela revient à répondre à la question de savoir qui finance et on peut envisager trois intervenants : l'État, à partir de l'impôt, les assurances, à partir d'une contribution préalable des usagers qu'il s'agisse d'un système de type sécurité sociale ou d'assurances privées et, enfin, les usagers eux-mêmes au coup par coup. La réponse à cette question doit relever de la loi.

Jusqu'à présent, des réponses incomplètes ont été données à ces questions, notamment en ce qui concerne la troisième question de telle sorte que nous restons dans l'incertitude en matière de financement du système de santé. Un second problème abordé en 2001 mais qui a été depuis totalement perdu de vue depuis concerne les comptes nationaux de la santé. Il est urgent de mettre en place des mécanismes pérennes dans ce domaine, en formant des personnels qualifiés dans ce domaine et en élaborant les procédures adéquates.

Comparaison entre les pays du Maghreb central

LES STATISTIQUES SANITAIRES de l'OMS nous permettent d'avoir une idée du profil de santé de chaque pays. Nous avons utilisé les statistiques sanitaires mondiales de l'année 2010 pour rassembler quelques indicateurs concernant les trois pays du Maghreb central.

TABLEAU 72 Quelques indicateurs sanitaires et sociaux

	Algérie	Maroc	Tunisie
Population (milliers)	34 895	31 993	10 272
Couverture état civil (%)	Supérieur à 90	85	Supérieur à 90
Habitat urbain (%)	66	56	67
Indice de fécondité	2,3	2,3	1,8
PBI per capita (PPA \$ US)	8 110	4 400	7 810
Contraception (%)	61,4	63	60,2
Poids des enfants de moins de 5 ans < 2 DS	3,7	9,9	3,3

À la lecture de ces indicateurs, on constate qu'il existe des similitudes entre les trois pays et qu'une réflexion commune sur des approches telles que l'accès au médicament, la maîtrise des coûts de santé, la formation des personnels de santé et le système d'information ne pourrait être que bénéfique.

Conclusions

NOUS AVONS PRÉSENTÉ certaines caractéristiques du système de santé algérien. Il est manifeste que de grands changements sont survenus dans la santé de la population mais il est tout aussi certain qu'il est confronté à des défis. Il y a trois défis majeurs :

- la mise en place d'une organisation qui permette aux intervenants d'agir ensemble pour atteindre des objectifs clairement définis en rapport avec l'amélioration de la santé de la population ;
- l'élaboration d'un système d'information qui soit une véritable aide à la décision ;
- l'encadrement des différentes activités de santé par des textes réglementaires performants.

Ainsi que nous l'avons dit, le système de santé actuel est caractérisé par son éclatement. La suppression du *secteur sanitaire* a contribué à accentuer cet éclatement, mais celui-ci existait déjà, d'une part du fait de l'antagonisme classique entre l'hôpital et la *périphérie* et, d'autre part, du fait du développement du secteur privé et de la non-coordination des deux secteurs pour la prise en charge des patients. L'enjeu est donc de mettre en place une organisation dans laquelle les secteurs public, parapublic et privé, coexistent avec un objectif commun : la prise en charge de la santé de la population. Ce type d'organisation existe dans plusieurs pays. A son point de départ, se trouve une approche commune concernant un bassin de population. Une telle approche pourrait se faire à partir des *wilayas* sous la responsabilité des directeurs de la santé. Elle pourrait, d'une part, reposer dans chaque *wilaya* sur des bassins de population qui seraient l'équivalent des *districts sanitaires* préconisés par l'OMS et, d'autre part, développer l'idée d'une régionalisation qui a été esquissée en 1996 mais qui n'a pas été réellement développée depuis.

Dans la conclusion du rapport publié en 1992 et concernant l'*Enquête sur la mortalité et la morbidité infantile en Algérie 1985-1989*⁽²⁶⁾, les auteurs écrivaient que « le système d'information reste incontestablement le point faible pour pouvoir apprécier le point de départ, le volume, la qualité et l'organisation des ressources liées à l'application des programmes et à l'atteinte des objectifs dans les délais fixés. La question est ici de savoir s'il est préférable de développer un système d'information de routine auprès des secteurs sanitaires et d'être exposé aux inconvénients bien connus de notifications de maladies transmissibles par exemple ou, alors, de se baser sur une approche plus rigoureuse. Quels sont les services

26. Ministère de la Santé, direction de la prévention, *Enquête sur la mortalité et la morbidité infantile en Algérie, 1985-1989*. Imprimerie Onat. Alger 1992.

qui, en plus de leurs activités quotidiennes, sont capables de collecter, traiter et analyser l'information utile ? Dans l'état actuel, les services d'épidémiologie et de médecine préventive pourraient répondre à une telle demande, sous certaines réserves. Des zones d'observation judicieusement choisies et des enquêtes spécifiques constitueront des pôles et des moyens de formation et d'évaluation utiles.»

Près de vingt ans plus tard, les mêmes questions se posent mais il est indispensable de sortir de l'ornière dans laquelle se trouve le système d'information. L'existence d'un réseau informatique tel qu'il est actuellement devrait permettre de progresser dans ce domaine. Enfin, outre la nécessité de faire aboutir le projet de la nouvelle loi sanitaire, il semble important que cette loi soit suivie de textes réglementaires d'application.

Maroc

L'OMS DÉFINIT LA SANTÉ, dans sa constitution de 1949, comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas uniquement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition, restée en vigueur depuis 1949, bien que discutable (il existe d'autres définitions dont celle de R. Dubos (1973) et M. Terris) se base sur une approche positive de la santé « la notion de bien-être ».

L'accès aux soins et à la protection et la promotion de la santé est un droit fondamental de l'homme. Chaque pays, compte tenu de son organisation politico-administrative et de son développement économique et social, traduit ce droit dans un système sanitaire qui lui est propre. Ce droit est consacré par la constitution de l'OMS à laquelle le Maroc adhère depuis son indépendance. Sa Majesté le roi Mohammed VI en a fait un fondement essentiel de la dignité humaine au même titre que l'éducation, la nutrition, l'habitat et un environnement sain, entre autres droits, confirmés et consacrés récemment dans la nouvelle constitution du royaume du 1^{er} juillet 2011.

Par ailleurs, la souscription du Maroc, en 2000, à la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) à l'horizon 2015, traduit la volonté du pays de faire de la santé un des leviers essentiels du développement économique et social.

Santé et développement : déterminants de la santé

LA SANTÉ EST FORTEMENT liée au développement économique et social d'un pays. Investir dans la santé est de nos jours un des éléments clés de toute stratégie de développement socioéconomique. Le développement d'un pays ne peut pas s'envisager sans la promotion du développement social recouvrant un certain nombre de secteurs comme la santé, l'éducation ou encore l'habitat, la nutrition et l'environnement, d'où la nécessité d'une approche multisectorielle et multidisciplinaire de la santé (déterminants de la santé).

Le souci d'équité et de solidarité dans l'accès aux soins est un facteur majeur de développement humain avant d'être une condition d'efficacité des systèmes de santé. Ainsi, la santé et les politiques de santé sont un enjeu déterminant dans l'ascension des pays à un processus de développement humain.

Dès lors, deux grandes questions se posent : comment la santé peut-elle s'intégrer dans le développement humain ? et à quelles conditions les politiques de santé participent-elles à ces objectifs ? En matière de développement et d'action sociale l'effort du Maroc a été multidimensionnel (santé, éducation, formation, logement social, développement rural, programmes d'assistance sociale, protection sociale, solidarité, appui aux associations...) et massif (plus de 50 % du budget de l'État est alloué aux secteurs sociaux). L'engagement du Maroc pour la promotion de la santé demeure une constante à travers les politiques des gouvernements qui se sont succédé depuis l'indépendance. Toutefois, malgré les efforts consentis, il persiste des déficits sociaux préoccupants dont la mortalité infanto-juvénile et maternelle élevées, des écarts entre milieu urbain et rural et entre régions.

De plus, les évolutions contemporaines que traverse le Maroc notamment les transitions démographiques et épidémiologique, le changement des modes de vie, l'urbanisation rapide, la détérioration de l'environnement ainsi que l'essor extraordinaire des technologies médicales et la mondialisa-

tion sont entrain d'induire de nouvelles demandes de soins dont les coûts iront en augmentant. A ces nouveaux défis, s'ajoute celui de pérenniser les acquis du Maroc en matière de santé, acquis obtenus durant les cinquante dernières années et qui demandent pour ce faire un effort financier soutenu.

Niveau de santé de la population

AU LENDEMAIN DE L'INDÉPENDANCE, le Maroc avait opté pour un modèle de santé où l'État s'occupait de la production des soins, des sources de financement des soins, du management des établissements et de la régulation du système. Notre système de santé conçu sur les bases de la première Conférence nationale de la santé en 1959 a connu plusieurs réformes et a fait l'objet, tout au long de ces cinquante dernières années, d'adaptations aussi bien des structures que de programmes, ce qui a contribué à une amélioration notable de la santé de la population.

Les récents indicateurs habituels du niveau de santé de la population qui seront présentés et analysés dans ce qui suit montrent que des progrès indéniables ont été enregistrés dans ce domaine. Néanmoins, et en dépit des efforts déployés par le secteur public et le développement rapide du secteur privé, les niveaux de performance atteints, cinquante ans après, demeurant en deçà de ceux des pays développés et même parfois des pays à développement socioéconomique voisin du Maroc. Il est donc nécessaire d'analyser au préalable les performances du système de santé, son organisation, son fonctionnement, sa gouvernance, son financement, la problématique des ressources humaines, la politique du médicament et la relation entre secteur public et secteur privé. Cette analyse tiendra compte des conclusions du rapport du cinquantenaire de l'indépendance du Maroc, *50 ans de développement humain au Maroc, perspectives 2025*⁽²⁸⁾, qui a mis en exergue les grandes tendances de l'évolution de la santé de la population marocaine durant les cinquante dernières années et qui a identifié la santé comme l'un des cinq nœuds du développement humain dans le futur.

L'amélioration de l'état de santé de la population en termes de prévention, restauration et promotion, constitue l'objectif essentiel d'un système de santé. L'évaluation du degré d'accomplissement de cet objectif est appréciée à travers l'étude de l'évolution d'un certain nombre d'indicateurs qui sont les suivants.

L'espérance de vie à la naissance (EVN) : l'analyse de l'espérance de vie à la naissance depuis l'indépendance du Maroc montre que cet indicateur est passé de 47 ans en 1962 à 71 ans en 2004⁽²⁹⁾, 72 ans en 2008 selon l'OMS (soit un gain de 45 ans en l'espace de 42 ans). L'espérance de vie des femmes reste supérieure à celle des hommes et l'écart de 2 ans enregistré en 1980 a atteint plus de 4 ans en 2004. Il en est de même pour l'EVN par milieu de résidence où l'on note un élargissement important de l'écart de plus de 5 ans, en 2008, entre la femme et l'homme en faveur du milieu urbain. Ce niveau atteint par le Maroc en 2004 avoisine celui atteint par l'Égypte, la Turquie, la Jordanie (71,8) et la Tunisie (72,4), mais reste en dessous de celui de l'Espagne et la Grèce où l'écart enregistré avec ces pays est de l'ordre de 8 ans.

En 2008, et selon l'OMS, l'espérance de vie en Tunisie était de 75 ans, celle de l'Algérie se situait autour de 71 ans. À noter que l'espérance de vie corrigée de l'état de santé (EVCS) qui apprécie mieux la qualité de la vie, sans

28. Publié en 2007, www.HDR50.ma

29. Données issues du rapport du cinquantenaire de l'indépendance du Maroc.

incapacité, est à peine de 55 ans pour notre pays contre 70 ans dans les pays développés.

TABLEAU 73 Évolution de l'espérance de vie à la naissance en années

	1962	1980	1987	1994	1997	2003
Milieu urbain	57	64	69,7	71,5	72,2	73,1
Milieu rural	43	56,5	62	64,9	65,9	67,1
Ensemble	47	59,1	65	67,9	68,9	70

Source : Profil socio-démographique du Maroc, CERED, 2004

Le taux brut de la mortalité (TBM) : au Maroc, le TBM a baissé d'une façon importante passant de 20,8 ‰ en 1960 à 5,5 ‰ en 2003. Ce taux reste néanmoins plus élevé en milieu rural par rapport au milieu urbain. Le taux de mortalité des adultes (probabilité de décès entre 15 et 60 ans) est de 118 pour 1 000 habitants en 2008⁽³⁰⁾.

Taux de mortalité infantile et infanto-juvénile : le taux de mortalité infantile a connu également une réduction considérable entre 1960 et 2004, passant de 132 ‰ à 40 décès pour mille naissances vivantes, 32 ‰ en 2008⁽³¹⁾. Cependant, ce niveau reste élevé par rapport à des pays comme la Tunisie (< 26 ‰ en 2004 et 18 ‰ en 2008) ou l'Espagne (3,4 ‰) pour la même période. Quant à la mortalité infanto-juvénile (< 5 ans), elle a baissé de 71 % entre temps (203 ‰ en 1962 et 47 ‰ en 2003-2004) et 36 ‰ actuellement⁽³²⁾, mais demeure élevée par rapport à la performance atteinte par des pays à développement sanitaire similaires comme la Tunisie (21 ‰) et certains pays développés comme l'Espagne (< 9 décès pour mille naissances vivantes).

TABLEAU 74 Évolution du taux de mortalité infantile et infanto-juvénile (1962-2003)

	ENFPF 1979-80	ENPS-I 1987	ENPS-II 1992	PAPCHILD 1997	EPSF 2003-04
Mortalité infanto-juvénile	138	102	76	46	47
Mortalité juvénile	52	31	20	10	7

Source : Profil sociodémographique du Maroc, CERED, 2004

En comparaison avec des pays à développement similaire, ces taux de mortalité infantile et juvénile, malgré leur amélioration, demeurent à des niveaux inacceptables. Ils représentent, par conséquent, un véritable défi à relever au cours des prochaines années, d'autant plus que certains d'entre eux font partie des objectifs du millénaire pour le développement des Nations unies et que la Maroc s'est engagé à atteindre.

Des efforts importants doivent être déployés pour la consolidation du programme de la santé de la mère et de l'enfant afin de réduire davantage cette mortalité : améliorer l'accessibilité aux services de santé, améliorer la qualité des soins et plus particulièrement les soins néo-natals.

Taux de mortalité maternelle : l'évolution du taux de mortalité maternelle se caractérise, certes, par une diminution notable entre 1972 et 2004, soit 631 pour 100 000 naissances vivantes en 1972 et 227 pour 100 000 naissances vivantes en 2004 selon les données du pays, (240 pour 100 000 naissances vivantes selon les statistiques OMS 2010), mais cette baisse reste insuffisante, et d'autant plus alarmante en milieu rural où ce taux atteint 267 décès pour 100 000 naissances vivantes. **TABLEAU 75**

30. Statistiques OMS 2010.

31. Statistiques OMS 2010.

32. Statistiques OMS 2010.

TABEAU 75 Évolution du taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes (%)

	ENPS-II 1992 (6 ans)	PAPCHILD 1996 (5 ans)	EPSF 2003-04 (9 ans)
Milieu urbain	284	125	186
Milieu rural	362	307	267
Ensemble	332	228	227

Source: Profil socio-démographique du Maroc, CERED, 2004

Comparé à des pays à niveau de développement social similaire de celui du Maroc, 180 pour 100 000 naissances vivantes en Algérie, 100 pour 100 000 naissances vivantes en Tunisie, moins de 62 pour 100 000 naissances vivantes en Jordanie, rarement 20 décès pour 100 000 naissances vivantes dans les pays de l'Occident, selon les statistiques OMS 2010, ce taux reste très élevé et s'il se maintient à la tendance actuelle, il faudrait attendre 2020 pour rejoindre ce groupe de pays d'autant plus qu'il existe d'importantes inégalités au niveau de la répartition par milieu de résidence et région. Il est nécessaire, par conséquent, de procéder à une analyse plus fine de la morbidité et de la mortalité maternelle et d'aller en profondeur pour identifier les zones géographiques et les groupes socioéconomiques les plus défavorisés et les plus vulnérables.

Des réformes dans ce sens ont été engagées par le ministère de la Santé depuis 2004 avec la mise en place d'une commission nationale *ad hoc* de redéfinition de la stratégie nationale maternité sans risque.

À titre indicatif, selon le rapport OMS *Statistiques mondiales 2010*, la prévalence de la contraception dépasse, actuellement, 63 % au Maroc, 60,2 % en Tunisie et 61,4 % en Algérie ; le taux de fécondité des adolescentes pour mille jeunes filles de 15 à 19 ans est, actuellement, de 18 % au Maroc, 6 % en Tunisie et 4 % en Algérie.

En conclusion de l'étude de l'évolution de ces indicateurs habituels, il ressort que cette tendance à l'amélioration cache des écarts notables entre milieu urbain et milieu rural, entre les hommes et les femmes et, qu'en comparaison avec des pays à développement similaire, les différents niveaux atteints par le Maroc demeurent élevés : un véritable défi à relever au cours des prochaines années.

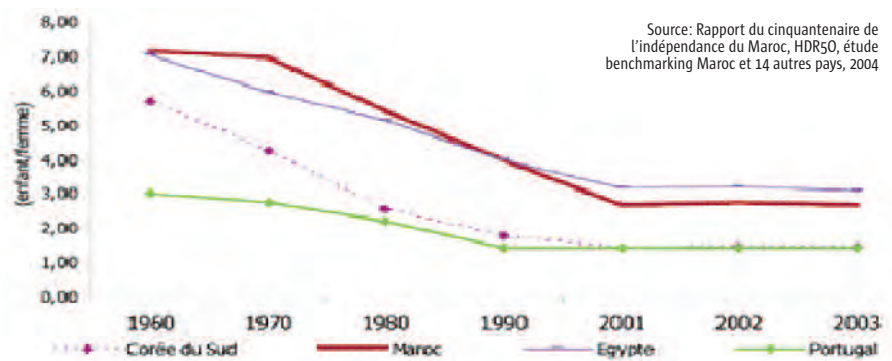
La structure démographique, tableaux prévisionnels en démographie : la démographie de la population marocaine est en pleine transition avec une diminution continue de la fécondité, un allongement de l'espérance de vie et un vieillissement rapidement progressif de la population, témoignant des progrès réalisés dans ce domaine et imposant de nouvelles conditions avec :

- une maîtrise de la croissance démographique ;
- une baisse significative de l'indice synthétique de la fécondité ;
- une évolution de l'espérance de vie à la naissance en constante amélioration ;
- une urbanisation en pleine accélération ;
- une population handicapée de plus en plus nombreuse.

En effet, le taux d'accroissement naturel annuel a connu une diminution sensible avec, en 2004, un taux de 1,4 %, alors qu'il était de 2,7 % en 1964. Ce taux est inférieur à celui de la Jordanie (3,77 %), voire de l'Égypte (1,7 %) mais il est loin de celui de la Corée du Sud (0,9 %).

L'indice synthétique de la fécondité a connu également une forte diminution passant de 7 enfants par femme en 1962 à 2,5 en 2004. Ce taux reste

GRAPHIQUE 1 Indice synthétique de fécondité



inférieur à celui de la Jordanie (3,58), de l'Égypte (3,16) et de la Malaisie (3,16), mais il a été atteint avant 1970 par des pays occidentaux comme l'Espagne, le Portugal ou la Grèce. **GRAPHIQUE 1**

Sur la base des résultats du recensement général de l'habitat de la population de 2004, la population totale marocaine en 2007 était de 30 841 000 habitants et devra atteindre plus de 35 millions en 2020... Sur le plan structure démographique :

- les moins de quinze ans représentent 31 % de la population actuellement, cette proportion passera à 24 % en 2020 ;
- les personnes âgées de plus de soixante ans représentent actuellement 8 % de la population totale, et seront plus de 11 % en 2020. On assiste à un vieillissement de la population.

Il s'agit ici d'une tendance lourde pour le système de santé et constitue un élément déterminant pour la définition du système de santé de demain. De plus, l'effectif de la population des handicapés, dont les besoins socio-sanitaires sont très spécifiques, connaîtra aussi une augmentation constante au cours des prochaines années (1 530 000 en 2004, soit un peu plus de 5 % de la population générale³³), 2 000 000 en 2020 selon la même tendance). Il faut ajouter à cela une urbanisation en pleine accélération (population urbaine 56 % en 2004), cette proportion atteindra 68 % en 2020, et cette urbanisation constituera un enjeu sanitaire majeur en raison des problèmes d'accès aux services essentiels d'eau, d'hygiène, d'assainissement, sans compter les facteurs d'environnement et de pollution notamment dans les grandes métropoles et les quartiers périurbains.

Les indicateurs de développement humain relatifs à la santé : « *Le développement humain est un processus qui consiste à élargir la gamme des choix qui s'offrent aux individus afin de leur permettre de faire et d'être ce qui leur est cher* ». Cela concerne à la fois, la santé, l'éducation, un niveau de vie décent, mais aussi les libertés politique et culturelle. Deux indicateurs synthétiques du Pnud de mise en œuvre simple sont utilisés : l'indice synthétique de développement humain (IDH) et l'indice sexo-spécifique du développement humain (ISDH).

Une étude comparative en termes de développement humain du Maroc et d'un échantillon de 14 pays³⁴ a été réalisée, en 2004, dans le cadre de l'élaboration du rapport du cinquantenaire de l'indépendance du Maroc.

L'IDH traduit les efforts d'un pays en termes de niveau d'instruction (taux brut de scolarisation et taux d'alphabétisation), de niveau de vie (PIB par habitant) et de longévité (espérance de vie). Le Maroc avec la Tunisie, la Tur-

33. Données issues de l'enquête nationale de l'handicap réalisée en 2004 par le secrétariat d'État chargé de la Famille, de l'Enfance et des Personnes handicapées.

34. Irlande, Grèce, Pologne, Corée du Sud, Chili, Mexique, Malaisie, Tunisie, Afrique du Sud, Égypte, Turquie, Jordanie, Espagne et Portugal.

quie, la Jordanie, l’Afrique du Sud et l’Égypte sont classés dans la catégorie IDH faible. Pendant que le Chili, le Mexique et la Malaisie ont un IDH moyen. L’IDH le plus élevé de l’échantillon concerne l’Espagne, le Portugal, la Grèce, la Pologne et la Corée du Sud.

TABLEAU 76 IDH

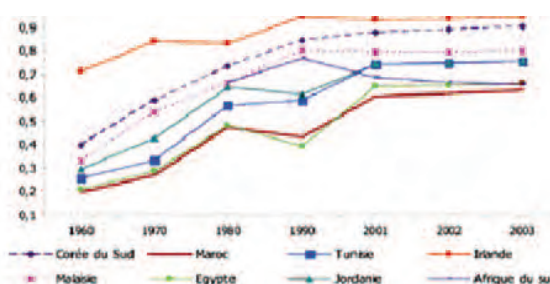
	1980	1990	2001	2002	2003
Portugal	0,625	0,694	0,874	0,880	0,896
Grèce	0,707	0,753	0,881	0,885	0,892
Mexique	0,581	0,635	0,790	0,796	0,800
Chili	0,607	0,675	0,825	0,831	0,831
Maroc	0,351	0,421	0,596	0,602	0,606
Turquie	0,467	0,552	0,735	0,742	0,734
Espagne	0,680	0,729	0,908	0,913	0,918

Source : Rapport du cinquantenaire de l’indépendance du Maroc

L’ISDH mesure les mêmes avancées que l’IDH, tout en prenant en considération les disparités entre les hommes et les femmes dans les trois composantes considérées. Bien que l’ISDH ait progressé de 0,223 en 1970 à 0,590 en 2001, le Maroc figure dans le groupe le moins performant de l’échantillon avec la Tunisie, l’Égypte, la Jordanie, la Turquie et l’Afrique du Sud. La comparaison entre les valeurs de l’ISDH et l’IDH, pour 2001, a permis de faire ressortir deux groupes :

- groupe où l’écart entre les deux est positif, traduisant des inégalités en termes de développement humain, entre hommes et femmes (Corée du Sud, Afrique de Sud, Turquie, Chili, Grèce, Égypte et le Maroc) ;
- groupe où l’écart est négligeable, voire nul (Irlande, Portugal, Malaisie, Pologne, Jordanie et Tunisie).

GRAPHIQUE 2 ISDH



Source : Rapport du Cinquantenaire de l’Indépendance du Maroc

D’autres indices en rapport avec le développement humain et santé seront présentés par la suite dans le chapitre multisectorialité. Ils concernent les politiques sectorielles (dépenses de santé, encadrement médical et l’accès aux services de base).

Transition épidémiologique : aspects quantitatifs et qualitatifs

GRÂCE AUX EFFORTS et aux programmes sanitaires menés par le ministère de la Santé depuis l’indépendance du Maroc, les indicateurs de la morbidité et de la mortalité ont connu une diminution importante. Des acquis sanitaires indéniables ont été enregistrés avec la réduction, voire l’éradication, d’un grand nombre de maladies, particulièrement les maladies cibles de la vaccination (poliomyélite, diphtérie, coqueluche, tétanos, tuberculose, rougeole dont le taux de couverture par la vaccination chez les enfants de un an dépasse 95 % au Maroc, 98 % en Tunisie et 88 % en Algérie⁽³⁵⁾), les maladies objet des grands programmes sanitaires (les maladies hydriques, le trachome, la lèpre, la bilharziose, le paludisme, les méningites cérébrospinales...) et la malnutrition protéino-calorique.

Le taux de mortalité par paludisme au Maroc et en Algérie est actuellement nul (0 %) pour 100 000 habitant selon l’OMS (2010).

35. Statistiques OMS 2010.

Mais à côté de ces acquis, de nouveaux enjeux apparaissent avec la coexistence de trois groupes d'affections à très forte charge de morbidité et de mortalité (triple fardeau de la morbidité) :

1. Les maladies transmissibles nécessitant de grandes actions de prévention et une approche de lutte plus efficace (les IST, le Sida, la tuberculose, les maladies émergentes comme le SRAS, la grippe aviaire, la grippe A...), les maladies maternelles et périnatales. Ce groupe représente plus de 33 % de la charge de morbidité globale (CMG).

Dans ce domaine, les IST-SIDA connaîtront une augmentation notable si de grandes actions de prévention et de contrôle ne sont pas entreprises. La prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans est de 0,1 % actuellement au Maroc, au même titre que l'Algérie et la Tunisie.

L'incidence de la tuberculose, qui se situe actuellement autour de 25 000 nouveaux cas par an, nécessite une approche globale de lutte mieux adaptée. Le taux de mortalité par tuberculose chez les personnes séronégatives pour le VIH est actuellement de 8 pour 100 000 habitants au Maroc, 1,8 pour la Tunisie et 4,1 pour l'Algérie⁽³⁶⁾.

D'autres maladies émergentes, épidémiques et mortelles ainsi que d'autres risques potentiels s'annoncent comme le SRAS, la grippe aviaire, la grippe porcine, les fièvres hémorragiques... Il s'agit là d'urgence de santé publique à portée internationale (USPPI), qui de par la mondialisation exigent une vigilance accrue dans le cadre de l'application du nouveau Règlement sanitaire international 2005, entré en vigueur le 15 juin 2007.

Quant aux maladies maternelles et périnatales, les taux élevés (227 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et 23 décès néonataux pour mille naissances vivantes en 2008) imposent des programmes plus efficaces pour leur maîtrise et leur réduction.

2. Les maladies non transmissibles sont responsables de 55,8 % de la CMG. On observe des changements considérables du profil des maladies au Maroc. Alors que la prévalence des maladies infectieuses et de la malnutrition est en déclin, on note une augmentation de la prévalence des maladies cardiovasculaires (34 % des adultes de plus de vingt ans souffrent d'une hypertension artérielle⁽³⁷⁾), des maladies chroniques ou dégénératives (6,6 % des adultes de plus de 20 ans souffrent d'un diabète et 57 % ignorent leur maladie, selon la même étude), des cancers (entre 30 000 à 50 000 nouveaux cas par an⁽³⁸⁾), et des maladies mentales, pour ne citer que les plus importantes (26,5 % de la population enquêtée en 2003 par le ministère de la Santé présente des troubles dépressives, 9 % une anxiété et 5,6 % des troubles psychotiques).

Les comportements à risque (tabagisme, addiction, alcoolisme) sont à l'origine d'une bonne partie de la CMG en ce qui concerne les cancers, les maladies mentales.

Pour ce qui est de la santé bucco-dentaire 87 % des adultes de 35 à 44 ans présentent au moins une carie dentaire.

Pour ce qui est des maladies de carence, notamment le goitre endémique, 22 % des enfants âgés de 6 à 12 ans sont concernés.

3. Les traumatismes et accidents intentionnels et non intentionnels génèrent 10,8 % de la CMG et concernent surtout les accidents corporels (31 559 en 2005, sur l'ensemble du réseau routier causant 80 881 victimes dont 3 617 tués, occasionnant pour la collectivité un coût estimé à 2,5 % du PIB).

36. Statistiques OMS 2010.

37. Selon une étude nationale sur les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires réalisée par le ministère de la Santé en 2000.

38. Selon une étude récente du CIRC.

Les risques environnementaux, plus particulièrement les intoxications du fait de la modernisation du mode de vie, la disponibilité des médicaments, la multitude et la diversité des produits chimiques à la disposition du citoyen ainsi que l'ouverture des frontières sont à l'origine d'effets indésirables et accidents volontaires et involontaires (38 556 accidents causant 182 décès en 2005⁽³⁹⁾). Tel est le profil épidémiologique du Maroc actuellement.

DEVANT CETTE SITUATION, une nouvelle orientation stratégique s'impose, des mesures d'urgence en matière de prévention et de lutte sont nécessaires. Ces transitions démographique et épidémiologique et les nouvelles données sanitaires et environnementales doivent amener les pouvoirs publics à élaborer une nouvelle politique de santé basée sur une vision novatrice à long terme, consolidant les acquis, corrigeant les dysfonctionnements et affrontant les nouveaux défis. C'est ce que nous aborderons dans la deuxième partie de ce rapport.

Transformation et évolution du système de santé

L'ANALYSE DE L'ÉVOLUTION du système national de santé permet de dégager trois grandes périodes de son développement, du lendemain de l'indépendance à nos jours :

- une première période, allant de 1959 à 1980, correspondant à la mise en place du système national de santé (lors de la première Conférence nationale de la santé), concrétisée par 5 plans de développement ayant concerné les infrastructures de base, la nationalisation des ressources humaines et la lutte contre les épidémies ;
- une deuxième période allant de 1981 à 1995, correspondant au renforcement du système national de santé, concrétisée à travers trois plans ayant trait au développement de l'offre de soins et des programmes sanitaires, plus particulièrement le réseau des soins de santé de base (RESSB) ;
- la troisième période qui va de 1995 à 2000, et qui a véritablement ouvert le débat sur la réforme de la santé et la quête de changement avec un intérêt particulier à la restructuration des services centraux du ministère de la Santé et à la maîtrise des aspects de financement.

Entre 2000 et nos jours, la quête de changement se poursuit et se renforce plus particulièrement par la mise en œuvre de plusieurs réformes (loi sur la régionalisation, réforme hospitalière), de l'amélioration de la gestion des ressources financières à travers une nouvelle stratégie sectorielle du ministère de la Santé *Santé, vision 2020*, le tout s'inscrivant dans le cadre d'un processus global de réformes initiées et conduites par Sa Majesté le Roi Mohamed VI, dont la nouvelle constitution du Maroc, qui vise le développement d'une société moderne, ouverte, tolérante, solidaire et prenant en considération les valeurs d'un développement humain durable.

Cependant, et en dépit des efforts déployés par le secteur public et le développement très rapide du secteur privé, on continue d'enregistrer des disparités dans l'accès aux soins (un lit pour 900 habitants contre 500 en Tunisie par exemple), avec des disparités parfois très fortes surtout entre le milieu urbain et le milieu rural ; une concentration du secteur privé dans les villes, les grandes métropoles en général, dispensant essentiellement, sinon exclusivement, des actions curatives ; des dysfonctionnements importants concernant les services des urgences et des secours et un cloisonnement

39. Selon le Centre national antipoison.

d'ordre fonctionnel et technique entre les secteurs hospitaliers et ambulatoire, avec une accessibilité difficile pour les populations démunies. De même le système de santé du Maroc présente un déficit quantitatif et qualitatif en professionnels de santé, des difficultés sur le plan du financement du système de santé et des dysfonctionnements en matière de gouvernance et sur lesquels on reviendra dans les chapitres suivants.

Il reste donc des efforts importants à faire pour améliorer l'accessibilité, l'équité et la qualité des soins.

Multisectorialité : éducation, culture, politiques multisectorielles, recherche, développement

SUR LE PLAN DE L'ANALYSE des déterminants de la vulnérabilité à la maladie, la pauvreté, l'analphabétisme, les comportements à risque (tabagisme, toxicomanie, habitudes alimentaires, comportements sexuels à risque...) sont une source de préoccupation quotidienne des autorités sanitaires et gouvernementales. Selon les données du ministère du Développement social, de la Famille et de la Solidarité, le taux de pauvreté relative demeure encore élevé au Maroc, avoisinant 14,2 % en 2004. Ce taux national cache des disparités régionales importantes pouvant atteindre dans certaines communes plus de 50 %. Dans les villes, la pauvreté a tendance à se concentrer dans les espaces périurbains et les zones enclavées, ce qui peut être l'occasion de l'éclosion de foyers épidémiques de certaines maladies.

L'initiative national de développement humain (INDH) a constitué une excellente opportunité de lutte contre la pauvreté et la réduction des disparités sociales, du fait de l'approche intégrée et la participation utilisée.

Par ailleurs, et malgré les efforts déployés par l'État et la priorité donnée à l'éducation (le taux de scolarisation est plus de 95 % pour la classe d'âge 6-11 ans), le taux d'analphabétisme⁽⁴⁰⁾ demeure encore élevé. Il touche 38,5 % de la population dont 46,8 % des femmes. Ce taux est encore plus accentué dans le monde rural, affectant plus de 54 % de la population. D'où l'objectif gouvernemental de réduire davantage ce taux. La réduction de l'analphabétisme de 20 % vers 2010, voire son éradication prévue en 2015, est devenue une nécessité impérieuse.

Le plan d'urgence, élaboré en 2008 par le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur, de la Formation des cadres et de la Recherche scientifique, comporte des mesures importantes, dont l'obligation de la scolarisation pour la tranche d'âge 6-11 ans.

Cependant, et en raison de la complexité de leurs déterminants, la lutte contre la pauvreté et l'analphabétisme échappe au seul contrôle du département de la santé et nécessite une approche multisectorielle, qui doit être menée et coordonnée par la Primature. Il est important de rappeler que l'exercice de la responsabilité de l'État vis-à-vis de la santé de ses citoyens est partagé entre plusieurs départements et que la récente Constitution marocaine (1^{er} juillet 2011) reconnaît le droit à la santé comme en droit fondamental du citoyen au même titre que l'éducation, le travail... en plus des conventions internationales auxquelles le Maroc a souscrit. Dans ce contexte, les politiques multisectorielles nécessitent la mise en convergence des actions des acteurs du développement social (l'État à travers les ministères et départements concernés, le secteur privé, les collectivités locales, les organisations internationales de coopération et la société civile). C'est dans ce cadre que

40. Données publiées en 2006 par le secrétariat d'État chargé de l'Alphabétisation et de l'Éducation non formelle.

s'inscrit le programme de l'INDH. Il est donc important que le rôle de chacun de ces acteurs soit bien défini et que le ministère de la Santé veille à la régulation de l'ensemble des mesures et des mécanismes destinés à assurer l'équilibre et le bon fonctionnement du système de santé.

Concernant le volet de recherche-développement en santé, il est désormais un instrument incontournable dans les politiques de santé. Le développement sanitaire national est un processus progressif qui nécessite, outre les apports du secteur de la santé, ceux des autres secteurs de développement social et économique tels que l'éducation, l'eau, l'assainissement, l'agriculture, l'industrie et les nouvelles technologies.

Les décideurs sont appelés à choisir parmi les meilleures approches à adopter, sur la base d'informations détaillées et exactes, facilitant la prise de décision et l'élaboration des politiques et des priorités de santé. Ces informations ne peuvent être fournies que par la recherche en santé. Or, l'analyse de l'état des lieux permet de révéler un certain nombre de constats :

- absence d'une déclaration de politique de recherche, de définition des priorités et de planification, notamment celles relatives à la recherche sur les systèmes de santé et la recherche clinique ;
- insuffisance en matière d'information, d'implication et de coordination des structures concernées par la recherche en santé avec des dysfonctionnements relatifs à la mobilisation des fonds pour le financement des projets de recherche ;
- des infrastructures et des compétences insuffisantes, ou du moins hermétiques, non optimisées (peu de recherche en santé dans un cadre multidisciplinaire) ;
- une dissémination et une valorisation des résultats de la recherche insuffisante pour un bon développement ;
- enfin, l'absence d'un cadre juridique adéquat à cet effet, de nature à promouvoir la recherche en santé dans un environnement de respect des droits de l'homme.

La création et la mise en place d'un Observatoire national de la recherche en santé, annoncée récemment par le ministère de la Santé, pourrait être un prélude au développement de la recherche en santé au Maroc.

Santé et environnement : eau, habitat, nutrition...

LES FACTEURS DE RISQUE liés à l'environnement constituent les déterminants importants de l'état de santé de la population et sont une source de préoccupation quotidienne des autorités sanitaires. Le Maroc, qui connaît actuellement un développement économique et social, accompagné d'une exploitation accrue des ressources naturelles, voit, de jour en jour, une dégradation de son environnement du fait des différentes pollutions (pollution microbiologique et chimique des eaux, pollution de l'air, particulièrement en milieu urbain, pollution des sols par les décharges des ordures ménagères, les déchets industriels et agricoles). La charge de morbidité globale pour l'environnement élaborée par l'OMS pour le Maroc sur la base des données de 2004 est estimée à 35 années de vie, corrigée du facteur d'invalidité (AVCI) pour mille habitants. Elle représente 20 % de la CMG, contribuant ainsi aux maladies diarrhéiques, respiratoires, cardiovasculaires...

Des efforts considérables ont été entrepris par l'État, les institutions nationales et internationales, les collectivités territoriales pour améliorer les

conditions de vie des populations. En témoignent les résultats enregistrés en matière d'accès de la population aux services de base.

En 1990, le Maroc présentait un niveau d'équipement moyen en termes d'accès à l'eau potable de 58 % (54 % en Tunisie, 52 % au Mexique, 49 % au Chili, selon l'étude en benchmarking du rapport du cinquantenaire de l'indépendance). Fin 2006, presque la totalité de la population urbaine est desservie en eau potable pérenne et 70 % est branchée aux réseaux d'égout. Mais les résultats les plus importants ont été enregistrés en milieu rural, où le taux de desserte en eau potable est passé de 14 % en 1995 à 77 % fin 2006⁽⁴¹⁾. Quant à l'assainissement en milieu rural, on estime que seulement 32 % à 35 % de la population est desservie par un système d'assainissement approprié. Globalement, selon les données 2010 de l'OMS, 81 % de la population marocaine utilise des sources d'eau améliorées contre 83 % en Algérie et 94 % en Tunisie ; pendant que 69 % de la population marocaine utilise un assainissement amélioré, 5 % en Tunisie et 95 % en Algérie, selon la même source.

Il y a lieu aussi de signaler que le Maroc est en train d'élaborer, dans le cadre d'un consensus national, une charte de l'environnement et de la qualité de vie et que le département chargé de l'environnement en collaboration avec les ministères et organismes concernés pilote plusieurs actions en matière de gestion des produits chimiques (pesticides et produits destinés à l'agriculture). Sur le plan nutritionnel, la consommation du sucre raffiné et du sel augmente régulièrement, les glucides complexes et les fibres font de moins en moins partie de l'alimentation. Ces facteurs de risque, représentés essentiellement par l'obésité, la sédentarité et l'hyperlipidémie, avec le stress, ont engendré une prévalence accrue de certaines maladies, en particulier le diabète sucré, l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires.

Financement du système de santé

L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ passe par un financement équitable et ciblé vers les domaines qui génèrent le plus d'utilité pour la santé des populations et des individus. La problématique du financement a toujours préoccupé et continuera de préoccuper les spécialistes des systèmes de santé, aussi bien dans les pays développés que des pays en voie de développement.

La dépense globale de la santé

LA DÉPENSE GLOBALE de la santé a enregistré une évolution annuelle moyenne de 6 % entre 1998 et 2001, soit 10 milliards de dirhams en 2001⁽⁴²⁾. Rapportée à la population, cette dernière ne représente guère que 663 dirhams par habitant (59 dollars aux taux de change courant en 2001, ou 199 dollars en termes de parité de pouvoirs d'achat). L'OMS, d'après la dernière mise à jour d'avril 2011, avance un chiffre de 40 128 (en millions d'UMN⁽⁴³⁾) pour 2009. Cette dépense globale de santé a néanmoins progressé régulièrement, passant de 11 010 millions d'UMN en 1995 à 18 926 millions d'UMN en 2001, pour plafonner à 40 128 millions d'UMN en 2009, selon la même source. La part de la dépense de santé par rapport au PIB ne présente que 5,5 % en 2009 (3,9 % en 1995), comparée aux deux autres pays du Maghreb, et selon la même source OMS, on note 4,4 % en Algérie en 2007 et 6 % en Tunisie en 2007. La Tunisie, la Jordanie, la Grèce, la Corée du Sud et d'autres pays à développement similaire avaient atteint, voire dépassé, ce pourcentage de 5,5 dès 1990.

41. Données du programme d'approvisionnement groupé en eau potable pour la population, en milieu rural Payer, Haut Commissariat au Plan.

42. Données du ministère de la Santé, *Santé vision 2020*, publié en 2007.

43. Unité monétaire nationale.

TABEAU 77 Dépenses de santé en 2002 (% du PIB)

Dépenses	globale	publique		globale	publique
Grèce	9,5	5,02	Mexique	6,1	2,73
Portugal	9,3	6,55	Chili	5,8	2,61
Jordanie	9,3	4,28	Tunisie	5,8	2,89
Afrique du Sud	8,7	3,53	Corée du Sud	5	2,64
Espagne	7,6	5,41	Égypte	4,9	1,79
Irlande	7,3	5,48	Maroc	4,6	1,50
Turquie	6,5	4,27	Malaisie	3,8	2,04
Pologne	6,1	4,41			

Source: Rapport du cinquantenaire de l'indépendance du Maroc

Par ailleurs, et depuis 1998, la configuration du financement du système de santé au Maroc n'a pas connu de changement notable. La part de la dépense totale de santé financée par les ménages est toujours prépondérante (58 % en 1998) malgré sa légère diminution. La principale source de financement de la santé par les paiements directs des ménages est, actuellement, une source d'inégalités dans l'accès aux soins, notamment pour les personnes indigentes et ne disposant pas d'assurance-maladie. Cette situation est aggravée, aussi, par la faiblesse de la solidarité institutionnalisée et de la mutualisation du risque-maladie à cause de la faiblesse de l'assurance maladie qui ne couvre que 31 % de la population totale. Il est important de souligner que le taux élevé des dépenses directes des ménages est dû, en partie, au montant important du ticket modérateur appliqué par les régimes d'assurance maladie publics et privés.

Selon les données de l'OMS relatives aux dépenses nationales de santé (dernière mise à jour en avril 2001) se rapportant aux régimes de sécurité sociale, les dépenses des administrations publiques en santé (DGS) ne représentent que 34,4 % des dépenses totales de santé (DTS) en 2009, avec une très faible progression depuis 1995. Les DGS pour l'Algérie en 2009 étaient de 86 % des DTS. Les dépenses du secteur privé en santé (DPrS) en pourcentage des DTS ont diminué entre 1995 (67,8 %) et 2009 (65,6 %), contre 14 % en Algérie en 2009. L'assurance privée en pourcentage des DPrS a, elle aussi, diminué passant de 22,2 % en 1995 à 13,7 % en 2009. Les ressources externes consacrées à la santé ne représentent que 0,2 % en 2009 (0,7 % en 1995).

Le financement public et la couverture solidaire du risque maladie

L'ANALYSE DU FINANCEMENT du ministère de la Santé revêt une grande importance en raison de son poids dans le système national de santé. Outre son rôle de garant de la santé au Maroc, ce département est le plus important fournisseur de soins puisqu'il offre, actuellement, plus de 80 % de la capacité litière hospitalière nationale et déploie un réseau de 2 578 établissements de soins de santé de base (ESSB) à travers le territoire national.

En dépit des ressources supplémentaires injectées dans le secteur, le budget du ministère de la Santé demeure insuffisant. Il a atteint près de 7,4 milliards de dirhams en 2007 (82 % du budget de fonctionnement et 18 % de budget d'investissement) soit moins de 239 dirhams par habitant. Il représente 5,5 % du budget général de l'État (7,3 % au début des années soixante) et seulement 1,3 % du PIB. Toutefois, l'essentiel de ces augmentations est absorbé par la masse salariale qui constitue plus de 63 % des crédits alloués au ministère de la Santé. Aussi, et malgré les progrès réalisés, les performances en terme d'émission des crédits alloués au ministère de la Santé demeurent-elles modestes.

L'assurance maladie est obligatoire (AMO) depuis septembre 2005. Malgré la multiplicité d'organismes opérant dans ce domaine, l'assurance maladie ne concerne qu'environ 9,3 millions de personnes, soit 31 % de la population, dont plus de 80 % constituent les agents de l'État ou assimilés et leurs ayants droit. Or, la multiplication et le cloisonnement des régimes présentent plusieurs inconvénients. Les différences de traitement entre les régimes (niveaux de cotisation et de plafonnement, paniers de soins, niveaux de remboursement, types d'établissements éligibles) risquent de renforcer les inégalités en matière d'accès aux soins de qualité. Par ailleurs, ils limitent les possibilités de rationalisation de la gestion des ressources. D'autre part, ils ne permettent pas les transferts entre caisses et le partage des risques entre des catégories de population de niveaux socioéconomiques très différents. Ces inégalités pourraient être renforcées par le fait que les populations les plus solvables participent peu à l'assurance maladie obligatoire (elles continuent de souscrire à des systèmes d'assurances particuliers). Ces différents éléments posent la question du principe de cohésion sociale qui devrait sous-tendre l'ensemble du système. Un système spécifique aux populations les plus démunies est en cours d'être en place : régime d'assurance-maladie des économiquement faibles (Ramed).

Médicaments, industrie pharmaceutique, distribution, modèle de production des médicaments, les inputs, lobbying pharmaceutique...

L'ACCESSIBILITÉ AUX MÉDICAMENTS de qualité, à des prix abordables, demeure un objectif fondamental dans toute politique sanitaire. Au Maroc, l'accessibilité physique au médicament et aux produits pharmaceutiques ne représente pas de problème en milieu urbain. Depuis l'indépendance, le domaine pharmaceutique a enregistré des réalisations incontestables, ce qui a permis d'assurer, actuellement, la couverture de 70 % des besoins du marché local grâce à l'industrie marocaine. Le secteur de l'industrie pharmaceutique marocaine est performant et bien organisé. Il fabrique une large gamme de produits obéissant aux standards internationaux et le Maroc exporte une bonne partie de ses produits vers les pays d'Afrique, du Moyen-Orient, voire d'Europe, ce qui a amené l'OMS à classer l'industrie pharmaceutique marocaine dans la zone Europe pour les standards de qualité.

Le nombre d'officines a nettement augmenté depuis l'indépendance, mais pas toujours dans le sens d'une meilleure couverture géographique du territoire national. Ce constat étant aggravé par le fait que le pouvoir d'achat de certains ménages, surtout en milieu rural, reste faible, en dehors d'une couverture médicale de base. Ce secteur de la distribution, avec l'augmentation des effectifs des pharmaciens formés au Maroc et à l'étranger, se développe et couvre de plus en plus l'ensemble du territoire.

Des efforts ont été déployés ces dernières années par le ministère de la Santé en matière de politique de fixation des prix, de fiscalisation de certains médicaments essentiels, d'exonération de la TVA et de réduction des droits de douane pour d'autres, en plus de la politique d'encouragement de la fabrication du médicament générique. Le secteur public est sous-financé et ne peut pallier au déficit d'accessibilité. Cependant, la consommation des médicaments par habitant, quoique encore faible et variable, en fonction du niveau socioéconomique des patients, a évolué dans le sens de l'amélioration de

l'accessibilité à ces produits surtout vis-à-vis des médicaments liés à des programmes sanitaires dont la disponibilité au sein des structures sanitaires publiques est quasi permanente.

Malgré tous ces acquis et les points forts enregistrés dans ce domaine d'autres problèmes persistent et sont liés à :

- la faiblesse de production du générique, du fait essentiellement d'un certain lobbying pharmaceutique et de la faiblesse des actions d'information et de sensibilisation de la population, voire de certains aspects relatifs à la législation et la réglementation des prix des médicaments ;
- la multiplicité des unités de fabrication dont la taille ne permet pas d'affronter la concurrence et la mondialisation, la politique des prix ;
- l'industrie pharmaceutique privée reste largement dépendante de l'étranger pour l'approvisionnement en matières premières dont les laboratoires commettants facturent ces produits à des prix souvent supérieurs aux prix du marché international ;
- enfin, des dysfonctionnements en rapport avec la gestion de l'approvisionnement en médicaments dans le secteur public, notamment au niveau des hôpitaux. L'affectation récente de pharmaciens dans la majorité des hôpitaux aura, certainement, un effet bénéfique sur la gestion des médicaments.

En conclusion, des défis restent à relever, notamment en ce qui concerne l'accès de la population au médicament, tant sur le plan géographique qu'économique, en ce qui concerne le renforcement du contrôle de qualité et d'utilisation et de la mise en place d'institutions de surveillance et de vigilance pour mieux protéger la population. Nous disposons actuellement d'un Laboratoire national de contrôle des médicaments et d'un centre national antipoisson et de pharmacovigilance. L'accréditation récente par la direction européenne de la qualité du médicament (EDQM) du Conseil de l'Europe du Laboratoire national de contrôle des médicaments renforcera sûrement la politique des médicaments au Maroc. Le pays devra profiter de la mondialisation et de la globalisation, particulièrement avec l'Union européenne dans le cadre de son statut de pays avancé et dans la cadre aussi du libre échange avec les pays du Sud à grandes capacités de production comme l'Inde et le Brésil.

Infrastructures et accès aux soins

Quel accès aux soins (inégalité géographique) ?

L'ORGANISATION du système de soins de santé repose en grande partie sur deux secteurs, le secteur public représenté essentiellement par le ministère de la Santé et les services de santé des Forces armées royales, et le secteur privé (à but lucratif et non lucratif) qui concentre 50 % du corps médical, implantés pour la plupart dans les grandes villes et les petits centres urbains, contribuant ainsi au déséquilibre entre les milieux urbain et rural.

La couverture sanitaire par les ESSB, relevant du ministère de la Santé et constitués essentiellement par les dispensaires, centres de santé et hôpitaux ruraux, s'est nettement améliorée depuis l'indépendance. Le nombre de ces établissements est passé de 394 en 1960 à 2 578 en 2006. La desserte de la population qui était de 29 500 habitants par ESSB en 1960, est passée à 11 890 en 2006. Cette augmentation a permis la prise en charge de la population et plus particulièrement celle du milieu rural, dont le ratio habitant par ESSB est passé de 27 300 en 1960 à 7 164 en 2006. En milieu urbain, ce ratio est passé d'un ESSB pour 37 000 habitants en 1960, à 25 319 habitants en 2006.

En milieu rural, même si le ratio ESSB par habitant est inférieur à celui du milieu urbain, le problème de l'accessibilité physique se pose avec acuité vu les caractéristiques géographiques de notre pays et la dispersion des localités en milieu rural. Le mode de couverture sanitaire mobile, qui constitue une alternative de couverture des populations éloignées, connaît des dysfonctionnements qui entravent sa performance (diminution de l'effectif des infirmiers itinérants, insuffisance des moyens de locomotion, charge importante du paquet d'activité, perception négative de l'itinérance sanitaire). L'utilisation des services de santé de base reste très limitée en dehors de certains programmes prioritaires. Le recours à la consultation médicale au niveau des ESSB est très faible et a peu évolué durant les cinq dernières années.

S'agissant des hôpitaux, leur nombre est passé de 52 en 1960 à 130 en 2006 dont 35 sont des hôpitaux spécialisés et 95 sont généraux, soit une augmentation de 75 établissements hospitaliers au cours des quatre dernières décennies. Quant à la capacité litière, elle est passée de 15 500 à plus de 26 452 lits pour la même période. Le ratio lits/population est de 9 lits pour 10 000 habitants en moyenne. Ce ratio reste faible comparativement à des pays à développement équivalent qui ont des ratios proches ou supérieurs à 20 lits pour 10 000 habitants.

La distribution des lits entre les régions montre aussi des disparités parfois très fortes. Il faut noter, par ailleurs, qu'une grande partie du patrimoine du réseau hospitalier public se trouve dans un réel état de vétusté. Plus de la moitié des hôpitaux publics existants au Maroc ont plus de 40 ans et près de 30 % ont plus de cinquante ans.

En ce qui concerne l'offre privée à but lucratif, elle connaît un développement rapide. Le nombre des cliniques privées en 2006 a atteint un chiffre de 302 avec une capacité qui avoisine 7 300 lits. Quant aux cabinets privés de consultations et de diagnostic clinique, ils sont passés de 2 552 en 1991 à 5 800 en 2006. La desserte de la population par cabinet de médecin privé est passée d'un cabinet de consultation pour 9 800 habitants en 1991 à un cabinet de médecin pour 5 260 en 2006. Cependant, la répartition de l'offre de soins privée sur l'ensemble du territoire accuse un fort déséquilibre entre milieu rural et urbain et entre les régions. En 2005, on observe un ratio d'un cabinet médical pour 3 047 habitants en milieu urbain, contre un cabinet pour 59 561 habitants en milieu rural. De plus, cette offre est concentrée dans les grandes agglomérations. En effet, 52 % des cliniques se trouvent dans les grandes villes avec plus de 48 % de la capacité litière totale des cliniques.

L'analyse de l'offre globale publique et privée montre une faible complémentarité entre les deux secteurs. Généralement, cette offre globale n'a pas permis de rétablir l'équilibre entre les différentes régions et encore moins entre les différentes provinces en matière de services de santé de base. Une politique de partenariat public-privé dans le cadre d'une stratégie globale de l'offre de soins équitable s'impose de façon pressante.

Quelle distribution de soins ? Déficit qualitatif et quantitatif en professionnels de santé

LES PERSONNELS DE SANTÉ constituent l'actif le plus important et la ressource primordiale que le système de santé doit mobiliser pour créer les conditions nécessaires à une amélioration soutenue de l'état de santé de la population. Malgré les efforts consentis, la situation des ressources humaines est marquée par un déficit quantitatif et qualitatif significatif.

L'OMS situe le Maroc parmi les 57 pays du monde qui présentent une pénurie aiguë en personnel soignant. En 2006, les effectifs du personnel médical et paramédical offrant des soins directs aux patients restent très en deçà du seuil minimal requis pour garantir à la population une offre de services adéquats pour une amélioration durable de l'état de santé. Les données OMS indiquent que les médecins, dentistes, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes et autres personnels paramédicaux représentent un effectif de 56 615, soit un ratio de 1,86 personnel de soins pour 1 000 habitants. Ainsi, le Maroc se classe parmi les pays ayant une faible densité de ressources humaines en santé et est en deçà du seuil critique de 2,31 personnels de soins pour mille habitants.

La distribution régionale de ces professionnels de santé favorise largement les régions métropolitaines et les zones urbaines. 22 % des professionnels publics sont concentrés dans les régions du Grand Casablanca et de Rabat-Salé où vivent 20 % de la population. C'est aussi dans ces deux régions que sont installés 50 % des médecins exerçant dans le secteur libéral.

Malgré l'augmentation de l'effectif des médecins, passé de 979 en 1960 à 18 269 en 2009 (6 pour 10 000 habitants) et réparti de manière presque égale entre généralistes et spécialistes, la densité médicale reste insuffisante par rapport aux besoins du pays et se trouve en deçà du niveau atteint par des pays à revenu égal comme la Tunisie (13 pour 10 000 habitants en 2009) ou comme l'Algérie (12 pour 10 000 habitants en 2009). Les autres professionnels de santé sont représentés par les chirurgiens dentistes, au nombre de 3 091, qui couvrent une population importante (1 pour 10 000 habitants) et les pharmaciens, au nombre de 7 366, soit un pour 10 000 habitants.

Quant au personnel paramédical (infirmiers auxiliaires, assistants médicaux et adjoints de santé, techniciens spécialisés...) au nombre de 30 572, soit une densité de 10 infirmiers pour 10 000 habitants, 85 % de cet effectif sont employés par le secteur public et en constituent ainsi l'ossature. Il est important de signaler qu'en plus du déficit actuel, 24 % des paramédicaux partiront à la retraite au cours des 10 prochaines années.

Les investissements futurs en termes de développement de la main-d'œuvre devront donc accorder une part accrue à la formation et au recrutement des médecins et des paramédicaux.

Les capacités de formation et de production des professionnels de santé : la moyenne annuelle de formation des médecins généralistes par les quatre facultés de médecine et de pharmacie du pays s'établit à 800 diplômés, la faculté de médecine d'Oujda ayant démarré en 2008, les ratios personnel enseignant/étudiants, calculés à partir des données du ministère de l'Enseignement supérieur dénotent des inégalités entre les facultés : un enseignant pour 4 étudiants à Rabat, un pour 8 à Casablanca, un pour 25 à Fès et un pour 24 à Marrakech. La moyenne annuelle de formation des médecins spécialistes ne dépasse guère 500. Ce rythme de formation permettra à peine de maintenir l'offre actuelle de médecins spécialistes au cours des 10 prochaines années. Cette offre est en dessous de la demande de soins en raison de l'évolution des pathologies chroniques et dégénératives consommatrices d'actes spécialisés. Une augmentation de la capacité de la formation des médecins et cadres paramédicaux pour combler le déficit et faire face à la demande future de soins constitue un axe prioritaire.

En ce qui concerne le personnel gestionnaire et administratif, le statut actuel de l'Institut national de l'administration sanitaire (INAS) devra être revu pour augmenter sa capacité de formation et permettre aussi aux ges-

tionnaires du secteur libéral d'accéder à ses programmes. Enfin, le rythme de recrutements, notamment dans le secteur public, au cours des dernières années, n'a pas pu améliorer la couverture ni compenser les départs cumulés suite à la retraite. De même, la demande du système libéral en expansion devra recruter à l'avenir tout profil pour satisfaire les besoins en soins.

La gouvernance du système de santé: pilotage, gestion, régulation, contrôle, évaluation, outils juridiques, procédures

LES PROFONDES MUTATIONS marquant actuellement l'environnement global du système de santé, interpellent la communauté nationale sur la nécessité de l'adapter et d'épouser les tendances lourdes nationales et internationales. Le système de santé doit rester ouvert sur son environnement, sur le citoyen, sur les prestataires de soins et les organes de financement.

Les différents chapitres d'analyse du système de santé, à travers les différents items examinés, ont permis d'identifier un nombre important de dysfonctionnements dont les principaux sont :

- l'absence d'un cadre légal et réglementaire pour la planification et la régulation de l'offre de soins. En effet, le projet de loi sur le système de santé et l'offre de soins (carte sanitaire) est toujours dans le *pipe* de son adoption ;
- l'État intervient aussi bien au niveau politique, stratégique qu'opérationnel. Il en découle de ce cumul de rôle une incapacité d'assurer une bonne gouvernance du système national de santé au lieu de se concentrer, en premier lieu, sur les mécanismes de régulation de la gouvernance du système ;
- les rigidités des statuts des personnels ne sont pas favorables à une gestion performante des ressources humaines ;
- la faiblesse des outils de pilotage et de suivi : les systèmes d'information sanitaire et de gestion du ministère de la Santé ne concernent que les établissements publics ;
- la tendance à une utilisation accrue de l'hôpital (l'hospitalo-centrisme) ;
- le centralisme administratif et l'insuffisance de la déconcentration, avec une multitude d'acteurs et une faible imputabilité et responsabilité d'autant plus qu'on s'achemine de plus en plus vers la régionalisation ;
- les dérives liées aux comportements et à certaines pratiques illicites qui pèsent négativement sur la bonne gestion des établissements de soins ;
- le cloisonnement entre les différents systèmes, notamment public et libéral : il n'y a pas une véritable culture de transparence et de communication, plus particulièrement en ce qui concerne l'identification et le choix des priorités, la mobilisation et la redistribution des ressources ainsi que les règles et procédures de la gestion de la chose publique ;
- l'insuffisance de la participation des organisations professionnelles et des usagers à l'élaboration de la politique de santé, son suivi et son évaluation.

Conclusion

À L'INSTAR DE SON RÔLE constitutionnel dans les autres domaines (éducation, enseignement, travail...), l'État doit se prononcer clairement sur la santé, définir un cadre légal réglementaire pour la planification et la régulation de l'offre de soins, mettre en place des outils de gestion, de pilotage, d'évaluation et de contrôle avec une vision à long terme, abstraction faite des changements de gouvernements et des ministres de la Santé.

Recommandation pour une nouvelle vision du système de santé marocain à l'horizon 2020

Par N. Fikri Benbrahim

LA NOUVELLE VISION DU secteur de la santé marocain à l'horizon 2020 devra s'inscrire dans le processus global des réformes initiées et conduites par Sa Majesté le Roi Mohammed VI, visant le développement d'une société moderne, ouverte, tolérante et solidaire. Elle prend en considération les principes et les valeurs du développement humain durable, plus particulièrement ceux énoncés dans la nouvelle constitution du Maroc, promulguée en juillet 2011, tout en tenant compte des développements récents enregistrés au sein du monde arabe et de l'ensemble de la communauté internationale. Cette vision se fonde sur les valeurs de l'équité, de la solidarité, de la participation, de la responsabilité aussi bien des prestataires de service que des pouvoirs publics et des citoyens.

Le Maroc s'engage à respecter, par ailleurs, ses engagements internationaux en matière de santé, notamment ceux en rapport avec l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Tous les citoyens doivent avoir accès à des soins de santé, au moment opportun, selon leurs besoins et non leurs capacités de paiement, en s'appuyant sur un système plus solidaire, réduisant les inégalités entre régions, milieu urbain/rural et entre groupes sociaux.

Les services de santé offerts doivent être de qualité, sécurisés, efficaces et axés sur le patient. Les axes stratégiques de cette nouvelle vision sont :

1. renforcement des actions de prévention, consolidation des programmes de lutte contre les maladies transmissibles et développement des actions de lutte contre les maladies non transmissibles (maladies chroniques et dégénératives) ;
2. amélioration de l'accès aux soins par la promotion de l'équité dans la répartition des ressources allouées et réduction des écarts entre régions, milieu et groupes sociaux ;
3. résorption des déficits du personnel de soins pour faire face à la demande croissante du système, et revalorisation des ressources humaines ;
4. pérennisation des acquis de la couverture médicale de base et élargissement du financement du secteur de la santé par le développement des mécanismes collectifs et solidaire de partage du risque de maladie ;
5. consolidation de la réforme hospitalière et pérennisation des acquis, notamment de l'assurance qualité ;
6. garantie de la disponibilité, de l'accessibilité et de la sécurité du médicament ;
7. amélioration de la gouvernance du système de la santé ;
8. développement de la recherche en santé, y compris la recherche sur les systèmes de santé.

DES RÉFORMES ont été engagées dans ce sens. Certaines sont au stade préparatoire, d'autres en cours de mise en œuvre.

1. **Réforme institutionnelle à travers la régionalisation** (mise en place des directions régionales de la santé, réorganisation centrale du ministère, l'objectif étant l'amélioration de la gouvernance, une plus grande déconcentration et un nouveau partage des rôles.)

2. **Réforme juridique** : un grand chantier est ouvert visant à actualiser l'arsenal juridique existant et accompagner les nouvelles mesures introduites par les réformes en cours (régulation, planification de l'offre de soins à travers l'élaboration et la publication de la loi sur la carte sanitaire et le schéma régional de l'offre de soins, refonte de la législation relative aux professionnels de santé, veille sanitaire, motivation des ressources humaines, protection des droits des personnes dans le domaine de la santé...)

3. **Réforme hospitalière** : mise à niveau des hôpitaux publics et renforcement de leur autonomie de gestion administrative et financière, amélioration de la qualité des soins.

4. **Réforme du financement du système de santé** : extension de l'assurance médicale obligatoire (AMO) à toutes les catégories de la population marocaine, mise en place du régime d'assistance médicale pour les économiquement démunis (Ramed) en vue d'améliorer la solvabilité de la demande par la solidarité et la mutualisation du risque ; et augmentation du financement global du système (actuellement de 5 % du PIB).

5. **Réforme budgétaire** : amélioration de l'efficacité de la dépense publique par la globalisation, la contractualisation et le partenariat.

6. **Partenariat public-privé** en vue d'une approche méthodologique globale pour le développement d'un cadre de partenariat prenant en considération les besoins de la carte sanitaire, la démographie médicale et les moyens disponibles dans les deux secteurs, avec des mesures d'encouragement et d'incitation des prestataires du secteur privé, des outils d'information, de concertation, d'évaluation, de suivi et de contrôle.

Par ailleurs l'ensemble des propositions des recommandations transversales pour les pays du Maghreb formulées par mes soins dans le document ci-joint sont de nature à compléter et enrichir les propositions des recommandations pour le niveau national, cas du Maroc.

Tunisie

EN SE BASANT SUR UNE ANALYSE contextuelle de l'évolution du système de santé dans ses diverses composantes, ce travail se propose d'en documenter les forces et les faiblesses et d'identifier les défis auxquels il aura à faire face pour répondre aux besoins de la population dans un contexte de transitions socioéconomiques, démographiques et épidémiologiques, et plus récemment de transitions politiques, sociales et économiques. Cela nécessite une lecture critique approfondie des indicateurs de santé et des politiques et programmes jusqu'ici adoptés.

Les indicateurs de santé de la Tunisie sont réputés être parmi les meilleures des pays de l'Afrique du Sud et de l'Est de la Méditerranée, et être supérieurs à ceux de pays ayant un niveau de revenus équivalent. Ce jugement globalement positif ne dispense pas de l'analyse approfondie des différentes dimensions du système de santé, pour préciser dans quelle mesure il réussit aujourd'hui à assurer un niveau de couverture sanitaire acceptable et adapté à toute la population, particulièrement aux franges les plus vulnérables. Cette analyse permettra d'entrevoir les pistes à explorer pour améliorer les performances de ce système.

Contexte épidémiologique et économique

LA TUNISIE EST UN PAYS situé au nord du continent africain, sur le bassin méditerranéen, dans un ensemble régional dénommé le Maghreb. La superficie totale de la Tunisie est de 163 610 km². Au 1^{er} juillet 2010, sa population est estimée à 10 549 millions d'habitants. Selon les données officielles, la Tunisie a réussi à améliorer de manière continue ses indicateurs de développement humain, comme en témoignent l'élévation soutenue du revenu par tête d'habitant, le recul de la pauvreté, l'amélioration continue des conditions de vie et du bien-être.

TABLEAU 78 Indicateurs économiques

	1990	1995	2000	2005	2010
PNB/hab (dollars)	1 430	1 820	2 080	2 890	4 500
PNB/hab (PPP) (dollars)	3 560	4 550	5 970	7 900	9 000 (2008)
PIB/hab en (dollars)	1 503	1 665	2 036	2 122	3 796 (2008)
Taux d'accroissement du PIB (%)	7,95	2,3	4,7	5,8	3,7
Taux de chômage (%)	15,6	15,8	15,7	14,5	20

Avec un taux de croissance moyen de son PIB de plus de 5 % sur les trente dernières années, l'économie tunisienne était considérée comme la plus dynamique au Sud de la Méditerranée, quoique ralentie par l'ajustement structurel entrepris au début des années 1980. De part son climat, sa proximité de l'Europe et le niveau de qualification relativement élevé de sa population, la Tunisie dispose d'atouts économiques significatifs, malgré son modeste niveau de ressources naturelles (pétrole et phosphates). Ces atouts, de concert avec un environnement macroéconomique stable et une gestion saine, ont permis à la Tunisie d'accroître régulièrement son revenu réel par habitant.

Il est cependant important de noter que depuis le début janvier 2011, l'activité économique a fortement ralenti, ce qui s'est traduit par une baisse du PIB au premier semestre 2011 (-3% par rapport à 2010). La rapidité de la transition démocratique en permettant le retour à la stabilité dans le pays est déterminante pour la relance économique et la lutte contre le chômage.

Pour ce qui est de la pauvreté, en Tunisie, la pauvreté monétaire est appréhendée à travers les résultats des enquêtes (sur le budget et la consommation des ménages) réalisées tous les cinq ans et à une échelle nationale par l'Institut national de la statistique (INS). Les statistiques officielles montrent une diminution continue des taux comme le montre le **TABLEAU 79**.

TABLEAU 79 Évolution des taux de pauvreté par milieu (%)

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Milieu Urbain	26,5	11,8	8,4	7,3	7,1	4,9	-
Milieu rural	18	14,1	7	5,8	4,9	2,9	-
Ensemble Tunisie	22	12,9	7,7	6,7	6,2	4,2	3,6

Il convient de signaler que, si la tendance peut être prise en considération, le niveau de pauvreté est largement sous-estimé en raison des seuils adoptés qui n'ont jamais été satisfaisants pour des organisations internationales telles que la Banque mondiale. Il est vraisemblable qu'avant 2011 le taux réel de pauvreté soit au moins le double de ce qui était annoncé. A cet égard, la Banque mondiale a, en utilisant ses propres critères, estimé le taux pour 2005 à 7 %, soit le double du taux officiel.

Contexte environnemental

LA TUNISIE A FAIT de grands efforts en matière d'amélioration de l'alimentation en eau potable et en matière d'assainissement.

TABLEAU 80 Accès à l'eau potable et à l'assainissement (%)

	2005	2009
Taux de branchement en courant électrique	99,3	99,5
Taux de branchement en eau potable	84,1	85,3
Taux de desserte en eau potable	96,1	98,0
Taux de branchement au réseau d'assainissement (milieu communal)	80,0	83,6

Par ailleurs, la proportion de la population vivant dans les zones urbaines est passée rapidement de 40,1 % en 1996 à 64,1 % en 2004. Elle atteindrait 67 % vers l'an 2015. Cette évolution s'est accompagnée d'une tendance à la sédentarité et à l'adoption d'un modèle de consommation alimentaire analogue à celui des pays occidentaux.

La démographie

LA TUNISIE A un parcours original, la distinguant de tous les pays arabomusulmans et africains. L'abolition de la polygamie intervenue dès l'indépendance (1956), associée à une politique de planification familiale et aux progrès du système de santé, explique en grande partie le modèle de transition. La population du pays a été multipliée par 2,6 depuis l'indépendance, passant de 3 780 en 1956 à 10 329 millions en 2010. Elle serait de 12 028 millions d'habitants vers l'année 2020. Son accroissement naturel s'est nettement réduit : 3,2 % en l'an 1966, 2,35 % (1984-1994), 1,21 % (1994-2004) et 1,2 en 2010. Ce taux sera, selon les estimations de la division de la population des Nations unies (2004), de 0,87 % pour la période 2020-2025.

La structure par âge de la population s'est profondément transformée ces dernières années : la Tunisie va probablement vieillir rapidement. A l'horizon 2020, selon les projections de la Division de la Population des Nations Unies (2004), la part des plus de soixante ans sera proche de celle des moins de 9 ans et représenterait 12,5 % de la population alors qu'elle représentait 9,5 % en 2004 et 6,7 % en 1984.

La baisse de la mortalité infantile a eu pour conséquence un accroissement de l'espérance de vie à la naissance qui est passée de 37 ans à la fin des années 1940 à 52 ans à la fin des années 1960 et à 74,5 ans en 2009 (72,5 ans pour les hommes et 76,5 ans pour les femmes).

Le taux de mortalité infantile (TMI) qui avoisinait les 200 ‰ en 1956, atteint 17,8 ‰ en 2009. Selon les projections de l'INS, le TMI serait de 10 ‰ en 2020 et de 8 ‰ à l'horizon 2030.

Cette chute spectaculaire de la mortalité infantile est due à l'interaction de trois stratégies :

- la promulgation, dès août 1956, du Code du statut personnel (CSP), interdisant la polygamie ;
- la mise en œuvre, dès le début des années 1960, d'une politique de planning familial et de réduction des naissances généralisée ;
- l'intégration de la santé maternelle et infantile et de la santé de la reproduction aux programmes nationaux prioritaires, depuis 1960 : suivi des grossesses, vaccinations, suivi post natal et espacement des naissances.

Ces stratégies ont évolué et été mises à jour au fil du temps, dans un environnement économique de lutte contre la pauvreté, d'une plus grande accessibilité du genre féminin à l'enseignement obligatoire et d'une amélioration constante de l'accès aux soins, notamment ceux visant les maladies transmissibles (en particulier celles touchant la petite enfance).

Le taux brut de natalité est de 17,7 ‰ en 2009 contre 50 ‰ il y a 45 ans. Il serait de 15 ‰ vers 2025-2030. Ainsi, de par le début tardif de la baisse de la mortalité survenue après les années cinquante, de par la rapidité de cette baisse et surtout de par la spectaculaire baisse de la fécondité (autour de 2,05 depuis 2005), on peut classer la Tunisie parmi les pays ayant suivi la variante du modèle de transition démographique retardé à l'instar de la Corée du Sud, de Hong Kong, du Sri Lanka et de la Chine.

Transition épidémiologique

LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE a été suivie par une transition épidémiologique multifactorielle : sanitaire certes, mais aussi sociale, économique et culturelle. Cette transition est faiblement documentée en l'absence d'un système d'information fiable et pérenne. Le profil épidémiologique de la Tunisie n'est plus celui qui a prévalu jusqu'à la fin des années 1980.

En effet, on enregistre :

- un recul net, parfois l'éradication, des maladies transmissibles *traditionnelles* (paludisme, bilharziose, trachome, tuberculose, diarrhées infectieuses...) et de la petite enfance (poliomyélite, tétanos, néonatal, diphtérie...).
- En 2002, les maladies non transmissibles constituent 79,7 % des décès et 70,8 % de la charge de morbidité (TABLEAU 81) ;
- une émergence des maladies non transmissibles de type chronique et dégénératif, d'étiologie multifactorielle et au coût de prise en charge élevé ;
 - une recrudescence des accidents de la voie publique ayant de fortes conséquences en termes de mortalité et de morbidité.

TABLEAU 81 Charge globale des maladies, estimations en 2002

	Charge de mortalité exprimée en DALY*		Charge totale des maladies exprimée en DALY	
	Value	%	Value	%
Maladies transmissibles maternelles, périnatales et nutritionnelles	5,3	9,5	217	14,1
Maladies non transmissibles	44,5	79,7	1 093	70,8
Violences	6,0	10,8	234	15,2
Total	55,8	100	1 544	100

* DALY : années de vie ajustées sur l'incapacité : la somme des années de vie potentiellement perdues en raison d'une mortalité prématurée et d'une incapacité.

Les statistiques des causes de décès pour l'année 2006 montrent que les maladies cardiovasculaires occupent la première place (28,9 %), suivies des néoplasmes (16,5 %), des accidents, des maladies métaboliques (9,7 %) et des maladies du système respiratoire (9,5 %). Par ailleurs, une enquête nationale populationnelle touchant les sujets âgés entre 35 et 75 ans et réalisée en 2005 a donné les estimations suivantes :

- une prévalence de l'hypertension artérielle de 30,2 % (28,6 % chez les hommes et 31,2 % chez les femmes) ;
- une prévalence du diabète de 10 % (9,8 % chez les hommes et 10,1 % chez les femmes) ;
- pour ce qui est du cancer, les données issues des registres régionaux, donnent une incidence globale de 113 cas pour 100 000 habitants (133 pour les hommes soit 5 900 cas et 94,6 pour les femmes soit 4 900 cas). Les cancers les plus fréquents sont pour l'homme, le cancer du poumon avec une incidence standardisée de 30 pour 100 000 habitant ; pour la femme c'est le cancer du sein qui occupe la première place suivi du cancer du colon avec des incidences standardisées respectives de 29,4 et 5,4 pour 100 000 habitant. Une prépondérance des cancers liés au tabagisme chez l'homme ; le cancer du poumon est largement en tête ;
- en ce qui concerne les troubles mentaux, les taux de prévalence sont comparables à ceux rapportés dans la littérature internationale, avec une prévalence globale de la dépression de 8,2 % et de la schizophrénie de 0,57 %.

L'offre de soin

L'Infrastructure

L'OFFRE DE SOINS EST assurée par un dispositif composé de structures publiques et parapubliques, et de structures privées. Les types de structures et leur nombre figurent dans le tableau suivant :

TABLEAU 82 Offre de soins en Tunisie

Structures publiques	Structures parapubliques	Structures privée
CHU (22)	Polycliniques de la CNSS (06)	Cliniques
HR (32)	H. Militaires (03)	Plurispécifiques (49)
HC (118)	Hôpital des forces de sécurité intérieure (01)	Mono disciplinaires (32)
CSSB (2 067)		Centres de dialyse (99)
		Cabinets de libre pratique (4 641)

Les structures du secteur public et parapublic : ce secteur est constitué des établissements dépendant directement du ministère de la Santé publique, d'autres ministères et des établissements parapublics. L'offre du ministère de la Santé publique est organisée sur quatre niveaux :

- les centres de santé de base (2 067 en 2008 soit un pour 4 500 habitants). Porte d'entrée du secteur public, ils forment un réseau décentralisé qui répond aux besoins en soins préventifs et en soins curatifs de base ;
- les maternités rurales et les hôpitaux de circonscription (118 avec 2 613 lits). Ces derniers comportent au minimum un service de médecine, une maternité et un plateau technique de base ;
- les hôpitaux régionaux (34 avec 5 479 lits) sont situés dans le chef-lieu de gouvernorats et dans certaines délégations très peuplées. Ils constituent le premier niveau de référence pour les soins spécialisés.

TABLEAU 83 Structures publiques de santé

	1980		1989		2000		2008	
	Nombre	Lits	Nombre	Lits	Nombre	Lits	Nombre	Lits
CHU	8	-	22	7 723	22	-	22	8 590
Hôpitaux régionaux	20	-	24	509	32	-	34	5 479
Hôpitaux de circonscription	54	-	98	2 664	118	-	118	2 613
Centres de santé de base	765	-	-	-	2 008	-	2067	-
Total Hôpitaux publics	82	-	144	15 407	172	16 659	174	16 682

L'offre des autres ministères :

- trois hôpitaux militaires et un établissement hospitalier des forces de sécurité intérieure ;
- un ensemble de six structures de soins ambulatoires dites polycliniques. Elles dépendent de la caisse nationale de sécurité sociale ;
- des services médicaux dans certaines grandes entreprises et qui sont réservés à leur personnel.

Les structures du secteur privé : l'exercice de la médecine privée a toujours existé selon un mode individuel en cabinet de soins ambulatoires, alors que le développement de l'hospitalisation est récent. En effet, la plupart des établissements ont été créés à partir des années 1970 et plus particulièrement dans les années 1990. En 2008, on recense 81 cliniques avec 2 578 lits, constituant 12,5 % de la capacité hospitalière nationale. Mais l'évolution la plus remarquable a été celle des centres d'hémodialyse dont le nombre a été multiplié par 5,8 entre 1990 et 2004.

TABLEAU 84 Établissements sanitaires privés

	1990		2008	
	Nombre	Lits	Nombre	Lits
Cliniques	33	1 142	99	2 578
Centre de dialyse	18	205	105	1 058

Parallèlement au développement de sa capacité hospitalière, le secteur privé a connu un développement spectaculaire dans ses composants soins ambulatoires ainsi et comme le montre le tableau, en moins de deux décennies, le nombre de cabinets médicaux a été multiplié par 3,3, celui des cabinets dentaires par trois.

	1990	2004	2008
Cabinets médicaux	1717	4641	5 732
Cabinets dentaires	625	1125	1 808
Officines	1 055	1530	1 808
Laboratoires			222
Radiodiagnostic			138

Il apparaît clairement que :

- la capacité d'hospitalisation publique n'a que très légèrement progressé (surtout dans les centres spécialisés et hospitalo-universitaires), passant de près de 15 400 lits en 1989 à 16 682 lits en 2008 ;
- la capacité privée a plus que doublé entre 1990 et 2008 passant de 1 142 à près de 2 578 lits.

Au total, l'action conjuguée des deux secteurs a permis la stabilisation du nombre moyen de lits pour mille habitants à un niveau très proche de 2 (2008) avec une nette prédominance du secteur public en matière de capacité hospitalière, même si on observe une tendance à la diminution relative de l'écart entre les deux secteurs.

TABLEAU 85 Lits hospitaliers publics et privés

	1985	1996	2008
Secteur public	15 000	15 792	17 978
Secteur privé	974	1 974	2 578
Total	15 974	19 766	20 556
% lits publics	94 %	89 %	87 %

Les ressources humaines

AU COURS DES ANNÉES 1960, la densité médicale a diminué en Tunisie, avec le départ des médecins étrangers après l'indépendance. Elle n'a retrouvé son niveau de 1956 qu'en 1970. Depuis, ce ratio a augmenté régulièrement :

- une croissance plus rapide des médecins spécialistes dont le nombre a été multiplié par 6,9 contre 3,7 pour les généralistes ;
- une croissance plus rapide dans le secteur privé : 674 en 1981, 2 773 en 1995 et 4 641 en 2004.

TABLEAU 86 Les ressources humaines

	1981	1986	1990	1995	2000	2008
Médecins	1 800	3 450	4 424	5 965	7 444	9 805
Dentistes	320	525	809	1 038	1 315	2 300
Pharmaciens	700	1 120	1 240	1 499	1 951	3 050
Paramédicaux	13 570	20 300	23 743	25 874	27 392	31 858
Hab. pour un médecin	3 200	2 110	1 825	1 500	1 284	865
Hab. pour un paramédical	-	-	340	346	340	252
Hab. pour un dentiste	-	-	-	-	-	4 490
Hab. pour un pharmacien	-	-	-	-	-	3 386

La Tunisie a également investi dans le personnel paramédical. Le nombre d'infirmières et de sages-femmes a augmenté à un rythme proche de celui des médecins, notamment en raison des normes d'encadrement largement suivies. L'effectif de personnel paramédical employé dans le secteur privé aurait été multiplié par près de dix entre 1998 et 2008, passant de 500 à 5 000. Les cliniques privées sont tenues de respecter des normes de 0,3 ou 0,4 infirmier par lit, selon le type de soins. En pratique, on observe un taux d'encadrement d'environ 0,8 paramédical et de 0,3 médecin par lit.

La formation de professionnels de santé : le dispositif de formation initiale est composé de :

- 4 facultés de médecine ;
- 1 faculté de pharmacie ;
- 1 faculté de médecine dentaire ;

- 4 écoles supérieures des sciences et technique de la santé, réservées à la formation des techniciens supérieurs de la santé (17 sections dont les sages femmes, les physiothérapeutes, les hygiénistes, les laborantins...);
- 19 écoles professionnelles de la santé publique réservées à la formation du personnel infirmier.

Ce dispositif public permet de former annuellement une moyenne de 800 médecins dont 500 spécialistes, 120 médecins dentistes, 150 pharmaciens et 1400 paramédicaux toutes spécialités confondues.

En plus de ce dispositif public, nous assistons depuis le milieu des années 2000 à la multiplication des structures privées de formation dont le nombre atteint actuellement la centaine et qui forment uniquement des paramédicaux.

Les médicaments

LE SECTEUR PHARMACEUTIQUE présente des spécificités engageant l'intervention d'acteurs publics et privés, avec les principales caractéristiques suivantes : Le secteur est réglementé et encadré par le ministère de la Santé publique et par certains établissements publics qui en dépendent :

- le Laboratoire national de contrôle des médicaments (LNCM) ;
- le Centre national de pharmacovigilance (CNPV) ;
- la Pharmacie centrale de Tunisie (PCT) ;
- l'Institut Pasteur de Tunis (IPT).

Au cours des quinze dernières années, la production locale des médicaments a enregistré une forte croissance. De 1987 et 2008, la consommation couverte par la fabrication locale est passée de 8 % à près de 50 %. Le nombre actuel des unités de fabrication s'élève à 29.

La distribution est assurée par la Pharmacie centrale de Tunisie et par un réseau de grossistes répartiteurs privés, couvrant toutes les régions du pays. La dispensation est assurée par les SSP et un réseau dense d'officines privées. La PCT est le seul établissement autorisé à importer les médicaments et les vaccins, agissant en centrale d'achat nationale pour couvrir l'ensemble des besoins du pays. Ce monopole a permis jusqu'à présent d'assurer la maîtrise des coûts (les acquisitions se font par appel d'offre), ainsi que l'uniformité et le contrôle des prix, la régularité de l'approvisionnement du pays et l'appui aux programmes de santé par le biais du mécanisme de l'autocompensation dont le principe est de majorer les prix des médicaments non indispensables et d'utiliser ces profits pour compenser les médicaments utilisés dans les programmes de santé.

La technologie médicale

L'ÉVOLUTION DE CETTE COMPOSANTE est illustrée par le **TABLEAU 87**. Des textes réglementaires fixent d'une part la liste des équipements dont l'installation est soumise à l'accord préalable du ministère de la Santé publique, et d'autre part les indices de besoins de chaque région du pays. Le tableau suivant montre que par rapport à son poids aussi bien en matière d'infrastructure que de ressources humaines, le secteur public est largement sous doté en équipements lourds.

TABLEAU 87 Déploiement des équipements lourds

	1995		1997		2003		2008	
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
IRM	1	0	2	0	3	5	4	8
Scanner	7	20	8	29	15	54	37	79
Lithotriporteur	3	3	3	5	3	12	5	14
Télécolbat	1	4	2	6	4	5	4	5
Angiographie numérisée	Nd	Nd	2	9	6	10	7	11
Installation cathétérisme cardiovasculaire	4	1	7	4	9	10	10	10

La couverture du risque maladie et le financement de la santé

LE SYSTÈME D'ASSURANCE maladie comporte une multitude de régimes, juxtaposés au fil du temps selon les besoins de certaines catégories professionnelles. La plus grande partie de la population tunisienne bénéficie d'une couverture maladie (98 %), selon des modalités variables : régimes obligatoires de sécurité sociale (68 %), assistance médicale gratuite (gratuité de soins 8 % et tarifs réduits 22 %). En outre, des assurances complémentaires (assurance groupe et mutuelles) se sont développées pour pallier les insuffisances de l'assurance maladie des caisses de sécurité sociale.

En vertu de la loi relative à l'organisation sanitaire, l'État garantit des soins de santé gratuits ou subventionnés aux groupes ayant les revenus les plus bas dans le cadre de deux régimes publics d'assistance médicale :

- gratuité des soins : cette catégorie est définie en fonction du seuil de pauvreté et elle est constituée des familles cibles d'un programme d'aide permanente. Le décret n° 98-1812 fixe les conditions et les modalités d'attribution et de retrait de la carte de soins gratuits. Il spécifie que les soins gratuits concernent les familles bénéficiaires ou éligibles aux programmes d'aide permanente. La carte de soins gratuits est délivrée, pour une période de cinq ans.
- les bénéficiaires de tarifs réduits : l'octroi des cartes des tarifs réduits est accordé en fonction du revenu familial annuel compte tenu de la taille de la famille et ne doit pas dépasser :
 - un montant égal au salaire minimum interprofessionnel garanti (Smig) des différentes professions si la famille ne dépasse pas deux personnes ;
 - un montant égal une fois et demi au Smig si la famille varie entre trois et cinq personnes ;
 - un montant égal deux fois au Smig si la famille dépasse cinq personnes ;
 - la carte de soins à tarifs réduits est délivrée pour une période de cinq ans et doit être validée annuellement moyennant le versement d'une somme forfaitaire de 10 TND ;
 - les bénéficiaires sont assujettis au paiement de contributions forfaitaires aux frais de soins à chaque contact.

Les régimes de sécurité sociale sont ouverts aux employés et aux employeurs qui ont l'obligation de s'y affilier. La sécurité sociale obligatoire couvre les prestations relatives aux pensions, aux prestations familiales, à la couverture du risque maladie et aux accidents du travail et maladies professionnelles.

Toutes les prestations étaient assurées jusqu'en 2007 par 2 caisses : la CNSS couvre les travailleurs du secteur privé alors que la CNRPS couvre l'ensemble des personnels de l'État, des collectivités publiques locales et des éta-

blissements publics. Depuis cette date, la gestion de la composante assurance maladie a été confiée à une caisse unique (la caisse nationale d'assurance maladie). Le taux de couverture est de 100 % pour les fonctionnaires de l'État (CNRPS) et atteint 95 % des travailleurs éligibles dans le secteur privé.

En plus du régime obligatoire, des assurances privées peuvent être contractées auprès de compagnies d'assurances ou par des entreprises du secteur privé et public au profit de leurs employés.

Par ailleurs, les mutuelles d'employés du secteur public et privé, offrent plusieurs services sociaux dont la couverture des frais de soins. Pour certaines mutuelles, l'affiliation est obligatoire. L'adhésion à des mutuelles ou à des assurances groupe se fait en complément du régime légal obligatoire.

Indicateurs de dépenses

LA TUNISIE CONSACRE près de 5,5 % de la richesse nationale aux dépenses de santé contre 8 % en moyenne dans les pays de l'Union européenne sur la période 1980-2008.

TABLEAU 88 Dépenses de santé

	1980	1985	1990	1995	2000	2004	2008
DTS (MTND)	143	290,3	578	938	1 489,5	2 170	3 083
% DTS/PIB	3,2	4,2	5,3	5,5	5,6	5,6	5,6
Dép. par hab (TND)	–	39	72	105,5	155,8	217,5	300,3

La part du PIB consacrée à la santé est passée de 3,2 % en 1980 à 5,6 % en l'an 2008 et les dépenses de santé par habitant sont passées de 39 TND en 1985 à 300 TND (environ 220 dollars en 2008), soit une multiplication par 7,6. Pour ce qui est des sources de financement, le tableau suivant collecte les détails pour les années 2007 et 2008 :

TABLEAU 89 Dépenses totales de santé et répartition selon la source de financement

	2007		2008	
	Valeur (MD)	Valeur (%)	Valeur (MD)	Valeur (%)
Dépenses publiques				
Impôts				
MSP	758 338	27,2	807 624	26,2
Autres ministères	41 269		42 574	1,4
Cotisations sociales – Cnam	672 384	24,1	831	27,0
Sous-total	1 471 991	52,8	1 681 198	54,53
Dépenses privées				
Paiement direct ménages	1 164	41,75	1 242	40,28
Primes d'assurance				
Assurances groupes	129		136	
Mutuelles	23	5,4	24	5,19
Sous-total	1 316	47,2	1 402	45,47
Total	2 787 991		3 083 198	
Part du PIB (%)		5,59		5,58

Le financement de la santé est globalement assuré, à parts égales, par les fonds publics (État et sécurité sociale) et par les fonds privés (paiement direct des ménages et assurance maladie complémentaire). Ce partage des charges est resté relativement constant depuis les années 1990. La réforme de l'assurance maladie, introduite en 1997 et qui a comporté en plus de la création de la Cnam une augmentation progressive des taux de cotisation et une harmonisation de ceux-ci pour aboutir à un taux unique de 6,75 %, avait parmi ses objectifs la diminution de la part des dépenses privées, et particulièrement des dépenses directes non remboursées des ménages. Les données de 2007 et 2008 semblent indiquer une tendance à la réalisation de cet objectif.

Pour ce qui est de la destination de ce financement, environ 52 % des dépenses totales de santé servent au financement des structures appartenant au secteur public qui, rappelons-le, représente plus de 80 % de la capacité litière du pays, emploie 60 % des médecins et 90 % du personnel paramédical. Quant au secteur privé, qui consomme 48 % des dépenses totales, il est essentiellement financé par les fonds privés (dépenses directes des ménages, assurances facultatives) et dans une moindre mesure par la Cnam. Ce sont les ménages qui constituent le principal financeur de ce secteur puisqu'ils lui consacrent environ 85 % de leurs dépenses. Celles-ci servent essentiellement à l'achat des médicaments qui accaparent 50 % des dépenses directes dans le secteur.

La régulation du secteur de la santé

LA CONCEPTION DES POLITIQUES de santé et de régulation du système de soins sont assurées par :

- l'État (gouvernement et départements ministériels) ;
- les organisations professionnelles de santé ;
- la Cnam.

La régulation de l'offre : le développement de l'infrastructure du secteur public est fortement encadré par le plan quinquennal et le budget annuel. En effet, des besoins sont définis dans le cadre de plans quinquennaux de développement qui arrêtent les projets d'infrastructure et d'équipement. Le processus d'élaboration du plan associe fortement les régions qui expriment des besoins discutés avec la tutelle et le ministère du Développement économique, chargé de la planification, et le ministère des Finances dans le cadre des budgets annuels d'investissement.

L'offre privée de soins ambulatoires et d'hospitalisation n'est pas soumise à une régulation de son implantation géographique, mais à des normes de bâtiments, d'installations techniques et d'équipements. Les seules exceptions concernent les officines pharmaceutiques, soumises au *numerus clausus*, et les centres privés d'hémodialyse dont la création est soumise à une autorisation préalable en fonction de l'indice de besoins de la population par gouvernorat.

La loi d'organisation sanitaire fournit une définition des équipements lourds soumis à des autorisations préalables d'installation. La liste de ces équipements est définie par arrêté conjoint des ministres des Finances, du Commerce et de la Santé publique. Le ministère de la Santé publique définit les indices de besoins de la population pour chaque type d'équipement.

Les médicaments et produits pharmaceutiques font l'objet d'une réglementation des plus strictes qui couvre l'importation (monopole de l'État), la fabrication, la distribution et la commercialisation. Une nomenclature générale fixe la liste des médicaments commercialisés en Tunisie, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Considéré comme un secteur stratégique et à portée sociale, le médicament est strictement encadré au niveau du prix de vente : le prix des médicaments est homologué, compensé pour certains, et importés par la PCT qui en est l'importateur exclusif.

Pour ce qui est de la régulation de la démographie des personnels de santé, il faut savoir que l'accès aux études médicales est limité par les capacités d'accueil des quatre facultés de médecine nationales, resté constant depuis 1994, soit environ 800 par an, malgré l'augmentation très importante du

nombre de bacheliers. L'accès aux études médicales spécialisées est régulé par des concours annuels de résidents en médecine pour lesquels le nombre de postes ouverts est fixé au budget annuel du MSP. Le même principe est respecté pour la formation de médecins dentistes et des pharmaciens.

La régulation de la demande s'exerce par la participation directe des usagers aux frais de soins. Dans le secteur public, des tickets modérateurs ont été instaurés, depuis le début des années 1980, pour accéder aux structures et ont été régulièrement révisés à la hausse. Outre leur vertu présumée de *modérer* la consommation de soins, ils sont aussi supposés orienter le recours aux divers niveaux de soins : plus élevés dans les structures tertiaires, ils sont plus faibles dans les structures de soins primaires. Pour la Cnam, la régulation de la demande se fait par le biais du plafonnement des remboursements des soins ambulatoires dans le secteur privé et par un système d'autorisations préalables pour la prise en charge de certains actes et médicaments coûteux.

Forces et des faiblesses du système de santé

En termes de prestations de soins

LES PRESTATIONS DE SOINS personnelles sont assurées par un secteur public prédominant, dense et décentralisé (95 % de la population se trouve à moins de 4 km d'un centre de santé de base), et par un secteur privé dont la composante ambulatoire se décentralise progressivement et la composante hospitalière s'accroît rapidement.

Les soins et services non personnels restent principalement à la charge du secteur public.

On constate, une concentration très importante de lits dans les régions côtières (52 % des lits publics et pratiquement tous les lits privés). Ceci s'explique en grande partie par le fait que l'essentiel de la capacité hospitalière se trouve dans les structures de troisième ligne, concentrées dans ces régions. Le même phénomène est observé pour les équipements lourds et pour le personnel de santé. En effet, si on prend l'exemple de la densité médicale, on constate qu'elle varie, pour les médecins généralistes de 96 pour 10 000 habitants dans le district de Tunis à 36 pour 100 000 habitants dans la région du centre ouest. La situation est encore plus contrastée en ce qui concerne les médecins spécialistes où on passe de 111 pour 10 000 pour la première région à 12 pour 10 000 habitants pour la seconde.

Malgré la densité importante des structures de première ligne, la continuité des soins n'est correctement assurée puisque seuls 34 % des centres de santé assurent des consultations médicales 3 jours par semaine ou plus.

En termes de financement

DEUX MODES DE FINANCEMENT coexistent : un système bismarckien d'assurance maladie obligatoire et un système beveridgien ciblant la population pauvre et à revenus limités. Historiquement, ce dernier était le mode prédominant et est remplacé progressivement par le premier, depuis 1995. Cette combinaison permet, selon la législation en vigueur, d'assurer la couverture du risque maladie de toute la population puisque actuellement on estime qu'environ 70 % de la population bénéficie de la sécurité sociale et 28 % du système de la gratuité totale ou partielle.

Le financement par des fonds publics est presque réservé au secteur public alors que les prestations du secteur privé sont en grande partie financées directement par les ménages.

Le poids élevé du financement direct par les ménages des dépenses de soins (46 % dont 40 % non remboursées) est source d'iniquités en termes d'accès aux soins et probablement d'appauvrissement de certaines catégories de population.

Les bénéficiaires de la gratuité des soins ne peuvent pas accéder aux soins dans le secteur privé et ont parfois des difficultés dans l'obtention ou le renouvellement des cartes.

D'un financement des prestations de soins par des subventions, on s'achemine progressivement vers des modes de paiement liés à l'activité : de plus en plus, *l'argent suivra le malade*.

Un nouveau partage des charges financières des soins de santé se dessine pour réduire celles de l'État et des ménages et pour les remplacer par une contribution accrue de l'assurance maladie sociale obligatoire.

La Cnam mettra en compétition les prestataires de soins et services de santé sur une base conventionnelle de rapport qualité/prix. Elle se positionnera de plus en plus comme un *acheteur avisé* de prestations de soins pour ses assurés.

En termes de mobilisation de ressources

LA TUNISIE A DÉVELOPPÉ des capacités importantes de formation de professionnels de santé de diverses catégories. Toutefois, l'évolution du secteur de la santé nécessite l'intégration de nouveaux métiers, notamment ceux en rapport avec la gestion, l'ingénierie et l'informatique. De nouveaux diplômés parmi les professionnels de santé sont exposés à un chômage plus ou moins long, touchant en particulier certaines catégories de personnel paramédical et les médecins généralistes.

Le développement des technologies médicales a incité les pouvoirs publics à adopter une *carte sanitaire des équipements lourds* comme outil de régulation de l'installation de ces équipements. Toutefois, le développement rapide du secteur hospitalier privé a entraîné une multiplication de ces équipements lourds, plus rapidement que dans le secteur public, sans qu'aucune évaluation précise de l'exploitation de ces installations n'ait été entreprise.

La gestion des médicaments, grâce aux mécanismes de régulation mis en place, est satisfaisante dans l'ensemble du secteur.

Les structures sanitaires publiques, confrontées à un sous financement manifeste, ne sont pas en mesure d'honorer toutes les ordonnances médicales prescrites.

En termes d'administration générale et de gouvernance

LA TUNISIE A MIS EN PLACE un arsenal juridique et réglementaire puissant pour administrer le secteur de la santé, notamment dans sa composante publique. Cependant, la régulation du secteur privé de prestations de soins reste relativement faible, favorisée par la quasi-absence de leviers d'intervention, tels que le financement public.

Les professionnels du secteur privé tendent de plus en plus à faire prévaloir des attitudes stratégiques leur permettant de bien gérer les négociations sociales.

Le secteur public reste caractérisé par une centralisation excessive du pouvoir de décision, en termes d'investissement et de mobilisation de ressources humaines.

Malgré les dispositions législatives en vigueur adoptant l'autonomie hospitalière, les décisions stratégiques et opérationnelles concernant les hôpitaux restent encore prises en dehors d'eux.

Les défis

L'ANALYSE DES FORCES et faiblesses du système de santé tunisien met en exergue l'obligation pour celui-ci de se développer dans le but de maintenir ses acquis et de faire face aux mutations épidémiologiques, démographiques, sociologiques, et à celles liées à l'environnement international et aux contraintes économiques qui pèsent sur lui. Pour ce faire, il doit, à notre avis, s'attacher à relever les défis suivants.

DÉFI 1. Réduire les déséquilibres entre les régions par l'harmonisation de la carte sanitaire et le ciblage des zones de l'Ouest et du Sud

Ce ciblage devrait concerner aussi bien les infrastructures et les équipements que le personnel et les moyens financiers de fonctionnement des structures et des opérateurs publics et privés. Ce qui implique la nécessité de procéder à :

- un inventaire exhaustif de l'infrastructure et des équipements existants incluant leurs nombres et leurs fonctionnalités ;
- l'élaboration d'un programme de réhabilitation urgent visant essentiellement les structures de santé de base ;
- l'élaboration d'un programme de rééquilibrage de la carte sanitaire tenant compte des besoins effectifs des régions et basé sur une filière de soins et de normes de fonctionnement consensuelles.

DÉFI 2. Mettre en place des outils efficaces de régulation. Cette régulation doit concerner :

- l'équilibre entre le secteur public et le secteur privé. Dans ce cadre il y a lieu de procéder à l'élaboration de procédures et d'incitations pour favoriser l'installation des professionnels libéraux à l'intérieur du pays et à la définition des conditions d'utilisation coordonnée des moyens disponibles dans l'un des secteurs par l'autre ;
- l'équilibre entre l'approche préventive et l'approche axée sur les soins curatifs, avec un accent particulier sur la prévention non médicale et la promotion de la santé, d'où la nécessité de procéder à une révision en profondeur des programmes nationaux dans l'objectif de consolider les programmes classiques de lutte contre les maladies transmissibles et de renforcer les programmes ciblant les maladies chroniques et dégénératives et les autres périls émergents ;
- l'adéquation entre formation et emploi des professionnels de la santé tenant compte de la capacité réelle du marché de l'emploi et non de la demande sociale ou des capacités de formation. Cet aspect est crucial vu le développement plus au moins contrôlé de la formation dans les structures privées.

DÉFI 3. Améliorer la qualité des prestations. Ce qui implique de s'attaquer aux problèmes de :

- la qualité de la formation et de son adaptation aux besoins réels de la population. Dans ce cadre la formation médicale doit être revue en profondeur dans la perspective de favoriser une formation de base polyvalente, de qualité, aboutissant à la médecine de famille ;
- l'élaboration d'une stratégie nationale en matière d'utilisation des technologies médicales et des moyens coûteux de traitement et de prise en charge des malades, ce qui nécessite la redéfinition de la notion de liberté de prescription ;
- l'élaboration d'une politique de recherche médicale axée sur la recherche épidémiologique et clinique appliquée en concordance avec la situation sanitaire et les capacités financières du pays ;
- l'amélioration des conditions d'accueil et de séjour dans les structures publiques et l'encadrement des tarifs dans les structures privées ;
- la révision des procédures de gestion des structures publiques avec plus d'autonomie et de responsabilisation des divers acteurs du système hospitalier.

DÉFI 4. Sécuriser l'approvisionnement du pays en médicaments et dispositifs médicaux par :

- le développement de l'industrie locale des médicaments et la coordination entre les industriels publics et privés pour garantir la couverture des besoins en médicaments stratégiques ;
- le maintien du monopole de la Pharmacie centrale de Tunisie en matière d'importation des médicaments et vaccin.

DÉFI 5. Assurer un financement pérenne et équitable. Ce qui nécessite :

- l'évaluation des modalités d'intervention de la Cnam en matière de prise en charge des soins ambulatoires et hospitaliers et de son rôle dans le financement de la prévention ;
- l'étude de la question du partage des charges et du niveau des dépenses de santé par rapport au PIB ainsi que des taux de cotisation à l'assurance maladie obligatoire ;
- la révision des modalités d'attribution des cartes de soins gratuits ;
- l'approfondissement de la question du mode de paiement des prestataires, en particulier des professionnels de la santé et de la motivation des professionnels de la santé exerçant dans le secteur public.

DÉFI 6. Répondre à l'exigence démocratique en matière de la participation de la population à la gestion du système de santé. Ce qui implique une redéfinition et une mise en place effective de :

- la décentralisation de la gestion ;
- la participation de la population dans la définition des besoins ;
- l'évaluation des programmes, ce qui implique une nouvelle vision en matière de processus de planification et du processus de reddition des comptes ;
- les modalités de participation les professionnels dans la définition des politiques.

Défi 7. S'intégrer dans son environnement régional et international en matière de commerce des biens et services de santé, particulièrement en ce qui concerne l'industrie du médicament et des biens médicaux, la recherche sur la sécurité sanitaire et le contrôle de qualité des biens et service.

Recommandations pour le système de santé tunisien

Par H. Rejeb

EN TUNISIE, ET CERTAINEMENT ailleurs, l'évolution de la société a créé de nouveaux besoins et de nouvelles exigences de qualité dans les prestations sanitaires. Les structures, dans leur ensemble, n'ont pas évolué pour répondre à cette demande. Ce décalage explique en partie la participation énorme des ménages dans le coût de la santé. Aussi la formation médicale est-elle restée plutôt classique alors que les réalités exigent un nouveau type de médecin. Bien formé cliniquement mais aussi équipé d'autres connaissances qui le sensibilisent à la pratique de son art avec discernement, conscient des besoins et des réalités sociales et économiques.

La pratique des soins infirmiers et la nécessité de travail d'équipe, dans toutes les structures sanitaires, exigent aussi une revue des rôles et des compétences. Si on veut se placer dans une perspective de rapprochement des standards de services entre les deux pôles de la Méditerranée, les recommandations pour le Maghreb, à court et moyen termes, seraient les suivantes.

1. Un programme de jumelage entre CHUs Maghreb-Europe avec des échanges de personnels et mise à niveau de la qualité des prestations là où c'est nécessaire.
2. Un jumelage entre facultés de médecine Maghreb-Europe, avec l'objectif d'une révision des curricula et l'introduction de nouvelles matières rendues nécessaires pour une ouverture du praticien aux différents aspects de la pratique médicale et pour le préparer au travail d'équipe.
3. Un programme de mise à niveau des écoles de formation de personnel paramédical. Et en parallèle la création-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.
4. Un programme de renforcement des services pour une maternité sans risques avec les composantes suivantes :
 - la rénovation des maternités, en particulier 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 sages-femmes de supervision pour le suivi, la formation continue et l'évaluation.
5. Un projet d'évaluation du secteur privé en vue d'établir une complémentarité avec le secteur public et des normes pour les structures et les services.
6. 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.

7. Lancement, à l'échelle maghrébine d'une étude 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.

IL EST ÉVIDENT que les recommandations contenues dans ce rapport pourront être la base de discussions avec les gouvernements et les parties intéressées pour l'identification des activités, l'estimation de leur coût et leur programmation. Les responsabilités financières et autres doivent aussi être déterminées et l'exécution soumise à une évaluation périodique et bipartite, en vue d'une optimisation des résultats à la satisfaction de tous les partenaires.

Annexes et bibliographies

Annexe 1

Membres du groupe de travail santé d'Ipemed

Mohammed Abdelmoumene, ancien directeur général adjoint de l'OMS, ancien ministre de la Santé et ancien ministre des Affaires sociales et du Travail (Algérie).

Noureddine Achour, professeur de médecine préventive et sociale à la faculté de médecine de Tunis, directeur général de l'Observatoire des maladies nouvelles et émergentes (Tunisie).

Farid Chaoui, professeur de gastro-entérologie, membre d'un groupe de réflexion sur la santé et l'université à la présidence de la République (groupes informels des réformes 1985-89) et chargé de la réforme de la santé et de la sécurité sociale auprès du premier ministre en 1990 (Algérie).

Noureddine Fikri Benbrahim, professeur de médecine sociale, santé publique et hygiène à la faculté de Rabat, vice-président de l'université Mohammed V Souissi (Maroc).

Jean-Paul Grangaud, professeur de pédiatrie, ancien directeur de la prévention au ministère de la Santé (Algérie).

Michel Legros, professeur de l'EHESP, directeur du département des sciences humaines, sociales et des comportements de santé (France).

Habib Rejeb, ancien conseiller régional OMS/EMRO pour la nutrition et les soins de santé primaires (Tunisie).

Annexe 2

Séminaire résidentiel

État des lieux des politiques de santé publique dans les pays du Maghreb

LE PRÉSENT SÉMINAIRE a un double objectif, d'une part, compléter le rapport en cours en approfondissant la réflexion sur trois thèmes (l'organisation sanitaire, le financement des systèmes de santé et le médicament) et, d'autre part, identifier les grands principes qui permettront de mettre en place les réformes souhaitées ainsi que des recommandations concrètes et des pistes de coopération intermaghrébine et avec l'Union européenne dans chacun de ces trois domaines

MERCREDI 15 FÉVRIER

9h00 Mots de bienvenue par **Farid Chaoui** et **Michel Legros**

9h30-12h15 Table ronde sur l'organisation sanitaire

Président-moderateur : **Mohamed Abdelmoumene**, ancien directeur général adjoint de l'OMS

Exposés (20 min chacun), débats et échanges (2 heures) autour de :

Abdelali Belghiti Alaoui, directeur des hôpitaux et des soins ambulatoires au ministère de la Santé du Maroc

Michel Jancloes, ancien directeur de la division de l'intensification de la coopération avec les pays et les peuples les plus démunis et ancien chef de bureau de la coopération internationale à l'OMS

- 12h30-14h00 Déjeuner
- 14h00-17h00 Table ronde sur le financement des systèmes de santé
Président-modérateur : **Gérard Debrinay**, directeur général d'Ipemed
Exposés (20 min chacun), débats et échanges (2 heures) autour de :

Chokri Arfa, maître assistant en économie, mathématique et économétrie à l'Institut national de travail et des études sociales, université de Carthage
Thomas Barnay, maître de conférences en sciences économiques et secrétaire général du Collège des économistes de la santé

JEUDI 16 FÉVRIER 2011

- 8h30-9h15 Débat autour de la question des médicaments contrefaits en présence d'un représentant de l'IRACM
- 9h15-12h00 Table ronde sur le médicament
Président-modérateur : **Gilles Mignot**, membre de la rédaction de *Prescrire*
Exposé (20 min), débats et échanges (2 heures) autour de :
- Rachid Denine**, ancien directeur de la pharmacie au ministère algérien de la Santé
- 12h00-12h30 Recommandations et conclusions finales par **Farid Chaoui** et **Michel Legros**
- 12h30-14h00 Déjeuner

PARTICIPANTS

- Pr Mohamed Abdelmoumene**, ancien directeur général adjoint de l'OMS, Algérie
- M. Chokri Arfa**, maître assistant en économie, mathématique et économétrie à l'Institut national de travail et des études sociales, Tunisie
- M. Thomas Barnay**, maître de conférences en sciences économiques et secrétaire général du Collège des économistes de la santé
- M. Pierre Beckouche**, conseiller scientifique, Ipemed
- M. Abdelali Belghiti Alaoui**, directeur des hôpitaux et des soins ambulatoires au Ministère de la santé, Maroc
- Pr Farid Chaoui**, professeur de gastro-entérologie, chargé de la réforme de la santé et de la sécurité sociale auprès du premier ministre en 1990, Algérie
- M. Gérard Debrinay**, directeur général, Ipemed
- Pr Rachid Denine**, ancien directeur de la pharmacie au ministère de la Santé, Algérie
- Pr Noureddine Fikri Benbrahim**, professeur de médecine sociale, santé publique et hygiène à la faculté de Rabat et vice-président de l'université Mohammed V Souissi, Maroc
- Pr Jean-Paul Grangaud**, professeur de pédiatrie et ancien directeur de la prévention au ministère de la Santé, Algérie
- M. Jean-Louis Guigou**, délégué général, Ipemed
- Dr Michel Jancloes**, ancien directeur de la division de l'intensification de la coopération avec les pays et les peuples les plus démunis à l'OMS
- Pr Michel Legros**, professeur de l'EHESP, directeur du département des sciences humaines, sociales et des comportements de santé, France
- M. Gilles Mignot**, membre de la rédaction de la revue *Prescrire*, France
- Mme Macarena Nuño**, chef de projet, Ipemed

BIBLIOGRAPHIE

- Ballet J., Ould Brahim Jiddoui F., 2005, « L'accès au système de santé en Mauritanie : Problèmes de capacités et défis institutionnels », *Mondes en Développement* Vol.33-2005/3- n°131
- Belamri S., avril 2011, *Causes médicales de décès (année 2009)*, Institut national de la santé publique, Alger.
- Belouas A., février 2012, « Les médecins du privé autorisés à travailler dans les hôpitaux publics », *La vie éco.* Maroc.
- Charillon Fr., Dieckhoff A., 2011, *Afrique du Nord, moyen-orient. Révolutions civiques, bouleversements politiques, ruptures stratégiques.* coll. « Mondes émergents », La Documentation française, Paris.
- Dupaquier J., 2006, « Le vieillissement de la population dans le monde », *Bulletin Rayonnement du CNRS*, n° 42.
- El-Saharty, S. et A., 2006, « Etude du secteur de la santé en Tunisie » département du développement humain, région Moyen-Orient et Afrique du Nord, Banque mondiale, Washington, DC.
- Klugman J., 2010, *La vraie richesse des nations. Les chemins du développement humain*, Rapport sur le développement humain 2010, Pnud.

COMMUNICATIONS D'AUTEURS

- Arfa C., 2012, *De profondes inégalités sur les conditions d'accès aux soins : Algérie, Maroc et Tunisie.*
- Chougrani S., Houti L., Heroual N., 2012, *Les systèmes d'information contributeurs de la faiblesse des systèmes de santé : cas d'un pays du sud de la Méditerranée.*
- Hedir M., 2012, *Une industrie maghrébine du générique : perspective irréaliste ?*
- Jancloes M., 2012, *Accélérer la couverture universelle en santé en périodes de changements de société.*

SOURCES

- 1975, *Programmation sanitaire du pays*, ministère de la Santé et de la population et Organisation mondiale de la santé, Alger.
- 1975, *Programme de protection maternelle et infantile et d'espacement des naissances*, ministère de la Santé et de la Population, Alger.
- Avril 1983, Séminaire sur le développement d'un système national de santé. L'expérience algérienne, ministère de la Santé et de la Population, *Journal l'unité*, Alger.
- 1984, *Programme national de lutte contre la mortalité infanto-juvénile*, ministère de la Santé et de la Population, Alger.
- 1992, *Enquête sur la mortalité et la morbidité infantile en Algérie (1985-1989)*, ministère de la Santé et de la population, direction de la prévention, Imprimerie ONAT, Alger.
- 1992, *Enquête nationale santé (année 1990)*, Institut national de santé publique, Alger.
- 1995, *Enquête de la mi-décade*, ministère de la Santé et de la Population, direction de la prévention, Alger.
- 2000, *Étude nationale sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires*, ministère de la Santé, Maroc.
- 2004, *Enquête nationale de l'handicap*, secrétariat d'état chargé de la famille, de l'enfance et des personnes handicapées. Maroc.
- 2004, *Perspectives démographiques mondiales*, division de la population des Nations unies.
- 2005, *Rétrospective statistique 1970-2002*, Office national de statistiques. Algérie.
- 2005, *Rapport du cinquantenaire de l'indépendance du Maroc : 50 ans de développement humain au Maroc, perspectives 2025.* Etude comparative, en terme de développement humain, du Maroc et d'un échantillon de quatorze pays pour la période 1955-2004. Maroc.

- 2005, *Rapport du cinquantenaire de l'indépendance du Maroc : 50 ans de développement humain au Maroc, perspectives 2025*, Maroc.
- Données 2006, secrétariat d'État chargé de l'alphabétisation et de l'éducation non formelle, Maroc.
- 2007, *Démographie algérienne 2007, données statistiques, n°499*, Office national de statistiques. Algérie.
- Novembre 2007, *Enquête nationale santé. Projet Tahina (année 2005)*, Institut national de santé publique, Alger.
- Document de stratégie 2007-2013 et programme indicatif national 2007-2010 pour l'Algérie*. Instrument européen de voisinage et de partenariat. Commission européenne.
- Document de stratégie 2007-2013 pour le Maroc*. Instrument européen de voisinage et de partenariat. Commission européenne.
- 2008, *Rapport national sur le développement humain en Algérie*, Conseil national économique et social en coopération avec le programme des Nations unies pour le développement, Algérie.
- 2008, *Démographie algérienne 2008, données statistiques, n° 520*, Office national de statistiques. Algérie.
- Décembre 2008, *Suivi de la situation des enfants et des femmes : enquête nationale à indicateurs multiples. Rapport principal*, ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière, Algérie.
- Juin 2010, *Dynamique démographique et besoins sociaux. Rapport annuel 2009*, comité ad hoc Conseil national économique et social, Alger.
- 2010, *Rapport sur le développement humain*, programme des Nations unies pour le développement.
- 2010, *Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*, Organisation mondiale de la santé.
- 2011, *Statistiques sanitaires mondiale*, Organisation mondiale de la santé.
- Février 2011, *Rapport d'activités et perspectives. Commission de la Refonte de la prévention médico-sanitaire*, ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière. Alger.
- Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant. Rapport principal*, ministère de la Santé et de la Population, Office national des statistiques, Ligue des États arabes, Imprimerie ONS, Alger.
- Agence Panafricaine de presse (Panapress)
- Agence Tunis Afrique presse
- Analyse des causes de décès. Projet Tahina*, Institut national de santé publique, Algérie.
- Association de radiothérapie et d'oncologie de la Méditerranée (Arome), www.aromecancer.org
- Centre international de recherche sur le cancer, Organisation mondiale de la santé.
- Centre national antipoison, Maroc.
- Département de la santé du secrétariat général de l'UMA et www.maghrebarabe.org
- Enquête mortalité maternelle (année 1999)*, Institut national de la santé publique, Algérie.
- Enquêtes sur le budget et la consommation des ménages réalisées tous les cinq ans et à une échelle nationale, Institut national de la statistique (INS), Tunisie.
- Réseau économie et systèmes de santé au Maghreb (RESSMA), www.ressma.ma
- Société maghrébine de psychiatrie (SMP), www.smpsy.com



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