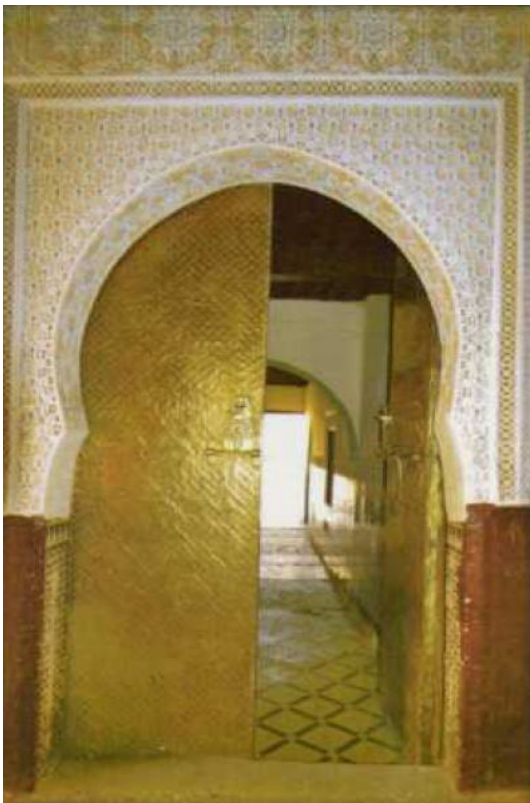

***Le Maghreb
face aux nouveaux enjeux mondiaux***

**Les systèmes de santé en Algérie,
au Maroc et en Tunisie
Des transitions inachevées**



Farid Chaoui

Michel Legros

Octobre 2013

L'Ifri est, en France, le principal centre indépendant de recherche, d'information et de débat sur les grandes questions internationales. Créé en 1979 par Thierry de Montbrial, l'Ifri est une association reconnue d'utilité publique (loi de 1901).

Il n'est soumis à aucune tutelle administrative, définit librement ses activités et publie régulièrement ses travaux.

L'Ifri associe, au travers de ses études et de ses débats, dans une démarche interdisciplinaire, décideurs politiques et experts à l'échelle internationale. Avec son antenne de Bruxelles (Ifri-Bruxelles), l'Ifri s'impose comme un des rares *think tanks* français à se positionner au cœur même du débat européen.

*Les opinions exprimées dans ce texte
n'engagent que la responsabilité des auteurs.*

Avec le soutien du groupe OCP



ISBN : 978-2-36567-200-9
© Ifri – 2013 – Tous droits réservés

Ifri
27 rue de la Procession
75740 Paris Cedex 15 – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 40 61 60 00
Fax : +33 (0)1 40 61 60 60
Email : accueil@ifri.org

Ifri-Bruxelles
Rue Marie-Thérèse, 21
1000 – Bruxelles – BELGIQUE
Tél. : +32 (0)2 238 51 10
Fax : +32 (0)2 238 51 15
Email : bruxelles@ifri.org

Site Internet : ifri.org

Sommaire

INTRODUCTION	3
DEMOGRAPHIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE, QUAND LES TRANSITIONS SE TELESCOPENT.....	5
Une transition démographique en chemin.....	5
Algérie, Maroc, Tunisie, des états voisins de transition sanitaire.....	7
DU TEMPS DES RECONSTRUCTIONS AUX TRANSITIONS ORGANISATIONNELLES.....	13
Accès aux soins et offre de santé, convergences et tensions	15
Les incertitudes financières	21
GOUVERNANCE, PARTICIPATION, L'AMORCE D'UNE TRANSITION DEMOCRATIQUE	27
Une revendication démocratique et consumériste	27
Vers de timides « printemps » en santé ?	30
CONCLUSION.....	33

Introduction

Alors que les systèmes de santé en Europe s'enracinent dans l'histoire longue de l'assistance aux pauvres, dans les ruptures paradigmatique et technologique que constituent la « naissance de la clinique »¹ et la révolution pasteurienne, puis dans les débats sur la construction de l'état-providence, les Etats du Maghreb central ont construit leurs systèmes de santé après la fin de la colonisation. Au cours des soixante années qui nous séparent de ce moment, ces pays ont vécu des évolutions considérables dans le domaine de la santé, évolutions que les pays du nord de la Méditerranée ont mis le triple de temps à parcourir.

Comme dans l'ensemble des pays développés, ces transformations ont commencé par une transition démographique dont les composantes essentielles sont la réduction de la mortalité infantile et l'augmentation des espérances de vie. Une seconde transition a été engagée avec l'inflexion de la morbidité et des causes de mortalité dont l'axe dominant est le passage de la prédominance des maladies transmissibles au développement des pathologies non transmissibles. A 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 sont trouvés confrontés à ces deux épisodes de façon quasi simultanée.

La troisième évolution est celle des 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 une succession de phases de reconstructions et de réformes, entrecoupées de périodes de latence. Des systèmes de santé dotés de quelques points forts mais aussi d'un grand nombre de fragilités se sont ainsi construits au fil des années. Ces fragilités ont pris depuis la fin des années quatre-vingt une acuité plus grande. Dans un monde 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 essayé de conduire leurs systèmes

Farid Chaoui est professeur de gastro-entérologie (Alger). Michel Legros est membre de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale et vice-président du Conseil des formations de l'École des hautes études en santé publique (Rennes).

¹ Voir Michel Foucault, « *Naissance de la clinique* », Paris, PUF, 1972.

de santé dans de nouvelles directions en modifiant les rapports entre public et privé et en tentant de répondre avec des moyens limités à une demande de soins plus massive et surtout renouvelée. On pourrait parler d'une transition organisationnelle.

Enfin, plus récemment encore, l'ouverture au monde par les médias, l'élévation du degré de formation des populations, l'augmentation des niveaux de vie font que des situations autrefois admises sont de moins en moins supportées. La maladie, l'accident et la mort ne sont plus uniquement vécus sur le mode du malheur et de la fatalité mais, partiellement du moins, comme le fruit de l'incurie des autorités. La maladie devient un phénomène laïc. 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 autre transition s'esquisse qui touche à la gouvernance des systèmes de santé, confrontés à la demande d'une plus grande participation des utilisateurs et des professionnels. Les événements des toutes dernières années renforcent cette nouvelle tension. Dans le domaine de la santé, dans les pays du nord de la Méditerranée comme au sud s'esquisse avec lenteur, avancées et retour en arrière, une transition que l'on pourrait qualifier de démocratique.

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 à des tensions économiques et à des incertitudes de développement.²

² Cet article reprend et actualise les principaux résultats d'une étude réalisée par Farid Chaoui et Michel Legros à la demande de l'IPMED. Les résultats de ce travail ont été présentés dans le rapport « *Défis nationaux et enjeux partagés, les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie* », Les Notes de l'IPMED- Institut de Prospective Economique du Monde Méditerranéen, Etudes et analyses, n°13, avril 2012, 120 p. Cette étude comprenait des monographies nationales réalisées par Nouredine Achour, Nouredine Fikri Benbrahim et Jean-Paul Grangaud. A la différence de l'étude réalisée pour l'IPMED qui, à partir des trois monographies, cherchait à dégager des pistes possibles d'actions, cet article prend ces monographies comme point de départ, en actualise les données et se focalise sur les convergences et les disparités de situations sanitaires et de politiques de santé dans les trois pays du Maghreb central.

Démographique et épidémiologique, quand les transitions se télescopent

Une transition démographique en chemin.

Les trois pays du Maghreb central comprennent actuellement 82 millions d'habitants dont près des deux tiers vivent en milieu urbain. 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 s'est 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 au mariage. Cette évolution est actuellement de faible incidence sur le nombre des naissances. On assiste même en Algérie à une forte remontée du taux de naissances dont le nombre est passé de 603 000 en 1970 à 879 000 en 2010 et devrait probablement dépasser le million en 2014. Au Maroc, l'espérance de vie à la naissance est passée de 47 ans en 1962 à 76 ans en 2012. 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 aussi connu une forte décrue.

Tableau 1 : Population totale ³

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
38 482	32 521	10 875	6 155	3 796	46755

Source : OMS 2013 (en milliers)

Cette croissance forte fait que les trois états pourraient atteindre les 100 millions d'habitants au cours des deux prochaines décennies. La structure par âge de la population s'est aussi profondément transformée ces dernières années. Dans les trois pays, celle-ci a évolué en faveur des « seniors » qui vont représenter entre 12 et 15 % de la population dans les années 2020, soit plus de

³ Dans ces tableaux figurent les trois pays concernés par cet article, la Libye et la Mauritanie ont été ajoutées ainsi que l'Espagne comme points de comparaison.

10 millions de personnes au Maghreb. A l'autre extrémité de l'échelle des âges, la population jeune occupe encore une large place.

Tableau 2 : 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 3 : Part de la population de moins de 15 ans

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

Source : OMS 2011

En Tunisie, à l'horizon 2020, selon les projections de la division de la population des Nations Unies 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. A la différence des pays européens où cette montée a été plutôt lente, passé « l'âge d'or démographique » qui s'ouvre actuellement au Maghreb – baisse de la fécondité et population active nombreuse – les démographes montrent que la croissance de la population âgée se fera de manière plus brutale dans les pays du Maghreb à partir des années 20-30.⁴

Tableau 4 : Espérance de vie à la naissance

	Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
Hommes	71	70	74	58	57	79
Femmes	74	74	78	74	60	85

Source : OMS 2013

**Tableau 5 : Taux de mortalité infanto-juvénile
(pour 1000 naissances vivantes)**

A lgérie	M aroc	T unisie	L ibye	Ma uritanie	Es pagne
30	33	16	16	112	4

Source : OMS 2013

⁴ Voir Jacques DUPAQUIER, « le vieillissement de la population dans le monde » in www.rayonnementducnrs.com/bulletin/b42/vieillissement.pdf

**Tableau 6 : Taux de mortalité maternelle
(pour 100 000 naissances)**

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

Source : OMS 2011

Ces évolutions globales dissimulent de profondes inégalités. Quel que soit le pays, les zones rurales se trouvent toujours défavorisées, et les groupes sociaux les plus faibles économiquement sont confrontés à des niveaux moins satisfaisants pour l'ensemble de ces indicateurs. A ces inégalités de territoires et de niveaux économiques s'ajoutent des inégalités de genre, moins bien documentées.

Perçues souvent et décrites parfois comme une rupture, les transitions démographiques sont des processus qui s'inscrivent dans la durée. La référence à deux pays aussi différents que l'Espagne et la Mauritanie montre assez bien la place occupée par les pays du Maghreb central. Dans ces pays, la mortalité infanto-juvénile est plus basse, la mortalité maternelle moins forte, la population âgée est plus importante, les espérances de vie sont plus grandes que dans les pays qui engagent le processus transitionnel comme, par exemple, la Mauritanie. La comparaison avec l'Espagne montre les évolutions à venir et l'inachèvement de cette transition démographique.

Algérie, Maroc, Tunisie, des états voisins de transition sanitaire

Le concept de transition épidémiologique est particulièrement intéressant pour décrire la situation sanitaire des pays du Maghreb et les conséquences de cette situation sur les politiques de santé à mettre en œuvre. A une phase démographique marquée, à la fois, par une forte natalité et une forte 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 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 devint évidente dès la fin des années quatre-vingts avec la nette régression des maladies dites « du programme de vaccination élargie »⁵. Dans ce pays, 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 maintenant les maladies cardio-vasculaires (26,1%), les affections périnatales (13,5%), les cancers (9,5%) et les traumatismes (8,6%).

La situation est similaire au Maroc concernant 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 cardio-vasculaires, les maladies chroniques et dégénératives, les cancers, dont le nombre de nouveau cas se situe 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 il y a 10 ans par le Ministère de la santé du Maroc présentait des troubles dépressifs, 9% de l'anxiété et près de 6% des troubles psychotiques. 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 encore élevés de mortalité et nécessitent des actions plus efficaces pour leur maîtrise et leur réduction.

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 et 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%).

Cette transition met en évidence de nouveaux facteurs explicatifs de l'état de santé des populations. La transformation des

⁵ Le programme de vaccination élargie a été lancé par l'OMS en 1974. Il visait à rendre la vaccination plus accessible aux enfants. Il comportait à l'origine le BCG, le DTCoq et les vaccins contre la poliomyélite et la rougeole.

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 effective dans les trois pays, on pense par exemple à la presque généralisation de l'accès à l'eau potable ou à l'assainissement des milieux urbains, ces déterminants de santé n'évoluent pas forcément vers 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. Si l'amélioration du réseau des transports a considérablement contribué à de meilleures conditions de vie, elle a généré dans le même temps une nouvelle cause de mortalité et de morbidité induite par les accidents de la route, mais également des conséquences importantes en termes de handicaps et de polytraumatismes dont les coûts globaux sont encore loin d'être identifiés et connus. Même si un pays comme le Maroc élabore une Charte de l'Environnement et de la Qualité de vie et si le Département ministériel 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 risques environnementaux constitue une nouvelle ligne de front pour les questions de santé.

Sur le plan nutrition, 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 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 leur transition épidémiologique où ils cumulent 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 affections davantage liées aux modes de vie et aux nouvelles pathologies transmissibles (SRAS, VIH).

Cette situation génère quatre contraintes. La première est l'obligation de maintenir des programmes et des services dans le secteur de la santé maternelle et infantile. La progression, toujours forte, du nombre des naissances conduit 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 sont toujours des priorités d'actualité. Lorsque le Maroc fait le choix de réduire la mortalité maternelle, en se fixant un objectif de 50 % en trois ans, le pays rend gratuit une très large partie des accouchements, équipe des maisons d'accouchement, recrute, forme et spécialise des personnels médicaux. Le taux de décès est passé de 227 à 110 décès pour 100 000 naissances vivantes. En Algérie, par exemple, les complications d'accouchements constituent encore 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. Les programmes de vaccinations restent également des priorités à l'ordre du jour dans les trois pays.

La seconde contrainte suppose de bâtir un système de santé qui soit orienté davantage vers la prise en charge de la santé publique dans une optique de déterminants de santé. Cette perspective lie étroitement les questions de santé 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 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.

Or dans le même temps, et il s'agit de la troisième contrainte, les systèmes de santé des pays du Maghreb qui restent fortement axés sur la distribution des soins n'ont pas résolu l'ensemble des problèmes liés à cette distribution. Qu'il s'agisse de disponibilité des services, des coûts d'accès, de la qualité de l'offre, de la formation des personnels médicaux et para médicaux, de la production de médicaments, de multiples tensions et défaillances apparaissent, tensions et défaillances auxquelles les autorités doivent répondre, souvent en urgence.

Enfin, et c'est la quatrième contrainte, l'approche par les déterminants de santé conduit à poser 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 toujours le cas en matière de déterminants de santé. Ainsi, les actions conduites dans le champ de la promotion de la santé ou dans le domaine de l'éducation alimentaire, par exemple,

sont davantage prises en compte par les populations à plus forts capitaux culturels et économiques 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

Faire fonctionner un système de santé capable de produire des services de qualité en matière de santé maternelle et infantile mais également de répondre à des demandes dans le domaine de la cancérologie ou de la chirurgie cardiaque, développer des politiques de santé publique agissant sur l'environnement et la santé au travail, tout en ayant l'objectif de réduire des inégalités sociales et géographiques, tout cela en mobilisant une part de la ressource nationale plus faible que dans les pays de la rive nord de la Méditerranée, ce sont là les défis auxquels doivent répondre les politiques de santé des pays du Maghreb. On ne s'étonnera pas que les réponses soient partielles.

Au sortir de la colonisation, les pays du Maghreb ont eu d'abord à construire ou à reconstruire un système de santé. Cela nécessitait 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. Or la mise en œuvre et la gestion des systèmes de santé s'opère toujours dans des temporalités longues. Il faut plus de douze ans pour former un chirurgien spécialisé et entre le moment de la prise de décision de construire un hôpital et sa présence active sur un territoire, plus d'une décennie souvent se passe. Dès les premières années de post-colonisation les Etats du Maghreb central se sont efforcés de couvrir les besoins de santé en renforçant le corps médical, au besoin en faisant appel à la coopération, en développant des programmes de lutte contre les maladies transmissibles et en implantant des équipements. Les actions de coopération ont pris une forme le plus souvent bilatérale avec la France en matière de formation de professionnels et de construction d'équipements. Ce caractère bilatéral a également été développé avec différents pays de l'Union européenne, ainsi qu'avec les Etats-Unis. Une présence chinoise est actuellement constatée. Les organismes internationaux sont intervenus fréquemment qu'il s'agisse de la Banque mondiale, de l'Organisation mondiale de la santé et, plus récemment, l'Union européenne développe des programmes d'assistance à la régulation des systèmes de santé des pays du Maghreb. Les coopérations intra Maghreb restent assez peu développées même si, dans le cadre de l'Union du Maghreb Arabe (UMA), on note des réunions régulières des ministres de la santé des différents Etats ou la création d'une

commission technique pour les achats de médicaments. La création récente d'un « groupe des 10 », regroupant 5 pays de l'UMA et cinq pays européens (Espagne, France, Italie, Malte et Portugal) constitue, peut-être, l'amorce d'une recomposition des coopérations.

Reconstruisant leurs états, les pays du Maghreb central, ne pouvaient, dès la phase de reconstruction, que faire le choix de donner une place plus importante à l'État. Ce choix fut poussé le plus loin en Algérie qui alla jusqu'à instaurer une médecine gratuite totalement socialisée. Les contraintes financières s'avérèrent les plus fortes et progressivement chacun de ces pays se dota, bon gré mal gré, d'un système de médecine privée, rejoignant en cela le modèle de l'ancien colonisateur.

Dépendant des financements internes mais aussi des apports étrangers, réagissant aux crises et aux opportunités, les politiques conduites dans les trois Etats se sont caractérisées par la fréquence des changements de cap et la multiplicité des ajustements, donc des réformes.

Le cas de l'Algérie, dont le Ministère de la santé s'intitule précisément « *Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière* » est particulièrement emblématique de la multiplicité des réformes de cette 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 multipliaient sans toujours une réelle planification. Lorsque les finances se réduisaient, la vie quotidienne des équipements devenait plus difficile et surtout la tentation grandissait de réduire le rôle de l'État au profit du secteur privé.

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 sont restés fortement émiettés et leurs prestations très différentes selon les pays et les métiers.

Cette élaboration progressive, faite d'avancée et de reculs, conduit à des systèmes de santé dont les fragilités actuelles demeurent importantes tant en matière d'offre de soins que de financement.

Accès aux soins et offre de santé, convergences et tensions

Une offre très disparate

L'accès aux soins est d'abord un problème commun pour les trois pays même si l'histoire passée 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 nettement en arrière en dépit d'efforts récents.

Tableau 5: 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 6 : Densité pharmaciens (pour 10 000 habitants)

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
2,4	2,4	2,9	2	0,4	37

Source : *Health Systems* 20/20. Octobre 2011 – Espagne OCDE

Les décalages se prolongent par de réelles disparités à l'intérieur même des trois pays. Alors que la Tunisie est plus en avance globalement, l'harmonisation de la carte sanitaire et le ciblage des zones de l'Ouest et du Sud restent à réaliser. 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.

De façon très nette en Algérie, et de manière moindre dans les autres pays, les équipements hospitaliers, bâtiments et plateaux techniques, mais aussi, plus globalement, la répartition de l'offre de santé sur le territoire, est loin d'être la plus optimum, qu'il s'agisse de l'offre généraliste ou spécialisée. Les essais de carte sanitaire n'ont pas abouti et les lits se trouvent souvent concentrés dans des zones difficilement accessibles pour les populations rurales. Certes, 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.

Tableau 7 : Taux de lits hospitaliers (pour 10 000 habitants)

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

Source : OMS 2011

Si l'offre de soins s'est densifiée fortement depuis l'indépendance de ces pays, elle est souvent mal répartie, 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 se trouvent en difficultés. Des disciplines de laboratoire comme la microbiologie et l'immunologie se trouvent en sous effectifs, à un degré moindre, la situation est semblable 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, dans l'absence d'une organisation dans laquelle les différents secteurs pourraient partager des objectifs communs et des règles du jeu définies.

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'Ottawa⁶, les liens entre les secteurs sanitaires et sociaux restent actuellement faibles. 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 les utiliser et réduit leur efficacité.

⁶ Adoptée en novembre 1986 à Ottawa, lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, cette charte vise à opérationnaliser une définition positive de la santé, qui n'en fait pas la seule absence de maladie, mais participe du bien-être des populations, par une action transversale dans l'ensemble des secteurs de la vie sociale et la recherche d'une plus grande égalité. Cette charte constitue une forte source d'inspiration pour de nombreuses réformes des systèmes de santé publique.

La montée du secteur privé

A des degrés différents, les trois pays ont favorisé le développement d'un secteur privé. A partir des années soixante-quinze, l'Algérie, sur la base de la formation d'un nombre élevé de praticiens et de l'impossibilité de tous les intégrer dans le service public, a laissé s'installer des praticiens, généralistes et spécialistes, créant ainsi, de facto, un secteur privé, même si cela était en désaccord avec le discours politique.

Au Maroc, l'offre privée à but lucratif connaît un développement rapide. Le nombre des cliniques privées dès 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 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 trouve concentrée 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.

En Tunisie, 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. 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, encore, 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 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, expliquant ainsi la charge de plus en plus importante des dépenses de santé sur les revenus des ménages.

Une production pharmaceutique encore peu autonome

L'offre de soins suppose un accès aux médicaments et produits médicaux. Le Maroc est le pays qui a 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. L'industrie algérienne du médicament est très en retard puisqu'elle ne satisfait ses besoins qu'à hauteur de 40% de ses besoins. La Tunisie se situe entre les deux autres pays et a fait un effort important dans la régulation du secteur pharmaceutique qui présente des spécificités engageant l'intervention d'acteurs publics et privés. 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'auto compensation 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.

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 lobbying pharmaceutique particulièrement actif 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 qui reste largement dépendante de l'international pour l'approvisionnement en matières premières dont les laboratoires commettants facturent ces produits à des prix souvent supérieurs aux prix du marché international ;
- l'approvisionnement en médicaments dans le secteur public, notamment dans les hôpitaux.

Les pays du Maghreb central n'échapperont pas à une 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, les évolutions des législations en matière de brevets. Ces réflexions qui s'inscrivent dans la perspective, encore lointaine, d'un marché commun du médicament et des biens médicaux concernent tous types de médicaments y compris les génériques pour lesquels les enjeux financiers sont très importants.

Une recherche peu développée.

Qu'il s'agisse de médecine, de pharmacie ou de santé publique, les politiques de recherche restent peu développées même si, à certaines périodes un accent a pu être mis sur ce secteur comme ce fut le cas en Algérie entre 1975 et 1990 sous l'impulsion des centres hospitalo-universitaires. En dehors de ces moments particuliers, alors que les Etats interviennent très fréquemment dans l'organisation des soins, on constate l'absence d'une 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. Les structures concernées par la recherche sont impactées par des dysfonctionnements relatifs à la mobilisation des fonds pour le financement des projets. La dissémination et la valorisation des résultats de la recherche restent insuffisantes pour un bon développement de ce secteur et, 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 constitue une contrainte supplémentaire. Cela ne signifie pas l'absence de recherche, mais celle-ci est le produit des professionnels et des équipes hospitalo-universitaires, très fortement disciplinaire et liée

aux alliances, y compris internationales, que certaines équipes ont su développer dans les trois pays.

La création et la mise en place d'un Observatoire National de la Recherche en Santé, annoncée récemment par le Ministère de la santé marocain pourraient être un prélude au développement de la recherche en santé dans ce pays.

Des ressources humaines sous-dimensionnées.

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 de leurs professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social. Les problèmes se posent à trois niveaux. Le premier est celui de la planification des flux de formation des professionnels correspondants 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 aigue 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 1000 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. Cette situation très dégradée au Maroc se retrouve avec des degrés différents en Tunisie et en Algérie.

Des systèmes d'information efficaces mais morcelés.

Les pays du Maghreb se sont dotés de systèmes d'informations 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 ». A côté de cette 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. A 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.

A 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 incertitudes trop grandes 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.

A ces recueils d'information, 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, en particulier s'agissant 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.

Pour construire une régulation efficace des systèmes de santé, les Etats doivent disposer de comptes nationaux de santé permettant une meilleure connaissance des flux financiers, de leurs évolutions en terme des 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 (Etat, caisses d'assurances maladie, mutuelles et personnes privées) et serviraient principalement pour élaborer des priorités sur le modèle des objectifs de dépenses maladie.

Les incertitudes financières

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 pour les trois pays 40% de la dépense globale de santé. 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 5 ans à venir serait raisonnable.

Tableau 8 : Part du PIB consacré à la dépense de santé

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

Source : OMS 2013

Tableau 9 : PIB (en parité de pouvoir d'achat) par habitant (2010 US\$)

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
7 300	4 800	9 400	14 000	2 100	29 400

Source : Index Mundi

Tableau 10: Dépense de santé par personne (\$)

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
437	231	500	502	53	3132

Source : OMS 2011

Tableau 11: Part de la dépense privée de santé (en% du total de la dépense santé)

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
13,9 %	63,7 %	45,9 %	29,7 %	32 %	26,9%

Source : OMS 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 toutefois de mieux identifier le montant des actes 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'Etat assurant alors, depuis les années 2003, un montant de 40% et le reste étant à la charge des assurances sociales⁷.

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'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 en raison 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 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 mais 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 régime d'assurance-maladie des économiquement faibles (RAMED), système spécifique aux populations les plus démunies, après une phase d'expérimentations, a été mis en place en 2011. Il s'agit en fait d'un régime d'assistance médicale conférant une carte familiale valide pendant trois ans et donnant droit à une prise en charge selon un panier de soins définis.⁸

En Tunisie, le système d'assurance maladie comporte une multitude de régimes, juxtaposés au fil du temps selon les besoins des différentes catégories professionnelles. La plus grande partie de la population tunisienne bénéficie d'une couverture maladie (98%),

⁷ OMS, Le financement des systèmes de santé, 2010.

⁸ Le Ramed est assez proche de l'Aide médicale d'Etat française (AME)

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 sanitaire⁹, 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.

En règle générale, au cours des dernières années, le coût supporté par les populations a été en croissance. Par ailleurs, les modes de prélèvements sont multiples et peu transparents. On aboutit, de ce fait, à un modèle peu mobilisateur pour les populations, modèle dans lequel les plus pauvres ne paient pas, les autres étant fortement taxés sous des formes différentes : assurances ou marché privé. La création d'une assurance maladie unique, institution 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 manière efficace d'avancer 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'Etat.

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, le pays le plus avancé qu'est la Tunisie consacrant aux dépenses de santé six fois moins que l'Espagne. La refonte des systèmes d'assurance vers plus d'équité, efficacité, et la mise sur agenda d'une assurance-maladie globale et généralisée dans les différents Etats constituera un chantier à ouvrir dans 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.

⁹ La Loi du 29 juillet 1991 organise le système de santé tunisien, précise les différentes instances qui le compose et indique dans son article 35 que « *le bénéfice de la gratuité des soins et de l'hospitalisation est accordé à tout tunisien indigent, à son conjoint et à ses enfants légalement à charge* ».

Une autre piste, peu explorée dans les pays du Maghreb, consisterait à mettre l'accent sur la réduction des gaspillages publics liée à des faits de corruption ou à l'insuffisance de contrôle, d'évaluation, ou de priorité mal définies et mal mises en œuvre constitue un objectif important. 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. »¹⁰.

S'agissant de la corruption les enquêtes de Transparency International indiquent que 40 à 50 % des personnes interrogées au Maroc et en Algérie affirment avoir rémunéré de façon extra-légale des services de santé. Ce taux est moins élevé en Tunisie où il se situe entre 15 et 20 %¹¹. Une étude réalisée au Maroc en 2011 par l'Instance Centrale de Prévention de la Corruption montrait que 3 personnes sur 10 avaient déclaré avoir eu recours à la corruption pour bénéficier de prestations de soins. Classant les types de corruption, ce même rapport mettait en avant les rétributions indues et les pots de vin, le favoritisme ou le népotisme, les traitements abusifs justifiant une sur-tarification, la facturation frauduleuse de soins fictifs et les détournements de marchés publics ainsi que les détournements de temps, de locaux et de matériels à titre privé.¹²

¹⁰ Message de la Directrice générale, OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2010.

¹¹ www.transparency.org

¹² ICPC, « Etude sur le phénomène de la corruption dans le secteur de la santé. Evaluation et diagnostic », juin 2011, www.icpc.ma

Gouvernance, participation, l'amorce d'une transition démocratique

Les questions de santé n'étaient pas au centre des revendications des manifestants ni en Egypte ni en Tunisie. En revanche, les limites et les contraintes qui pèsent sur les systèmes de santé sont perçues et refusées de plus en plus nettement par les professionnels, les gestionnaires des services et des équipements mais aussi par les populations qui s'impatientent des délais pour se faire soigner, des pénuries sporadiques de médicaments, de la qualité insuffisante des services rendus et des inégalités qui perdurent face à la maladie et à la mort.

Une revendication démocratique et consumériste

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 prend dans les pays du Maghreb central plusieurs formes :

- Il peut s'agir d'abord, et à un niveau premier, de fournir à la population les informations dont elle a besoin pour entrer en contact avec le système de soins. La période récente a montré l'usage qu'il pouvait être fait des réseaux sociaux et d'Internet. Ces outils constituent de puissants moyens de diffusion des informations, de structuration des communautés de patients ou d'interfaces entre le système de santé et ses utilisateurs. L'examen rapide des sites disponibles dans les pays concernés montre que des marges importantes de progrès sont envisageables.
- A 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 à 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, en particulier que soient définis les niveaux de responsabilité et de décision. Si à l'échelon national des campagnes de communication sont régulièrement entreprises, en revanche l'échelon régional reste le grand perdant de cette démocratisation sanitaire.

Plus globalement, les études conduites sur chacun des pays insistent sur la refonte des formes de la gouvernance. Selon leur histoire, les pays concernés donnent à l'Etat un rôle plus ou moins important, le rôle des États reste mal défini et oscille sans cesse entre des fonctions de planification, de pilotage mais aussi parfois d'intervention directe dans les processus opérationnels. Il en découle de ce cumul de rôles 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. 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. 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 mais sans que celle-ci s'effectue à l'aide de 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.

A ce cloisonnement entre les différents systèmes, notamment public et libéral, et à l'absence d'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, 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.

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 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 souffrances. Dans cette perspective, l'organisation des systèmes de santé ne doit plus être considérée comme une réponse en terme de soins à des besoins mais comme l'expression d'un droit fondamental des citoyens. Dans une période d'accélération des changements, 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 de l'adoption d'un cadre constitutionnel par exemple, l'article 31 de la Constitution du Royaume du Maroc, à la promulgation d'une Charte nationale en passant par une loi cadre.

Dans l'ensemble des pays occidentaux, le développement de la médecine s'est effectué principalement autour de la forme hospitalière, on a même pu parler dans certains pays d'hospitalo-centrisme. Ce développement a conduit à privilégier l'importance des 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. Cette situation se retrouve dans les pays du Maghreb. A l'opposé de cette démarche, les organisations internationales ont très 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 avancés mais ayant encore de lourds problèmes de santé à régler, le temps est probablement venu de l'adoption d'une stratégie accentuant l'importance des services de qualité à rendre à des populations. Cela suppose de réorienter à la fois l'action de la médecine de ville mais également de la médecine hospitalière. La traduction opérationnelle de cette logique passe par différentes démarches dont les plus importantes consisteraient à 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 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 ainsi qu' 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. A la différence de ce qui existe, en particulier en Algérie, mais 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.

Vers de timides « printemps » en santé ?

En réponse à ces tensions, les gouvernements des trois pays se sont engagés dans de nouvelles réformes. En Tunisie un dialogue national a été lancé en octobre 2012 sur les politiques, les stratégies et les plans de santé. Les espoirs placés dans cette démarche s'enlisent dans les incertitudes politiques du moment. En août 2012 une séance de travail interministérielle a pourtant confirmé l'imminence d'une accélération du projet de réforme de la santé. Cette réforme devrait comporter des transformations du système de financement, la révision du cadre réglementaire régissant les conditions d'installation des établissements sanitaires privés, réviser la carte sanitaire et doter le système de santé et son ministère de moyens en personnels plus développés. Les résultats de ces travaux sont attendus pour la fin de l'année 2013.

Au Maroc, des réformes sont aussi engagées à la suite de l'inscription d'un droit à la santé dans la nouvelle Constitution. Avec l'extension des mesures d'assistance favorisant l'accès aux soins pour les plus démunis, le maître mot des réformes gouvernementale réside est « participation » et le Ministère a récemment inauguré une page « Facebook » visant à favoriser un dialogue citoyen centré sur les préoccupations et les besoins des usagers, pour évaluer leurs attentes et recueillir leurs propositions. Une conférence nationale sur la santé s'est tenue le 1^{er} juillet 2013 à Marrakech, conférence boycottée par une partie des syndicats du secteur de la santé. Pour de nombreux acteurs, cette réforme apparaît comme celle de la dernière chance.

En Algérie, les critiques à l'égard du système de santé se font de plus en plus vives, de l'intérieur du système de santé comme de l'extérieur. Les recommandations des travaux du début des années 2000 qui indiquaient que « la réforme hospitalière doit s'inscrire dans le cadre d'une politique globale de santé » sont restées sur le chemin.

L'Union européenne apporte des financements et de l'expertise, la Banque mondiale propose une nouvelle stratégie et place l'équité au cœur de son projet présenté actuellement dans les pays du Maghreb. Des rapprochements s'esquissent entre les trois pays sur les questions de santé, y compris dans le cadre de la faible

Union Pour la Méditerranée (UPM). Il est sans doute prématuré pour parler d'une promesse de printemps dans le secteur de la santé, mais l'échec de ces démarches ne manquerait pas de conséquences négatives tant la question de la santé et de l'accès aux soins est devenue une préoccupation collective et forte pour les populations des trois pays.

Conclusion

Rien ne permet de penser que les situations de transition vécues actuellement par les pays du Maghreb vont se situer dans une temporalité courte. Bien au contraire, la natalité repart à la hausse, les nouvelles pathologies transmissibles comme le VIH régressent lentement, les réformes de l'appareil sanitaire se succèdent et les problèmes endémiques comme l'articulation entre le public et le privé, l'importance des restes à charge pour les populations, l'insuffisante qualité des équipements et l'accès aux marchés du médicament constituent un ensemble de contraintes fortes pour des économies fragiles. Le prolongement de cette situation dans la durée n'est pas à exclure, les élites ayant un accès aux soins toujours possible dans le secteur privé lucratif ou à l'étranger et les coopérations bilatérales ou internationales venant combler les lacunes les plus fortes. Ce scénario ne ferait que prolonger la situation actuelle dans une sorte de continuité dissonante. Un autre avenir pourrait aussi se dessiner dans lequel ces Etats accentueraient le tissage des liens fragiles qui existent parfois entre eux. Le chemin s'ouvrirait alors d'une esquisse de marché commun de la santé, particulièrement dans les domaines du médicament et des produits de santé, là où les contraintes internationales sont les plus pesantes. La construction de dispositifs partagés en matière de formation des professionnels de santé, de surveillance épidémiologique, voire de positionnement global de l'offre de santé dans un univers où la mondialisation est aussi en marche serait une étape ultérieure.
