

III

Les systèmes de santé et le VIH au Maghreb



8

Le Système de santé au Maghreb

Sofiane Bouhdiba

Introduction générale

Le concept de santé

Mais qu'entendons-nous par *Santé*? La santé est une notion ambiguë, relative et fluctuante selon les époques et les régions géographiques, qui déterminent toutes deux un environnement socioculturel, élément lui-même primordial dans la définition de la santé.

Si l'on se réfère aux textes officiels, la santé est définie par l'OMS comme étant: « ... un état optimal de bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité ».¹

Le terme *optimal* signifie qu'il y a une comparaison permanente entre un état de santé observé dans une population, et un état considéré comme souhaitable. Nous retrouvons ici le concept d'*Itidal* (équilibre), cher à Ibn Sina (Avicenne), pour qui:

La maladie est avant tout perçue comme une rupture par rapport à une norme psychique, physiologique, somatique ou physique, laquelle norme n'a rien d'absolu puisque d'une région du monde à l'autre, d'une ethnie à l'autre elle peut varier considérablement.²

Et il est vrai que, dans les populations musulmanes, la santé est perçue comme un état d'équilibre interne; la maladie est de ce fait profondément ressentie comme une situation de déséquilibre.

Dans la suite de notre exposé, nous considérerons la santé prise comme le bien-être physique, et nous retiendrons également la définition négative « *absence de maladie* ».

L'autre aspect qui nous semble extrêmement important dans la définition de la santé, c'est justement le fait qu'elle s'inscrit dans la durabilité. On peut reprendre la définition globalisante de K. Schaapveled, pour qui: « La santé est un état durable qui suppose un mode de vie durable dans un environnement durable ».³

Cette approche intègre la notion de qualité de l'environnement dans la problématique de santé. On pourra ainsi considérer la pollution de l'air et du littoral, la congestion urbaine, la pollution sonore ou même l'épuisement des ressources naturelles comme des questions de santé publique.

Si à présent on part du principe que la santé constitue un bien durable, au même titre que d'autres produits, cela signifierait qu'il existe un véritable « *marché* » de la santé, soumis à une loi de l'offre et de la demande. Nous essaierons de voir au travers de cette série de cours s'il existe un principe régulateur sur ce marché, dans lequel la santé est alors considérée comme un output émanant d'un processus de production complexe.

Le temps limité de ces cours ne permettra pas bien entendu de répondre à l'ensemble des questions et de traiter tous les aspects de la santé. Il s'agira tout au plus d'avancer un certain nombre d'éléments permettant de mieux cerner les problématiques spécifiques de l'Afrique du Nord, ce qui nous permettra d'avancer autant que possible dans la formulation de la problématique régionale de l'Afrique.

Mon objectif sera, au-delà de l'observation et l'analyse, l'ouverture de quelques pistes de recherche, et éventuellement de partager les leçons de l'expérience maghrébine en matière de santé.

L'Afrique du Nord

Pour la clarté de l'exposé, nous considérerons que l'Afrique du Nord regroupe les trois pays suivants: Algérie, Maroc et Tunisie, c'est-à-dire les pays du Maghreb. Commençons donc par présenter brièvement ces trois pays:

Tableau 1: L'Afrique du Nord

| Pays | Superficie (km ²) | Population (millions) | ISF | Tx de croissance | Part de la population de moins de 15 ans | Part de la population de plus de 64 ans | Tx d'urbanisation | PNB/hab | Densité |
|---------|-------------------------------|-----------------------|------|------------------|--|---|-------------------|----------|------------------------|
| Algérie | 2 384 000 | 31 | 3,1 | +2,4% | 39% | 4% | 49% | 1 500 \$ | 13 hab/km ² |
| Maroc | 447 000 | 29,2 | 3,4 | +1,7% | 33% | 5% | 54% | 1 260 \$ | 65 hab/km ² |
| Tunisie | 164 000 | 9,7 | 2,03 | +1,6% | 31% | 6% | 63% | 2 110 \$ | 59 hab/km ² |

Source: Nations Unies.

Le Système de santé au Maghreb

Introduction

Dans les années soixante, les trois pays d'Afrique du Nord nouvellement indépendants se sont engagés dans la modernisation et le développement de leur économie, afin d'assurer la satisfaction des besoins d'une population qui allait

augmenter très rapidement. Si l'on peut parler de similarité, en ce qui concerne les objectifs globaux et à long terme, il n'en est pas de même pour les options et les stratégies retenues par chacun de ces pays. Celles-ci diffèrent en fonction de nombreux éléments géographiques, historiques, sociologiques, économiques,...

Ces différences étaient également surdéterminées par les idéologies qui s'affrontaient à l'époque et qui divisaient le monde en deux blocs, si bien que les choix et les options stratégiques de développement pouvaient être différents d'un pays à l'autre dans une région pourtant relativement homogène à plus d'un titre.

Cependant, quel que soit le modèle choisi, il accordait une large place à l'édification d'un système de santé moderne, capable de prendre en charge les immenses besoins d'une population dont l'état sanitaire, hérité des autorités coloniales, était médiocre.

Or, à l'époque, des données démographiques et épidémiologiques suffisamment détaillées, qui permettraient d'évaluer les besoins de la population dans le domaine de la santé et serviraient d'éléments fondamentaux dans la fixation des priorités, étaient quasiment inexistantes.

Les trois jeunes pays Nord-africains n'avaient donc pas la possibilité d'étudier ces besoins de façon scientifique et de mettre en place les stratégies les plus adaptées à l'état sanitaire et les mieux ajustées aux réalités économiques, démographiques et sociales. La planification sanitaire étant donc impossible dans ces conditions, des programmes d'investissement plus ou moins importants ont été lancés.

Ce n'est que longtemps après, dans les années 80, sous la contrainte de la crise économique que se sont posées les questions suivantes:

- De quelle façon, en l'absence d'une politique sanitaire explicite, d'une planification cohérente et d'objectifs précis, s'est édifié le système de santé?
- Dans quelle mesure un tel système permet-il de répondre effectivement aux besoins réels de la population?
- Quel a été son impact précis sur le profil démographique et sur le profil épidémiologique des populations?

Plus que dans les autres, il faut prendre en compte dans le secteur sanitaire, l'influence de différents intervenants, des groupes de pression qui sont impliqués et qui représentent des intérêts différents, voire conflictuels.

Ce sont en fait les décisions de ces différents groupes de pression le plus souvent professionnels, qui ont été déterminants dans les choix technologiques et les choix stratégiques, choix qui n'ont pas toujours été les plus judicieux.

Beaucoup de ces groupes étaient moins préoccupés par les vrais besoins des populations que par l'acquisition de moyens parfois sophistiqués. Longtemps, on a cru que l'accumulation de moyens entraînerait automatiquement une amélioration des résultats sanitaires. Cela était particulièrement vrai pour l'Algérie, qui bénéficiait alors d'une manne pétrolière, et qui s'était lancée dans des programmes sanitaires démesurés.

On s'aperçut très vite alors que la croissance des moyens et des dépenses était nettement plus rapide que l'amélioration des indicateurs sanitaires. Après les premiers instants d'euphorie, les difficultés financières ont fait découvrir que la disponibilité des ressources est, certes importante, mais que les techniques de gestion de ces ressources et leur adaptation aux problèmes l'étaient davantage.

Ces difficultés qui se sont posées d'une manière particulièrement vive en Afrique du Nord, ont suscité des préoccupations nouvelles et ont permis de focaliser l'attention sur de nouvelles problématiques débouchant parfois sur une véritable remise en cause du système de santé et sur son impact réel sur les populations.

On peut affirmer aujourd'hui, avec le recul, que la santé de la population ne dépend pas que du système de soins, et que la réponse médicale n'est que l'une des réponses possibles aux besoins de la population. Il existe en effet des facteurs tels que la nutrition, l'hygiène, l'assainissement, l'adduction en eau potable, l'éducation, l'émancipation de la femme qui se situent, certes hors du champ sanitaire, mais qui n'en ont pas moins un impact déterminant sur la santé.

Sur un autre plan, les comparaisons établies entre les trois pays d'Afrique du Nord ont montré qu'à niveau de développement égal et en mobilisant les mêmes ressources, on n'obtenait pas les mêmes résultats.

Ainsi, certains pays utilisent plus de ressources matérielles, humaines et financières qu'il n'est nécessaire pour atteindre un état de santé donné. C'est le cas par exemple de l'Algérie, où on relève un décalage important entre les indicateurs de santé, tels que le taux de mortalité ou le taux de mortalité infantile, et les indicateurs de développement économique, comme le Produit national brut (PNB).

La question centrale qui se pose alors, et à laquelle il est très difficile de répondre, est donc la suivante: quels sont les facteurs qui sont réellement déterminants sur les profils épidémiologiques et démographiques?

Beaucoup de chercheurs ont essayé d'y répondre. Parmi ces tentatives, il nous a semblé intéressant d'exposer celles de John Caldwell qui, à partir d'une série de comparaisons entre pays de même niveau de développement économique, a abouti à des hypothèses et des explications intéressantes même si elles peuvent paraître contestables pour certains.

Nous allons, à travers ce cours, tenter de comparer les systèmes de santé dans les trois pays d'Afrique du Nord et essayer de comprendre pourquoi, à partir d'une situation de départ relativement similaire, les choses ont évolué de manière différente.

Le Maroc, la Tunisie et l'Algérie présentent des structures politiques, des modes de légitimation du pouvoir et des choix de développement différents. L'organisation sanitaire de ces trois pays, malgré un profil épidémiologique assez semblable, est relativement différente, tant au plan du financement des soins médicaux que des modalités de leur production et de leur distribution.

Dans cette première partie, nous tenterons de situer le système de santé maghrébin par rapport au reste du monde.

Les modèles de systèmes de santé

Nous avons pu recenser dans la littérature quatre principaux modèles de système sanitaire, qui varient selon leur degré d'intégration horizontale et verticale.⁴ Ces schémas simplifiés distinguent trois étapes dans un système sanitaire.

Le premier niveau représente la collecte des contributions, c'est-à-dire les paiements directs des ménages, les participations des caisses sociales et la redistribution des impôts et taxes.

Au deuxième niveau intervient le processus d'achat au travers duquel les contributions collectées sont allouées à des prestataires institutionnels ou individuels pour la construction d'établissements hospitaliers ou l'acquisition de produits consommables.

Enfin, le dernier niveau du modèle comprend la phase de prestation de soins proprement dite.

On peut alors représenter graphiquement les quatre modèles de la manière suivante:

- modèle 1: intégration complète: une seule institution gère les 3 phases du processus (cas exceptionnel de la Grande-Bretagne avant les réformes Thatcher);
- modèle 2: intégration verticale: différents organismes, chacun assurant les trois phases du processus, gèrent les soins de chaque sous-population (cas des pays latino-américains);
- modèle 3: intégration horizontale: à chaque fonction correspond une seule institution qui gère les soins de l'ensemble de la population (modèle le plus fréquent dans le monde, et vers lequel tendent la majorité des pays en développement);
- modèle 4: système mixte: chaque institution gère une seule phase du processus de santé et, à chaque phase, agissent différents intervenants, chacun gérant une tranche spécifique de la population.

Les pays du Maghreb semblent plutôt s'aligner sur le *modèle n°4*, puisqu'à chaque étape du processus sanitaire correspondent plusieurs institutions spécialisées, chacune assurant la couverture sanitaire d'une tranche particulière de la population.

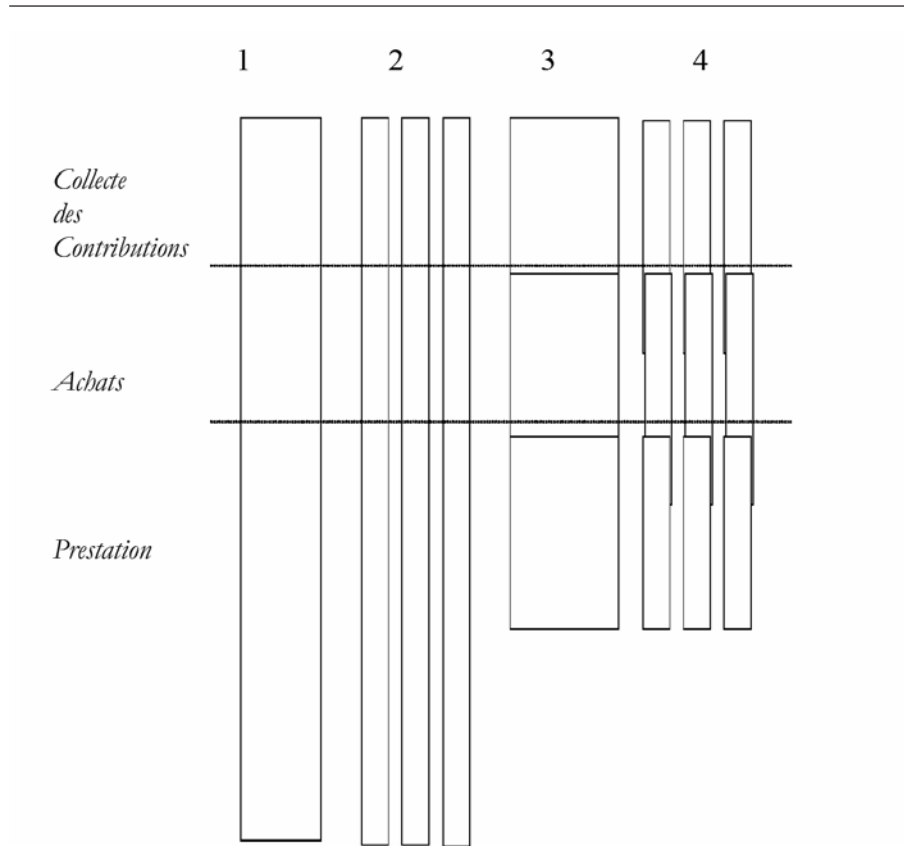
En effet, la collecte des fonds est assurée par les ménages, les patrons des employés ou les caisses sociales.

L'achat est ensuite assuré par les différentes institutions (Pharmacie centrale, Ministère de la Santé Publique,...) ou directement par les ménages.

Enfin, au niveau de la phase de prestation, interviennent de nombreux établissements sanitaires publics et privés, ainsi que des professionnels privés.

Comme nous aurons l'occasion de le voir tout à l'heure et à l'instar de nombreux autres pays en développement, c'est vers le *modèle n°3* que tend à s'orienter la politique maghrébine de santé publique. En effet, il semblerait que nous allons actuellement vers une intégration horizontale, c'est à dire la mise en place de super-structures qui assureraient d'une manière autonome chacune des trois fonctions du modèle.

Figure 1: Modèles de soins de santé selon le degré d'intégration horizontale et verticale



Source: OMS

Essayons à présent de décrire brièvement et successivement les principales stratégies de développement sanitaire en Afrique du Nord.

Les stratégies sanitaires en Afrique du Nord

L'Algérie

L'Algérie est, parmi les trois pays du Maghreb, celui qui a connu la plus profonde et la plus longue colonisation. La légitimité du Front de Libération nationale (FLN) et de l'armée, principale force politique, a été acquise au cours de la lutte pour l'indépendance. Cette légitimité n'a pu être prolongée et maintenue en temps de paix qu'en s'appuyant sur des structures s'identifiant à l'état providence pourvoyant à la quasi totalité des besoins du citoyen.

Finalement, et grâce à des ressources en hydrocarbures importantes, c'est un modèle de développement volontariste qui est retenu, avec une concentration des efforts sur l'industrie lourde, au détriment de l'agriculture, des industries manufacturières et de l'habitat.

Le décès du Président Boumédiène en 1979 et la recomposition du paysage politique se traduisent dans les années 1980 par des changements au niveau des choix économiques. Ainsi, une nouvelle stratégie de « *conservation des ressources naturelles* », l'abandon des investissements onéreux pour la valorisation des richesses du sous-sol (Plan Valhid) est au programme du plan quinquennal 1980-1984.

Par ce biais, l'Algérie s'efforce d'échapper au « *tout pétrole* » et s'oriente vers un développement intégré. De nouvelles priorités sont alors dégagées et une place plus large est accordée à l'habitat, l'agriculture, l'hydraulique, les industries manufacturières afin, selon les auteurs du plan quinquennal, de préparer « *l'après-pétrole* ». À cette modification de la structure des investissements va s'ajouter à partir des années 1980, une diminution de leur volume, sous l'effet de l'effondrement des prix pétroliers et du poids de la dette extérieure (44% du PNB).

Le volontarisme des premières années de l'indépendance marquera fortement l'édification du système de santé. Le droit à la santé est un devoir de l'état providence qui décidera officiellement de la gratuité des soins pour tous en 1974.

En pratique, et malgré la mise en place de ressources considérables en infrastructures, en équipements et en personnels, l'Algérie a beaucoup de difficultés à assurer une offre de soins publics généralisée et efficace. Malgré les options proclamées, le secteur privé se développe timidement jusqu'aux années 1980, puis très rapidement après cette date. Mais c'est surtout le secteur parapublic qui a connu une expansion considérable grâce aux investissements de la caisse de sécurité sociale et à ceux des entreprises publiques.

Au fur et à mesure de l'aggravation de la crise économique, c'est précisément la caisse de sécurité sociale qui finance de fait le système de soins, la part de l'État diminuant régulièrement d'année en année.

La crise a très vite révélé et amplifié les insuffisances et les dysfonctionnements d'un tel système et sa quasi-totale dépendance de l'extérieur pour tous les intrants nécessaires à son fonctionnement. Le système de santé se caractérise en effet par une très forte extraversion et importe environ 80% de ses besoins en médicaments et la quasi-totalité des équipements, instruments et réactifs.

Le Maroc

Au Maroc, le système politique et la légitimité du pouvoir royal et de l'État reposent sur une tradition historique nationale et un fondement religieux (le roi commandeur des croyants).

Le modèle de développement marocain témoigne de la volonté d'éviter des mutations trop profondes et trop rapides susceptibles de remettre en cause les structures traditionnelles sur lesquelles s'appuie le pouvoir royal.

La priorité est ainsi donnée au développement de l'agriculture. L'industrie reste peu développée et à forte participation de capital public. Des progrès certains ont pu néanmoins être observés grâce à la mise en valeur du sous-sol et à l'appel précoce et massif aux investissements extérieurs.

Sur le plan sanitaire, le système de soins marocain a connu peu de bouleversements reproduisant à peu de choses près l'organisation et les méthodes de l'époque coloniale. Les effectifs médicaux, malgré une sensible augmentation, restent toutefois en deçà des efforts de formation des deux autres pays maghrébins.

L'intervention de l'État est cantonnée aux domaines conventionnels de la formation du personnel médical et paramédical, de la réglementation des activités médicales et de la gestion de quelques institutions et établissements de soins.

Une importante infrastructure sanitaire privée et parapublique se concentre aujourd'hui dans les zones urbaines (60% des médecins privés exercent dans les deux villes principales du Maroc).

La couverture collective des soins est assurée par des organismes de prévoyance sociale et la caisse de sécurité sociale, mais elle reste peu étendue. Ainsi, les petits paysans, les chômeurs et une grande masse de salariés précaires ne bénéficient d'aucune protection sociale effective.

En théorie, la gratuité des soins dans les établissements sous tutelle du Ministère de la Santé permet aux indigents d'accéder aux soins médicaux, mais l'éloignement et l'encombrement limitent considérablement leur accès et leur efficacité.

La Tunisie

En Tunisie, dès l'acquisition de l'indépendance en 1956, s'est posé le problème du choix d'une politique économique nationale. La première option retenue fut celle du socialisme étatique et d'une économie centralement planifiée. Malheureusement, la collectivisation progressive de la plupart des terres agricoles et d'une partie du commerce à un système coopératif mal conçu et mal organisé provoque dès 1969 un mécontentement général.

Face à l'inefficacité de la gestion bureaucratique, un changement s'opère et un retour rapide au libéralisme économique s'effectue sans toutefois remettre en cause le rôle du parti unique et de son principal dirigeant de l'époque.

Concrètement, dans les années 1960, la Tunisie accorde la priorité aux investissements tournés vers l'exportation, notamment dans le secteur des textiles. L'agriculture est reléguée au second plan et sa part dans les exportations décroît régulièrement. À côté d'une industrie extractive prospère dans les années 1970, s'est développée une industrie manufacturière (textile, agro-alimentaire, produits chimiques). Malgré des progrès certains, la situation reste difficile. La production agricole largement déficitaire, les importations massives de biens, le recours aux crédits, et surtout une baisse de l'activité touristique ont entraîné une inflation préoccupante.

La politique sanitaire tunisienne a bien évidemment largement subi les fluctuations des choix économiques. Jusqu'en 1970, le système de soins se développe

dans un cadre étatique avec des résultats impressionnants: construction massive d'hôpitaux et de dispensaires, programme élargi de vaccination et large protection maternelle et infantile.

L'abandon d'une économie centralement planifiée se traduit sur le plan sanitaire par la mise en place d'un système mixte où le secteur privé se développe rapidement à côté d'un secteur public relativement important. On observe alors une augmentation du nombre de médecins exerçant à titre privé.

La couverture du « *risque maladie* » est financée par de multiples régimes d'assurances maladies, les prestations associent l'octroi de soins directs dans les formations relevant du Ministère de la Santé publique, le remboursement des soins en cas de « *longue maladie* » et une compensation des pertes de salaires éventuelles. Plus de 45% des assurés sociaux sont affiliés à des régimes de base, aux prix de cotisations supplémentaires. La gratuité des soins reste assurée pour les plus pauvres dans les établissements publics.

Le développement de ce système est cependant remis en cause à partir des années 1980, où s'accroissent les insuffisances et des dysfonctionnements posant ainsi la question centrale du financement et des dépenses de santé.

On constate donc l'existence de trois systèmes économiques et trois systèmes de santé assez différents en Afrique du Nord.

À l'immobilisme marocain s'oppose le pragmatisme tunisien et le volontarisme algérien. Cependant, à quelques nuances près, les niveaux de développement atteints dans les systèmes de santé restent comparables, malgré la variété des options retenues. Cette observation est surtout vraie en ce qui concerne les premières décennies de l'indépendance, elle reste cependant à nuancer depuis quelques années, chaque pays en effet réagissant différemment à l'impact des chocs extérieurs et à la difficile conjoncture mondiale actuelle, sans oublier la situation politique particulière qui prévaut en Algérie.

Nous allons donc dans cette deuxième partie observer l'évolution des états de santé des populations à partir de quelques indicateurs de base.

Évaluation des systèmes de santé

Les outils de mesure du système de santé

La santé, définie par l'OMS comme un *état de complet bien-être physique, mental et social*, n'est pas une entité aisément quantifiable.

D'une manière générale, les relations entre le niveau de santé et le système de santé sont très complexes à établir, la santé procédant d'un enchevêtrement d'activités où la détermination des moyens, de leurs coûts, et l'évolution de leurs conséquences et de leurs résultats sont très difficiles à isoler.

En réalité, la santé de la population ne dépend pas que du système de soins, et les causes des écarts entre les pays ne sont pas liées essentiellement aux dépenses consenties pour le système de soins.

Comme ailleurs, les pays maghrébins ont défini différentes étapes à court et moyen terme censées leur permettre d'atteindre l'objectif fixé par Alma-Ata en 1978 (*La santé pour tous en l'an 2000*). Ils ont lancé de grandes actions de santé publique, telles que la vaccination de tous les enfants contre les principales maladies infectieuses, l'hygiène du milieu, l'assainissement, l'alimentation en eau potable ou l'éducation.

Il semble cependant qu'il y ait eu un décalage entre les déclarations de principe, les objectifs généraux fixés par les différents plans et la réalité. C'est le cas en particulier de l'Algérie où la mise en œuvre concrète des plans a souffert des déficiences voire de l'absence d'une stratégie de réalisation et où les liens entre planifications et programmations ne sont pas formulés de manière explicite.

Ce décalage est cependant difficile à apprécier faute d'instruments méthodologiques, capables de mesurer le degré de mise en œuvre et les progrès effectivement réalisés par rapport aux objectifs fixés. Il est vrai cependant que chacun des trois pays a tenté d'intégrer à sa stratégie un processus de contrôle et d'évaluation. Ce processus s'appuie en général sur les indicateurs de l'OMS.

En 1981, l'OMS proposait dans le cadre de la *stratégie mondiale de la santé pour tous*, trois catégories d'indicateurs permettant d'évaluer un système de santé:

- *des indicateurs de la politique de santé* mesurant l'engagement des pays vis-à-vis de la santé, l'affectation des ressources et leur répartition;
- *des indicateurs sociaux et économiques* en rapport avec la santé concernant les mutations démographiques, l'éducation, le logement, le travail;
- *des indicateurs de l'état de santé* abordant les résultats de développement en matière de santé.

Pour l'OMS, ces indicateurs devraient être considérés comme des instruments à utiliser dans un processus national bien défini de contrôle et d'évaluation des stratégies adoptées. On voit donc que « *La santé pour tous en l'an 2000* », que certains ont qualifié « *d'utopie mobilisatrice* »,⁵ a permis d'élargir la portée et la signification des indicateurs. Jusque-là en effet l'accent était surtout mis sur les mesures de morbidité et de mortalité.

Il faut relever d'ailleurs que malgré ces progrès, l'état de santé tel que mesuré par les indicateurs de mortalité et de morbidité continue à être la mesure la plus opérationnelle dont on dispose.

Pour prendre la mesure des problèmes de santé, on continue à se fonder sur la mortalité, mais cet indicateur ne rend évidemment pas compte des autres conséquences de la morbidité (souffrances, handicaps, incapacités). C'est cette constatation qui a poussé l'OMS et la Banque mondiale à définir d'autres indicateurs prenant en compte ces aspects, et en particulier les concepts d'incapacité, vie sans incapacité, EVSI,...

Quoi qu'il en soit et concernant les pays du Maghreb, ce sont les indicateurs classiques qui sont utilisés et pour lesquels on dispose d'informations relativement fiables. Ceci est particulièrement vrai pour la mortalité infantile qui,

traditionnellement, a toujours été un indicateur de grande signification pour la santé publique. Un taux élevé de mortalité infantile reflète en général des déficiences au niveau de l'environnement physique et socio-économique, de la nutrition, de l'éducation et des soins.

On le voit donc, à la complexité des problèmes s'ajoute la grossièreté des instruments méthodologiques disponibles, pour pouvoir effectuer des comparaisons valables entre pays. Cette imprécision est parfois elle-même aggravée par l'absence ou l'insuffisance des données nécessaires à l'élaboration des indicateurs. Voyons ce qu'il en est en Afrique du Nord.

Évaluation du système de santé en Afrique du Nord

Pour les trois pays du Maghreb, dans le domaine sanitaire le legs de la période coloniale reste aujourd'hui encore très difficile à apprécier, même s'il est possible d'affirmer qu'il a été globalement négatif, malgré la mise en place d'une infrastructure plus ou moins importante selon les pays.

Au moment de l'indépendance, chacun des pays se caractérisait par des niveaux de santé extrêmement bas, aggravés par la désorganisation liée au départ des personnels médicaux et paramédicaux français. En 1962, l'Algérie comptait environ 300 médecins pour une population de douze millions d'habitants.

Voyons ce qu'il en est aujourd'hui, à travers l'observation des quelques indicateurs de santé suivants:

Tableau 2: Indicateurs de santé au Maghreb (2003)

| Pays | TMI | TM | Années | | | Rapport de mortalité maternelle | Part d'enfants vaccinés contre la rougeole | Part du PIB consacrée aux dépenses de santé |
|---------|------|-----|--------|--------|-------|---------------------------------|--|---|
| | | | Hommes | Femmes | Total | | | |
| Algérie | 55 ‰ | 6 ‰ | 68 | 70 | 69 | 150 ‰ | 74% | 3.3% |
| Maroc | 53 ‰ | 6 ‰ | 67 | 71 | 69 | 390 ‰ | 92% | 1.6% |
| Tunisie | 28 ‰ | 6 ‰ | 70 | 74 | 72 | 69 ‰ | 92% | 3% |

Source: Nations Unies.

Dans les années 50, les taux de mortalité infantile étaient supérieurs à 200 ‰ dans les pays du Maghreb. C'est en Tunisie qu'elle commencera à baisser sensiblement, dès 1969-1970, parallèlement au taux de fécondité. En Algérie et au Maroc, même si elle diminue un peu dès 1965, elle demeurera forte jusqu'en 1977. Le Maroc connaît une évolution moins rapide jusqu'en 1983. Il faut y voir probablement le démarrage plus tardif des campagnes de vaccinations dans ce pays.

Les Taux de mortalité infantile

Aujourd'hui, le taux de mortalité est élevé en Algérie et au Maroc, mais relativement faible en Tunisie. La Tunisie se démarque donc encore aujourd'hui, mais il faut y voir en partie les effets de la baisse plus rapide de la fécondité.

Les pays du Maghreb ont suivi le schéma classique des déclin de mortalité des pays en développement: c'est entre 0 et 1 an que les progrès sont les plus rapides, et c'est là que se creusent les inégalités entre pays ou entre classes sociales dans un pays. La première année de vie est un âge où frappent essentiellement des maladies infectieuses et parasitaires, où les facteurs culturels jouent pleinement, parfois même plus que les facteurs sociaux et économiques.

Les Taux de mortalité

Le mouvement de déclin des taux de mortalité est enclenché dès le début des années 60. Dans les trois pays, le taux de mortalité se situe entre 15 et 17 ‰ jusque vers 1970. Il s'accéléra ensuite dès 1971 pour la Tunisie, vers 1975 et 1977 pour le Maroc et l'Algérie.

Dans les années 70, les écarts entre les trois pays se creusent: la Tunisie se distingue rapidement avec un taux de mortalité de 8.8 ‰ dès 1976, tandis que l'Algérie traîne (16 ‰ à la même date). La situation évolue ensuite rapidement: le Maroc poursuit régulièrement son déclin alors que l'Algérie en plus mauvaise position jusqu'alors récupère rapidement son retard: son taux de mortalité diminue de moitié en 1978 (13.4 ‰) à 1988 (6.6 ‰).

Aujourd'hui, les taux de mortalité oscillent autour de 6 ‰ dans les trois pays.

L'espérance de vie

Depuis 1960, l'évolution des espérances de vie confirme ces déclin sensibles de la mortalité dans la région: très basse jusque vers 1970, 49 ans environ, elles vont rapidement décoller. Dès 1975, elles sont déjà à près de 60 ans en Tunisie, dans les 55 à 56 ans ailleurs. En 1980, la Tunisie est à près de 65 ans, les deux autres pays toujours groupés dans les 58 à 59 ans. L'Algérie et le Maroc accélèrent alors le rythme pour atteindre en 1989 une même espérance de vie de 65 ans. Aujourd'hui, les espérances de vie ont des valeurs proches de 70 ans dans les trois pays, et on note que la Tunisie a fait les plus grands progrès.

Ainsi, entre 1960 et aujourd'hui, la Tunisie a gagné 23 ans d'espérance de vie, l'Algérie et le Maroc 20 ans. On peut juger de l'effort accompli en matière de santé en considérant qu'il a fallu près de trois fois plus de temps aux pays industrialisés comme la France pour atteindre la même espérance de vie. Le passage d'une espérance de vie de 40 à 60 ans s'est réalisée en 10 ans au Maghreb contre 30 ans en France.

Enfin, il est significatif de noter que les différences d'espérance de vie entre les deux sexes sont faibles dans les trois pays.

Pour résumer tous ces éléments, on peut dire qu'il existe une similitude d'évolution en Algérie, en Tunisie et au Maroc puisque ces trois pays ont considérablement fait reculer leurs taux de mortalité et leurs taux de mortalité infantile, et augmenter l'espérance de vie depuis le début des années 1960. Il existe cependant des différences dans la « vitesse » de réalisation de ces progrès qui font que la Tunisie semble en avance, alors que le Maroc enregistre un retard par rapport à ces deux voisins.

On note donc beaucoup plus de concordances dans l'évolution des trois pays que de discordances. Pourtant, ce sont précisément les causes de ces discordances et de ces différences qu'il est le plus intéressant d'analyser. En effet, pourquoi à partir d'une situation épidémiologique et démographique assez semblable, ces différences existent-elles aujourd'hui?

Ces différences peuvent-elles s'expliquer uniquement par le système de santé? Dans ce cas, pourquoi le pays qui a investi le plus dans son système de soins et qui dispose du PNB le plus élevé, en l'occurrence l'Algérie, ne se situe-t-elle pas en tête?

Quels sont les autres facteurs les plus déterminants sur l'état de santé, quels sont les autres mécanismes qui améliorent effectivement les indicateurs de santé?

Pourquoi les mêmes causes ne produisent-elles pas les mêmes effets dans les différents pays, même si à long terme les tendances lourdes sont les mêmes?

Les réponses à ces questions sont loin d'être simples. Elles ne se retrouvent en effet ni totalement dans le système de santé, ni dans des facteurs hors champs.

Les ressources sanitaires et les équipements collectifs

Infrastructure et densité médicale

Dans les trois pays du Maghreb, la densité du personnel médical s'est améliorée. Les effectifs de médecins et de personnels paramédicaux ont augmenté régulièrement, mais l'on remarque un certain contraste des niveaux atteints dans les trois pays.

Tableau 3: Infrastructures médicales au Maghreb (2003)

| Pays | Médecins | | Hôpitaux | | Pharmacies | |
|---------|----------|--------------------|----------|--------------------|------------|--------------------|
| | nombre | 1 pour x habitants | nombre | 1 pour x habitants | nombre | 1 pour x habitants |
| Algérie | 19 487 | 1 591 | 447 | 70 000 | 1 752 | 17 800 |
| Maroc | 5 100 | 5 725 | 186 | 160 000 | 1 351 | 22 000 |
| Tunisie | 7 700 | 1 260 | 148 | 64 000 | 1 264 | 7 500 |

Source: Ministères de la Santé publique.

En Algérie et en Tunisie, la densité de médecins a fortement augmenté. C'est en Algérie que la démographie médicale a été la plus forte: 342 médecins en 1962, 1425 médecins en 1974, et 19 487 médecins aujourd'hui, soit près de quatre fois l'effectif du Maroc pour une population quasiment équivalente.

Lors de l'élaboration du plan de développement 1981-1985, les autorités marocaines visiblement déjà préoccupées par cette situation, s'étaient fixé deux objectifs: le premier pour 1985, visant un médecin pour 6000 habitants a été jugé à la portée des possibilités du système interne de formation dégageant en moyenne 500 nouveaux diplômés tous les ans. Le second objectif, pour l'horizon 2000, visant un médecin pour 1500 habitants s'est révélé irréalisable sans un doublement de la capacité de formation des facultés de médecine.

Le retard accumulé par le Maroc entre 1965 et 1980 s'avère donc, de l'avis même des autorités, difficile à combler aujourd'hui.

En matière d'infrastructures sanitaires, les trois pays se sont efforcés d'augmenter le nombre d'hôpitaux, de multiplier les centres de santé et d'ouvrir des dispensaires. Si on s'en tient au nombre de lits d'hôpitaux, les efforts sont très nets en Algérie où l'effectif total a augmenté de plus de 70% en vingt ans.

En Algérie, en Tunisie et au Maroc surtout, la situation se dégrade: la croissance démographique prend de vitesse la croissance des infrastructures.

Ici encore, les autorités ont pleinement conscience des insuffisances et ont réagi différemment. En Algérie, le gouvernement a retenu de privilégier l'amélioration du fonctionnement des équipements existants, l'augmentation du taux d'occupation des lits hôpitaux et les actions de prévention.

Au Maroc, face aux coûts très élevés des infrastructures, les autorités ont conclu que l'objectif était irréalisable et ont opté pour un développement privilégié de la médecine préventive.

En Tunisie, les mêmes conclusions ont conduit à mettre l'accent sur la conservation et la rentabilisation de l'infrastructure existante et sur une réorientation des efforts vers la médecine de base.

L'industrie pharmaceutique

Un système de santé ne saurait se concevoir sans une industrie pharmaceutique qui permettrait de mieux asseoir la stratégie sanitaire du pays, mettant à sa disposition les produits consommables sans pour autant dépendre des aléas économiques et politiques des marchés extérieurs. C'est pourquoi les nouvelles approches des systèmes de santé intègrent la composante pharmaceutique.

C'est ce que nous allons faire à présent, en voyant ce qu'il en est de la situation du marché du médicament dans les trois pays du Maghreb.

Depuis l'acquisition de leur indépendance, les trois pays du Maghreb se sont dotés d'une véritable industrie pharmaceutiques en vue de la fabrication de leurs propres médicaments ou dans le cadre de partenariats avec les grands groupes multinationaux. On compte ainsi une trentaine d'usines pharmaceutiques en Tunisie et au Maroc, et une douzaine en Algérie.

L'Algérie

Depuis son indépendance et jusqu'en 1997, l'Algérie s'est isolée vis-à-vis des grands groupes pharmaceutiques, ce qui a eu des conséquences néfastes sur son système de santé.

Ainsi, les seuls accords de fourniture de médicaments concernaient des pays comme la Jordanie, la Pologne ou la Bulgarie. Ces médicaments étaient des copies de médicaments occidentaux, moins chers mais aussi de mauvaise qualité. On a même déploré quelques cas de contrefaçons, avec les risques que l'on peut imaginer (pas de principe actif dans le médicament).

Tableau 4: Le secteur pharmaceutique au Maghreb (2003)

| Pays | Chiffre d'affaires 2003 (progression) | Consommation de médicaments 1998 | Pharmacies | | Nombre d'usines | Couverture des besoins nationaux |
|---------|---------------------------------------|----------------------------------|------------|------------------------------|-----------------|----------------------------------|
| | | | nombre | 1 pharmacie pour x habitants | | |
| Algérie | 590 M\$ (+2%) | 9,3 \$/hab | 1 752 | 17 800 | 12 | 20% |
| Maroc | 570 M\$ (+ 6%) | 16,4 \$/hab | 1 351 | 22 000 | 28 | 80% |
| Tunisie | 270 M\$ (+ 8%) | 20,3 \$/hab | 1 264 | 7 500 | 30 | 43% |

Source: Ministères de la Santé publique.

Par ailleurs, les statistiques sur les maladies et la consommation de médicaments étaient pratiquement inexistantes, ce qui rendait impossible une gestion de stocks « normale ». Les ruptures de stocks étant fréquentes, il n'était pas rare de voir des Algériens dévaliser les pharmacies des aéroports de Tunis ou de Paris.

Enfin, les quelques usines pharmaceutiques du pays étaient mal encadrées et tournaient mal.

Depuis 1997, avec l'arrivée du nouveau gouvernement, la situation semble avoir changé, et les autorités ont donné 2 ans à tous les importateurs de médicaments du pays pour mettre en place des projets industriels en vue d'assurer une partie au moins de la consommation nationale de médicaments.

Aujourd'hui, 6 usines fabriquent des produits pharmaceutiques et 6 autres les conditionnent dans des conditions acceptables. Malgré ces efforts, 80% des besoins en médicaments sont toujours importés, et notamment de France (2/3 des importations).

L'Algérie dispose actuellement de l'industrie pharmaceutique la plus en retard, mais c'est également celle qui suscite le plus d'intérêt de la part des groupes multinationaux, étant donnée la taille du marché naissant.

Le Maroc

Au Maroc, 28 usines pharmaceutiques couvrent 80% des besoins de la population, le reste étant importé de France. Cependant, elles tournent à seulement 40% de leur capacité de production, et leur avenir reste incertain dans le contexte de mondialisation que l'on connaît.

La voie que tente de suivre le Maroc est celle de l'exportation d'une partie de la production, ce qui permettrait de relancer la production dans des conditions meilleures. Actuellement, le pays exporte 8% de sa production pharmaceutique vers l'Afrique subsaharienne, la Chine, la Russie, la Suisse, l'Allemagne et la Belgique.

La Tunisie

En Tunisie, une trentaine d'usines pharmaceutiques assurent 43% des besoins de la population, une partie de celle-ci étant exportée. De ce point de vue, c'est le pays qui semble détenir l'industrie pharmaceutique la plus performante.

L'approvisionnement en eau potable

Selon les normes retenues par l'OMS, l'accessibilité à l'eau potable en milieu urbain signifie que: « *de l'eau non contaminée est disponible à des fontaines publiques à moins de 200 mètres du foyer d'habitation* ».

En milieu rural « *un accès raisonnable implique que les membres de la famille ne passent pas un temps disproportionné de leur journée à se procurer de l'eau non contaminée à des sources ou des puits sanitaires protégés* ».

À partir de ces définitions, l'eau potable était en 1988 accessible à 85% de la population urbaine en Algérie, et à 100% de la population urbaine en Tunisie et au Maroc.

En milieu rural, il existe un contraste important entre les pays. Au Maroc, 18% de la population rurale seulement disposait d'eau potable entre 1988-1990, alors qu'en Tunisie cette proportion atteignit 99% dès 1990 et seulement 55% en Algérie.

L'apport Nutritionnel

En 1980, les trois pays avaient atteint un niveau d'apport calorique moyen supérieur au minimum requis selon les normes de l'OMS.

En 1965, pourtant, deux d'entre eux présentaient des insuffisances importantes: l'Algérie et la Tunisie. Depuis, les progrès tunisiens ont été particulièrement remarquables puisqu'en 1980, le minimum requis étant largement atteint. Mais en Algérie, il était tout juste atteint et restait inférieur au niveau moyen des pays à revenu intermédiaire.

Par ailleurs, la mesure de l'apport calorique moyen cache des différences sensibles entre différents groupes de populations, selon le milieu et le niveau de revenu. En Algérie, et surtout au Maroc où la moyenne reste relativement basse, il faut donc craindre qu'il existe encore des poches importantes de carence nutritionnelles avec des répercussions non négligeables sur l'état de santé.

L'amélioration de la consommation alimentaire a été dans tous ces pays l'objectif prioritaire des deux dernières décennies. Les politiques de subvention alimentaire ont été le principal levier pour atteindre cet objectif: elles ont consisté à distribuer à la population des produits alimentaires à des prix abordables, l'état prenant en charge la différence.

Aujourd'hui, et sous la pression des organismes financiers internationaux, ces politiques semblent remises en cause. Les critiques portent sur leur poids dans les déficits publics, sur le fait qu'elles n'ont pas ciblé avec précision les populations, réellement démunies, sur leurs effets pervers sur la production agricole et sur leur rôle dans l'aggravation de la dette.

Il reste à savoir à l'avenir si l'amélioration de l'état nutritionnel pourra être poursuivie, voire maintenue, en mettant en œuvre d'autres politiques moins coûteuses et plus axées sur l'offre.

L'éducation des filles

Les derniers travaux de la Banque mondiale renvoient à ce que H. Mosley a appelé le « *concept de synergie social* ». Il écrit à ce propos: « un seul déterminant social, tel que le niveau d'instruction des femmes, peut agir à travers plusieurs variables intermédiaires simultanément ».

Ceci permet du même coup de comprendre pourquoi de nombreuses techniques médicales modernes efficaces dans leur contexte d'origine le sont beaucoup moins dans le contexte de nombreux pays africains, si les femmes n'ont pas les capacités intellectuelles et matérielles d'y recourir.

Transposées à la région du Maghreb, ces conclusions donnent un nouvel éclairage et permettent de comprendre pourquoi la Tunisie, où les femmes bénéficient d'un statut relativement plus favorable que ses voisins, présente une meilleure et plus rapide évolution des principaux indicateurs sanitaires. Elles expliquent également en partie le décalage observé entre les ressources sanitaires importantes mises en place en Algérie et l'état de santé peu satisfaisant obtenu.

L'éducation des filles apparaît alors comme un facteur essentiel pour diffuser les gestes et comportements élémentaires permettant de prévenir les maladies, d'établir des diagnostics simples quand elles surviennent et de recourir à la médecine moderne.

Indépendamment de l'éducation, l'autonomie des femmes même non instruites est un élément capital dans le processus sanitaire et en particulier dans les sociétés où la charge des enfants est confiée exclusivement aux femmes.

La Réforme du système de santé en Tunisie

La révision du mode d'intervention de l'État d'une manière générale et la réforme du système sanitaire en particulier sont devenues l'un des thèmes centraux du débat politique en Tunisie.

La Nécessité d'une réforme

Le système de santé tunisien s'est trouvé confronté ces dernières années à de profondes mutations de la société, un boom technologique dans les sciences médicales, et une poussée inflationniste sans précédent, autant de défis qui ont rendu nécessaires certaines réformes en profondeur.

D'abord, sur le plan démographique, la population urbaine est sur le point d'achever sa transition démographique, ce qui se traduit par un début de vieillissement et donc une émergence des pathologies chroniques dégénératives telles que les maladies cardio-vasculaires ou certaines tumeurs.

Or, ce type d'affections nécessite des soins spécifiques où l'on n'a plus affaire à des omnipraticiens comme ce fut le cas jadis, mais à une multitude de spécialistes, chacun se devant d'être extrêmement pointu dans son domaine.

Cela rend nécessaire une vulgarisation des technologies médicales modernes et coûteuses, telles que l'hémodialyse ou la transplantation d'organes. Ces technologies de pointe posent à la fois le problème de la modernisation de l'infrastructure sanitaire urbaine, mais également celui du financement de l'acte sanitaire, qui devient dans certains cas prohibitif. L'écart grandissant entre les déboursements effectifs réalisés par les patients auprès des prestataires de services d'une part et les remboursements des frais de soins par les organismes d'assurance d'autre part montre d'ailleurs que le système d'assurance est aujourd'hui à bout de souffle.

Sur un autre plan, il semblerait que l'environnement socioculturel de la Tunisie soit favorable à toutes les formes de changement possibles, et notamment au niveau de l'éducation, de la santé et des loisirs. En effet, le profil du Tunisien moderne a radicalement changé: plus instruit, plus moderne, plus émancipé, il cohabite avec des sociétés, lointaines géographiquement, mais rapprochées par les nouveaux moyens de communication.

Le fatalisme qui caractérisait la population a été remplacé par une attente de résultats concrets, c'est-à-dire une guérison à plus ou moins longue échéance, et un rallongement de la vie. La relation patient/médecin a ainsi radicalement changé.

Toujours sur le même plan, il faut noter que le Tunisien adopte un comportement à risque, tant dans son alimentation que sa sexualité ou sa sédentarité et son manque d'exercice physique. Ce comportement à risque appelle également une adaptation du système de santé.

Sur le plan économique, les restrictions budgétaires et l'accroissement du coût des nouvelles technologies médicales ont entraîné une remise en cause de l'engagement de l'État dans le mode d'intervention et le financement systématique des soins. Ainsi, la part des dépenses publiques de santé sont passées de 6,6% du budget total de l'État en 1985 à 8,7% en 1999, soit un accroissement de seulement 2,1 points en près de 15 ans. La part des dépenses sanitaires publiques est passée, quant à elle, de 2,2% du PIB en 1990 à 2,1% en 1999.

D'un autre côté, l'éthique veut que la prise en charge des personnes sans ressources ou aux ressources limitées soit une forme indéniable de progrès social et un acquis à ne jamais remettre en cause.

Les réformes en cours du système de santé en Tunisie

Le gouvernement a pris conscience de l'ampleur des défaillances du système sanitaire et a engagé tout un train de mesures visant la réforme du système de santé:

- la modernisation des structures sanitaires publiques;
- la refonte du régime d'assurance-maladie;
- le rapprochement entre les différents régimes d'assurance actuels jusqu'à parvenir à un régime de base obligatoire et unifié;
- la compression des coûts des prestations médicales;

- l'utilisation des médicaments génériques (dont les brevets sont tombés dans le domaine public, environ 30% moins chers, et qui représentent actuellement 10% des médicaments consommés, contre 3% en Europe);
- la prise en charge par l'État des soins lourds, tels que la chirurgie cardiovasculaire, la transplantation d'organes ou les hémodialyses.

Le financement des soins: le cas de la Tunisie

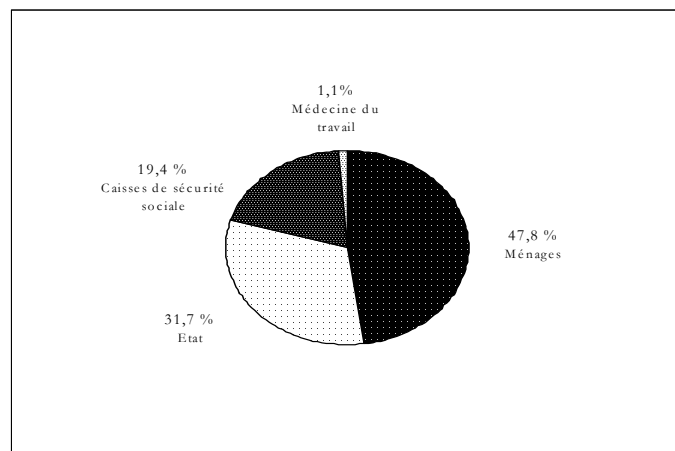
Abordons la question du financement des prestations médicales en Tunisie. À cet effet, nous commencerons par présenter les différents acteurs intervenant dans la prise en charge des soins, puis nous examinerons les défaillances du système d'assurance-maladie actuel, avant de voir ce qu'il en est de la réforme en cours.

Les intervenants du système de financement de soins en Tunisie

Le volume global des dépenses médicales des ménages en Tunisie s'élevait à environ 900 M\$. Voyons comment se répartissent ces dépenses selon les différents acteurs économiques concernés par la santé.

En 1999, le financement des dépenses globales de santé se faisait de la manière suivante: en portant ces chiffres sur un graphique, nous pouvons mieux visualiser la répartition des dépenses en matière de soins.

Figure 2: Répartition des dépenses en soins en Tunisie en 1999 (%)



Source: Ministère de la Santé Publique.

On voit très nettement sur le graphique que près de la moitié des dépenses globales de santé est supportée par les ménages alors que l'État vient en second lieu, loin derrière. Les différents régimes de sécurité sociale représentent à peine le 1/5^e du total.

Quant à la médecine du travail, elle est pratiquement inexistante dans le système de santé tunisien. Cela est regrettable, car les entreprises tunisiennes ont la capacité de participer davantage au financement des soins de la population active employée.

Les défaillances du système actuel d'assurance-maladie

La principale défaillance dans le financement du système de santé en Tunisie réside dans la multiplicité des régimes de remboursement des prestations médicales.

En effet, il existe actuellement de nombreux régimes assurant le remboursement des soins, chacun ayant son propre environnement juridique, et il est déplorable de constater la quasi-absence de coordination entre ces régimes.

Outre les régimes légaux qui couvrent 2.4 millions de travailleurs, il faut citer les assurances groupes complémentaires, qui couvrent environ 200 000 travailleurs, une cinquantaine de mutuelles (mutuelle des enseignants, mutuelle des magistrats, ...) qui regroupe environ 130 000 personnes, et enfin les régimes spécifiques à certains corps de métiers, tels que le Ministère de la défense nationale, le Ministère de l'intérieur, la Société nationale de Transport (SNT), la Société tunisienne d'Electricité et de Gaz (STEG) ou la Société nationale du Chemin de Fer tunisien (SNCF).

À cela, il faut ajouter la médecine du travail, dont la législation prévoit l'existence d'une structure médicale interentreprises pour les entreprises employant entre 40 et 300 personnes, et une structure complètement autonome pour les entreprises employant plus de 300 salariés.⁶ Cette structure particulière, encore peu présente comme on l'a vu supra, concerne surtout les actes médicaux courants ou préventifs.

Conclusion

Que conclure de tout cela, si ce n'est que nous avons sous les yeux trois systèmes de santé différents mais qui, à quelques nuances près, ont atteint des niveaux comparables.

Le défi qui se pose à présent dans la région est le suivant: après avoir réussi à contrôler sa natalité, le Maghreb se doit à présent d'achever définitivement sa transition démographique en parachevant l'œuvre engagée depuis les années 1960.

Pour cela, il faudrait tenir compte des changements observés dans la société maghrébine ces dernières années. Il faudra tenir compte, notamment du vieillissement en cours de la population, et de la transition épidémiologique dans lesquelles se sont engagées les populations. A titre d'exemple, le système sanitaire doit être prêt à offrir des services spécialisés aux seniors qui sont de plus en plus nombreux, en créant des services de gériatrie.

Notes

1. OMS.
2. Élisabeth Longuenesse, *Santé, médecine et société dans le monde arabe*, Paris, L'Harmattan, 1995, p. 42.

3. E. Bergsma, P. Jongejan, K. Schaapveled, *Sustainable development and health*, La Haye, 1992.
4. S. L. Cristopher Murray et Julio Frank, in *Bulletin de l'OMS*, 2000, Genève, p. 163.
5. Brunet-Jailly.
6. Code du travail.