

Les systèmes de santé dans les pays du Maghreb central : quelques éléments de comparaison

Par : **ZIANI Lila**

Maître assistante et doctorante à l'université de Bejaia

ACHOUICHE Mohamed

Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion

Université de Bejaia

Résumé

Les pays du Maghreb central ont beaucoup investi dans la santé et ont ainsi réalisé des progrès notables dans ce domaine : l'accès aux services de santé de base s'est développé et l'état de santé de la population s'est amélioré. Néanmoins, et en dépit des progrès réalisés, les trois systèmes souffrent encore de certaines insuffisances liées particulièrement à l'accès aux soins, aux modalités de financement du secteur et au manque de coordination entre le secteur public et privé. Avec une espérance de vie de 75 ans, une mortalité maternelle inférieure de 57 pour 100 000 naissances vivantes, une dépense de santé par habitant de 241 dollar US et une prise en charge totale par la sécurité sociale des soins très lourds, la Tunisie se place aujourd'hui en tête des systèmes de santé au Maghreb, elle affiche les meilleurs indicateurs de santé de la région. Cette avance avérée de la Tunisie est le résultat de la combinaison de plusieurs facteurs, notamment le développant des services de soins à l'exportation (le tourisme médical) et l'amélioration de la qualité de soins. En revanche, l'Algérie et le Maroc, en dépit des efforts entrepris, n'affichent nullement les meilleurs indicateurs de santé au Maghreb, bien au contraire, ils traînent loin derrière la Tunisie.

Dans cet article, nous tenterons d'effectuer une étude comparative entre les trois systèmes de santé maghrébins, en s'appuyant sur un certain nombre d'indicateurs, notamment le niveau de santé général de la population ainsi que la répartition de la charge du financement du système de santé au sein de la population. Nous ferons également le point sur les principaux obstacles entravant le développement des trois systèmes de santé.

Mots-clés : Système de santé, financement, pays du Maghreb, indicateurs de santé.

الملخص:

قامت دول المغرب العربي المركزية باستثمار كبير في الصحة وأحرزت تقدم ملحوظ في هذا المجال، ومع ذلك، وعلى الرغم من التقدم المحرز، فإن الأنظمة الثلاثة لا تزال تعاني من بعض أوجه القصور المتعلقة على وجه الخصوص: بالوصول إلى الرعاية (الطبية) الصحية، شروط تمويل القطاع وعدم وجود التنسيق بين القطاعين العام والخاص.

مع متوسط معدل عمر يفوق 75 سنة، معدل وفيات لأمهات أقل من 57 لكل 100 000 ولادة حية، نفقات صحية للفرد تفوق 240 دولار أمريكي في 2010 والتكفل بالأمراض الخطيرة عن طريق نظام الضمان الاجتماعي، تحتل تونس صدارة النظم الصحية في المغرب العربي، بتسجيلها أفضل المؤشرات الصحية في المنطقة، هذا التقدم نتيجة لمزيج من عدة عوامل، لاسيما تطور السياحة الطبية. في المقابل، الجزائر والمغرب على الرغم من الجهود المبذولة، لم تتمكن من تسجيل أفضل المؤشرات، على العكس هذه الدول تتخلف بعيداً وراء تونس. في هذه المقالة سنحاول إجراء دراسة مقارنة للأنظمة الصحية في بلدان المغرب العربي الثلاثة (الجزائر، تونس والمغرب)، استناداً إلى عدد من المؤشرات، بما في ذلك مستوى الصحة العامة للسكان، وتوزيع عبئ تمويل المنظومة الصحية. كما سنقوم بإبراز أهم العقبات التي تعرقل تطور النظم الصحية الثلاثة.

الكلمات المفتاحية: نظام تمويل الرعاية الصحية، بلدان المغرب العربي، ومؤشرات الصحة.

Introduction

Dès les premières années de leur indépendance, les pays du Maghreb ont accordé 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. En effet, ces pays ont déployé des efforts considérables pour améliorer la santé de leur population par des programmes massifs de prévention contre les maladies et des programmes de planification familiale.

L'Algérie, au lendemain de son indépendance, déclarait la santé comme un droit. Pour cela, l'Algérie a mis en place un système de santé favorisant l'accès aux soins au plus grand nombre de citoyens ainsi que le principe d'égalité devant la maladie. Des efforts considérables en matière de prise en charge des besoins sanitaires de la population ont été accomplis¹, surtout dans un contexte économique favorable et l'abondance de ressources financières au cours des années 70 et au début des années 80, grâce aux recettes pétrolières. Avec le choc pétrolier de 1986² et l'application du programme d'ajustement structurel au début des années 90, l'Algérie est rentrée dans une crise sans précédent. Cette crise a remis en cause la politique économique et sociale

1 Ces efforts consistent en l'instauration de la gratuité des soins, la définition d'une véritable politique de santé et le développement de l'offre des soins et le renforcement des programmes sanitaires.

2 En 1986, suite à la chute brutale et imprévue des recettes d'exportation des hydrocarbures, suite à la très forte dévalorisation du prix du baril de pétrole sur le marché mondial, l'économie algérienne est rentrée dans une crise sans précédent.

suivie par l'Algérie durant les années précédentes, fondée sur le monopole de l'État dans tous les secteurs et sur la répartition de la rente. Le secteur de la santé n'échappe pas à cette logique, puisqu'à partir du début des années 1990, on note le désengagement de l'État du secteur de la santé en faisant participer l'utilisateur au recouvrement des coûts de la santé et la privatisation de l'activité médicale. À partir des années 2000, le système de santé s'est caractérisé par une nette amélioration des ressources du secteur de la santé, ce qui s'est traduit par le lancement d'un vaste programme d'investissement, en matière d'infrastructures sanitaires et d'équipements.

À l'instar de l'Algérie, le secteur de la santé a toujours occupé une place privilégiée dans la politique économique et sociale de la Tunisie. Durant les deux premières décennies de l'indépendance (années 1960 et 1970), la priorité de l'État tunisien était accordée à la formation du personnel de santé et au développement de l'infrastructure dans le secteur public. Au cours des années 80 et 90, la priorité fut celle de l'accroissement de la couverture sanitaire (MSPT³, 2008). À partir des années 2000, l'amélioration de la qualité des services et de la maîtrise des dépenses de santé et ce, tant au niveau du secteur public, qu'au niveau du secteur privé constituent les principales préoccupations de la politique de santé.

Le Maroc, au lendemain de son indépendance, avait adopté un système de santé où l'État se chargeait de la production des soins, des sources de financement des soins, du management des établissements et de la régulation du système (rapport IPAMED, 2012). Depuis, le système de santé marocain, conçu sur les bases de la première Conférence nationale de la santé en 1959, a connu de fortes transformations afin de mettre en place un système de santé équitable et solidaire, garantissant un accès aux soins de qualité. Un important effort a été consenti par l'État pour étendre la couverture sanitaire à l'ensemble du territoire et en même temps réhabiliter ou reconstruire un certain nombre d'établissements de soins existants. Le même effort a été entrepris pour améliorer l'encadrement du système par les professionnels de la santé nécessaire aux soins et aux activités de promotion, de prévention et de lutte contre les maladies (OMS, 2007). Par ailleurs, la souscription du Maroc, en 2000, à la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) à l'horizon 2015, traduit la volonté du pays de faire de la santé un des leviers essentiels du développement économique et social.

Dans cet article, nous tenterons d'effectuer une étude comparative entre les trois systèmes de santé maghrébins, en s'appuyant sur un certain nombre d'indicateurs, notamment le niveau de santé général de la population, la répartition de la charge du financement du système de santé au sein de la population, ainsi que l'importance de l'industrie pharmaceutique dans la satisfaction des besoins de la population en matière de médicaments.

³ Ministère de la santé publique tunisien

I. Financement de la sante dans les pays du maghreb

La question du financement de la santé est cruciale pour tous les pays, en raison de ses enjeux politiques, économiques et sociaux. Aux pays du Maghreb, la question du financement se pose avec acuité ces dernières années notamment pour des systèmes de santé confrontés au poids d'une double charge de morbidité (Brahamia, 2010). La couverture médicale universelle (CMU) qui constitue le mécanisme principal de financement d'un système de santé qui se veut équitable ne couvre qu'une partie de la population au Maroc, même en Algérie et en Tunisie où elle est la plus étendue, est exposée au déficit chronique creusé par l'ampleur des dépenses.

En matière de dépenses de santé et d'après les chiffres du rapport de l'OMS en 2013, les pays à revenu élevé consacrent en moyenne en 2010, 12,4% de leur PIB aux dépenses de la santé, dans les pays à revenu moyen supérieur, ces dépenses représentent 6% du PIB alors que les pays à revenu moyen inférieur consacrent 4,3% de leur PIB aux dépenses de santé. Les pays à faible revenu ne dépensent que 5,3% de leur PIB dans la santé.

Les trois pays du Maghreb, qui figurent parmi les pays à revenu moyen supérieur, se situent à un niveau légèrement inférieur à celui des pays à revenu moyen supérieur, ces derniers consacrent en moyenne en 2010 6% de leur PIB à la santé. Au cours de la période 2000-2010, rapportées au PIB, les dépenses de santé sont passées pour le Maroc de 4,1% en 2000 à 5,4% en 2010. Et de 5,4% à 5,7% pour la Tunisie. Par contre, l'Algérie consacre 4,3% en 2010, contre 3,5% en 2000. Le système de santé algérien se situe à un niveau légèrement inférieur à celui des pays du Maghreb, néanmoins, ces dépenses sont majoritairement publiques, ces dernières représentaient 73,3% en 2000 à 79,9% en 2010. Cet accroissement est dû principalement à l'aisance financière qui a caractérisé l'économie algérienne ces dernières années. Quant aux dépenses privées, essentiellement celles des ménages, elles restent très limitées dans le financement de la santé en Algérie.

Au Maroc, on assiste à une situation inverse où la santé est financée majoritairement par les dépenses privées qui enregistrent une part nettement plus importante par rapport aux dépenses publiques de santé. Les dépenses privées représentaient 71,3% en 2000 contre 70,2% des dépenses totales de santé en 2010, elles ont connu une légère réduction de 1,1% en 2010, cette baisse est due principalement à l'extension de l'assurance médicale obligatoire (AMO) à toutes les catégories de la population marocaine, mise en place du régime d'assistance médicale pour les économiquement démunis (RAMED) en vue d'améliorer la solvabilité de la demande par la solidarité et la mutualisation du risque.

**Les systèmes de santé dans les pays du Maghreb central :
quelques éléments de comparaison**

En Tunisie, le financement de la santé est globalement assuré, à parts égales, par les fonds publics (État et sécurité sociale) et par les fonds privés (paiement direct des ménages et assurance maladie complémentaire). Rapportées aux dépenses totales de santé, les dépenses publiques enregistrent une part légèrement plus importante par rapport aux dépenses privées de santé. On constate que depuis l'application des réformes, la charge du financement des dépenses de santé s'est profondément modifiée. La part de l'Etat a régressé de plus de 8,7 % entre 1990 et 2010. Alors que dans le même temps, les dépenses privées des ménages ont augmenté de façon soutenue, passant de 37% en 1990 à plus de 45,1% en 2000 et à 45,7 en 2010. Les patients tunisiens ont de plus en plus recours au secteur privé de prestations de soins, dont le financement est en grande partie à la seule charge des ménages.

S'agissant des dépenses de santé par habitant, elles ont connu une évolution importante dans les trois pays, elles ont été multipliées par plus de 3 pour la période 2000 à 2010 en Algérie. Cette augmentation est due principalement au désengagement de l'Etat progressif du financement de la santé et le développement du secteur privé, ce qui pousse les ménages à contribuer pour l'amélioration de leur santé. En Tunisie, les dépenses de santé annuelles par habitant sont passées de 123 dollars en 2000 à 241 dollars en 2010, soit un accroissement de 95,93% plaçant ainsi la Tunisie devant l'Algérie et le Maroc. Pour le Maroc, les dépenses de santé annuelles par habitant sont passées de 123 dollars en 2000 à 241 dollars en 2010, soit un accroissement de 95,93%. Cette dépense globale de santé est faible par rapport aux autres pays du Maghreb (Algérie et Tunisie). Cela s'explique d'une part, par la cherté des soins et des biens médicaux par rapport à un pouvoir d'achat limité et stagnant, et d'autre part, par la faiblesse de l'assurance maladie qui ne couvre pas la majorité de la population.

Tableau 1 : Indicateurs relatifs au financement de la santé dans les pays du Maghreb

Pays	Algérie		Tunisie		Maroc	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Dépenses totales en santé en % du PIB	3,5	4,3	5,4	5,7	4,1	5,4
Dépenses des administrations publiques en santé en % des DTS	73,3	79,9	54,9	54,3	28,7	29,9
Dépenses privées en santé en % des DTS	26,7	20,1	45,1	45,7	71,3	70,2
Financements externes en % des DTS	0,1	0	0,9	0,3	0,5	0,8
Dépenses des régimes de sécurité sociale en santé en pourcentage des dépenses des administrations publiques en santé	35,5	30,0	28,9	47,7	0	-
Versements directs en pourcentage des dépenses privées en santé	96,7	94,7	80,1	87,8	76,6	88,3
Assurances privées en pourcentage des dépenses privées en santé	3,1	5,1	17,8	10,3	23,4	11,7
Dépenses totales en santé par habitant au taux de change moyen (US \$)	63	198	123	241	53	153

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de : OMS : Statistiques sanitaires mondiales 2013. p 131. In: <http://apps.who.int>

II. L'état de santé de la population maghrébine

Dans ce qui suit, nous tenterons de situer le système de santé maghrébin par rapport au reste du monde.

1. Indicateurs de santé au Maghreb

A leur indépendance, les pays du Maghreb se caractérisaient par des niveaux de santé extrêmement bas, aggravés par le départ massif des personnels médicaux et paramédicaux français (Bouhdiba S, 2008). Les indicateurs sanitaires de cette époque se caractérisaient par une espérance de vie ne dépassant pas les 50 ans, les taux de mortalité infantile étaient supérieurs à 140 ‰. Aujourd'hui, la situation sanitaire de la population maghrébine s'est améliorée sensiblement. Les 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.

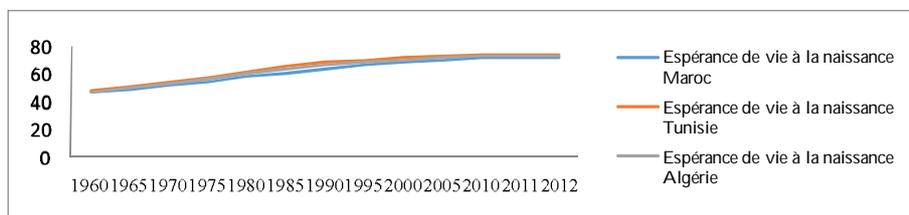
- L'espérance de vie à la naissance

Au cours des dernières décennies, l'espérance de vie à la naissance a augmenté considérablement dans tous les pays du Maghreb. L'espérance de vie en Tunisie est nettement meilleure que celle enregistrée au Maroc et en Algérie. En Algérie, elle est de 73 ans en 2011 contre, respectivement 72 pour le Maroc et 75 pour la Tunisie. En Tunisie, l'analyse de l'évolution de l'espérance de vie à la naissance depuis l'indépendance montre que cet indicateur est passé de 48 ans en 1960 à 75 ans en 2011, ce qui correspond à un gain de plus de 27 ans en l'espace de 53 ans. Les progrès en espérance de vie ainsi réalisés par la Tunisie sont, en grande partie dus à la chute vertigineuse de la mortalité infantile (Ben Brahim A.). Ce niveau atteint par la Tunisie avoisine celui atteint par les pays du Golf. L'espérance de vie à la naissance des femmes reste supérieure à celle des hommes, l'écart était de 3,5 ans en 1990 a atteint 3,8 ans en 2011. Il en est de même pour l'espérance de vie à la naissance par milieu de résidence où l'on note un élargissement important de l'écart en faveur du milieu urbain.

Au Maroc, durant les cinquante dernières années, le citoyen marocain a gagné plus de 29 années d'EVN. En effet cet indicateur est passé de 47 ans en 1960 à 72 ans en 2011. Parmi les éléments qui ont contribué à ces améliorations : la priorité accordée aux soins, sans aucune discrimination, soins préventifs et curatifs ; les programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles ainsi qu'un choix adopté depuis 30 ans en faveur de la planification familiale. En Algérie, l'espérance de vie s'est considérablement améliorée depuis 1960. On note une accélération des gains d'année de vie à la naissance à partir des années 70. L'amélioration des conditions de vie et les progrès enregistrés dans le domaine des soins de santé sont les principales explications de cet accroissement de la longévité.

**Les systèmes de santé dans les pays du Maghreb central :
quelques éléments de comparaison**

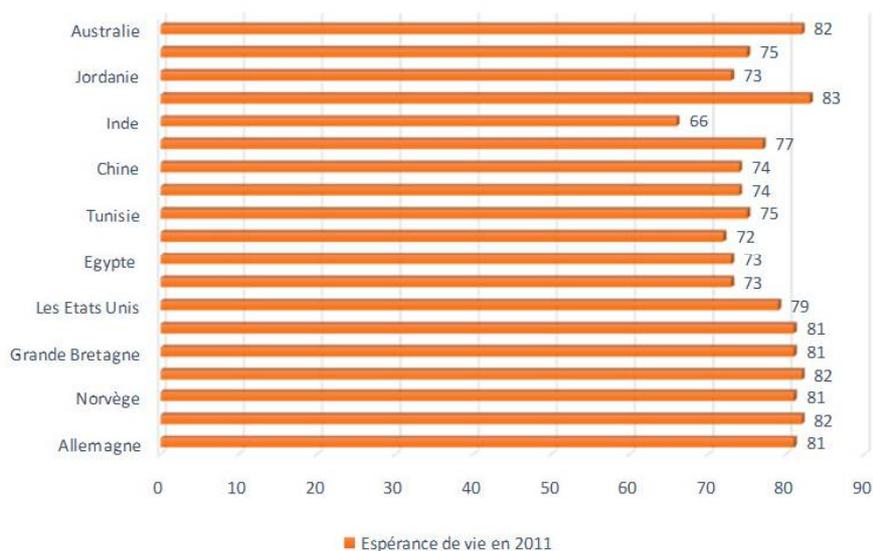
Evolution de l'espérance de vie à la naissance dans les pays du Maghreb



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir données de la Banque Mondiale

L'espérance de vie a connu donc une nette amélioration dans les trois pays du Maghreb. Néanmoins, ce niveau atteint reste en dessous de celui des pays développés. En 2011, comme le démontrent les données de la figure 2, l'espérance de vie de la plupart des pays développés dépasse les 80 ans.

Figure 2 : L'espérance de vie à la naissance comparée à d'autres pays



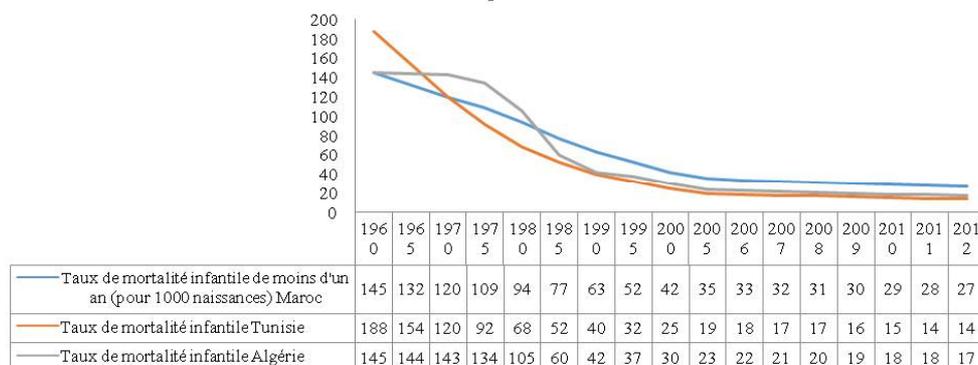
Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données de la Banque Mondiale

- La mortalité infantile

Dans les trois pays du Maghreb, le taux de mortalité infantile (enfants âgés de moins d'un an) a connu une nette réduction. En Tunisie, le taux de mortalité infantile, est le plus faible des pays d'Afrique du Nord, il est de 14‰ en 2012, en Algérie de 17‰ et au Maroc de 27 ‰ en 2012. Cependant, malgré une tendance à la baisse du taux brut de mortalité et de mortalité infantile, ces derniers restent élevés quand on les compare à ceux d'autres pays. De plus, ces progrès n'ont pas été uniformes dans tout le pays et les différences entre zones urbaines et rurales restent importantes.

**Les systèmes de santé dans les pays du Maghreb central :
quelques éléments de comparaison**

Figure 3 : Evolution du taux de mortalité infantile dans les pays du Maghreb



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données Banque Mondiale

Figure 4 : Le taux de mortalité infantile dans quelques pays



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données de la Banque Mondiale

- La mortalité maternelle

Bien que le ratio de la mortalité maternelle a considérablement reculé dans tous les pays du Maghreb. 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 et l'Algérie enregistrent un retard (Bouhdiba S, 2008). En Algérie, la mortalité maternelle reste encore élevée, malgré les efforts consentis en matière de prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant, par la création à travers toutes les régions du pays, de centres de protection maternelle et infantile, de maternités, de centres de santé, d'hôpitaux (Abadlia F, 2002). Au Maroc, bien que la mortalité maternelle ait diminué, passant de 300 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 100 décès en 2010. Le taux demeure toujours préoccupant, cette réalité peut être rattachée à

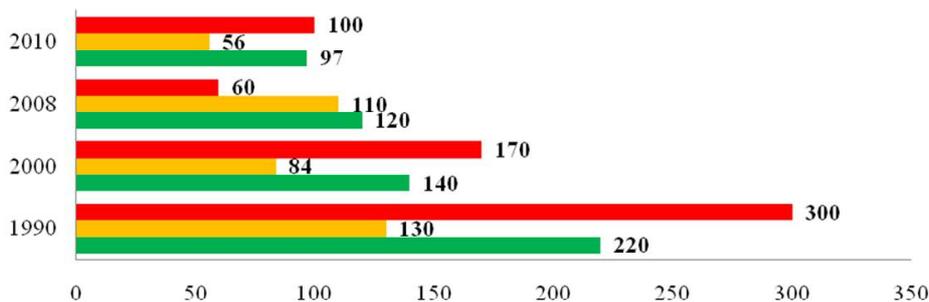
**Les systèmes de santé dans les pays du Maghreb central :
quelques éléments de comparaison**

l'iniquité dans l'accès aux soins de basse dont souffre le citoyen marocain. Ce qui engendre des taux de mortalité maternelle et néonatale élevés. Une grande part de la gent féminine est trop éloignée des maisons d'accouchement, ce qui pousserait une femme sur deux en milieu rural à accoucher chez elle.

En revanche, les progrès réalisés en Tunisie dans le domaine de la santé maternelle ont été rendus possibles grâce à une meilleure répartition des ressources humaines et de l'infrastructure des soins entre les différentes régions et une optimisation de la qualité des soins fournis à la femme, outre la mise en place d'un système de suivi des décès maternels permettant de faire une enquête autour de chaque cas afin d'identifier sa cause et de remédier aux défaillances du système.

Malgré cette tendance à la baisse de la mortalité maternelle dans les pays du Maghreb et le recours aux soins liés à la grossesse, la mortalité maternelle, demeure élevée, constituant toujours un problème de santé publique.

Figure 5 : Evolution du taux de mortalité maternelle dans les pays du Maghreb

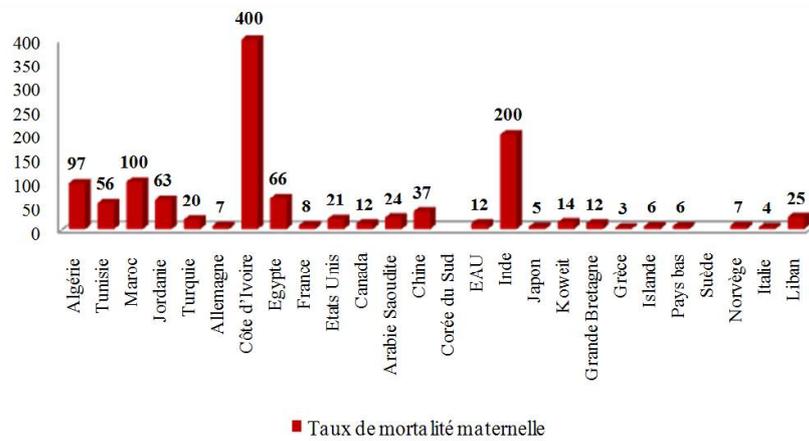


Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données de la Banque Mondiale

Comparés à d'autres pays, ces taux, malgré leur amélioration, demeurent à des niveaux préoccupants par rapport aux autres pays notamment les pays industrialisés. Ce taux avoisine 7 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2010 en Allemagne, 8 en France, 12 au Royaume Uni, 12 au Canada, 21 aux Etats Unis, 5 au Japon. Ces taux restent aussi loin de ceux enregistrés dans les pays du moyen orient et du Golf, ce taux est de 63 en Jordanie et en Iraq, 25 au Liban, 24 en Arabie Saoudite, 14 au Koweït et de 7 au Qatar.

Les systèmes de santé dans les pays du Maghreb central :
quelques éléments de comparaison

Figure 6 : Comparaison du taux de mortalité maternelle avec d'autres pays



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données de la Banque Mondiale

- La densité médicale

Dans les trois pays du Maghreb, la densité du personnel médical et paramédical s'est améliorée. Les indices de couverture qui étaient très modestes, pour ne pas dire dérisoires, au cours des années soixante et soixante-dix se sont nettement améliorés. Néanmoins, malgré cette amélioration, la couverture demeure insuffisante comparativement à d'autres pays, tels que la Jordanie qui enregistre des indicateurs qui se rapprochent de ceux de certains pays européens.

De plus, on note une certaine différence des niveaux atteints dans les trois pays. La Tunisie et l'Algérie enregistrent des indices de couvertures meilleurs que ceux enregistrés par le Maroc. Le système de santé marocain souffre d'une pénurie aiguë en personnel soignant. Cette pénurie est confirmée par une statistique inquiétante, le nombre de médecins pour 10 000 habitants est à peine 6,2 et ne satisfait pas aux normes de l'Organisation mondiale de la santé. Cette situation est due à une faible capacité de formation des médecins et infirmiers, l'insuffisance des postes budgétaires et l'émigration du personnel soignant vers l'Europe (CESE, 2013). Par ailleurs, le problème ne se limite pas uniquement aux effectifs insuffisants des médecins et des infirmiers, mais aussi s'étend au problème de l'iniquité dans la répartition géographique de ces derniers.

Les systèmes de santé dans les pays du Maghreb central :
quelques éléments de comparaison

Tableau 2 : Densité médicale comparée, 2009

	Tunisie	Algérie	Maroc	France	Jordanie	Espagne
Medecins pour 10000 habitants en 2009	11,9	12,1	6,2	34,5	24,5	39,6
infirmiers et paramédicaux pour 10000 habitants	32,8	19,5	8,9	3,1	40,3	51,1
Pharmacien pour 10 000 habitants	2	2,4	2,7	11,9	14,1	8,4
Dentiste pour 10 000 habitants	2,4	3,3	0,8	6,9	7,3	6,1

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de : OMS : Statistiques sanitaires mondiales, 2012. In : <http://apps.who.int>

2. Tendances démographiques et épidémiologiques

A l'instar de pays en développement, les pays du Maghreb sont confrontés à une double transition : épidémiologique et démographique

- La transition épidémiologique

Les pays du Maghreb sont actuellement en pleine transition démographique avec une augmentation sensible de l'espérance de vie de la population, mais aussi une transition épidémiologique avec l'émergence d'affectations chroniques de longue durée et la persistance de maladies transmissibles, notamment la tuberculose. En Algérie, la manifestation de cette transition est devenue évidente dès la fin des années 80 (Lamri L, 2001) avec une nette régression des maladies transmissibles⁴ et contagieuses dites de sous-développement et une apparition prononcée des maladies chroniques, lourdes, dites de civilisation. Les maladies infectieuses ne figurent plus parmi les premières causes d'hospitalisation. Les quatre premières causes de décès sont désormais les maladies cardiovasculaires (26,1%), les affections périnatales (13,5%), les cancers (9,5 %) et les traumatismes (8,6 %). L'émergence de ces maladies chroniques est en grande partie liée à une évolution marquée des modes de vie, notamment via des changements dans les modes de consommation alimentaire (Ouchfoun A, 2009).

Le profil épidémiologique de la Tunisie a connu également une modification, il n'est plus celui qui a prévalu jusqu'à la fin des années 1980 (Achour N, 2011). En effet, on enregistre :

Un recul net, parfois l'éradication, des maladies transmissibles (paludisme, bilharziose, trachome, tuberculose, diarrhées infectieuses...) et de la petite enfance (poliomyélite, tétanos, néonatal, diphtérie...).

⁴ D'après Ouchfoun A, les problèmes de l'environnement et plus particulièrement celui de l'habitat, de l'alimentation en eau potable et de l'assainissement ont été négligés pendant des décennies : ce qui explique la persistance de plusieurs maladies transmissibles (maladies à transmission hydrique, zoonoses) sévissent à l'état endémo-épidémique.

Les systèmes de santé dans les pays du Maghreb central :
quelques éléments de comparaison

Accroissement des maladies non transmissibles. En 2009, les maladies non transmissibles constituent les principales causes de décès. Les maladies du système circulatoire occupent la première place (28.9 %), suivies des tumeurs malignes (16,1 %), des maladies de l'appareil respiratoire (11,2 %) et des maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (10,2%).

Une augmentation des accidents de la voie publique ayant de fortes conséquences en termes de mortalité et de morbidité.

Le Maroc n'a pas échappé à ce phénomène et se trouve actuellement en pleine phase de transition épidémiologique avec un transfert de la morbidité due aux maladies transmissibles et aux problèmes de la période périnatale vers les maladies non transmissibles. D'ailleurs, 75% des causes de décès sont liées désormais aux maladies non transmissibles. En 2010, les maladies de l'appareil circulatoire (22%) et les tumeurs (11,5) sont responsables de respectivement 22% et 11, 5% des décès par les maladies non transmissibles. Quant aux maladies transmissibles, celles-ci malgré la réduction constatée ces dernières années, elles constituent toujours une menace pour la santé publique (Brahamia B, 2010).

- La transition démographique

Dans les années 1960, la croissance démographique du Maghreb était identique à celle de l'Afrique subsaharienne (Brunel S, 2004): le taux brut de natalité est de 50 pour mille et chaque femme met au monde 7 enfants en moyenne. Les taux de mortalité infantile sont très élevés (154 pour mille en 1965 pour l'Algérie, 144 pour le Maroc et moins de 78 pour mille pour la Tunisie). Après une cinquantaine d'années, les indicateurs démographiques de ces trois pays en complètement changé. Les taux de fécondité ont chuté, les espérances de vie dans les trois pays du Maghreb s'élevaient très rapidement, la mortalité affiche un recul important dans l'ensemble du pays, particulièrement chez les enfants et un autre mouvement démographique se dessine, celui du vieillissement de la population : les effectifs des classes jeunes ont diminué, celles des classes âgées par contre ont augmenté..

• **Algérie**

L'Algérie est en pleine transition démographique. Sa population est d'environ 37,9 millions d'habitants en 2013. Le pourcentage des Algériens de moins de 15 ans baisse constamment depuis 1975, il passe de 45,5% en 1962% à 27,42% en 2012 tandis que celui de la tranche d'âge comprise entre 15 et 64 ans augmente, il passe de 48,3% en 1962 à 67,91 % en 2012. (Cette réalité est caractéristique d'un pays qui a connu une baisse significative de la fécondité (de 7 enfants par femme en 1977 à 2,7 enfants par femme en 2003 à 2,2 enfants en 2011). Ce rythme s'explique par la diffusion de la contraception moderne et le recul de l'âge de mariage. Cette transformation de la pyramide des âges induirait une modification de la demande de soins, car comme l'a bien mentionné Oufriha F.Z « les problèmes de santé, la pathologie dans

son expression générale est spécifique, ainsi bien entendu que la mortalité et la natalité sont largement conditionnées par la structure par âge d'une population ».

• **Tunisie**

En Tunisie, la population du pays a été multipliée par 2,6 depuis l'indépendance, passant de 3,780 millions en 1956 à 10,918 millions en 2013. Elle serait de 12 028 millions d'habitants vers l'année 2020. Son accroissement naturel s'est nettement réduit : 2,845 % en 1960, 1,96 % en 1990 et 1,29 en 2011. L'abolition de la polygamie intervenue dès l'indépendance (1956), associée à une politique de planification familiale et aux progrès du système de santé, explique en grande partie le modèle de transition. Quant à la structure par âge, elle s'est profondément transformée ces dernières années, la structure démographique se caractérise aujourd'hui par une tendance longue vers la diminution de la population de jeune âge et l'amorce du vieillissement. La population de moins de 15 ans qui représentait 43,96% en 1960 n'est plus que de 23,22% en 2012. Par contre, la population active 15-64 ans, elle est passée de 54,18% en 1960 à 69,7% en 2012. Celle de 65 ans et plus, qui n'était que de 1,85% en 1960, atteint 7,08% en 2012 ce qui conduira, au niveau de la morbidité, à un changement de profil épidémiologique apparenté à celui d'une population qui vieillit.

• **Maroc**

Le Maroc vit aussi une période de transition démographique caractérisée par un infléchissement du taux d'accroissement démographique, une baisse de l'indice synthétique de fécondité et une modification dans la structure des âges.

La population totale du Maroc a été multipliée par presque trois depuis l'indépendance, passant de 11,626 millions en 1960 à 32,64 millions 2013.

La mortalité décroît, mais moins vite que la natalité et le taux d'accroissement naturel de la population décroît continuellement. En effet, ce taux a connu une diminution sensible, il était de 2,93% en 1960, il passe à 2,169% en 1990. En 2013 il représente 1,04%.

L'indice synthétique de fécondité (I.S.F.) est en baisse continue, passant de 7,2 enfants par femme au début des années 1960 à 5,6 en 1980 et seulement 2,2 enfants par femme en 2011. La nuptialité, la contraception, le recul de l'âge du mariage, les changements sociaux intervenus au cours des deux dernières décennies, l'accroissement de la couverture par les services de planification familiale ont contribué à une baisse notable de la fécondité (OMS, 2005).

III. Les principales contraintes au développement des systèmes de santé maghrebins

Le développement des systèmes de santé des pays du Maghreb central est fortement conditionné par la levée d'un certain nombre d'obstacles liés particulièrement à l'accès aux soins, à l'organisation de la relation entre les secteurs public et privé et aux modalités de financement du secteur.

1. Un accès inégal aux soins

La question des inégalités dans l'accès aux soins est un problème récurrent pour les pays du Maghreb central. Dans ces pays, l'accès inégal aux soins se manifeste à travers un certain nombre de points, notamment :

- Une implantation inégale des infrastructures hospitalières

Les trois systèmes de santé souffrent d'une implantation inégale des infrastructures sanitaires sur le territoire avec une surconcentration en zone littorale et urbaine ; ce qui fait que les populations rurales, qui sont encore à une distance géographique élevée des infrastructures sanitaires, se sentent dès lors délaissées.

- Une couverture médicale insuffisante

Les indicateurs de couverture exposés ci-dessus nous permettent de qualifier la couverture médicale au Maghreb d'insuffisante comparativement à d'autres pays, tels que la Jordanie qui enregistre des indicateurs qui se rapprochent de ceux de certains pays européens. Les plus faibles taux de couverture sont observés au Maroc, ce dernier semble en retard par rapport à ces deux voisins. Ce retard est confirmé par une statistique inquiétante, le nombre de médecins pour 10 000 habitants est à peine 6,2 et ne satisfait pas aux normes de l'Organisation mondiale de la santé.

A la problématique de la pénurie globale des ressources humaines, s'ajoutent de grandes inégalités territoriales en matière d'offre de soins. A titre d'exemple, le ratio médecins/habitants va de un médecin pour 1 916 habitants à Casablanca, à un médecin pour 5 378 habitants dans la région Souss-Massa-Draa. Ce ratio est de 1 médecin pour 8 111 habitants en milieu urbain et de 1 pour 11 345 en milieu rural (rapport CESE.). On enregistre aussi une couverture médicale disparate en Algérie (1,52 médecins pour 1000 habitants dans le Centre, contre 0,81 pour 1000 habitants dans le Sud Est ; 1 spécialiste pour 733 habitants à Alger, contre 1 spécialiste pour 12 827 pour Djelfa). Il en est de même pour la Tunisie, le ratio médecins/habitants 1,71 médecins pour 1000 habitants à Tunis, à 0,37 médecin pour 1000 habitants à Kasserine, Jendouba et Sidi Bouzid. (Ministère de la santé tunisien, 2011)

- Une importance des paiements directs des ménages

Le financement des soins repose encore majoritairement sur le paiement direct par les ménages. Le reste à charge de la dépense de santé, intégralement financé par les ménages, est actuellement trop élevé dans les pays du Maghreb.

**Les systèmes de santé dans les pays du Maghreb central :
quelques éléments de comparaison**

C'est le Maroc qui présente le cas le plus préoccupant, d'après les statistiques de l'OMS, la part du reste à charge des ménages dépasserait les 53 % de la dépense en santé. En revanche, en Algérie et en Tunisie, ce reste à charge est inférieur à 50%. Ce reste à charge pèse en outre davantage sur la demande de soins des ménages à faibles revenus, ce qui pose un problème d'équité et peut conduire ces ménages à renoncer à des dépenses justifiées, notamment si leur bénéfice n'intervient qu'à long terme (Elbaum M, 2009).

2. Une part du PIB actuellement consacrée à la santé qui reste relativement faible

D'après les statistiques de l'OMS déjà exposées, les trois pays du Maghreb consacrent moins de 6% de leur PIB à la santé. Ces données montrent que les systèmes de santé maghrébins souffrent d'un financement à la fois insuffisant et peu solidaire. Comparé à d'autres pays à revenu similaire, les trois pays réservent moins de ressources financières pour la santé malgré la faiblesse de leurs indicateurs de santé.

3. Quelques indicateurs de santé toujours préoccupants

Traditionnellement, les résultats sanitaires sont mesurés à partir d'indicateurs comme les taux de mortalité par cause, l'espérance de vie ou la mortalité prématurée ((Or Z, 2009). Au Maghreb, à l'exception de l'allongement de l'espérance de vie, les mortalités sont encore élevées, notamment du fait des maladies chroniques ou lourdes en forte progression. Les mortalités maternelle et infantile demeurent anormalement élevées, ajoutant à cela, la résurgence de maladies endémiques que l'on croyait en voie de disparition.

4. Le manque de coordination entre le secteur public et privé.

D'après les auteurs du rapport : «Défis nationaux et enjeux partagés, les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie», réalisé par l'IPMED (Institut de prospective économique du monde méditerranéen), le secteur privé, qui s'est très rapidement développé dans les trois pays du Maghreb depuis quelques années, est faiblement régulé et ne s'inscrit pas dans le projet de développement sanitaire national. En effet, le développement accéléré de la médecine privée ne s'est malheureusement pas accompagné d'une définition claire de son rôle, de son rapport au secteur public, et encore moins d'un contrôle de ses activités et des honoraires pratiqués. L'augmentation rapide des dépenses de santé occasionnée par l'offre de soins privés pose le problème épineux de leur financement. Cependant, pour une meilleure régulation, le secteur public et le secteur privé lucratif doivent collaborer pour atteindre les objectifs de santé publique. Cette collaboration et cette complémentarité passent par une véritable intégration de la médecine privée dans les politiques de santé publique.

Conclusion

Les pays du Maghreb central ont beaucoup investi dans la santé et ont ainsi réalisé des progrès notables dans ce domaine, notamment en matière de maîtrise du taux d'accroissement démographique et de l'indice de fécondité qui a connu une forte diminution, l'allongement de l'espérance de vie ainsi que la réduction du taux de mortalité infantile et maternelle. Avec une espérance de vie de 75 ans, une mortalité maternelle inférieure de 57 pour 100 000 naissances vivantes, une dépense de santé par habitant de 241 dollar US et une prise en charge totale par la sécurité sociale des soins très lourds, la Tunisie se place aujourd'hui en tête des systèmes de santé au Maghreb, elle affiche les meilleurs indicateurs de santé de la région. Cette avance avérée de la Tunisie est le résultat de la combinaison de plusieurs facteurs, notamment le développant des services de soins à l'exportation (le tourisme médical) et l'amélioration de la qualité de soins. En revanche, l'Algérie et le Maroc, en dépit des efforts entrepris, n'affichent nullement les meilleurs indicateurs de santé au Maghreb, bien au contraire, ils traînent loin derrière la Tunisie.

Néanmoins, et en dépit des progrès réalisés, les trois systèmes souffrent encore de certaines insuffisances liées particulièrement à l'accès aux soins, aux modalités de financement du secteur et au manque de coordination entre le secteur public et privé. De plus, les pays du Maghreb central présentent toujours des indicateurs-clés préoccupants (mortalité infantile, mortalité maternelle, persistance des inégalités géographiques et de revenu d'accès aux soins, difficultés en matière de qualité des soins offerts). Ajoutant à cela, la question du financement, qui, reste posée pour des systèmes de santé confrontés au poids d'une double charge de morbidité.

Pour ces raisons, les pays du Maghreb central ont entrepris depuis une dizaine d'années un ensemble de réformes afin de rendre le système plus équitable, d'améliorer tant la qualité que l'accès aux soins et de maîtriser la croissance des dépenses. La réforme s'est articulée autour de la réforme hospitalière, la contractualisation des relations entre payeurs et prestataires, l'extension et la rationalisation de l'assurance maladie, la réorganisation de l'offre de soins et la politique pharmaceutique. Les tentatives de mise en œuvre des réformes sont réelles mais les réalisations et succès sont bien modestes, loin des attentes des populations, des professionnels de la santé et même des initiateurs des dites réformes. C'est pourquoi l'amélioration de l'état de santé dans ces pays, à travers un meilleur accès aux services de santé, demeure un des défis actuels des gouvernements des trois pays, notamment dans un contexte marqué par des transitions longues et complexes, avec des moyens financiers limités et des populations plus exigeantes en matière d'accès aux soins de qualité au moindre coût.

Références bibliographiques

Abadlia F (2002) : La mortalité maternelle en Algérie, in : revue d'épidémiologie et de sante publique, Vol. 50 - N° SUP 4, p. 1153-0.

Achour N (2011) : Le système de santé tunisien : « Etat des lieux et défis », in : <http://www.unfpatunisie.org>

Amalou M (2009): Etude de la mise en place d'un système de comptabilité analytique par la méthode des sections homogènes dans un hopital : cas du CHU de Sétif, mémoire de magistère en sciences économiques, Université de Bejaia.

Banque Mondiale (2007) : A la recherche d'un investissement public de qualité en Algérie, Banque mondiale, rapport n° 36270, Volume 1, août, p.172. In : www.worldbank.org

Ben Romdhane H, Khaldi R, Oueslati A, Skhiri H (2002): Transition épidémiologique et transition alimentaire et nutritionnelle en Tunisie, Montpellier, Éditeur CIHEAM-IAMM, in : <http://om.ciheam.org/>

Bouhdiba S (2008) : Le Système de santé au Maghreb, in : <http://www.codesria.org>

Ben Brahim A : Transition des structures par âge et vieillissement en Tunisie, in : Séminaires du CICRED, in : <http://www.cicred.org>

Brahamia B (2008) : Le système de santé algérien dans la transition, in revue SDM, Numéro spécial.

Brahamia B (2010) : Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé OCDE- Europe de l'Est-Maghreb, Alger, Bahaeddine Editions.

Brunel S (2004): L'Afrique, France, Edition Breal, In: <http://books.google.dz>

Chayata K (2013): La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale : l'exemple du système tunisien d'assurance maladie. Thèse de doctorat en droit en cotutelle entre l'université de Rennes 1 et université de Tunis El Manar, Tunisie.

Conseil économique, social et environnemental (2013) : Les soins de santé de base vers un accès équitable et généralisé, rapport du CESE.

Conseil National Economique et Social (2003) : Le médicament : plateforme pour un débat social, Alger.

Elbaum M : Participation financière des patients et équilibre de l'assurance maladie. In : Bras P.L ; De Pourville ; Tabuteau D. : Traité d'économie et de gestion de la santé, Paris, éditions de santé.

Les systèmes de santé dans les pays du Maghreb central :
quelques éléments de comparaison

Institut de Prospective Economique du monde méditerranéen (2012) : Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie. Défis nationaux et enjeux partagés, études et analyses.

Kaïd Tlilane N (2003) : Le système de santé Algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaia, Thèse de Doctorat d'Etat ES Sciences Economiques. Université d'Alger.

Keddar M (2006) : La réforme des systèmes de santé au Maghreb : Contexte, succès et défis actuels, In : premier colloque international d'économie de la santé sur « gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement ou à revenus intermédiaires. Université de Bejaia.

Kherbach Fatiha, El Alami el Fellousse L. Asma (2007) : Etude sur le financement des soins de santé au Maroc, rapport de l'OMS.

Lamri L (2001) : Monographie de l'assurance maladie en Algérie, in : séminaire RESSMA, Tunis, Hammamet.

Ministère de la Santé marocain (2007) : Enquête sur la Santé et la Réactivité du Système de Santé-Maroc 2003, Direction de la Planification et des Ressources Financière Service des Etudes et de l'Information Sanitaire, OMS.

MSPRH (2002) : L'Etat de santé des algériens et des algériennes, rapport du MSPRH, in : www.sante.dz

Ministère de la Santé Publique tunisien (2008) : Rapport de la commission chargée de la prospection de l'évolution de l'état de santé et du système de santé en Tunisie à l'horizon 2025. In : <http://www.ordremedecins.org.tn>

Ministère de la santé tunisien (2013) : Carte sanitaire 2011, rapport du MST.

OCDE (2013) : Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE. In : <http://www.oecd.org>

OMS (2005) : Politique de santé de l'enfant au Maroc. Analyse de la situation, rapport OMS.

OMS (2009) : Stratégie de coopération OMS-Maroc 2008–2013, rapport OMS, in : <http://applications.emro.who.int>

Or Z (2009) : Pourquoi et comment évaluer la performance des systèmes de santé. In : Bras P.L ; De Pourville ; Tabuteau D. : Traité d'économie et de gestion de la santé, Paris, éditions de santé.

Organisation de Coopération et de Développement Économiques (2014) : Forum mondial sur la concurrence : concurrence dans la distribution de produits pharmaceutiques. In : <http://www.oecd.org>

**Les systèmes de santé dans les pays du Maghreb central :
quelques éléments de comparaison**

Ouchfoun A (2009) : L'épidémiologie et l'aide à la décision en santé publique dans les pays en développement, in : transition et système de santé en Algérie, Alger, CREAD.

Oufriha F.Z (1992) : Cette chère santé : une analyse économique du système de santé en Algérie, Alger, OPU.

Ouzzir S (2009) : Interrogations autour des conditions de la réforme du financement de la santé : une introduction, in : transition et système de santé en Algérie, Alger, CREAD.

Rapport NABNI 2020 (2013) : Cinquantenaire de l'indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020 : 3ème thème santé, in : <http://www.nabni.org>