

REPUBLICQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université Mouloud MAMMARI de Tizi-Ouzou
Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion

Mémoire

En vue de l'obtention du diplôme de Magister en Sciences Economiques
Option : Monnaie-Finance-Banque

Thème

**Financement des systèmes de santé
dans les pays du Maghreb
Cas : Algérie, Maroc, Tunisie**

Présenté par :

BENMANSOUR Sonia

Sous la direction du :

DR. ALI- ZIANE Mohand Ouamer

Membres de jury :

Président : Pr. GUENDOUDI Brahim

Examineurs : Dr. OUALIKENE Sélim, Maître de conférences « A », UMMTO

Dr. SALMI Madjid, Maître de conférences « B », UMMTO

Dr. ABIDI Mohamed, Maître de conférences « B », UMMTO

Rapporteur : Dr. ALI-ZIANE Md Ouamer, Maître de conférences « A », U/Bouira

REMERCIEMENTS

Je remercie infiniment :

- Mon encadreur Docteur **ALI- ZIANE Mohand Ouamer** pour ses conseils et sa patience.
- Mon cher mari **Ahmed** qui m'a permis d'approfondir mes recherches et enrichir ma bibliographie.
- Ma très chère amie Mme **AMOKRANE. F**, qui a toujours cru en mes capacités et qui m'a encouragée à continuer mes études.
- Le professeur **KAÏD TLILANE** pour sa gentillesse et pour la documentation qu'elle m'a envoyée de Bejaïa.
- Mon oncle **HARCHAOUI Brahim**, cadre au Ministère des Finances.
- Mr **BENKACI Youcef**, conseillé auprès du ministre de la santé.
- Le Directeur Générale du C.H.U NEDIR Mohamed pour m'avoir autorisé à continuer mes études.
- Tout le personnel du Bureau des entrées du C.H.U NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou.

BENMANSOUR Sonia

DEDICACES

A mon défunt père

A ma très chère mère qui a toujours été à mes côtés

A mon beau père et ma belle mère

A mon mari Ahmed et mes deux enfants Nabil et Samar

A mes frères, leurs femmes et leurs enfants

A ma sœur Amel, son mari et ses enfants

A mes amies AYACHE Malika, SALHI Salima, AZEB Nabila et CHEURFA Taoues

A toute la famille Benmansour, Harchaoui et Kolli

BENMANSOUR Sonia

Sommaire

INTRODUCTION	1
CHAPITRE I: LES SYSTEMES DE SANTE DANS LE MONDE : CARACTERISTIQUES ET EVOLUTIONS	
Section 1 : Le développement des systèmes de santé : Organisation et fonctionnement	7
Section 2 : Le financement des systèmes de santé	27
CHAPITRE II : ORGANISATION DES SYSTEMES DE SANTE DANS LES PAYS DU MAGHREB (Algérie, Maroc, Tunisie)	
Section 1 : Le système de santé algérien	46
Section 2 : Le système de santé marocain	64
Section 3 : Le système de santé tunisien	76
CHAPITRE III : LE FINANCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE DANS LES PAYS DU MAGHREB (Algérie, Maroc, Tunisie)	
Section 1 : Le financement du système de santé algérien	90
Section 2 : Le financement du système de santé marocain	104
Section 3 : Le financement du système de santé tunisien	121
CONCLUSION	142
Bibliographie.....	147
Liste des illustrations.....	160
Annexe	162
Table des matières.....	163

LISTE DES ABREVIATIONS

AMG : Assistance Médicale Gratuite

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

ANAM : Agence Nationale de l'Assurance Maladie

CASNOS : Caisse d'Assurance Sociale des Nom Salariés

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

CMS : Centre Médico-sociale

CNAM : Caisse Nationale Assurance Maladie

CNAS : Caisse Nationale d'Assurance Sociale

CNES : Conseil National Economique et Social

CNOPS : Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale

CNRPS : Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale

DCI : Dénomination Commune Internationale

DSSB : Direction des Soins de Santé de Base

EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé

EHU : Etablissement Hospitalier Universitaire

EPH : Etablissements Publics Hospitaliers

EPS : Etablissement de Santé Publique

EPSP : Etablissements Publics de Santé de Proximité

ESSB : Etablissement de Soins de Santé de Base

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population

IDH : Indicateurs de Développement Humain

MSP : Ministère de la Santé Publique

MSPRH : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMD : Objectifs Du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PCSC : Programme Complémentaire de Soutien à la Croissance

PIB : Produit Intérieur Brut

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

RAMED : Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis

RNDH : Rapport National sur le Développement Humain

SNMG : Salaire National Minimum Garanti

TAN : Taux d'Accroissement Naturel

TMI : Taux de Mortalité Infantile

TMJ : Taux de Mortalité Juvénile

TMM : Taux de Mortalité Maternelle

UNDAF : United Nations Development Assistance Framework

VIH/SIDA : Virus d'Immunodéficience Humaine / Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

Introduction

Introduction

INTRODUCTION

Les systèmes de santé, partout dans le monde, focalisent l'attention de nombreux acteurs : décideurs, hommes politiques, bailleurs de fonds, prestataires de soins, usager. L'accès aux soins de santé est revendiqué partout comme un droit, inscrit dans les textes doctrinaux des nations.

Si le droit à la santé a été proclamé dès 1948¹ par les Nations-Unies, rares encore sont les pays où ce droit a été réalisé pour tous. Pour réduire les inégalités, bon nombre de pays mettent l'accent sur les soins de santé primaire, notamment l'immunisation, la fourniture d'assainissement et l'accès à l'eau potable.

Un système de santé répond à deux questions : Comment permettre aux individus d'obtenir un revenu de remplacement en cas de maladie et de pouvoir couvrir les frais engagés par les soins ? Comment organiser l'offre de soins ?

Il s'agit, d'un côté, de donner les moyens financiers aux individus d'obtenir un revenu de remplacement en cas de maladie et de pouvoir couvrir les frais engagés par la maladie. Il s'agit, de l'autre côté, d'organiser la production des soins : les lieux de soins (hôpitaux notamment), les professions médicales et, plus récemment, la production et la distribution des médicaments et autres technologies médicales².

Pour bien gérer ces systèmes et bien orienter leurs actions dans le but d'atteindre des objectifs préalablement définis, l'existence d'un instrument fiable s'impose, et qui est représenté par la politique nationale de santé.

La politique de santé est les principaux axes des stratégies et des moyens à mettre en place pour mener une action qui vise la satisfaction des besoins en santé des patients. Ces politiques sont élaborées pour atteindre des objectifs répartis en deux options stratégiques : des objectifs de la politique de santé axés sur l'amélioration des

¹ Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale, elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la collaboration internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays. [Article 22, Déclaration universelle des droits de l'Homme, 1948].

² PALIER Bruno : La réforme des systèmes de santé, éd.PUF, 5^e édition 2010, coll. Que sais-je? pp7-8.

Introduction

solutions aux problèmes de santé; comme la lutte contre les maladies les plus dangereuses et trop coûteuses (les Maladies Cardio-vasculaires, le Cancer, le Diabète....) en essayant le maximum possible de réduire leur impact sur le niveau de morbidité et de mortalité dans la population, et les objectifs de la politique de santé axés sur l'amélioration des structures et des services telle que la modernisation des structures des soins, améliorer la formation des médecins et l'introduction de nouvelles techniques dans les hôpitaux (télé médecine).³ Ainsi nous pouvons avoir affaire à un système de santé national, financé par les prélèvements fiscaux, à un système dont les fonds proviennent des cotisations à l'assurance sociales, ou bien à un système mixte.

La hausse rapide des frais de santé et les prix élevés des médicaments suscitent une préoccupation de plus en plus vive dans le monde, en particulier dans les pays en développement et dans les pays en transition où les patients doivent souvent payer la totalité du prix des médicaments. C'est pourquoi, les pays qu'ils soient développés ou non développés doivent consacrer de plus en plus de fonds à la santé. Il faudra toujours que la collectivité consente certaines dépenses pour que les groupes sociaux les plus démunis aient accès aux médicaments nécessaires au traitement de la tuberculose, des maladies sexuellement transmissibles et des autres maladies transmissibles, et pour assurer des soins à des catégories particulières telles que les mères et les enfants.

Une question qui reste d'importance cruciale pour la majorité des pays du monde est celle de savoir comment le financement de leur système de santé peut apporter une protection suffisante à toute la population contre le risque financier des coûts de santé.

Les pays du Maghreb n'échappent pas au bouleversement qu'ont connu les systèmes de santé depuis le début des années 80. Cependant, à l'heure de la mondialisation, de l'économie de marché où plus que jamais le droit à la santé est constaté comme un droit essentiel pour assurer un accès égalitaire aux soins, il semble nécessaire de s'interroger sur l'état de la santé aux pays du Maghreb et poser au plan de la réflexion

³ FOUDI Brahim : La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux, Mémoire de Magister en Sciences Economiques, Université de Bejaïa, 2011, pp 64-65.

Introduction

la problématique du financement de leurs systèmes de santé, pour en cerner les potentialités ainsi que les contraintes.

Les politiques sanitaires au Maghreb, semblent aujourd'hui moins présentes, moins volontaristes car elles semblent buter sur la question des ressources à mobiliser.

Le financement de la santé est confronté au tarissement des ressources consécutif à la récession économique qui perdure depuis plus d'une décennie. Au même moment, la demande de soins ne cesse d'augmenter, favorisée par les transformations démographiques, sociales et épidémiologiques. La part croissante du secteur de la santé dans le budget de l'Etat, les déséquilibres financiers structurels des caisses d'assurance sociale (CNAS, CASNOS) et la contribution grandissante des ménages nous conduisent à réfléchir sur les dépenses dont certaines sont incompressibles. Les décideurs examinent le mode actuel de régulation des ressources disponibles à affecter au secteur de la santé dans la perspective d'instituer un modèle d'arbitrage visant à chercher les solutions d'une allocation optimale en maximisant l'impact social au plan de l'efficience, de l'efficacité et de l'équité dans l'accès aux soins.

Réformer les systèmes de santé en place devenait donc, un passage obligé pour consolider les gains sanitaires obtenus et pour répondre aux nouveaux besoins ou encore assurer un meilleur financement des services et des programmes de santé⁴.

Face à ces enjeux, notre problématique s'articulera autour de cette question :

La santé est-elle un bien commun et précieux à toute la communauté, qu'il faut défendre et inscrire dans le cadre des principes d'équité et de solidarité, ou bien, la santé est-elle une marchandise que chacun peut s'offrir en fonction de ses moyens ?

⁴- MOUNASSIB Riyad : La réforme du secteur de la santé au Maroc, Thèse de doctorat en droit privé, Faculté de droit et des sciences économiques, Centre d'Etude et de Recherches Juridiques sur les Espaces Méditerranéen et Africain Francophones, 10/05/2008, P3.

Introduction

Pour approfondir davantage cette problématique, d'autres questions subsidiaires méritent d'être posées à savoir:

- Est-ce que les politiques en matière de santé favorisent-elles l'accès aux soins ?
- Est-ce que l'accroissement des dépenses de santé constitue, à lui seul, un facteur d'efficience d'un système de santé ?
- faut-il mobiliser d'autres sources de financement ou plutôt gérer au mieux celles déjà disponibles ?
- Quels sont les compromis acceptables entre équité, satisfaction des besoins et maîtrise des dépenses de santé ?

Dans ce travail de recherche nous avons tenté de répondre à la démarche méthodologique suivante :

D'abord, une recherche bibliographique et documentaire ayant trait aux différents aspects théoriques et réglementaires du système de santé (organisation et financement). Plusieurs bibliothèques universitaires nationales ont été visités, à savoir : l'Université de Bejaïa, l'Université d'Alger, l'Institut National de Planification et de Statistique (INPS), l'Institut National de Santé Publique (INSP), l'ENMAS, le Conseil National Economique et Social (CNES). De plus, nous avons réalisé une recherche documentaire et une collecte de données relatives au thème auprès des organismes suivants : le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), le Ministère des Finances, le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale (MTSS), la Direction Générale de la CNAS, la CNAS et la Direction de la Santé et de la Population (DSP) de la wilaya de Tizi-Ouzou. Outre la recherche documentaire et la collecte de données sur le thème et dans le but de combler les insuffisances de références bibliographiques et le manque de données disponibles au niveau national et local, nous nous sommes déplacé pour nous rendre à Paris.

Dans le but de mener à bien notre recherche et en fonction des données disponibles, nous avons structuré notre travail en trois chapitres, présentés comme suit :

Introduction

Le premier chapitre, porte sur les caractéristiques des principaux systèmes de santé dans le monde, leurs évolutions et les principales tendances actuelles, à savoir le passage à une couverture universelle, un objectif qui est actuellement au cœur des débats sur la prestation des services de santé.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étude et à l'analyse de l'expérience maghrébine en matière de santé, afin de constater si le système national de Santé des trois pays (Algérie, Maroc, Tunisie) à jouer pleinement son rôle qui consiste à garantir la santé pour tous avec équité, à permettre une prise en charge médicale de qualité à la hauteur du développement souhaité pour le pays, et à mettre le citoyen au centre du développement.

Le troisième chapitre est relatif aux méthodes de financement de la santé dans les trois pays concernés. Nous soulignerons dans ce chapitre les difficultés auxquelles se heurtent ces pays dans la maîtrise des dépenses de santé et évoquerons les réformes engagées dans le but de faire face aux contraintes du financement.

Chapitre I

Les systèmes de santé dans le
monde : Caractéristiques et
évolution

CHAPITRE I : LES SYSTEMES DE SANTE DANS LE MONDE : CARACTERISTIQUES ET EVOLUTIONS

Chaque jour, la vie d'innombrables personnes dépend du système de santé. De la mise au monde dans des conditions de sécurité de bébés en bonne santé aux soins gériatriques dispensés à des personnes fragiles sans porter atteinte à leur dignité, les systèmes de santé exercent en permanence des responsabilités essentielles à l'égard de gens de tous âges. Ils sont indispensables à un développement sain des individus, des familles et des sociétés dans le monde entier.

Les systèmes de santé¹ comprennent toutes les personnes et toutes les actions dont l'objectif principal est l'amélioration de la santé. Après des siècles où ils constituaient des entités de petite taille, généralement privées ou caritatives et la plupart du temps inefficaces, ils ont connu au cours de ce dernier siècle une véritable explosion à mesure que l'on acquérait et que l'on appliquait de nouvelles connaissances. L'histoire des systèmes de santé passe donc par l'histoire des politiques sociales visant à couvrir le risque maladie, et par celle des professions médicales. Cette histoire montre un développement en trois phases:

- Le développement des politiques de santé pour les plus pauvres ;
- La mise en place de mécanismes d'assurance-maladie pour certains salariés ;
- Le développement de système de santé à vocation universelle.

La portée des objectifs du système national de santé est, en fin de compte, limitée par la mesure dans laquelle ces objectifs sont financièrement réalisables dans un contexte national où les objectifs en matière de santé sont souvent en concurrence avec d'autres programmes publics. Il est nécessaire d'optimiser et de rationaliser les maigres ressources nationales².

¹ PALIER Bruno, op.cit, p8.

²DROUIN Anne : Méthodes de financement des soins de santé : Une utilisation rationnelle des mécanismes de financement pour assurer une couverture universelle, Rapport technique 05, Genève, AISS, 2006, p2.

Section 1: Le développement des systèmes de santé : Organisation et fonctionnement

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de maladie³.

Les défis de nos jours sont innombrables pour l'humanité, souvent d'apparence insurmontable dans les pays pauvres, souvent exaltants dans les pays développés. La promotion de la santé dans le monde représente l'un de ces défis qui s'imposent partout : dans tous les pays, toutes les villes, toutes les campagnes et tous les villages de la planète. La santé pour tous, sans discrimination, apparaît comme une utopie autant qu'un objectif essentiel, fondement du développement humain.

1. 1. La diversité des systèmes de santé

S'il n'y avait pas de système de santé au sens moderne du terme, les gens continueraient à naître, vivre et mourir. L'espérance de vie serait bien inférieure à ce qu'elle est aujourd'hui, mais ne serait pas nulle. En l'absence de dépenses de santé, on n'aurait pas à se demander si la charge du financement est équitablement répartie. Il n'y aurait pas non plus de capacité de réaction. Le niveau minimum d'accomplissement serait uniquement fonction de l'état de santé et, faute d'informations sur les inégalités, seulement du niveau de santé moyen.

La santé selon l'OMS est «un état optimal de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». De plus, l'organisation dans sa constitution stipule que « la possession du meilleur état de santé qu'un individu est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou

³ PALIER Bruno, op.cit, p7.

sociale ». La possession d'un meilleur état de santé est donc vue comme un droit pour tout homme⁴.

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.

Le système de santé a quatre fonctions⁵, la fonction prestation de services est la plus connue, et de fait on considère souvent qu'elle représente la totalité du système de santé. La prestation de services se rapporte à ce que fait le système et non pas à ce qu'il est. Une grande partie de la fonction financement s'exerce en dehors de ce que l'on considère généralement comme le système de santé, dans le cadre d'un processus au cours duquel on collecte des recettes pour les mettre à la disposition du système. Pour faire de l'équité de la contribution financière l'un des buts intrinsèques du système, il faut considérer en partie cette fonction comme l'une des tâches qu'il exécute effectivement, et non simplement comme le fait de recevoir passivement de l'argent qui vient d'ailleurs. C'est le système qui collecte une partie des fonds, regroupe tout ce qui est mis en commun à l'exception du produit de l'impôt, et acquiert les biens et services. Il en résulte que le système est, partiellement du moins, responsable vis-à-vis de la société de la manière dont les ressources sont recueillies et dosées, et pas seulement de leur utilisation finale.

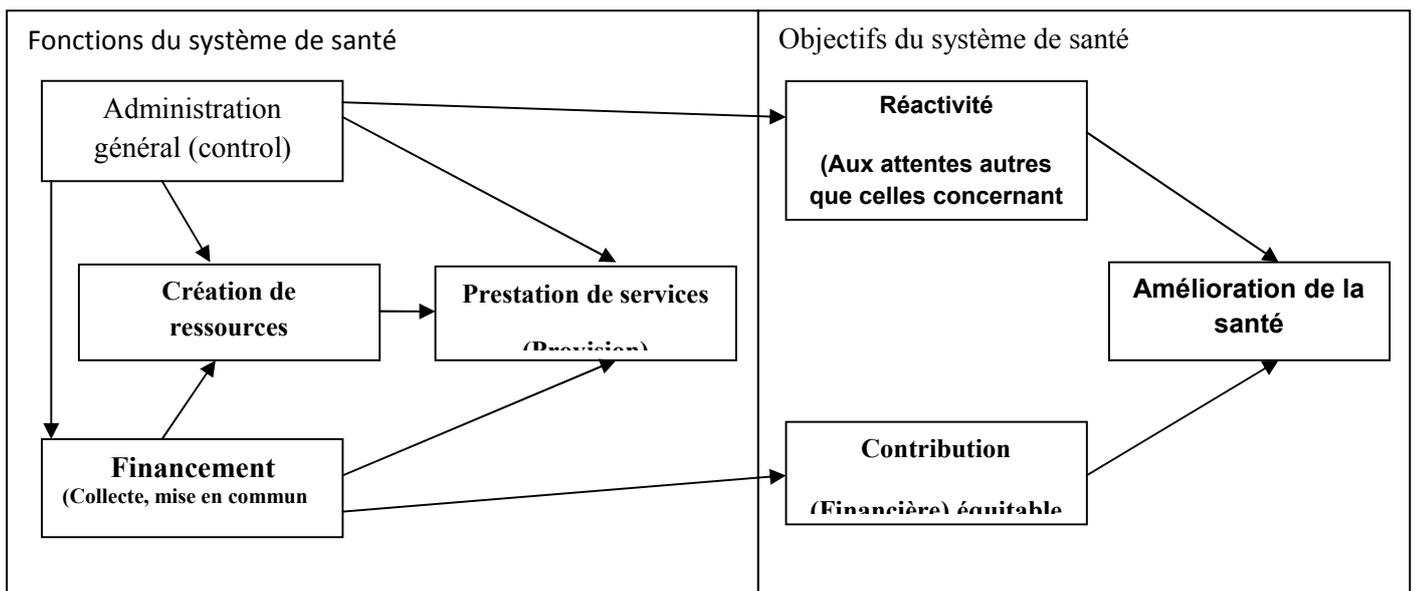
Chaque système de santé est appelé à investir quelque peu dans la création de ressources, mais celles-ci sont aussi parfois considérées comme émanant de l'extérieur du système proprement dit. Dans l'immédiat, le système ne peut utiliser que des ressources produites dans le passé, et il arrive même souvent qu'il ne puisse guère en modifier l'usage. A terme, cependant, l'investissement est aussi quelque chose qui émane du système et, parce que ses répercussions sont durables, il doit être fait judicieusement. En rapportant les réalisations au total des dépenses du système, on peut mettre en évidence une mauvaise performance lorsque ce qu'on peut obtenir au moyen des ressources

⁴ DJIENGOUE CERDI Jean Florentin : Déterminants de l'efficacité des systèmes de santé: une analyse sur un panel de 183 pays, Master 2 Economie et développement international, Université d'Auvergne (Clermont-Ferrand I), 2009, P2.

⁵ OMS, « Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant », pp27, 49.

d'aujourd'hui est inutilement limité par la manière dont les ressources ont été investies hier et avant-hier. La quatrième fonction est l'administration générale qui peut être définie comme la gestion consciencieuse et avisée d'un bien confié aux soins de quelqu'un. Les gens confient à la fois leur corps et leur argent au système de santé qui est tenu de protéger le premier et d'utiliser judicieusement le second. La figure 1 montre comment ces fonctions – la prestation de services de santé individuels et collectifs, la collecte, la mise en commun et l'affectation des recettes en vue de l'achat de ces services, les investissements dans les ressources humaines, les bâtiments et le matériel, et l'administration générale des ressources et des mandats confiés aux systèmes de santé, pour répondre aux attentes des gens – sont liées entre elles ainsi qu'avec les objectifs du Système (Cf. Figure 01).

Figure 01 : Rapports entre les fonctions et les objectifs d'un système de santé.



Source : Rapport sur la santé dans le monde 2000 : la performance des services de santé est-elle bonne ?

Il existe quatre modèles de systèmes de santé et de protection sociale:

➤ **Le modèle bismarckien**

Ce système est également appelé « professionnel », car son financement est assuré par le travail et les cotisations sociales. Il a été mis en place en Allemagne à la fin du XIXème

siècle, sous l'influence de Bismarck. Il est tenu pour le premier système d'assurance santé mis en place.

Ce système s'appuie sur des caisses d'assurance maladie financées majoritairement par des cotisations sociales et gérées par les représentants des entreprises et des travailleurs. L'assurance maladie est ainsi liée au travail. Pour sa part, l'Etat a pour tâche d'assurer le bien être des citoyens. Il doit fixer le cadre de l'action des caisses, et redresser la situation en cas de déséquilibre financier. L'exemple allemand a servi de source d'inspiration à l'Autriche, à la Belgique, à la France et à Luxembourg⁶.

Après avoir mené une politique de répression contre les socialistes, Bismarck a cherché à rallier les ouvriers à l'Empire par des mesures sociales. Il fait voter les lois d'assurances sociales couvrant les risques maladie (1883) et accidents (1884), et créant des caisses de retraite pour les vieillards et les infirmes (1889).

Depuis les années 70, la majorité des pays qui se sont inspirés de ce modèle ont mis en place des mesures pour rendre l'accès aux soins plus universels⁷.

➤ **Le modèle Beveridge**

Ce système est également appelé « national », car la tutelle des services de santé et le financement y sont assurés par le même organisme, qui dépend de l'Etat.

Ce modèle a été mis en place en Grande Bretagne après la Seconde Guerre Mondiale sous l'égide de Lord William Henry Beveridge (1879-1963), économiste et administrateur britannique. Le Danemark, la Finlande, l'Irlande, la Suède, l'Italie, le Portugal et l'Espagne ont adopté les fondements de ce modèle. D'inspiration sociale-démocrate, ce modèle se fonde sur l'universalité de l'accès aux soins et sur la fiscalisation des dépenses de santé. Il repose sur trois principes fondateurs, dits des trois « U »:

⁶ MAJNONI D'INTIGNANO Béatrice : La Protection Sociale, éd.PUF, Paris, 1993, pp24-25.

⁷ LE FAOU Anne Laurence : Les systèmes de santé en question, Allemagne, France, Royaume-Uni, Etats-Unis et Canada, Edition ELLIPES, Paris, 2003, p10.

- **Universalité** : tout citoyen est protégé contre tous les risques sociaux quelle que soit sa situation professionnelle,
- **Unité** : une administration unique gère chaque type de risque,
- **Uniformité** : chaque individu bénéficie des services selon ses besoins, indépendamment de ses revenus⁸.

Lord Beveridge a collaboré à l'institution de l'assurance chômage (1911) et à l'établissement de la sécurité sociale en Grande Bretagne (plan Beveridge en 1942), mettant l'accent sur le plein emploi et la sécurité du revenu⁹.

➤ **Le système Semashko**

Ce système, qui a vu le jour dans les années 20 au sein de l'ex-URSS, s'est ensuite diffusé dans les démocraties populaires satellites de l'URSS après 1945. Les services sanitaires appartenaient à l'Etat et les professionnels de la santé étaient rémunérés par l'Etat. Les services étaient normalement gratuits, mais les patients devaient payer une somme forfaitaire pour certains d'entre eux, comme par exemple les médicaments. Le système Semashko fournissait un accès universel aux soins de santé.

Après l'effondrement des régimes socialistes, la pénurie des ressources financières a contraint un plus grand nombre de patients à augmenter leur contribution. Ces derniers doivent donc verser directement des cotisations aux prestataires de soins. A l'heure actuelle, le coût des services de santé, en particulier des médicaments, est si élevé dans certains de ces pays qu'ils sont inabordables pour la majorité de la population qui se trouve exclue. Les dépenses nationales de santé dans ces pays sont dans l'ensemble peu élevées.

Nommé Commissaire du Peuple de la Santé Publique par Lénine en 1918, Nikolai Alexandrovich Semashko (1874-1949) homme d'état soviétique organise un système

⁸ MAJNONI D'INTIGNANO Béatrice, op.cit, p28.

⁹ PALIER Bruno, op.cit, pp21-22.

national de santé gratuit qui voit le jour en 1925. En 1936, la constitution de l'URSS garantit « le droit d'être assuré par une sécurité sociale aux frais de l'Etat »¹⁰.

➤ **Le système libéral américain**

Le principe de base du système de santé américain est que la santé relève de la responsabilité individuelle et de l'assurance privée. Ce principe se traduit en pratique par l'absence de système national obligatoire, par la prédominance des acteurs privés (deux tiers des américains de moins de 65 ans sont couverts par une assurance liée à l'emploi) et par la prise en charge publique qui ne concerne que les plus vieux et les plus pauvres (Medicare et Medicaid, d'inspiration Beveridge).

Le système Américain est très performant technologiquement et permet aux plus aisés d'avoir accès aux meilleurs soins, mais il est aussi caractérisé par de très fortes inégalités (dans l'accès aux soins comme dans l'état de santé de la population), et un niveau global de dépenses de santé très élevé (15,3% du PIB en 2005)¹¹. L'assurance médicale aux États-Unis est privée à 80 %. En 2008, plus de 45 millions d'Américains (15% de la population) n'étaient pas assurés.

Les États-Unis dépensent 6.102 dollars par an par habitant en santé alors que les pays de l'OCDE dépensent 2.571 dollars et que la France et le Canada dépensent environ 3.000 dollars.

Selon l'étude, réalisée par le Commonwealth Fun, le système de soin américain arrive dernier pour chacun des aspects suivants: accès, efficacité, équité et résultats.

L'Allemagne arrive première pour l'accès et la qualité des soins. Le Royaume-Uni arrive premier pour l'équité d'accès et l'efficacité des soins¹².

¹⁰ MAJNONI D'INTIGNANO Béatrice, op.cit, p30.

¹¹ PALIER Bruno : La réforme des systèmes de santé, éd.PUF, 3ème édition 2004, coll. Que sais-je ? pp28-30.

¹²<http://www.psychomedia.qc.ca/sante/2007-05-15/le-systeme-de-sante-americain-est-le-moins-performant-des-pays-industrialises>.

Les différences entre les pays, selon qu'ils ont opté pour un modèle bismarckien ou Beveridge, ont tendance à régresser. Tous les pays sont en effet soumis aux mêmes contraintes :

- ✓ **Sociales** : garantir l'accès aux soins à tous;
- ✓ **Organisationnelles** : améliorer l'efficacité du système en place;
- ✓ **Economiques** : limiter autant que possible l'inflation des dépenses de santé (respecter les critères de convergence de Maastricht, pour les pays de l'Union Européenne).

Les systèmes nationaux de santé garantissent généralement une grande égalité d'accès aux soins et des niveaux de dépenses de santé relativement bas, mais peuvent fournir une qualité de soins discutable et sont surtout caractérisés par des files d'attente très longues avant de pouvoir accéder aux soins spécialisés. Les systèmes d'assurance maladie permettent de garantir le choix du patient, le confort est souvent la qualité des soins, mais c'est le plus fréquemment au prix de dépenses élevées de santé, et parfois d'inégalité d'accès aux soins¹³.

Les systèmes bismarckiens, basés sur le travail et qui sont en général les plus anciens, évoluent fortement aujourd'hui. Des mesures « Beveridge » viennent de plus en plus limiter l'aspect corporatiste et inéquitable de l'accès aux soins¹⁴.

Les systèmes de santé ont énormément contribué à améliorer la santé, mais leur contribution pourrait être encore très supérieure, notamment pour les pauvres. Bien qu'on sache depuis longtemps que la pauvreté aggrave les problèmes de santé, il est apparu clairement, que les problèmes de santé perpétuent à leur tour la pauvreté¹⁵.

¹³ PALIER Bruno : la réforme des systèmes de santé, éd.PUF, 3ème édition 2004, coll. Que sais-je ? p27.

¹⁴OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2000.

¹⁵<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/11/07-049361/fr>.

1.2. Renforcement des systèmes de santé

Protéger ou améliorer l'état de santé moyen de la population ne suffit pas si, en même temps, les inégalités s'aggravent ou restent marquées parce que les améliorations profitent surtout à ceux qui sont déjà en meilleure santé. L'objectif de l'amélioration de la santé, en réalité, est double: il s'agit à la fois d'atteindre le meilleur niveau de santé moyen possible -qualité- et de réduire au maximum les écarts entre les personnes et entre les groupes-équité. Un progrès sur l'un de ces deux plans, sans changement dans l'autre, constitue une amélioration.

Ces dernières années, des comparaisons ont été tentées sur les systèmes de santé à l'échelle internationale. Le travail le plus connu à ce sujet est sans conteste le Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant de l'OMS, qui insistait sur les dimensions d'amélioration de la santé, de réponse aux attentes des populations, ainsi que d'équité dans la participation au financement du système.

Depuis la publication du rapport, de nombreuses initiatives ont été prises, tant au niveau international que national dans plusieurs pays, afin de renforcer les systèmes de santé nationaux, considérés comme les éléments fondamentaux du système global de santé transnational (« global health »). Les pays et les organisations internationales s'appliquent en effet à développer des batteries d'indicateurs de performance des systèmes de santé.

Les informations contenues dans le rapport de l'OMS 2000 permettent de classer les pays en fonction des différents éléments de l'indice de performance¹⁶.

❖ Réactivité

Les pays dont le système de santé répond le mieux aux attentes de la population sont les Etats-Unis d'Amérique, la Suisse, le Luxembourg, le Danemark, l'Allemagne, le Japon, le

¹⁶ OMS, « Rapport sur la santé dans le monde, 2008 – Les soins de santé primaires- : maintenant plus que jamais », Genève : www.who.int.

Canada, la Norvège et la Suède. Ces pays sont tous des pays industrialisés avancés, certains éléments de la réactivité étant étroitement liés à la disponibilité de ressources. Nombre de ces pays ont en outre été parmi les premiers à prendre en compte la capacité de leur système de santé à répondre aux attentes de la population.

❖ **Equité de la contribution financière**

Lorsque l'OMS a mesuré l'équité de la contribution financière aux systèmes de santé, l'ordre de classement des pays a changé. La mesure repose sur la fraction de la capacité de paiement d'un ménage (revenu moins les dépenses alimentaires) consacrée aux soins de santé (y compris les impôts, les cotisations à la sécurité sociale et à un régime d'assurance privée et les paiements directs). La Colombie est au premier rang dans cette catégorie, devant le Luxembourg, la Belgique, Djibouti, le Danemark, l'Irlande, l'Allemagne, la Norvège, le Japon et la Finlande. La Colombie arrive en tête parce qu'une personne dont le revenu est faible pourra payer l'équivalent de un dollar par an pour se soigner, tandis qu'une personne qui a un revenu élevé paie 7,6 dollars.

Les pays où le financement du système de santé est le plus injuste sont les suivants: Sierra Leone, Brésil, Chine, Viet Nam, Népal, Fédération de Russie, Pérou et Cambodge. Le Brésil, pays au revenu moyen, est en mauvaise place parce que sa population doit déboursier des sommes importantes pour se faire soigner. Cela signifie qu'un grand nombre de ménages dépensent une fraction importante de leur revenu (après les dépenses alimentaires) pour les soins de santé. La même explication vaut pour l'équité du financement du système de santé du Pérou. La raison de la mauvaise place de la Fédération de Russie est vraisemblablement liée à la crise économique des années 90. Le gouvernement a été amené à réduire sensiblement ses dépenses de santé, ce qui a entraîné une augmentation des paiements directs.

En Amérique du Nord, le Canada est classé comme le pays qui a le mécanisme de financement du système de santé le plus juste - au rang 17-19, tandis que les Etats-Unis

sont au rang 54-55. Cuba occupe la meilleure place parmi les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, au rang 23-25.

Le professeur Peter Smith explique que la raison pour laquelle la performance d'un système de santé est évaluée et d'alimenter le débat sur les politiques en déterminant quelles différences, sur le plan de la maladie, du traitement et du résultat obtenu, un citoyen par ailleurs identique a un autre rencontrerait dans différents systèmes de santé. Des lors, les aspects évalués sont notamment les résultats obtenus quant à la santé de chaque individu, la qualité de l'intervention clinique et son caractère approprié ou non, la santé de la population, la réactivité du système, la protection financière, l'équité et la productivité¹⁷.

Il est de plus en plus admis que, pour préserver et améliorer la santé des populations dans le monde, les pouvoirs publics doivent concevoir des systèmes de santé solides et efficaces capables de prévenir les maladies et d'offrir un traitement à toutes les femmes, tous les hommes et tous les enfants sans distinction, où qu'ils habitent.

Il n'existe pas de série unique de meilleures pratiques permettant de renforcer les systèmes de santé car les systèmes de santé sont hautement spécifiques¹⁸. Le secteur de la santé est par nature plus complexe que les autres secteurs, pour les raisons suivantes¹⁹ :

- Pour la plus grande partie, le financement dont a besoin le secteur de la santé concerne les dépenses ordinaires à long terme. Cela est problématique, car, traditionnellement, l'aide est axée sur l'investissement à court terme. Les pays doivent trouver le moyen de se ménager une marge de manœuvre budgétaire suffisante pour les dépenses de santé, d'autant plus que le secteur de la santé est

¹⁷ OMS, Conférence ministérielle européenne sur les systèmes de santé : « systèmes de santé, santé et prospérité » Tallinn(Estonie), 25-27 juin 2008, p6.

¹⁸ OMS, Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé : Principes directeurs à l'intention du G8, 2009, p 13.

¹⁹ Finances&Développement, Financement de la santé : une chance à saisir, Décembre 2006, p49.

fondamental tant en raison de la part du budget public qu'il absorbe que de son rôle important d'employeur public.

- De nombreux facteurs non sanitaires ont une influence sur le secteur de la santé, ce qui nécessite des approches complexes portant sur plusieurs secteurs à la fois.
- Les comportements individuels influent de façon fondamentale sur les résultats en matière de santé mais ils sont très difficiles à influencer ou à modifier.
- La mesure des résultats sanitaires (autres que les naissances et les décès) et l'identification des liens de causalité sont par nature des entreprises complexes.
- Beaucoup plus d'une centaine d'organisations majeures opèrent dans le secteur de la santé, à l'échelle mondiale et au niveau national, c'est-à-dire bien plus que dans n'importe quel autre secteur.
- Le secteur privé joue un rôle important et souvent primordial à la fois dans le financement et la fourniture des services de soins de santé; or, il est souvent absent du débat sur l'élaboration des politiques.
- Le marché de l'assurance et, plus généralement, le secteur de la santé nécessitent des cadres réglementaires complexes.
- L'aspect «protection financière», élément coûteux du financement des dépenses de santé, est une caractéristique presque exclusive du secteur de la santé (et de quelques programmes types de protection sociale tels que les systèmes de retraite, d'assurance-chômage et d'aide sociale) et obligent les pouvoirs publics à opérer des choix difficiles, compte tenu de la rareté des ressources, entre différents objectifs sanitaires.

Les systèmes de santé n'évoluent pas spontanément vers plus d'équité et d'efficacité, des décisions politiques doivent être expressément prises. Néanmoins, il y a quatre grandes priorités pour la politique de santé de demain²⁰.

²⁰OMS, Conférence Ministérielle Européenne sur les systèmes de santé : « systèmes de santé, santé et prospérité » Tallinn(Estonie), 25-27 juin 2008, pp 14-15.

Tout d'abord, il est essentiel de promouvoir les modes de vie sains et de limiter les comportements à risque. Les gens ne se sont pas encore habitués à réfléchir à leur santé et à s'en occuper. Des lors, des interventions rapides sont nécessaires pour améliorer la qualité de vie des personnes et prolonger leur durée de vie en bonne santé.

La deuxième priorité est d'encourager une gouvernance efficace et transparente, qui devrait permettre un financement durable sans nuire à la qualité et à l'accessibilité des services de santé. Ceci, à son tour, implique une transparence des dépenses et une collaboration entre les secteurs publics et privé.

Des soins de santé primaires de haute qualité et la prévention des maladies constituent la troisième priorité. Sans services de qualité, il est impossible de dépister des cas de maladies tels que cancers ou maladies cardiovasculaires aux premiers stades de leur développement, ni d'y réagir.

La quatrième priorité est l'innovation et l'utilisation active de systèmes d'informations sanitaires informatisés.

Tous les pays ont pris un train de mesures contre le manque d'équité en santé. La Finlande a un plan d'action axé sur la pauvreté, la santé des jeunes, le tabac, l'alcool et l'accès aux services. Avec l'aide de l'OMS et de la Banque mondiale, le budget 2009-2010 du Kazakhstan pour la santé visera une efficacité accrue du système de santé et l'égalité d'accès aux services ainsi qu'un plan des pouvoirs publics axé sur les déterminants sociaux de la santé, la réduction de la mortalité et la lutte contre les maladies telles que le cancer et le sida. Une législation a été adoptée sur la nutrition, l'environnement et les modes de vie. De même, la Lettonie a interdit la cigarette dans les lieux publics et la vente de boissons sucrées et d'encas salés dans les écoles, et a lancé un programme d'échange de seringues pour les toxicomanes par voie intraveineuse. En plus d'avoir adopté une loi visant à garantir l'égalité d'accès aux services, le Portugal a créé

des unités mobiles pour fournir des services sur place aux immigrants, et a, dans son plan sanitaire 2009-2010, ciblé le manque d'équité touchant ce groupe.

Le problème de l'accès généralisé aux soins médicaux revêt jusqu'à nos jours une importance primordiale, notamment dans les pays du tiers-Monde où l'obstacle financier tend à exclure du système de soins de larges catégories de population.

Jusqu'à présent, les principaux pays industrialisés y ont apporté des réponses pour le moins disparates, en dépit des effets uniformisants attribués à la modernisation. Mais que dire des pays du Tiers-Monde, confrontés à des contraintes et des situations infiniment plus hétérogènes, soumis à des pressions diverses au gré de la conjoncture mondiale ? D'une manière générale, l'accès aux soins demeure problématique²¹.

Le rapport sur la santé dans le monde 2008, intitulé « Les soins de santé primaires – maintenant plus que jamais » commémore le 30^e anniversaire de la Conférence internationale d'Alma-Ata (au Kazakhstan) de 1978 où fut adoptée une déclaration sur les soins de santé primaires et affiché l'objectif de « La santé pour tous en l'an 2000 ». L'équité en matière de santé était inscrite au projet politique international pour la première fois.

Le rapport constate un « fossé intolérable » qui sépare aujourd'hui « les aspirations de la réalité ». Les différences d'espérance de vie entre les pays les plus riches et les plus pauvres dépassent 40 ans. Sur les quelque 136 millions de femmes qui accoucheront cette année, près de 58 millions ne bénéficieront d'aucune assistance médicale ni pendant l'accouchement ni après, ce qui met en jeu leurs vies et celles de leurs nourrissons²². À Nairobi, par exemple, le taux de mortalité des moins de cinq ans est inférieur à 15 pour mille dans les quartiers à revenu élevé. Dans une zone de taudis de la même ville ce taux atteint 254 pour mille.

La Déclaration du Millénaire des Nations Unies et ses objectifs font office de stratégie correctrice. Ils visent à faire en sorte que les avantages de la modernisation soient plus

²¹ LARIBI Amel : Le financement du secteur de la santé, ENMAS, Dossier Documentaire, janvier 2009.

²² OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2008.

équitablement partagés. Ils visent à conférer un peu plus d'équilibre à ce monde: qu'il s'agisse de l'égalité des chances, de revenu ou de santé. Le principe éthique qui sous-tend cette philosophie est simple: ceux qui en souffrent le plus ont besoin de l'aide de ceux qui en bénéficient le plus.

1.3. La santé au carrefour du développement humain et de la croissance économique

La santé produit une amélioration des capacités individuelles de développement personnel, ceci tant au plan physique, qu'intellectuel et émotionnel, elle permet également d'assurer aux individus une certaine sécurité économique dans l'avenir. 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 »²³.

L'état de santé, en tant que composante du capital humain, joue manifestement un rôle de premier plan dans la marche vers le développement durable.

En 2001, le rapport de l'OMS sur la macro-économie et la santé a démontré clairement qu'il ne fallait pas considérer l'amélioration globale de la santé des populations comme une conséquence naturelle d'une croissance économique préalable mais, qu'au contraire, le développement économique était conditionné par un investissement massif dans la santé publique. Dans les milieux de la recherche économique, on s'accorde de plus en plus à penser que les progrès de la santé favorisent le développement économique grâce à leur impact direct sur la productivité des travailleurs. Avec une population en bonne santé, on observe non seulement une réduction des pertes imputables à la morbidité et à la mortalité, mais aussi la modification des comportements micro-économiques en relation avec l'anticipation d'une espérance de vie plus longue, qui alimente la volonté de faire des économies et d'investir, ainsi que la transmission d'un meilleur capital humain d'une génération à la suivante.

²³OMS, Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

Trop souvent, la croissance économique est recherchée dans un seul but, comme une fin en soi et comme la solution de tous les problèmes. Beaucoup pensaient que la croissance économique éliminerait la pauvreté et améliorerait la santé.

En septembre 2000, 189 chefs d'État ont adopté la Déclaration du Millénaire des Nations Unies et ont approuvé un plan de campagne pour le développement. Ce plan prévoyait que les pays et les partenaires du développement s'attellent ensemble à réduire la pauvreté et la faim, la mauvaise santé, le manque d'instruction, les inégalités entre les sexes, le manque d'accès à l'eau potable et la dégradation de l'environnement.

Les OMD en santé représentent une avancée majeure dans la lutte contre la pauvreté. Cette importance est marquée par le fait qu'environ 40% des OMD portent sur la santé²⁴.

À cinq ans de l'échéance fixée pour l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), il est important d'entreprendre un bilan critique des progrès réalisés, des obstacles rencontrés, des enseignements tirés de l'expérience accumulée et des nombreux défis à surmonter. Il est cependant certain que tous les objectifs ne seront pas atteints par tous les pays concernés, malgré les nombreux efforts des pays et les multiples partenariats initiés par divers donateurs et organisations internationales.

La crise économique et financière actuelle ne vient que confirmer ce constat, remettre en cause certaines avancées et, dans certains cas, donner des prétextes supplémentaires à certains gouvernements et institutions pour fuir leurs responsabilités et engagements.

189 chefs d'État ont approuvé ensemble les OMD 4 et 5 : réduire de deux tiers le taux de mortalité infantile et de trois quarts le taux de mortalité des mères, entre 1990 et 2015. À cela s'ajoute l'objectif 6 : endiguer ou commencer à inverser la propagation du VIH/sida, du paludisme et d'autres maladies importantes²⁵. Les autres OMD 1, 2, 3, 7,8 ont une incidence indirecte sur la santé.

²⁴ DJIENGOUE CERDI Jean Florentin, op.cit, p2.

²⁵ Nations Unies : Déclaration du millénaire. New York : Nations Unies, 2000.

Les objectifs, les cibles et les indicateurs des OMD constituent des mesures interdépendantes des progrès réalisés. Ils n'ont pas pour but de limiter le nombre de priorités sanitaires ni de définir de quelle façon les programmes doivent être organisés ou financés. L'analyse des progrès réalisés met en évidence la situation actuelle des OMD liés à la santé :

➤ **Réduire la mortalité infantile**

Le nombre d'enfants qui décèdent avant leur cinquième anniversaire a chuté de 30 %, passant de 12,5 millions en 1990 à 8,8 millions en 2008; cependant, chaque année, diarrhées et pneumonie tuent encore quelque 3 millions d'enfants²⁶. Ces décès se produisent pour la plupart dans les pays pauvres. C'est en Asie du Sud et en Asie centrale qu'il y a le plus de décès néonataux, et en Afrique que les taux de mortalité infantile sont les plus élevés ils sont de 142 par 1000 naissances vivantes²⁷.

Deux tiers de tous les décès sont concentrés dans seulement dix pays. La plupart auraient pu être évités. Certains décès sont dus à des maladies comme la rougeole, le paludisme ou le tétanos. D'autres sont la conséquence indirecte de la marginalisation des populations, d'un conflit ou du VIH/sida. La malnutrition ainsi que le manque d'assainissement et d'eau salubre sont aussi des facteurs importants dans la moitié des cas de décès d'enfants.

La mortalité des enfants de moins de cinq ans a régulièrement diminué dans le monde entier. Elle est passée de 12,6 millions de décès en 1990 à quelque 9 millions en 2007. Le taux de mortalité des moins de cinq ans est passé de 103 pour 1 000 en 1990 à 74 en 2007, et à 65 pour 1000 en 2010²⁸. Même si c'est en Afrique que les taux restent les plus élevés, des améliorations remarquables sont obtenus grâce à certaines interventions efficaces qui pourraient déboucher sur des progrès décisifs, au cours des prochaines années, pour les enfants de cette région. Parmi les interventions et les produits efficaces, on peut citer : les vaccinations, les antibiotiques, les suppléments en micronutriments, les

²⁶ Nations Unies : Objectifs du millénaire pour le développement. Rapport 2009. New York : Nations Unies, 2009.

²⁷ OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2010.

²⁸ Idem.

moustiquaires traitées à l'insecticide, les soins familiaux améliorés et l'allaitement maternel.

La mortalité infantile diminue, cependant, des millions d'enfants meurent chaque année de causes évitables, ce qui est inacceptable. Un enfant naissant dans un pays en développement risque 13 fois plus de mourir au cours des cinq premières années de sa vie qu'un enfant né dans un pays industrialisé.

Des progrès substantiels ont été faits pour réduire la mortalité infantile. Depuis 1990, le taux de mortalité des moins de cinq ans dans les pays en développement a baissé de 28 pour cent, passant de 100 décès pour 1 000 naissances vivantes à 72 en 2008. En dépit de la croissance de la population, le nombre mondial de décès chez les moins de 5 ans est passé de 12,4 millions en 1990 à 8,1 millions en 2009, ce qui veut dire qu'il meurt chaque jour près de 12 000 enfants de moins.

En dépit de tels succès, et bien que la plupart des décès infantiles soient évitables ou traitables, beaucoup de pays ont encore un taux scandaleusement élevé de mortalité infantile et n'ont fait que peu ou pas de progrès au cours des dernières années. Bien pire, seulement dix des 67 pays ayant des taux de mortalité infantile élevés (définis comme au moins 40 décès pour 1 000 naissances vivantes) sont sur la bonne voie pour atteindre la cible des OMD relative à la survie de l'enfant²⁹.

En 2009, 80 % des enfants en âge d'être vaccinés ont reçu au moins une dose du vaccin contre la rougeole, contre 69 % en 2000 et près de neuf millions d'enfants meurent encore chaque année avant d'atteindre leur cinquième anniversaire³⁰.

➤ **Améliorer la santé maternelle**

La mortalité maternelle fait partie des meilleurs indicateurs de santé pour révéler le large fossé entre riches et pauvres, tant entre pays qu'au sein d'un même pays. Pour les

²⁹ Nations Unies : Objectifs du millénaire pour le développement. Rapport 2009. New York : Nations Unies, 2009.

³⁰ PNUD : Objectif du millénaire pour le développement : <http://www.undp.org>.

femmes d'Afrique subsaharienne, le risque de mourir pendant la grossesse ou l'accouchement est de 1 pour 16 contre 1 sur 4 000 dans les pays industrialisés³¹.

Ces dernières décennies, certains pays ont réduit de manière significative leur taux de mortalité maternelle et leur taux de fertilité. En Tunisie, par exemple, 90 % des naissances ont lieu avec une assistance médicale. Soixante pour cent des femmes utilisent une contraception. Le taux de mortalité maternelle n'est que de 100 morts pour 100 000 naissances, et le taux de mortalité infantile de 18 pour 1 000. Le taux de mortalité maternelle en Égypte est passé de 174 à 84 par 100 000 naissances vivantes grâce à un meilleur accès à la planification familiale et aux accouchements assistés. Le Bangladesh a réduit son taux de fertilité de plus de sept enfants par femme en 1970 à environ 2,7 enfants par femme.

Le taux d'utilisation de contraceptifs a augmenté dans tous les groupes de pays, entre 1990 et 2007, mais il était encore très bas dans les pays à faible revenu (33 % en 2007). En Asie du Sud, l'une des régions où les taux de mortalité maternelle sont les plus élevés, le pourcentage de femmes enceintes ayant passé au moins une visite prénatale a augmenté de 47 à 69 % entre 1990 et 2007. Cependant, le nombre de femmes enceintes, passant au moins quatre visites prénatales, n'a augmenté que de 26 à 34 % entre ces deux années.

Les hémorragies et l'hypertension artérielle sont la cause de 50% des décès durant la grossesse ou lors de l'accouchement³².

L'absence de fonds est criante pour les programmes destinés à atteindre l'OMD5, objectif qui a le moins progressé à ce jour. Depuis le milieu des années 1990, la plupart des pays en développement ont connu une réduction importante du financement international des programmes de santé maternelle et de planification familiale. Selon la Banque mondiale, l'aide accordée aux programmes de santé de la population et de santé reproductive a

³¹ Nations Unies : Objectifs du millénaire pour le développement. Rapport 2009.

³² Fonds des Nations Unies pour la population : État de la population mondiale 2008. Lieux de convergence : culture, genre et droit de la personne. New York : FNUAP, 2008.

considérablement diminué en termes de pourcentage de l'aide totale mondiale dans le domaine de la santé, passant d'environ 30% en 1994 à 12% en 2008³³.

➤ **Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies**

Parmi les 9,5 millions de personnes qui ont besoin de médicaments antirétroviraux (ARV), 5 millions n'y ont pas accès. On estime à 200 000 le nombre d'enfants qui recevaient un traitement en 2007 contre 75 000 en 2005.

Le pourcentage de femmes bénéficiant durant la grossesse d'un traitement ARV visant à empêcher la transmission mère-enfant du VIH a augmenté, passant de 10 % en 2007 à 45 % en 2008.

De grands progrès ont été faits dans la lutte contre le paludisme au cours des dernières années, en grande partie grâce à un financement accru et à une attention plus grande portée au contrôle de la maladie. Entre 2000 et 2008, 38 des 108 pays confrontés au paludisme ont réduit l'incidence de cette maladie de 50% et plus. Au niveau international, des objectifs nouveaux et ambitieux ont été fixés en 2008 par le Plan d'action mondial : « Faire reculer le paludisme » pour aider les pays à mettre en place des interventions planifiées et efficaces. Selon les estimations de « Faire reculer le paludisme », le financement international du contrôle du paludisme est passé de 250 millions de dollars en 2004 à 700 millions en 2007 et plus d'un milliard en 2008³⁴.

Au niveau mondial, l'incidence de la tuberculose baisse depuis 2004. Le nombre de cas sur 100 000 personnes, a diminué : 200 000 cas de moins entre 2006 et 2007. Cependant, le nombre estimé de cas de résistance a augmenté pour atteindre le chiffre de 440 000 en 2008. Il y a peu de chance qu'on atteigne les cibles établies par le partenariat « Halte à la tuberculose », visant à une diminution de moitié de la prévalence et des taux de décès de 1990 à 2015. Cela est dû, en grande partie, au fait que la prévalence continue d'augmenter en Afrique subsaharienne et à une brusque augmentation des taux de prévalence dans certains pays d'Europe au cours des années 1990³⁵.

³³ Banque Mondiale, Département du développement social, 2009.

³⁴ Nations Unies : Objectifs du millénaire pour le développement, Rapport 2009, New York : Nations Unies, 2009.

³⁵ OMS, Statistiques sanitaires mondiales, Genève, 2009.

En avril 2001, les chefs d'État et de gouvernement africains se sont réunis à Abuja (Nigéria) et ont pris des engagements financiers en vue de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), annonçant qu'ils consacraient au moins 15% de leur budget national à la santé.

Bien que plusieurs pays aient augmenté la proportion de leurs dépenses publiques de santé depuis 2001, seuls l'Afrique du Sud et le Rwanda ont atteint les 15%. Entre 2001 et 2011, la médiane des dépenses de santé per capita est passée de 10 à 14 \$ US et il serait difficile d'atteindre les OMD avec des dépenses aussi faibles.

Au Sommet de Kampala en juillet 2010, les chefs d'État se sont engagés à prendre des mesures pour assurer un financement durable en améliorant la mobilisation des ressources internes, y compris les partenariats public-privé et le régime national d'assurance maladie afin d'atteindre l'objectif des 15% fixé à Abuja. Ces mesures devraient se traduire par une réduction des frais à la charge des patients et l'abandon de la participation aux frais demandée aux usagers, en particulier pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

Dans les pays les plus pauvres, en Afrique sub-saharienne, en Asie du Sud, en Amérique latine, le tableau reste dramatique (Annexe : Fiche d'évaluation). Le rapport 1999 de l'OMS sur la santé dans le monde rappelle que « plus d'un milliard de personnes vont aborder le XXIe siècle sans avoir profité de la révolution sanitaire : leur vie demeure brève et marquée par la maladie ».

La transition épidémiologique du tiers-monde constitue pour les pays concernés un « double fardeau ». En effet, alors que les maladies infectieuses, les carences nutritionnelles et les complications de la grossesse et de l'accouchement sont loin d'avoir disparues³⁶, les affections dégénératives, les cancers et les accidents constituent une cause

³⁶ L'Afrique subsaharienne, qui abrite 11% de la population mondiale, compte 53% de mortalité maternelle, 50% de mortalité des enfants de moins de 5 ans et 67% des cas de VIH/sida.

croissante de décès. Les maladies non transmissibles constituent déjà 40 % des années de vie perdues, corrigées de l'incapacité, dans les pays les plus pauvres. A ce double fardeau s'ajoutent maintenant l'infection par le VIH, dont on connaît l'ampleur en Afrique et en Asie du Sud-est, et le tabagisme, dont on estime qu'il tuera près de 500 millions de personnes, soit près de 10% de la population mondiale³⁷.

En août 2008, le Fonds mondial avait passé des accords de subventions pour un montant dépassant 11 milliards de dollars avec 136 pays, devenant ainsi l'institution d'aide sanitaire la plus importante pour ce qui est du nombre de pays partenaires et de la diversité de ses bénéficiaires. Les subventions du Fonds mondial se basent sur les résultats, ce qui signifie que les décisions de financement et le renouvellement des subventions sont soumis à une évaluation rigoureuse d'indicateurs de résultats, ce qui incite fortement les systèmes de santé à améliorer leur efficacité et leur productivité³⁸.

Quand bien même des résultats ont été obtenus en matière de santé en Afrique, les progrès restent limités, répartis inégalement entre les pays et à l'intérieur même des pays et seul un petit nombre de pays africains sont en voie de réaliser les OMD³⁹.

La portée des objectifs du système national de santé est, en fin de compte, limitée par la mesure dans laquelle ces objectifs sont financièrement réalisables dans un contexte national où les objectifs en matière de santé sont souvent en concurrence avec d'autres programmes publics. Il est nécessaire d'optimiser et de rationaliser les maigres ressources nationales.

Section 2 : Le financement des systèmes de santé

Tous les pays du monde, se trouvent aux prises avec des problèmes et des choix difficiles relatifs au financement de leur système de santé. De nouveaux médicaments et d'autres

³⁷ DJIENGOUE CERDI, op.cit, P2.

³⁸OMS, Accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement liés à la santé, 2010.

³⁹Commission de l'Union Africaine, Investir dans la santé, c'est investir dans le développement économique, Addis-Abeba (Éthiopie) 24 – 27 mars 2011.

progrès techniques, l'augmentation des attentes et le vieillissement de la population se traduisent par une demande accrue et, en conséquence tendent à augmenter les coûts du système. Parallèlement, des contraintes macroéconomiques, démographiques et budgétaires limitent la mesure dans laquelle les pouvoirs publics peuvent simplement affecter des recettes publiques plus importantes à la santé. Combinées, la tendance des dépenses à augmenter et la limitation de l'aptitude des pouvoirs publics à accroître les dépenses obligent les pays à envisager de réformer la façon dont ils financent leur système de santé.

En raison de la grande diversité des contextes nationaux, il n'existe pas de modèle ou de système de financement particulier⁴⁰ qui convienne à tous les pays, cependant, quel que soit leur mode d'organisation, ils ont en commun trois fonctions principales⁴¹ :

- La collecte des contributions est le moyen par lequel le système de santé reçoit de l'argent de différentes sources ;
- La mise en commun des risques consiste à accumuler des contributions de manière que le risque de paiement des soins de santé soit réparti entre tous les membres du groupe et non pas assumé par chacun des cotisants ;
- L'achat est l'utilisation des contributions pour financer la prestation des services de santé.

Les trois fonctions sont souvent intégrées dans une organisation unique, ce qui est actuellement le cas pour de nombreux systèmes de santé dans le monde.

2.1 Les Dépenses de santé

Chaque année, 100 millions de personnes tombent dans la pauvreté parce qu'elles doivent payer directement leurs soins de santé⁴². Le financement de la santé a pour objet de dégager des fonds et de donner aux prestataires les incitations financières appropriées

⁴⁰ Kutzin Joseph : Politique de financement de la santé, un guide à l'intention des décideurs, 2008, p 2.

⁴¹ OMS, fonctions relatives au financement de la santé : www.who.int/health_financing/functions/fr.

⁴² Financement de la santé : <http://www.who.int>.

pour que toutes les personnes aient accès à des services de santé publique et de soins de santé individuels efficaces. Il faut à cet effet réduire ou éliminer le risque, pour un individu, d'être incapable de payer de tels soins ou de s'appauvrir en essayant de le faire⁴³.

La santé est un bien commun, il est normal, naturel et légitime que tous les gouvernements, quelle que soit leur couleur politique et quel que soit le pays, s'attachent à voir leurs citoyens dans le meilleur état de santé possible. Une politique de santé publique forte est le devoir et l'intérêt d'un État. Il n'y aurait, en toute logique, aucune raison de chercher à les réduire, les diminuer, ou simplement à les maîtriser.

Aborder le sujet du financement de la santé suppose que l'on aborde celui des dépenses de santé. Ces dernières années, le total des dépenses en matière de santé a représenté 11,2% du produit intérieur brut dans les pays à revenu élevé, 6,4% dans les pays à revenu moyen supérieur, 4,3% dans les pays à revenu moyen inférieur et 5,3% dans les pays à faible revenu. La part de l'Etat dans le total des dépenses en matière de santé a représenté 61,3%, 55,2%, 42,5% et 41,9% respectivement dans ces quatre types de pays. On observe que plus le développement économique d'un pays évolue, plus il dépense en soins de santé publics, la population réclamant de plus en plus une meilleure protection sociale⁴⁴.

Un pays, quel que soit son degré de développement, dès lors que sa richesse nationale croît, voit le besoin en services de santé également augmenter. Ce constat peut être fait dans tous les grands pays développés comme dans les pays émergents et les pays en voie de développement, dès lors que ceux-ci connaissent une évolution positive de leur richesse nationale.

Les pays de l'OCDE, ne représentent que 18% de la population mondiale, mais consomment 86% des dépenses mondiales de santé⁴⁵. La hausse des dépenses de santé

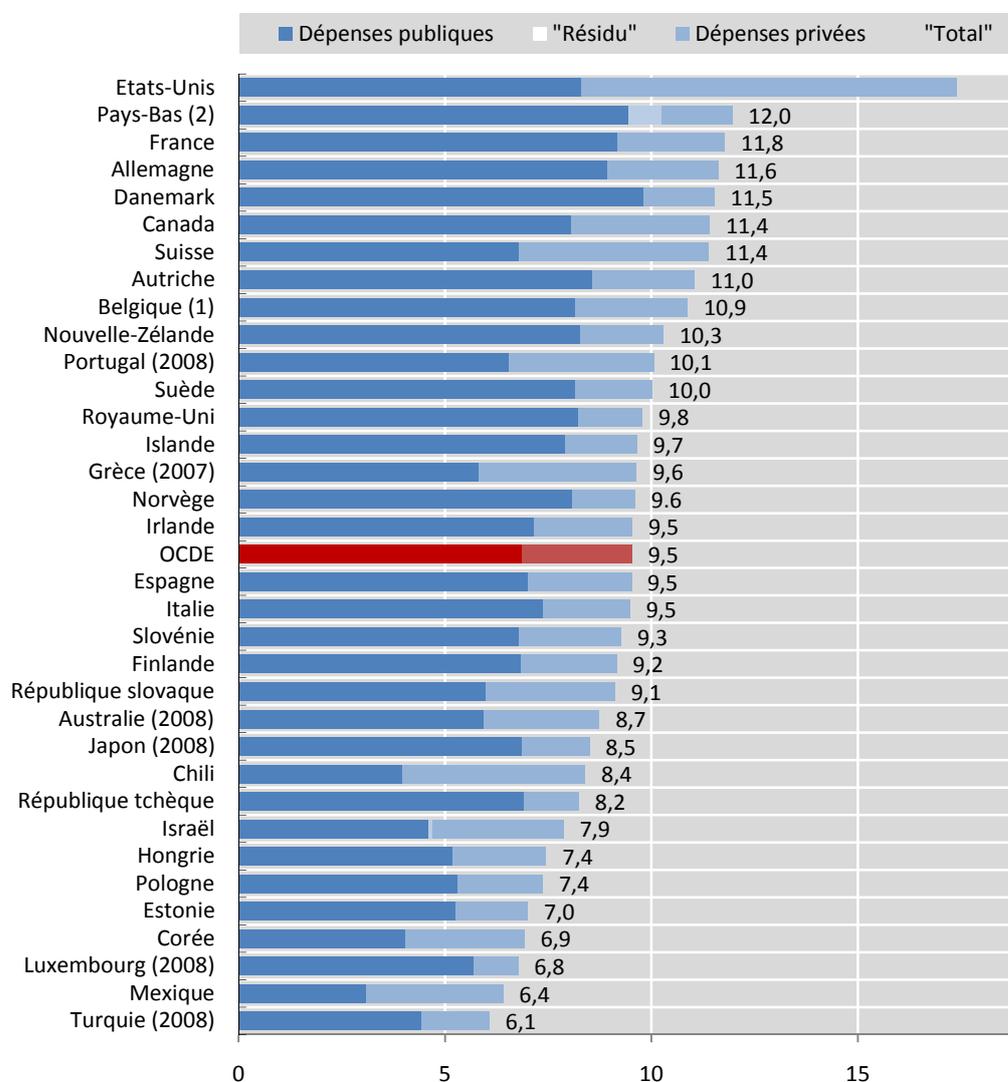
⁴³ OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2000, p 109.

⁴⁴ OMS, statistiques sanitaires mondiales 2010, p 138.

⁴⁵ A. BELGHITI Alaoui MD. MPH 36ème conférence de l'INAS, 3 Mars 2011 : Le chemin vers la couverture universelle.

en pourcentage du PIB est particulièrement prononcée dans les pays qui ont été fortement touchés par la crise internationale. En Irlande, le pourcentage du PIB alloué à la santé est passé de 7.7 % en 2007 à 9.5 % en 2009. Au Royaume-Uni, il s'est hissé de 8.4 % en 2007 à 9.8 % en 2009, toutefois elle devrait se stabiliser ou fléchir légèrement en 2011, sous l'effet de l'amélioration de la croissance économique et de la diminution des dépenses publiques de santé entreprise par les gouvernements qui s'efforcent d'endiguer leurs déficits budgétaires ⁴⁶(Cf. Figure 02).

Figure 02 : Dépenses de santé totales en pourcentage du PIB, 2009.



Source : Base de données de l'OCDE Sur la santé 2011.

⁴⁶ La réforme de l'assurance maladie : <http://www.vie-publique.fr>.

Les dépenses de santé par habitant ont augmenté en moyenne dans la zone OCDE de 3.8 % en 2008 et de 3.5 % en 2009. Les États-Unis ont conservé leur grande longueur d'avance, avec des dépenses de santé par habitant s'élevant à \$7 960, soit deux fois et demie la moyenne de l'OCDE qui se monte à \$3 223 USD, les pays dont les dépenses de santé par habitant sont les plus élevées appartiennent principalement à la Région des Amériques et à la région européenne de l'OMS.

Les dépenses publiques de santé ont enregistré une progression encore plus rapide, avec un taux moyen de 4.8 % en 2008 et de 4.1 % en 2009, les dépenses privées ont elles aussi poursuivi leur ascension dans la plupart des pays, à un rythme toutefois plus lent (1.9 % en 2008 et 2.7 % en 2009)⁴⁷. En France, le niveau des dépenses publiques de santé est l'un des plus élevés au monde : avec 9,1 % du PIB en 2009. Il est le troisième plus élevé de l'OCDE, après le Danemark et les Pays-Bas. Ces dépenses importantes reflètent le haut niveau de protection offert par l'assurance maladie, qui prend en charge une part élevée des dépenses de santé, mais également la progression non maîtrisée de ces dépenses. Malgré la réforme de l'organisation de la Sécurité sociale en 1996, les dépenses d'assurance maladie en France progressent à un rythme supérieur à celui du PIB, mais également à celui des recettes d'assurance maladie (cotisations sociales et impôts), ce qui provoque des déficits récurrents (11 milliards d'euros en 2003 et 11,6 milliards en 2004)⁴⁸.

Les dépenses de santé ainsi que l'utilisation des services de santé par habitant varient considérablement entre les différents pays du monde et au sein même de ces pays. La part des paiements directs pour la santé reste à un niveau inacceptable, pouvant atteindre 80 % dans certains pays. De ce fait, plus de 150 millions de ménages dans le monde sont confrontés chaque année à des dépenses catastrophiques suite à des problèmes de santé, et près de la moitié sont poussés vers la pauvreté, en raison des paiements directs dont ils doivent s'acquitter pour les services de santé.

⁴⁷ OMS, Financement de la santé, Novembre 2010, Faits et chiffres.

⁴⁸ OCDE, Base de données de l'OCDE sur la santé 2011, <http://www.oecd.org>.

Des études sur l'équité menées dans plusieurs pays à revenu intermédiaire ont révélé que jusqu'à 5 % des ménages devaient faire face à des dépenses catastrophiques suite à des problèmes de santé. Pour certains groupes vulnérables, les risques sont encore plus importants. Si 49 des pays les plus pauvres du monde allouaient 15% de leurs dépenses publiques pour la santé, cela pourrait doubler le montant de leurs dépenses de santé, et représenterait un total de 15 milliards de dollars supplémentaires par an pour la santé.

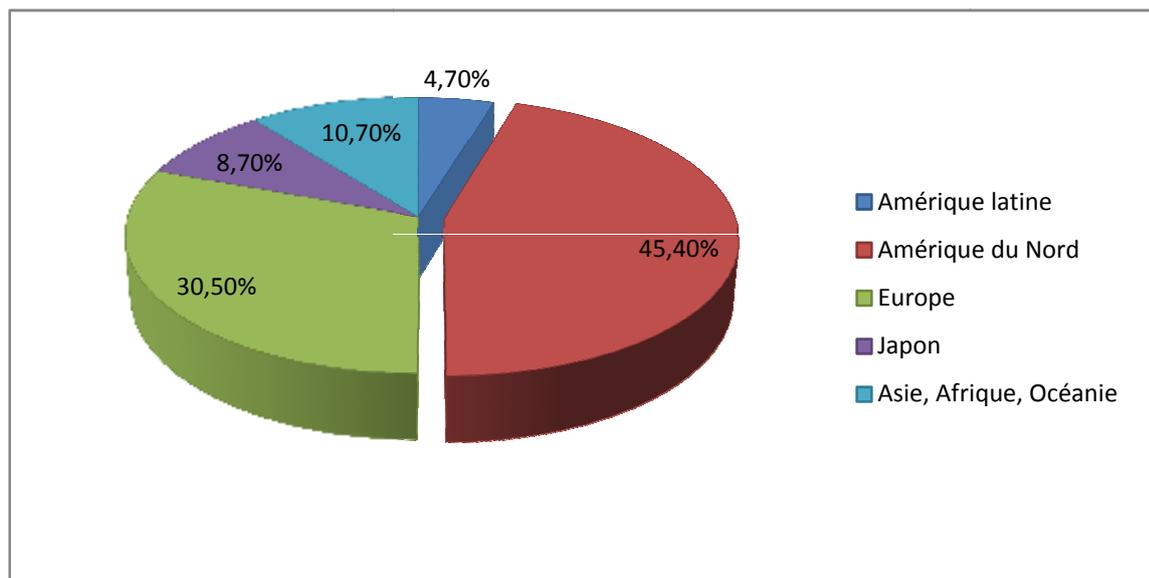
En général, entre 20 et 40% des dépenses en santé sont gaspillées, ce qui prive un grand nombre de personnes des soins dont elles ont absolument besoin. Le sur-paiement constitue une forme de gaspillage, Par exemple, les prix des médicaments sont à certains endroits jusqu'à 67 fois supérieurs aux prix moyens internationaux, ce qui limite les ressources financières destinées à d'autres services de santé. Une meilleure utilisation des médicaments permettrait aux pays d'économiser jusqu'à 5% de leurs dépenses en santé⁴⁹.

Le marché mondial du médicament est dominé par les Etats-Unis représentant 46 % des ventes mondiales, loin devant l'Europe (31%) et le Japon (9%). Ces disparités de la concentration de marché mondial du médicament s'expliquent en grande partie par la distribution inégale des capacités de production entre les pays développés et ceux en voie de développement (Cf. Figure 03).

Si le marché américain reste toujours le premier marché avec près de 50% de la part du marché pharmaceutique mondial, sa prédominance diminue et les pays émergents prennent le relais de l'Europe de l'Ouest, où les cinq principaux marchés (France, Allemagne, Italie, Espagne, Royaume-Uni) voient leurs performances se ralentir. Parmi les pays émergents se situent l'Inde, le Brésil et la Turquie⁵⁰.

⁴⁹ OMS, « Rapport sur la santé dans le monde 2010, Le financement des systèmes de santé : Le chemin vers une couverture universelle », Genève, 2010.

⁵⁰ MEKBEL Anissa : Essai d'évaluation de la consommation du médicament générique par rapport au princeps en Algérie : Enquête auprès des ménages de la ville de Bejaïa, Mémoire de Magistère en Sciences Economiques, Université de Bejaïa, 2009, p71.

Figure 03 : Le marché mondial de médicaments par zone géographique, en 2007.

Source : Leem : le marché mondial : en 10 ans, la part de l'Europe a beaucoup décliné, 2007 : www.leem.org

En 2007, le marché de médicaments est évalué à 712 milliards de dollars, contre moins de 200 milliards de dollars en 1990. Les ventes mondiales de médicaments ont connu une croissance soutenue sur la période 1998-2007. Elles ont été multipliées par plus de 2 avec un taux de croissance moyen de 9 % par ans.

Il est à noter que le médicament générique prend une place de plus en plus prépondérante dans un nombre important de pays. Aux USA, il représente, en valeur 17 Milliards de Dollars, sur un marché global mondial du générique de 50 Milliards de US \$ soit 34 % en valeurs de l'ensemble du marché⁵¹.

La part des génériques dans les prescriptions européennes s'établit autour de 15 % et atteint près de 40 % en Allemagne et aux Etats-Unis⁵². En France la stratégie adoptée qui prévoit un recours aux médicaments génériques plutôt qu'aux marques d'origine, a permis de réaliser une économie de l'ordre de 2 milliards de dollars en 2008⁵³.

⁵¹ Ministère de la PME ET DE L'Artisanat : Commission Européenne, Analyse de la Filière Industrie Pharmaceutique, Algérie 2007, Rapport principal, p21.

⁵² <http://www.doctissimo.fr/html/medicaments>.

⁵³ OMS, «L'OMS engage tous les pays à renforcer le financement de la santé » : <http://www.who.int>.

Le mode de financement du système de santé est un facteur crucial qui détermine l'état de santé et le bien-être de la population. Les politiques de financement doivent donc essentiellement porter sur les moyens de mobiliser, équitablement, suffisamment de ressources en faveur de la santé.

Il faut reconnaître que l'élément déterminant pour avoir de meilleurs systèmes de santé tient aux politiques de financement de la santé des pays eux-mêmes et que de nouveaux mécanismes innovants de financement ne seront efficaces qu'à la condition qu'ils soient liés à de meilleures politiques intérieures dans les pays et qu'il les encourage⁵⁴.

2.2. Mécanismes de financement de la santé : Méthodes de financement novatrices

La méthode de financement concerne la manière dont les ressources financières sont mobilisées et la manière dont elles sont utilisées. Cette méthode présente des aspects multiples, dans la mesure où elle concerne des facteurs différents comme:

- L'approche de la mobilisation des ressources financières;
- Les caractéristiques institutionnelles et organisationnelles de la structure des prestations;
- L'affectation des ressources.

Les approches adoptées pour mobiliser les ressources comportent d'ordinaire un mélange de fiscalité générale, de prélèvements au bénéfice des systèmes publics de soins de santé et de cotisations à des régimes privés d'assurance maladie. Les principales méthodes de financement des soins de santé sont le système national d'assurance maladie, les recettes fiscales générales, l'assurance communautaire et les dépenses non remboursées. Le choix de la méthode dépendra de l'entité qui assume la charge financière, du montant des ressources disponibles et de l'entité qui gère l'affectation des ressources. Par exemple, la

⁵⁴ Keizo Takemi et Michael R. Reich : Le G8 et la santé dans le monde: l'architecture émergente du Sommet de Hokkaido-Toyako, 1 Janvier 2009, p95.

mobilisation de ressources par le biais des recettes fiscales générales implique que le groupe cible auquel les ressources sont affectées et les dépenses de santé sont consacrées en principe à la population dans sa totalité. Le choix de la manière dont les risques sont mis en commun et des personnes qui bénéficient de la protection détermine en dernier ressort quels seront ceux qui peuvent accéder à des services médicaux coûteux.

L'approche du financement qui est retenue devrait permettre la collectivisation du risque qui contribue à atteindre les objectifs plus larges d'équité, de solidarité et d'accessibilité économique⁵⁵. En général Il n'y a pas de système de collecte des contributions meilleur que les autres en toutes circonstances ou qui présente de nets avantages du point de vue des résultats sanitaires, de la réponse aux besoins des patients et de l'efficacité. D'ailleurs, 15 des pays de l'OCDE ont un système où l'assurance maladie obligatoire domine, 12 ont un système fondé sur l'impôt et 3 un système mixte⁵⁶.

Le financement par l'impôt se distingue souvent par son efficacité concernant la perception des recettes, car les fonds passent directement du ministère des finances à celui de la santé, pour être ensuite affectés aux services de santé ou aux districts du pays. En revanche, l'assurance maladie obligatoire peut s'avérer une méthode de financement plus transparente, car les ménages et les entreprises cotisent directement et bénéficient d'un ensemble de prestations prédéfini. Quand il existe plusieurs caisses d'assurance, les particuliers peuvent être en partie libres de s'affilier à celle de leur choix. Mais dans les pays pauvres où le secteur non structuré est très important, il est difficile de savoir combien les gens gagnent et, par conséquent, de prélever les impôts et les cotisations à l'assurance maladie (Cf. Figure 04).

⁵⁵ DROUIN Anne, op.cit, pp2-3.

⁵⁶ OMS, Atteindre la couverture universelle : Le développement du système de financement ; Résumés techniques pour décideurs N°1, 2005.

Figure 04 : Avantages et inconvénients des principales méthodes de financement des soins de santé.

Principales méthodes de financements des soins de santé	Avantages	Inconvénients
Financement des soins de santé par l'impôt	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en commun des risques pour 100% de la population. - Redistribution intégrale entre risque élevé et faible et catégories à revenu élevé et faible dans la population concernée. - Potentialités d'efficacité Administrative et de maîtrise des coûts. 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de financement instable et, souvent, sous-financement suite aux dépenses publiques concurrentes. - Peut être inefficace en raison du manque d'incitations concurrentielles pour les prestataires de soins de santé et du risque de supervision publique inefficace.
Assurance maladie sociale (y compris la micro-assurance ⁵⁷ et les régimes communautaires ⁵⁸)	<ul style="list-style-type: none"> -Génère des recettes stables. -Souvent fort soutien de la population. -Donne accès à un vaste éventail de services -Implication des partenaires sociaux. -Redistribution entre risque élevé et faible et catégories à revenu élevé et faible dans la population concernée. 	<ul style="list-style-type: none"> -Sauf subventionnement par l'Etat, les pauvres sont exclus. -Les cotisations prélevées à la source peuvent affaiblir la compétitivité et accroître le chômage. -Complicquée à gérer. -La gouvernance et la responsabilité peut laisser à désirer. -Peut entraîner une inflation des prix si des mécanismes de contrat efficace ne sont pas mis en place. -Les régimes Communautaires peuvent être financièrement vulnérables s'ils ne sont pas appuyés par des subventions nationales
Assurance maladie privée	<ul style="list-style-type: none"> -Préférable aux prestations non remboursées. -Renforce la protection financière et l'accès aux services de santé pour ceux qui sont en mesure de payer. -Encourage une meilleure qualité et une meilleure efficacité- coût des soins de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> -Coûts administratifs élevés. -Inefficace pour réduire les pressions sur les coûts subies par les systèmes publics de financement de la santé. -Inéquitable sans primes subventionnées ou réglementation du contenu et du prix de l'assurance.

Source : DROUIN Anne ; Méthodes de financement des soins de santé : Une utilisation rationnelle des mécanismes de financement pour assurer une couverture universelle, Rapport technique 05, Genève, AISS, 2006, p13.

⁵⁷ La micro-assurance est un mécanisme de protection des personnes à faibles revenus contre les risques (accident, maladie, décès dans la famille, catastrophe naturelle...) en échange du paiement de primes d'assurance adaptées à leur besoin et niveau de risque.

⁵⁸ Le concept d'assurance-maladie peut ne pas toujours être compris immédiatement. En fait, les régimes d'assurance-maladie communautaires diffèrent des groupes d'assistance mutuelle traditionnels dont le concept clé est la « réciprocité généralisée ». Les régimes d'assurance maladie communautaires n'apportent un soutien qu'en cas de maladie et appliquent donc le principe de « réciprocité conditionnelle ».

Quel que soit le type de système, il faut donc choisir avec soin les méthodes qui vont permettre de collecter équitablement les contributions et de garantir un accès équitable aux services. L'OMS recommande le recours à des mécanismes prépayés (par exemple assurances et/ou taxes) pour collecter des fonds, puis la mise en commun des ressources pour garantir l'accès et répartir les risques financiers. Actuellement 27 pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE) assurent un accès universel aux services de santé au moyen de fonds mis en commun et accompagnés de paiement directs et limités⁵⁹.

Tous les systèmes de financement de la santé font face à des problèmes similaires : fournir les services de santé ou les acheter, définir les prestataires et choisir les mécanismes de financement. La plupart des systèmes allient plusieurs méthodes de prestation de services faisant appel à la fois aux prestataires publics et aux prestataires privés à but lucratif ou non lucratif.

Quoi qu'il en soit, une bonne gestion des affaires publiques et une forte volonté politique d'entreprendre les réformes nécessaires sont essentielles.

Au cours des dernières années, plusieurs systèmes de santé financés par l'impôt ont modifié l'organisation des soins et les mécanismes d'allocation et de paiement à l'intérieur du système public, afin de créer des conditions permettant de tirer les mêmes avantages que les systèmes d'assurance sociale –sans pour autant modifier les sources principales de revenu-. En Grande-Bretagne, au cours des dernières années, des réformes ont été engagées mais jamais le principe du financement par l'impôt n'a été remis en cause. Toutefois, l'Espagne et l'Islande ont progressivement délaissé l'assurance sociale pour un financement de nature fiscale, au cours des années soixante-dix et quatre-vingt.

L'augmentation de la demande, le coût sans cesse plus élevé des soins, le perfectionnement rapide des techniques et les possibilités limitées de collecte de fonds par le biais de la fiscalité classique exigent de trouver de nouvelles sources de

⁵⁹OMS, Financement de la santé, Novembre 2010, Faits et chiffres : <http://www.who.int>.

financement. Les pays ont continuellement besoin d'adapter leurs systèmes de financement afin de collecter des fonds suffisants pour leurs systèmes de santé.

Les Options nationales de financement innovant sont nombreuses⁶⁰ :

- Une taxe/ prélèvement imposée à certaines grandes entreprises économiques dans le pays.
- Un impôt sur les opérations de change sur les marchés de devises.
- Obligations de l'État proposées à la vente aux concitoyens qui vivent à l'étranger.
- Un impôt sur toutes les transactions liées aux comptes bancaires ou sur les transactions de versement.
- Les contributions de solidarité permettraient aux individus et aux entreprises de faire des dons volontaires par le biais de leur facture mensuelle de téléphone portable.
- Un impôt indirect sur les produits du tabac, sur les produits alcoolisés.
- Vente de produits ou services franchisés semblable au Product RED du Fonds Mondial, par lequel les entreprises sont autorisées à vendre des produits dont une partie des profits va à la santé. Il s'agit d'une initiative amorcée par des chanteurs et la dette commerciale du sida (DATA) pour amasser de l'argent pour le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.
- Taxe touristique : Un impôt sur le tourisme serait collecté pour les activités liées en grande partie aux visiteurs internationaux.

⁶⁰ <http://www.medicalnews.com.tn>.

Ces nouvelles sources de revenus peuvent accroître les finances de la santé. Par exemple, une augmentation de 50% de la fiscalité sur le tabac permettrait à 22 pays à revenu faible d'engranger 1,42 milliard de dollars, ce qui permettrait une hausse d'environ 10% de leurs dépenses en santé. Le gouvernement indien pourrait collecter 370 millions de dollars par an en appliquant une taxe de 0,005% sur les transactions en devises étrangères⁶¹.

Quelle que soit la façon dont les fonds sont collectés, il faut prendre des décisions éclairées sur les moyens de les mettre en commun et de s'en servir pour acheter ou fournir les services. D'avantage d'argent ne signifie pas nécessairement de meilleurs résultats. Si certains pays parviennent à avoir un système de santé plus performant moyennant des ressources financières limitées, d'autres ont moins bien réussi alors qu'ils avaient beaucoup investi dans la santé. Cette forte divergence d'un pays à l'autre en matière de performance offre la possibilité de comprendre les conditions qui font que certains systèmes de santé accomplissent davantage malgré un financement limité. C'est en partie pour cette raison qu'on trouve une si large gamme de mécanismes structurels dans les pays qui ont instauré la couverture universelle⁶².

2.3. La transition vers la couverture universelle

L'article 25.1 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, stipule que toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté⁶³.

⁶¹OMS, Financement de la santé, Novembre 2010 : Faits et chiffres <http://www.who.int/features>.

⁶²OMS, Atteindre la couverture universelle : Le développement du système de financement ; Résumés techniques pour décideurs N°1, 2005.

⁶³ OMS, Structures durables de financement de la santé et couverture universelle : EB128.R8 ; 21 janvier 2011.

La protection de la santé est devenue l'une des questions brûlantes de la politique sociale, ce qui n'est guère surprenant au vu de l'engagement de la communauté internationale de relever le niveau de santé à l'échelle mondiale, en particulier pour lutter contre la pauvreté. Or, dans sa grande majorité, la population mondiale n'a toujours pas accès à des soins de santé à un coût abordable. Actuellement, 80 pour cent de la population mondiale n'a pas accès à une couverture adéquate de sécurité sociale et 33 pour cent ne bénéficie d'aucune assurance maladie⁶⁴. Seule 1 personne sur 5 bénéficie d'une protection de sécurité sociale à grande échelle, incluant également la garantie du salaire perdu en cas de maladie, et plus de la moitié de la population mondiale manque de toute forme de protection sociale organisée. D'après l'Organisation internationale du travail (OIT), Seules 5 à 10% des personnes sont couvertes en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, alors que dans les pays à revenu moyen, les proportions de couverture varient de 20 à 60%⁶⁵.

Les États membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) se sont engagés en 2005 à développer leurs systèmes de financement de la santé afin que tout un chacun puisse accéder aux services, sans subir de difficultés financières lors de leur paiement. Cet objectif a été défini comme la couverture universelle, parfois appelée la «couverture universelle de santé»⁶⁶.

La couverture universelle signifie que tous les individus, au moment où ils en ont besoin, ont accès à des soins adaptés et d'un coût abordable, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement ou de la réadaptation. Elle suppose donc un accès équitable et une protection contre le risque financier.

Cependant, Il existe trois problèmes fondamentaux⁶⁷, étroitement liés qui empêchent les pays de se rapprocher d'une couverture universelle, le premier est la disponibilité des

⁶⁴ Association Internationale de la Sécurité Sociale, Perspectives en politique sociale 18, Initiatives internationales pour une extension de la couverture de sécurité sociale, p2 : www.issa.int.

⁶⁵ OMS, Atteindre la couverture universelle : Le développement du système de financement, Résumés techniques pour décideurs N°1, 2005.

⁶⁶ OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2010.

⁶⁷ OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2010, p9.

ressources. Aucun pays, quelle que soit sa richesse, n'a pu garantir à l'ensemble de sa population un accès immédiat à toutes les technologies et interventions pouvant améliorer la santé ou prolonger la vie. À l'autre extrémité de l'échelle, dans les pays les plus pauvres, peu de services sont disponibles pour tous.

La deuxième barrière à la couverture universelle est la dépendance excessive aux paiements directs au moment où les personnes ont besoin de soins. Ils comprennent les paiements des médicaments en vente libre ainsi que les honoraires des consultations et des interventions. Même si les personnes possèdent une assurance maladie, elles peuvent devoir payer davantage sous forme de forfait, de quote-part, de ticket modérateur ou de franchise. L'obligation de payer directement pour des services au moment du besoin même – que ce paiement soit officiel ou officieux (sous la table) – empêche des millions de personnes de recevoir les soins médicaux qui leur sont nécessaires.

Le troisième obstacle à une progression plus rapide vers la couverture universelle est l'utilisation inefficace et inéquitable de ressources.

Quel que soit le mécanisme de financement qu'un pays décide d'adopter, la transition⁶⁸ vers la couverture universelle peut prendre plusieurs années, voir plusieurs dizaines d'années. Il s'est ainsi écoulé 36 ans au Japon entre la promulgation de la première loi sur l'assurance maladie et celle qui a institué la couverture universelle, et 127 ans en Allemagne. Il a fallu aussi beaucoup de temps au Royaume-Uni pour instaurer un système universel basé sur l'impôt⁶⁹.

La rapidité du passage à la couverture universelle dépend de plusieurs facteurs. Parmi ceux qui ont tendance à accélérer la transition figurent :

- Une forte croissance économique, la population ayant alors les moyens de cotiser davantage au système de financement de la santé ;

⁶⁸ La période de transition a été définie comme étant le nombre d'années écoulées entre le vote de la première loi sur l'assurance maladie et la dernière loi pour la mise en œuvre de la couverture universelle.

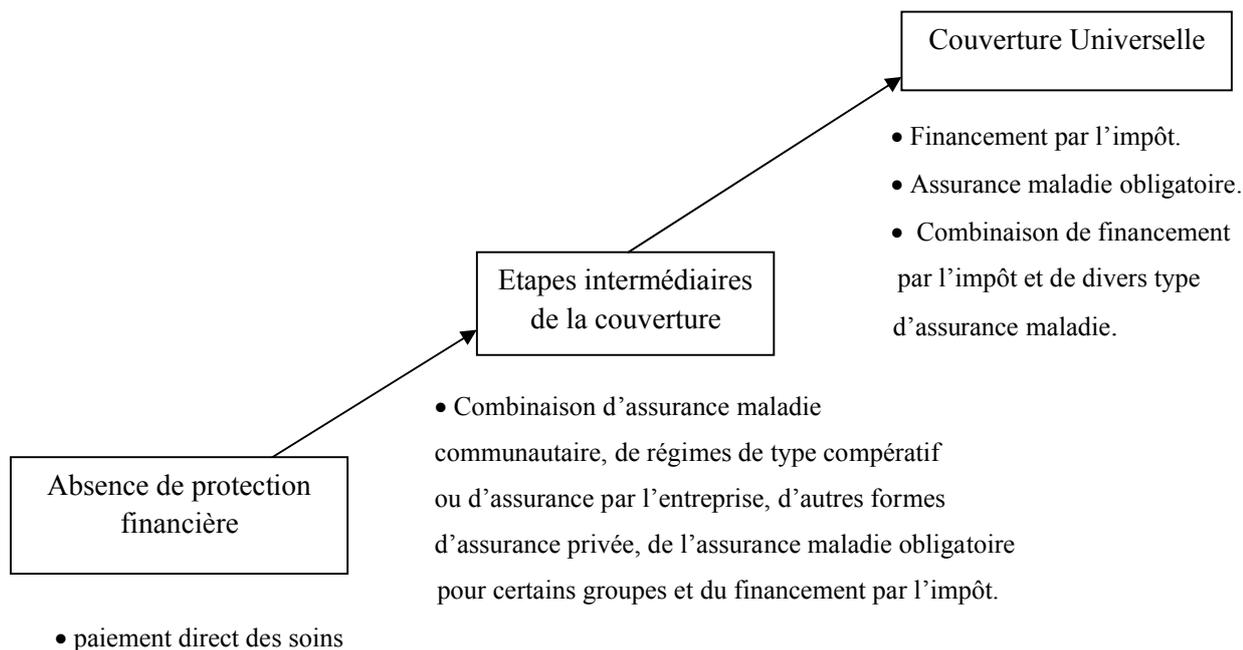
⁶⁹ OMS, Atteindre la couverture universelle : Le développement du système de financement ; Résumés techniques pour décideurs N°1, 2005.

- L'essor du secteur structuré, qui facilite l'estimation des revenus et le prélèvement des cotisations ;
- Un personnel qualifié capable d'administrer un système national.

Les autres éléments qui facilitent la transition sont l'adhésion de la société au principe de solidarité, la bonne gestion des affaires publiques et la confiance que la population fait au gouvernement.

Au début de la transition, la couverture est encore partielle et les groupes les plus pauvres sont souvent les moins bien protégés. Les frais et les honoraires dont doivent s'acquitter les ménages quand ils utilisent les services restent très importants. Dans les étapes suivantes, il faudra passer du paiement direct au paiement anticipé, en combinant éventuellement différentes formules de prépaiement, pour protéger la population des risques financiers tout en réunissant suffisamment de fonds pour fournir les services. Le prépaiement peut prendre la forme d'assurances maladie communautaires, de régime de type coopératif ou d'assurances par l'entreprise, d'autres formes d'assurance privée et d'une assurance maladie obligatoire pour certaines catégories de personnes.

Presque toutes les formules nécessiteront le maintien d'un financement plus ou moins important par l'impôt (Cf. Graphique 01).

Graphique 01 : La transition vers la couverture universelle.

Source : OMS, Atteindre la couverture universelle : Le développement du système de financement ; Résumés techniques pour décideurs N°1, 2005.

Toutefois, ce n'est pas seulement la durée totale de la période de transition qui est importante. Il faut aussi prendre en compte l'évolution du pourcentage de la population qui sera couverte pendant cette période. De plus, il faut garder à l'esprit que l'extension de la couverture à certains groupes de la population est plus difficile qu'à d'autres groupes (par exemple, les travailleurs occasionnels et les travailleurs indépendants).

Plusieurs pays bénéficiant actuellement d'un système de couverture universelle ont souvent mis des dizaines d'années à le mettre en œuvre. Si la décision se porte sur la voie de l'AMO, il a fallu 40 ans en Autriche (de 1890 à 1930) pour passer de 7% à 60%, mais 35-37 ans supplémentaires (de 1930 à 1965-67) ont été nécessaires pour couvrir les agriculteurs et les fonctionnaires, afin d'atteindre 96% de couverture. De même, en Allemagne, la couverture a augmenté de 10% à 50 % en 47 ans (de 1883 à 1930), mais 58 années supplémentaires ont été nécessaires pour augmenter la couverture à 88%, et inclure, entre autres, les travailleurs indépendants dans l'AMO. Au Costa Rica, il a fallu vingt ans pour atteindre un niveau de couverture de la population de 17% (en 1961), mais

seulement 5 ans pour doubler cette couverture et arriver à 34% de couverture de la population (en 1966). Cette dernière augmentation fut la conséquence immédiate d'une loi votée en 1961 qui a introduit le principe de l'universalité. Plus de 10 ans ont été quand même nécessaires pour doubler à nouveau la couverture de la population; en 1978 elle s'élevait à 74%. En 1991, un niveau de 83,4% fut obtenu. Il a donc fallu 13 ans pour rajouter quelques 10% de la population.

Toujours au Costa Rica, des efforts spéciaux ont été nécessaires afin d'étendre la couverture aux travailleurs indépendants et à la population pauvre à bas salaires, et encore plus de temps pour faire adhérer systématiquement ces groupes de la population⁷⁰. Et c'est en Chine, en Thaïlande, en République de Corée (Corée) et aux Philippines que l'on observe les plus grandes avancées en matière de couverture universelle de soins de santé. Dans ces derniers cas, il est à noter que l'extension de la couverture de soins de santé s'est appuyée sur l'utilisation de systèmes pluralistes et de modèles de financement mixte⁷¹.

De récentes réformes du financement de la santé aux Etats-Unis étendront d'ici 2019 la couverture de l'assurance à 32 millions de personnes qui n'étaient pas assurées auparavant. De nombreuses stratégies seront utilisées ; par exemple les assureurs privés ne pourront plus par exemple rejeter des demandeurs sur la base de leur état de la santé, et les cotisations des particuliers et des familles moins fortunées seront subventionnées⁷².

En tant que système, est au cœur des liens qu'entretiennent santé et développement. Ce rôle d'interface joué par la santé entre croissance économique et développement humain doit alors être entretenu et renforcé par des politiques de santé qui modifient à la fois l'organisation et le fonctionnement de système de santé⁷³.

⁷⁰OMS, Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire : problématiques conceptuelles clé durant la période de transition, Geneva, January 2004, p6.

⁷¹ Association Internationale de la Sécurité Sociale, Perspectives en politique sociale 09, p2 : www.issa.int.

⁷² OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2010.

⁷³ Banque Mondiale, Rapport sur le développement dans le monde. Investir dans la santé, 1993.

Globalement nous sommes loin d'avoir réalisé une couverture universelle de santé. Mais les pays de tous les niveaux de revenu ont récemment fait de grands progrès vers cet objectif en collectant davantage de fonds pour la santé, en les regroupant pour répartir plus efficacement les risques financiers et en devenant plus efficaces.

Le lancement, à l'échelle maghrébine, d'une étude sur des possibilités de financement de la santé afin d'assurer un accès équitable aux services pour toutes les couches sociales, assurant le mieux possible une égalité devant la maladie et une meilleure justice sociale sur le modèle des réflexions sur l'élaboration d'une couverture santé universelle, pourrait constituer un préalable mobilisant les acteurs de la protection sociale et de la recherche.

Chapitre II

Organisation des systèmes de
santé dans les pays du
MAGHREB

(Algérie, Maroc, Tunisie)

CHAPITRE II: ORGANISATION DES SYSTEMES DE SANTE DANS LES PAYS DU MAGHREB

Les systèmes de santé dans leur développement et leur évolution sont intimement liés aux caractéristiques du pays et à son contexte historique, économique et socioculturel ; ainsi les systèmes de santé des pays du Maghreb sont marqués par le contexte historique et ils sont le reflet des valeurs socioculturelles qui les distinguent.

L'Algérie, le Maroc et la Tunisie 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. Cependant quel que soit la stratégie adoptée, ils accordaient une large place à l'édification d'un système de santé moderne, capable de prendre en charge les nombreux besoins d'une population dont l'état sanitaire, hérité des autorités coloniales, était médiocre.

Quelle que soit la nature du système de santé, l'Etat est présent aux différents échelons de sa régulation. Cela tient au fait que la santé n'est pas un bien ordinaire, et que l'Etat est le garant de l'équité et de la justice sociale quant à la contribution au financement et à l'accès aux soins. Dans ce sens, assurer l'égalité de l'accès aux soins de tous les citoyens est l'une de ses missions principales.

Section 1 : Le système de santé algérien

Durant les années d'occupation, la population algérienne, en grande partie rurale, se caractérisait par une grande pauvreté, un accès limité à l'emploi, aux services de santé et d'éducation, une protection sociale insuffisante, voire inexistante pour une grande majorité. Cette situation résultait d'une politique systématique de ségrégation et d'exclusion. La justice sociale, l'accès à des conditions de mieux-être et l'égalité des

droits ont donc, tout naturellement, constitué l'essentiel des revendications de la population, durement éprouvée par une longue lutte pour l'indépendance.

Aussi, pour répondre à ces demandes, la politique de développement mise en œuvre dans la période postindépendance alliait très étroitement politique économique et politique sociale. Cette politique consacrait le principe du développement humain comme objectif final de toute entreprise économique. Dans cette perspective, des programmes spéciaux de développement visant à désenclaver les régions déshéritées et les doter d'infrastructures ont été appliqués tout comme ont été dégagés d'importants budgets destinés au développement social.

L'équité dans l'accès aux soins et, de façon plus précise, dans l'accès aux prestations du secteur public, est alors une préoccupation majeure, constamment réaffirmée et plus ou moins bien réalisée à travers une politique d'extension de l'offre¹.

1.1. Organisation du système de santé

L'Algérie, durement éprouvée par l'histoire, s'est engagée dans une stratégie de développement sanitaire originale, basée sur le principe de la « médecine gratuite » instituée par ordonnance le 1 janvier 1974. Les aspects positifs indéniables liés à cette mesure ont néanmoins engendrés certains effets négatifs se traduisant par un relâchement des activités préventives au profit des actes curatifs, et par l'abondance des supports de gestion et d'évaluation dans les établissements de soins².

Afin d'étendre la couverture sanitaire, d'importants investissements au niveau des infrastructures et des ressources humaines ont été consentis, en particulier dans la décennie 80³.

¹ Conseil National Economique et Social (CNES), Ed. DIWAN : Rapport National sur le Développement Humain, 2006, p12.

² BENKACI Youcef : Rapport d'étape sur le processus de contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale- MSPRH Cabinet-, 28-12-2011, p1.

³ OUFRIHA Fatima-Zohra : Système de santé et population en Algérie, Ed. ANEP 2002, p26.

A l'instar de la carte sanitaire adoptée en France en 1970, l'Algérie adoptait une carte nationale sanitaire en 1981 en ayant à l'esprit la nécessité de corriger les disparités entre les régions et entre les villes et les campagnes. La carte sanitaire a consacré une hiérarchie des soins à quatre niveaux.

- Niveau A. soins hautement spécialisés
- Niveau B. soins spécialisés
- Niveau C. soins généraux
- Niveau D. soins de premier recours⁴

L'offre publique est représentée dans le tableau suivant.

Tableau 01 : Infrastructure sanitaire publique.

Structures de santé	Nombre	
	1962 ⁵	2006 ⁶
CHU		13
EHS		31
Hôpitaux généraux	156	224
Polycliniques	0	504
Centres de santé et salles de soins	188	5368
CMS (centre médico-social)		515
Unité de santé scolaire		1121
Unité de santé universitaire		80
Centre de transfusion sanguine		120
Officines de pharmacie		989

Source : Ministère de la santé, MSPRH

En 2006 l'infrastructure hospitalière publique totalise environ 54000 lits. La couverture en lits d'hospitalisation se situe à 1,88 pour 1000 habitants contre 4 en 1966⁷.

⁴ BRAHAMIA Brahim : Evolution et tendances des systèmes de santé. OCDE- Europe de l'Est- Maghreb, Editions Bahaeddine, 2010, pp 356- 358.

⁵ OUFRIHA Fatima Zohra : Système de santé et population en Algérie, Ed. ANEP 2002, p74.

⁶ MSPRH, Direction des finances et des moyens : Monographie des établissements de santé, Année 2006.

Les taux d'occupation sont très faibles. Les différents niveaux de soins ne sont pas utilisés de manière optimale. Les établissements de soins primaires et secondaires sont sous-utilisés car de nombreux patients ont directement recours aux CHU ou aux établissements hospitaliers spécialisés (EHS)⁸. Cette situation engendre des coûts additionnels. La qualité des soins semble également perfectible, comme en témoignent le taux élevé d'infection nosocomiale, ou encore les pannes fréquentes d'équipements médicaux.

En outre, en raison de la qualité insuffisante des prestataires publics, et de l'éloignement de la population globale (27,92% se trouve à plus de 5 km) d'un établissement de soins, le secteur privé se développe rapidement. Ce qui constitue une source importante d'inégalité⁹.

Depuis l'ouverture du secteur de la santé au privé en 1988(décret 88-204), on note une très nette multiplication des cliniques privées, cabinet et centre radiologiques sur tout le territoire Algérien. 390 cliniques sont opérationnelles en 2009 avec 7200 lits contre 221 cliniques en 2006. L'armée dispose également de ses propres structures de santé qui dépendent de la Direction Centrale des Services de Santé Militaire au sein du Ministère de la Défense Nationale¹⁰.

La mise en place d'un système de soins de santé moderne a constitué un objectif majeur de l'Algérie. La nouvelle appellation attribuée au ministère de la Santé le 17 juin 2002 – ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière – indique la volonté du pouvoir politique d'impliquer largement le secteur de la santé dans la dynamique des réformes qui doivent en premier lieu bénéficier à la qualité de vie de tous les citoyens, qu'il s'agisse des usagers du système de santé ou de ses

⁷ MSPRH, Direction des finances et des moyens.

⁸ BRAHAMIA Brahim, Evolution et tendances des systèmes de santé. OCDE- Europe de l Est- Maghreb, Bahaeddine Editions 2010, p368.

⁹ République Algérienne démocratique et populaire, MSPRH, Institut National de Santé Public, transition épidémiologique et système de santé, projet TAHINA (contrat n° ICA3-CT-2002- 10011), Novembre 2007 ; p 42.

¹⁰ Le marché de la santé en Algérie, Missions économiques, Ambassade de France en Algérie, novembre 2006.

prestataires. Pour cela, il devient nécessaire de modifier positivement les modes actuels d'organisation, de gestion et de fonctionnement des établissements de santé¹¹.

La politique de développement de l'Algérie indépendante a permis l'édification d'une infrastructure sanitaire diversifiée et décentralisée, tenant compte des aspects socioéconomiques, géographiques et épidémiologiques.

Le décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité, transforme les Secteurs Sanitaires (comprenant hôpitaux, polycliniques et dispensaires) en établissement public hospitalier (EPH) et en établissements publics de santé de proximité (EPSP). Cette nouvelle carte sanitaire permet une décentralisation de la gestion des polycliniques et dispensaires¹².

Entre 2009 et 2025 le gouvernement a consacré au secteur de la santé 20 milliards d'euros d'investissement. Ce montant sera consacré, à la construction de nouvelles infrastructures sanitaires, à la modernisation des hôpitaux existants et également à augmenter la capacité d'accueil des structures sanitaires en les doublant d'ici à 2025¹³.

En 2010, il existe.

- 271 EPSP
- 15 CHU-EHU (14+1) (centre hospitalo-universitaire –établissement hospitalier universitaire)
- 209 EPH-EH (195+14) (établissement hospitalier)
- 65 EHS (établissement hospitalier spécialisée)

La capacité litière d'hospitalisation est estimée à près de 63 000. Le taux d'occupation de lits par habitant est de 1,7 pour 1000¹⁴.

¹¹ SAIHI Abdelhak : Le système de santé publique en Algérie : Analyse et perspectives, ENMAS, Dossier Documentaire, Avril 2006, p 243.

¹² ABBOU Youcef : Essai d'analyse de la maîtrise des dépenses de santé en Algérie, Mémoire de Magistère en Sciences Economiques, Université A-MIRA de Bejaia, 2010, p35.

¹³ www.algerie-focus.com/2009/09/10/medicaments-genériques.

¹⁴ MSPRH, Direction des finances et des moyens : Monographie des établissements de santé, Année 2010.

La demande en soins spécialisés s'est accélérée sous l'effet de plusieurs facteurs dont l'amélioration de l'accès aux soins de base, l'émergence des maladies chroniques, l'orientation curative exagérée des services de santé et le progrès des sciences et techniques médicales.

Plusieurs contraintes sont à relever dans l'offre de soins dans les structures sanitaires publiques, lune de ces nombreuses contraintes réside dans l'insuffisance de la couverture médicale.

Au lendemain de l'indépendance, en effet, et à l'instar des autres secteurs d'activités, le secteur de la santé a été déserté par la grande majorité des cadres d'origine européenne qui en constituaient l'ossature principale. En 2010¹⁵ le pays dispose de 28 652 médecins (20 963 généralistes, 7 689 spécialistes) avec une densité de 1 médecin pour 757 habitants contre 1 médecin pour plus de 25000 habitants en 1967, 6521 chirurgien dentiste (1 pour 2515 contre 1 pour 14500), 757 pharmaciens (1 pour 3141 contre 1 pour 80 000) et 103 663 cadres paramédicaux (1 pour 290 contre 1 pour 1000)¹⁶.

L'équité dans l'accès aux soins et, de façon plus précise, dans l'accès aux prestations du secteur public, est alors une préoccupation majeure, constamment réaffirmée et plus ou moins bien réalisée à travers une politique d'extension de l'offre¹⁷. Aussi, pour répondre à cette demandes, la politique de développement mise en œuvre dans la période postindépendance alliait très étroitement politique économique et politique sociale. Cette politique consacrait le principe du développement humain comme objectif final de toute entreprise économique. Dans cette perspective, des programmes spéciaux de développement visant à désenclaver les régions déshéritées et les doter d'infrastructures ont été appliqués tout comme ont été dégagés d'importants budgets destinés au développement social.

¹⁵ MSPRH, Service Planification.

¹⁶ BOULAHBAL Bachir : L'Algérie de demain, Relever les défis pour gagner l'avenir, Décembre 2008, p 4.

¹⁷ CNES, Rapport National sur le Développement Humain, Ed .DIWAN, 2006, P12.

1.2. Equité et offre de soins

La prise en charge de la santé des habitants figurait dans les principaux textes doctrinaux ; la Charte Nationale de 1976 stipule : « L'Etat a la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population ». Ce principe est réitéré par la constitution en son art 67 : « Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. Ce droit est assuré par un service de santé général et gratuit... ». On relève dans ce texte la prise en compte par le législateur des déterminants sanitaires, en stipulant que le droit à la santé repose sur « ...l'extension de la médecine préventive, et l'amélioration constante des conditions de vie et de travail,.. »¹⁸.

Le développement humain en Algérie a été une préoccupation constante des pouvoirs publics. Le développement social recherché devait configurer les structures économiques en cohérence et en harmonie avec les besoins sociaux fondamentaux de la population.

Le retour de la croissance économique en 2000 associé à une politique de transferts sociaux massifs, ont permis à la population de tirer profit pour accéder au logement, à l'éducation, à la santé, à l'énergie et aux produits alimentaires de première nécessité.

Les indicateurs sociaux sont globalement bien orientés. Le PIB par habitant est passé de 1.801 dollars en 2000 à 5.021 dollars en 2008. Les dépenses globales en matière de transferts sociaux sont passées de 0,60 milliard de dinars à 436,8 milliards de dinars entre 1964 et 2003. Ces dépenses représentent 4,3pourcent de la richesse nationale

¹⁸ BRAHAMIA Brahim : Evolution et tendances des systèmes de santé. OCDE- Europe de l Est- Maghreb, Bahaeddine Editions 2010, p354.

produite en 1964 et 10 pourcent environs en 2003¹⁹. En 2011 les transferts sociaux ont dépassé les 1.200 milliards de dinars (15 milliards de dollars)²⁰.

Les taux élevés d'investissement, réalisés dans le secteur économique public dont l'important programme complémentaire de soutien à la croissance (PCSC) pour la période 2005-2009, portant sur un montant de 4 200 milliards de DA de dépenses publiques de développement (équivalant à 55 milliards de dollars US) (dont 1900 milliards de DA concourt directement à l'amélioration des conditions de vie des populations)²¹ a permis en matière de création d'emplois 1 290 500 emplois²². Malgré les progrès réalisés, et la réduction du taux de pauvreté au niveau national de 14,1 pour cent en 1995 à 5,6 % (1 876 000 de personne pauvre) en 2006, pour s'établir à 5% en 2008²³. Le taux de chômage, très important à l'indépendance 33%²⁴ baisse régulièrement pour se situer à 10 % en 2010 (21.5 % de chômeurs dans la tranche des 16-24 ans)²⁵. L'Algérie reste cependant confrontée au défi du chômage et du manque de logements.

Au début de la décennie l'habitat précaire représentait près de 10 % du parc national de logements. La construction de plus de 2 millions d'habitations, couplée à la destruction de 150 000 logis dans les bidonvilles, a ramené ce taux à 5 %. L'État a réalisé 350 000 logements entre 1980 et 1989, et en a créé 820 000 entre 2000 et 2009. Mais l'offre reste en deçà de la demande. Dans le cadre du programme quinquennal (2010-2014), le secteur de la santé vient de bénéficier d'un soutien financier de 619 milliards DA. Une enveloppe d'environ 204 milliards d'euros est prévue pour financer la construction de 2,5 millions de nouveaux logements. Depuis fin 2010, 190 000 logements ont été livrés, 510 000 autres sont en cours de construction, et

¹⁹ Ministère des finances, Direction générale du budget, Le soutien de l'état au développement humain en Algérie, Rétrospective et état des lieux, 1999-2003, p18.

²⁰ <http://www.elmoudjahid.com>.

²¹ Algérie, 2eme Rapport Nationale sur les objectifs du Millénaire pour le développement, Septembre 2010, p28.

²² Le Gouvernement Algérien : Rapport national sur les objectifs du Millénaire pour le développement, Juillet 2005. Algérie, p 13.

²³ Algérie : 2eme Rapport Nationale, septembre 2010, p 41.

²⁴ BERRABAH Nacer : Financement et prestation de soins de santé en Algérie : l'équité du système à l'épreuve des faits, doctorat en Sciences Economiques, Université PARIS I, 02 février 1999, p 67.

²⁵ <http://www.africaneconomicoutlook.org>.

400 000 nouveaux projets sont à l'étude²⁶. En ce qui concerne les commodités dont les logements sont pourvus, à savoir l'accès à l'eau. 83% de la population utilisent des sources d'eau de boisson améliorées et 95% utilisent un assainissement amélioré²⁷.

Au niveau de l'universalisation de l'enseignement primaire et de l'expansion de l'accès aux autres niveaux de l'éducation, l'Algérie a enregistré d'importants succès. Le taux net de scolarisation obligatoire des 6-15 ans a atteint les 95,11 pour cent en 2009. Le taux d'analphabétisme des 15 ans et plus a baissé de 33%. Le développement du système est assuré presque entièrement par l'Etat qui lui a toujours consacré 16 à 20% de son budget total²⁸. Un fait incontournable s'impose au secteur de l'éducation; il doit évoluer proportionnellement à la croissance démographique.

Malgré la chute de son taux de croissance à près de 2%, la population estimée à plus de 28 millions d'habitants, a doublé en 30 ans. Elle a atteint 31 millions d'habitants en l'an 2000, 34 millions en 2005 et 35 978 millions en 2010²⁹. L'Algérie pourrait compter en 2025 près de 45 millions d'habitants, correspondant à un taux d'accroissement annuel moyen de 1,6 %³⁰ (Cf. Tableau 02).

Tableau 02 : Accroissement de la population algérienne.

Années	1977	1987	1998	2008	2009
Population au milieu de l'année (en milliers)	17 058	23 139	29 507	34 591	35 268
Accroissement naturel (en milliers)	555	639	463	663	690
T.A.N. (en %)	3,17	2,76	1,57	1,92	1,96

Source : Office Nationale des Statistiques

²⁶ SLIMANI Leila : Algérie-Maroc : lutte contre l'habitat précaire, Jeune Afrique le 09-12-2011.

²⁷ OMS, statistiques sanitaires mondiales 2010.

²⁸ Bachir BOULAHBAL, Op.cit, p5.

²⁹ MSPRH, DIRECTION POPULATION.

³⁰ Bachir BOULAHBAL, Op.cit, p3.

En ce sens que la frange des enfants de moins de 15 ans qui constitue 36% de la population recensée en 1998, avec un effectif de 10.500.000 enfants, passera à 27% en 2010 (9.000.000) et ensuite à 24% en 2020 (9.400.000).

Cette situation s'accompagnera d'une augmentation progressive de la population âgée de 60ans et plus qui passera de 6.6% en 1998 (1.929.000) à 7% en 2010 et à 9% en 2020. La population âgée attendue dans les prochaines années sera différente de l'actuelle essentiellement par son niveau d'instruction et ses qualifications professionnelles, et sera plus «exigeante» en matière de services de santé et de soins³¹.

Enfin, pour ce qui est de la natalité, il a été constaté un accroissement des naissances durant la période 2000 à 2009. En effet celui-ci passe de 589 000 en 2000 à 849 000 en 2009 après avoir connu une baisse de 1985 à 2000. Cet accroissement récent et continu du nombre de naissances semble très probablement dû à la progression sans précédent du nombre de mariages entre 2000 et 2009, passant de 163 126 à 341 321³².

A l'instar de beaucoup de pays en voie de développement, le pays est classé 84ème sur une liste de 169 pays en matière d'IDH. Sur la base du rythme avec lequel l'amélioration de l'IDH a évolué entre 1980 et 2010, l'Algérie était parmi les dix premiers pays les plus rapides. L'IDH est passé de 0,443 en 1980 à 0,537 en 1990 et à 0,602 en 2000 avant d'atteindre 0,6777 en 2010, notait l'organisation onusienne en se félicitant du fait que 4,3 % du PIB algérien allait à l'éducation, 3,6% à la santé et 0,1% à la recherche et développement³³.

Des réformes s'imposent toutefois pour améliorer l'efficacité, la qualité de la prestation des services dans le secteur de la santé ainsi que l'accès équitable aux soins. Une rapide transition démographique et épidémiologique ne fera qu'accroître les besoins financiers du secteur, alors que l'Algérie doit relever le double défi de

³¹ MSPRH, Projection du développement du secteur de la santé : Perspective décennale, Juillet-2003, pp25-26.

³² MOKADDEM Ahmed et KHAROUFI Mostafa : Rapport d'évaluation initial du programme de pays de l'UNFPA pour l'Algérie 2007-2011, p13.

³³ PNUD, Rapport mondial sur le développement humain, 2010, p251.

remédier à la prévalence accrue des maladies chroniques, coûteuses à traiter, tout en étant toujours confrontée à des maladies infectieuses répandues. Les faiblesses du système, si elles persistaient, pourraient entraîner une perte des gains enregistrés à ce jour pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement, plus particulièrement en ce qui concerne la mortalité infantile et maternelle, sachant que les indicateurs de la santé de la mère et de l'enfant sont le témoignage pertinent du système de santé et du développement économique et social d'un pays³⁴.

1.3. Etat actuel des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé.

L'atteinte des OMD à l'horizon 2015, reste une priorité pour l'Algérie comme elle représente un axe important dans ses programmes nationaux de développement, comme l'illustre le fait que sur les 8 objectifs du millénaire trois sont en rapport direct avec la santé à savoir : la réduction de la mortalité infanto juvénile, la réduction de la mortalité maternelle et l'arrêt voire l'inversion de la propagation du VIH/SIDA. Aujourd'hui, l'Algérie a enregistré des avancées remarquables dans la réalisation des OMD en rapport avec la santé.

❖ Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans

L'Algérie a fait des progrès remarquables dans l'allongement de la durée de vie, de l'ordre de 47 années en 1962, elle est passée à 75,7 en 2008 et 76,33 en 2010(75,6 pour les hommes et 77 pour les femmes)³⁵. Ainsi, il en résulte une réduction importante de la mortalité générale au sein de la population, et singulièrement de la mortalité infantile, facteur primordial, au demeurant, de l'allongement de l'espérance de vie. Ceci témoigne naturellement des efforts importants accomplis dans le domaine de la santé publique³⁶. La baisse du taux de mortalité infantile (TMI) en Algérie est remarquable. En effet ce taux est passé de 141,5‰ en 1970 à 30,4 ‰ en 2004 et

³⁴ Algérie, Document de Stratégie 2007 – 2013 & Programme Indicatif National 2007 - 2010, p 49.

³⁵ MSPRH, Service Population.

³⁶ <http://www.dz.undp.org/omd/OMD4.htm>.

25,5‰ en 2008 avec 26,9 ‰ pour le sexe féminin et 23,9 ‰ pour le sexe masculin. Ce taux a donc enregistré une baisse remarquable depuis une cinquantaine d'année, mais comparativement à celui des pays développés (6 à 8 pour mille) et à celui de certains pays à revenus similaires, le taux actuel de mortalité infantile reste encore non satisfaisant pour les autorités qui s'attellent à le réduire davantage en luttant contre les causes de mortalité au niveau néonatal.

Le TMI escompté à l'horizon 2015 se situerait à 15,5‰ naissances vivantes pour un OMD établi à 15,6‰³⁷.

Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMJ) pour 1.000 naissances vivantes au cours d'une année est une mesure du nombre de décès mais aussi de la qualité de la vie, en ce sens qu'il caractérise de nombreux aspects de la vie d'un pays, notamment le revenu et le niveau d'instruction des parents, l'incidence de la malnutrition et des maladies, l'accès à l'eau potable, l'efficacité des services de santé, la santé elle-même et enfin le statut de la femme. Ce taux de mortalité est évalué à 48,6‰ en 1990 puis à 29,8‰ en 2008 et estimé à 18,3‰ en 2015 pour un OMD établi à 16,2 ‰³⁸(Cf. Tableau 03).

Tableau 03 : Evolution des taux de mortalité infantile et infanto juvénile.

	1990	2002	2004	2008	2015
TMI	46,8	34,7	30,4	25,5	15,6
TMJ	48,6	36,7	35,5	29,8	16,2

Source : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : Direction de la planification

Les infections respiratoires aiguës (IRA) telles que l'otite, la laryngite, la bronchite et la pneumonie, constituent la raison principale de consultation, d'hospitalisation et de

³⁷MOKADDEM Ahmed et KHAROUFI Mostafa, op.cit, p20.

³⁸Algérie, 2eme rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement, Septembre 2010, pp74-78.

consommation de médicaments. La diarrhée vient au second rang des motifs de consultation des enfants de moins de cinq ans et constitue une cause importante de mortalité.

Compte tenu de la modification importante de la structure des décès infantiles (la mortalité néonatale atteignant les 2/3), lié à la transition démographique. Une augmentation graduelle du volume des naissances en moyenne de l'ordre de 25000 naissances (817000 naissances vivantes en 2008 contre 649000 en 2003 et 619000 en 2001) l'accélération des progrès liés à l'amélioration de la santé infantile implique d'appréhender le binôme mère-enfant, dans le cadre plus large de la périnatalité³⁹.

❖ Améliorer la santé Maternelle

Malgré les progrès réalisés, la mortalité maternelle reste encore importante en Algérie. Le taux de mortalité maternelle était estimé à près 215 décès pour 100000 naissances en 1981. Dans les années 90 et selon les résultats de l'enquête de l'Institut National de la Santé Publique (INSP) sur la mortalité maternelle ce taux était de 117,4 pour 100000 naissances en 1999. Depuis et selon les estimations du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, il a évolué vers la baisse comme suit⁴⁰ :

**Tableau 04 : Evolution du taux de mortalité maternelle
(Taux p 100000 naissances).**

1999	2005	2006	2007	2009
117,4	96,5	92,6	88,9	81,4

Source : Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

Le taux de mortalité maternelle (TMM) serait de 92,6 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2006, malgré le fait que 95,3 % des accouchements se déroulent en milieu assisté. Les décès maternels constituent 10 % de l'ensemble des décès des femmes

³⁹ Algérie, 2eme rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement, Septembre 2010, p 78.

⁴⁰ MOKADDEM Ahmed et KHAROUFI Mostafa, op.cit, p21.

âgées de 15 à 49 ans, les inégalités sont flagrantes. Le TMM a atteint 230 à Adrar (Sud algérien) contre 30 décès pour 100 000 naissances vivantes au niveau de la wilaya d'Alger⁴¹.

L'amélioration escomptée, en terme de renforcement de la prise en charge des soins obstétricaux, a été marqué par.

- L'allocation de ressources financières supplémentaires.
- Les projets de réalisation des EHS, mère-enfant 9 EHS sont opérationnels, parmi les 8 prévus.

La prise en charge de la maternité est, d'une façon générale, en constante amélioration. Le suivi prénatal, qui ne concernait, au début des années 1980, que 30% des femmes enceintes, touche, en 1992, 57,3% des femmes et 90,4 % en 2006. La proportion des accouchements en milieu assisté est, également, en progrès, puisqu'elle passe de 40% seulement en 1979 à 76% en 1996 et à 97,2% en 2009, réduisant ainsi considérablement les risques de mortalité maternelle.

La projection pour 2015 prévoit un taux de mortalité maternelle de 57,8 pour 100000 naissances vivantes. L'atteinte de l'OMD fixé est fort probable (57,5)⁴².

L'augmentation de la prévalence de la contraception (35,5% en 1986, 50,8% en 1992, 56,9% en 1995 et 61,4% en 2006 dont 52% en méthodes modernes), jointe au recul de l'âge moyen au mariage des femmes, ont entraîné une baisse du niveau de fécondité, donc à l'amélioration de la santé de la mère et en ce qu'elle signifie une réduction substantielle des maternités précoces avec tous les risques qui leur sont liés⁴³.

⁴¹ worldbank.org : Janvier 2010.

⁴² Algérie, 2eme rapport national sur les OMD, op.cit, pp 82-85.

⁴³ MSPRH, Direction Population.

❖ **Combattre le VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme**

• **VIH/Sida :**

Selon les estimations de l'ONUSIDA et de l'OMS, la séroprévalence de l'infection au VIH chez l'adulte en Algérie serait de 0.1% (13000 cas). Depuis le premier cas diagnostiqué en Décembre 1985, Le nombre de sujets confirmés par le laboratoire national de référence au 31 décembre 2009 est de 1028 cas de sida maladie et de 4176 séropositifs.

Le nombre de personnes suivies en 2009 dans les centres de référence de prise en charge de l'infection a été de 2343. Les 1526 patients à un stade avancé de l'infection au VIH ont toutes bénéficié (100%) du traitement anti rétroviral à titre gracieux.

Afin de remédier à l'insuffisance du système de surveillance des VIH/SIDA, l'Algérie a ouvert 61 centres de dépistage anonymes et gratuits au niveau de l'ensemble des wilayas du pays. Les actions ciblent la prévention de la transmission mère-enfant au moment de l'accouchement ainsi que la prévention du risque chez les jeunes dans le cadre de la santé génésique et des programmes de santé des adolescents⁴⁴.

Au 31 Décembre 2010, le nombre de cas est de 142 (50% femme et 50% homme)⁴⁵. Du 1^{er} Septembre au 30 Septembre 2011, est apparu 7 nouveau cas de SIDA et 42 cas de séropositifs. Le total cumulatif de 1985 au 30 septembre 2011 est de 1234 cas de SIDA et 5381 cas de séropositifs⁴⁶.

⁴⁴ <http://www.dz.undp.org/omd/OMD6.htm>.

⁴⁵ Institut National de Santé Publique(INSP).

⁴⁶ Institut Pasteur D'Algérie : Laboratoire National De Référence VIH/SIDA.

Le dispositif institutionnel de prise en charge a été considérablement renforcé par des plans sectoriels pour la période 2007-2011 qui s'articule autour de quatre domaines :

- La prévention auprès des populations en situation de vulnérabilité ;
- La prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- La mobilisation associative et communautaire et
- Le renforcement de la connaissance de l'évolution épidémiologique par les enquêtes de séroprévalence et comportementale⁴⁷.

• Paludisme :

La lutte contre le paludisme demeure une priorité pour le gouvernement algérien. Malgré les acquis satisfaisants en matière de lutte contre cette maladie grâce à l'engagement de l'Algérie dans le cadre du programme d'éradication depuis 1964, le risque de sa réintroduction dans les régions du sud du pays, par les mouvements de population, persiste. C'est ainsi qu'en 2004 un micro foyer de paludisme autochtone a été enregistré au niveau de la wilaya de Ghardaïa (1 cas introduit et 2 cas autochtones): le paludisme d'importation reste prédominant. Pour 2004, l'incidence du paludisme est de 48,32 pour 100000 habitants⁴⁸.

En 2010, 408 cas sont recensés dont 400 importés, 4 cas introduits, 2 cas provoqués, 1 cas autochtone et 1 cas non classé.

La situation épidémiologique du paludisme, en Algérie, est en relation avec l'utilisation grandissante des voies transsahariennes. Elle nécessite des actions soutenues de contrôle et de prévention dont :

- L'amélioration de la connaissance des modalités, en particulier saisonnières, de la transmission ;

⁴⁷ MSPRH, Direction Prévention : Service Maladies Transmissibles.

⁴⁸ MSPRH, Direction Prévention : Service Paludisme.

- Le contrôle du foyer de transmission connu et
- Le contrôle des mouvements de passagers aux frontières⁴⁹.

- **Tuberculose**

La tuberculose, qui est la première maladie à bénéficier d'un programme de dépistage et de soins gratuits dès 1969, enregistre des résultats notables. Le taux d'incidence de la maladie, toutes formes confondues, est passé de 150 cas pour 100 000 habitants en 1975 à 53,2 en 1981 et à 22,4 en 1992. En effet, dès l'indépendance, les pouvoirs publics ont mis en œuvre des stratégies afin de combattre ce fléau.

Le Programme national pour la période 2006–2015 a pour objectif de stopper l'augmentation de l'incidence de la tuberculose et commencer à la réduire dans tous les secteurs sanitaires du pays. En 2010 La Tuberculose toutes formes confondues est de 21839 cas dont :

- Tuberculose pulmonaire : 10069
- Tuberculose extra Pulmonaire : 11770

Avec une incidence de 60,7 cas pour 100 000 habitant dont 23,1 cas pour 100 000 concernant la Tuberculose pulmonaire à microscopie positive et 32,7 cas pour 100 000 pour la Tuberculose extra Pulmonaire (TEP).

De vrais progrès ont été accomplis dans la lutte contre la tuberculose depuis la relance du programme national en 2000 puisque l'incidence notamment celle de la forme contagieuse diminue régulièrement depuis l'année 2005. Malgré l'amélioration globale des performances du PNT, les résultats restent encore insuffisants. Les efforts doivent être maintenus par l'amélioration de la surveillance épidémiologique par la

⁴⁹ INSP.

généralisation des nouvelles technologies d'information de communication et la déclaration électronique des cas⁵⁰.

Pendant longtemps la situation sanitaire, en Algérie, a été dominée par les maladies transmissibles. Depuis plus d'une dizaine d'années, est enregistrée une modification des problèmes de santé prévalent avec une place de plus en plus grande occupée par les maladies non transmissibles, notamment les affections chroniques⁵¹. L'hypertension artérielle et les autres maladies cardiovasculaires occupent par leur prévalence le 1^{er} rang. Ainsi en 2006, 1 442 000 cas d'hypertension artérielle ont été recensés.

Le taux de prévalence du diabète type 2 chez la population adulte de 20 ans et plus est de l'ordre de 8,9% soit environ 1 800 000 diabétiques.

L'ensemble de ces données projetées sur 2015 avec une population de plus de 30 ans qui représentera 47,6% de la population globale, donnerait 4,77 millions d'hypertendus et 2,34 millions de diabétiques. Le cancer présente 30 000 nouveau cas par an.

Les maladies non transmissibles représentent, aujourd'hui, 70% des causes de mortalité contre 20% il y'a vingt ans⁵².

L'Algérie est en bonne voie pour atteindre les Objectifs du Millénaire de développement avant l'échéance de 2015. Cependant, d'importants efforts restent à faire pour améliorer la réalisation de certains indicateurs pertinents.

⁵⁰ MSPRH, Direction de la Prévention : service Tuberculose.

⁵¹ MSPRH, Projection du développement du secteur de la santé : Perspective décennale, Juillet-2003, p6.

⁵² MSPRH, Direction de la Prévention : Service Maladie non Transmissible.

L'identification des besoins futurs des citoyens en matière de santé et l'élaboration d'une stratégie de prise en charge optimale de ces besoins constituent, un impératif auquel le secteur doit répondre afin de continuer à assurer ce principe de santé universelle entériné par la Constitution Algérienne. Une telle stratégie ne peut que s'inscrire dans le cadre des réformes annoncées et engagées par l'Etat au cours de ces dernières années⁵³.

Section 2 : Le Système de Santé marocain

Au lendemain de l'indépendance, en 1956, la conférence nationale de la santé, aborda les principales questions qui se posaient au Maroc dans le domaine de la santé, et posa un ensemble de mesures, dont certaines ne se sont pas toujours réalisées. Le protectorat n'avait légué au Maroc qu'une couverture médicale insuffisante que ce soit en termes de ressources humaines ou d'infrastructures.

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.

Actuellement, le Maroc est appelé, à investir davantage dans la santé en vue de couvrir le déficit existant et de répondre aux nouveaux défis engendrés par l'évolution démographique et les changements d'attitudes, et cela dans le cadre de l'amélioration du financement.

2.1. Organisation du système de santé

Un important effort a été consenti par l'Etat pour étendre la couverture sanitaire à l'ensemble du territoire et en même temps réhabiliter ou reconstruire un certain

⁵³ MSPRH, Projection du développement du secteur de la santé, Perspective décennale, Juillet-2003, p 4.

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 maladies⁵⁴.

Il importe de souligner à cet égard que l'action sanitaire est demeurée intégrée, globale et continue à travers les différents plans qui ont eu le mérite de la consigner en politique nationale de santé. Les orientations qui en découlaient ont touché un grand nombre de domaines d'activités liés directement ou indirectement au droit de la population de jouir de sa santé.

Au Maroc Le système de santé est structuré autour de trois secteurs⁵⁵ :

- **Le secteur public** : C'est de loin le plus important et le seul à être réparti sur tout le territoire. Il déploie des structures de santé de base où l'essentiel des programmes prioritaires de santé publique est délivré à la population, notamment les actions de prévention et de lutte contre les principaux facteurs de morbidité. Il déploie aussi un réseau hospitalier qui a eu une expansion forte dans les années 60 et 70 et qui représente 85 % de la capacité hospitalière du pays. Il consiste enfin en un réseau de laboratoires nationaux et d'instituts d'appui à la mission de santé publique. Le secteur public de santé est le principal employeur des professionnels de santé au Maroc. Il a le mérite de prendre en charge les problèmes de santé de la population pauvre, notamment en milieu rural, là où le secteur privé est absent.

- **Le secteur privé à but lucratif** : Il a connu un essor important depuis les années 80, prenant en quelque sorte le relais de la panne de l'investissement public, surtout dans les grandes villes et principalement en direction des soins ambulatoires ou de haute technologie.

⁵⁴ KHERBACH Fatiha et EL ALAMI EL FELLOUSSE Asma : Le financement des soins de santé au Maroc (Rapport), Novembre 2007, p17.

⁵⁵ Bio Santé Info N°24 ; Juin 2010 ; p3.

- **Le secteur privé à but non lucratif** : Il est représenté par les établissements de soins des mutuelles, de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), et de quelques fondations. Il intervient essentiellement dans le domaine de l'hospitalisation.

Le système de santé Marocain est caractérisé par la multiplicité des intervenants aussi bien dans la production de soins que dans l'origine et la gestion du financement.

L'offre de soins du secteur public a connu un développement appréciable, particulièrement au niveau du réseau des établissements de soins de santé de base «ESSB» dit ambulatoire qui constitue la porte d'entrée au système de santé. Leur nombre est passé de 1653 en 1990 à 2592 en 2006 pour atteindre 2626 ESSB en 2009, 695 dans le milieu urbain et 1931 dans le milieu rural⁵⁶. La desserte habitants par ESSB s'est fortement améliorée, passant de 1 ESSB pour 14 600 en 1990 à 1 ESSB pour 12000 habitants en 2006 enregistrant une hausse de 18%. Dans le milieu rural, pour la même période, la desserte est passée d'un ESSB pour 10 000 habitants en 1990 à 1 pour 7 200 en 2006, soit une amélioration de 28,7%⁵⁷.

En 2006, le réseau des hôpitaux publics compte 122 établissements hospitaliers totalisant une capacité de 26 452 lits. Le secteur public continue à dominer l'offre hospitalière disponible avec 79% de la capacité litière totale qui est de 33.660 lits (secteurs public et privé à but lucratif et à but non lucratif compris). Les activités des hôpitaux ont connu une nette augmentation au niveau de toutes les spécialités. A titre d'exemple, durant la période 2003-2005, le nombre de patients admis au niveau de ces établissements a dépassé le seuil de 2,5 millions d'admissions⁵⁸.

Malgré les améliorations, le système de soins souffre de cloisonnements d'ordre fonctionnel et technique entre les niveaux ambulatoire et hospitalier et aussi de l'absence d'un cadre légal de régulation et d'un outil de planification temporelle et

⁵⁶ Ministère de la santé, Direction de la Planification et des Ressources Financières, année 2009, p13.

⁵⁷ Le droit au développement au Maroc. Entre Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels et Objectifs du Millénaire pour le Développement, Septembre 2010, pp60-61.

⁵⁸ Ministère de la santé : Plan d'action santé, 2008-2012 : « Réconcilier le citoyen avec son système de santé », p20.

spatiale de l'offre publique des soins. L'hôpital public, qui occupe une place importante dans le système de soins, ne disposait pas de cadre réglementaire organisant son fonctionnement. Ce n'est qu'en 2007 que fut adopté et mis en œuvre le décret relatif à l'organisation hospitalière⁵⁹.

Une Carte sanitaire permettrait de piloter le système de soins avec plus de rationalité et d'en maîtriser les coûts mais aussi la répartition géographique des ressources.

La carte sanitaire existe au Maroc⁶⁰. Cependant l'analyse a montré son inefficacité.

En matière de ressources humaines, le Maroc figure parmi les 57 pays que l'OMS considère en pénurie aiguë de personnel de santé⁶¹. Au lendemain de l'indépendance, l'effectif médical était très limité. 340 médecins exerçaient dans les services de la santé publique. Depuis 1978, date de la pratique officielle de l'austérité budgétaire, les dirigeants marocains limitent de plus en plus l'embauche dans la fonction publique. Ainsi, les médecins appelés à travailler pour le compte de l'Etat pendant deux années, sont priés de quitter leur service à l'expiration de cette période⁶² (Cf. Tableau05).

Tableau 05 : L'évolution de l'effectif et de la densité médicale dans le secteur public.

Année	1978	1980	1981	1982
Effectifs	978	895	1153	1306
Densité	5,1	4,4	5,6	6

Source : Annuaire Statistique du Maroc, Direction de la statistique, ministère du Plan, 1983, tableau p70 et 71

Cependant on souligne l'évolution positive de l'effectif des médecins qui est passé de 431 médecins en 1960 à 17188 en 2006. La densité médicale a été multipliée par 6 (1/1775 en 2006 contre 1/12 000 habitants en 1960). Malgré ces efforts, les ressources

⁵⁹ Décret n° 2.06.656 du 24 Rabii I 1428, relatif à l'organisation hospitalière, BO n 5526 du 29 Rabii II 1428, 17 mai 2007.

⁶⁰ Il existe un service au niveau du ministère de la santé appelé le « service de la carte sanitaire ».

⁶¹ OMS, Stratégie de coopération OMS-Maroc 2008-2013, 2009, p 14.

⁶² DIRABI Mhammed : Les dépenses publiques de santé au Maroc : Leur rôle dans le développement du système de santé publique, Thèse pour le Doctorat de 3 ème cycle, 19 Décembre 1987, Université de Poitiers Faculté de Droit et des Sciences Sociales, pp46-48.

humaines, toutes catégories confondues, restent insuffisantes avec une répartition très inégale au sein de la population⁶³.

Selon les projections réalisées par le CERED (Centre de Recherche et des Etudes Démographiques), la population marocaine passera de 26 millions d'habitants en 1994 à près de 33 millions en 2010, soit 438 000 individus supplémentaires, en moyenne, chaque année. Par milieu de résidence, cette évolution se caractérise par un accroissement beaucoup plus rapide dans le milieu urbain que dans le milieu rural. Ainsi, au cours de la période 1994-2010, la population urbaine serait multipliée par 1,6 en passant de 13,3 millions à 20,7 millions de citoyens. La population rurale connaîtra, en revanche, une légère diminution, passant de 12,7 millions de personnes, en 1994, à 12,5 millions d'habitants à l'horizon 2010⁶⁴.

Cette évolution a exacerbé les disparités en matière de densité entre les milieux et les régions et de ce fait la disparité en matière de couverture sanitaire⁶⁵.

Grâce à l'amélioration des conditions de vie, en général, des programmes de prévention et de lutte contre les maladies, en particulier, le Maroc a, globalement, réalisé des progrès significatifs en matière de santé. En témoigne l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance qui est passée de 65.5 ans en 1988 à 72.9 ans en 2009⁶⁶.

2.2. Equité et offre de soins

Malgré les efforts importants réalisés en matière de développement et d'action sociale, le Maroc souffre encore de déficits sociaux préoccupants. La population

⁶³ Le droit au développement au Maroc. Entre Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels et Objectifs du Millénaire pour le Développement, Septembre 2010, p63.

⁶⁴ MOUNASSIB Ryad : La réforme du secteur de la santé au Maroc, Thèse de doctorat en droit privé, Faculté de droit et des sciences économiques, Faculté Internationale de droit Comparé des Etats Francophones, le 10-05-2008, p140.

⁶⁵ MAAZOUZI Wadjih et autre : Système de Santé et Qualité de Vie, rapport thématique, Cinquantième de l'Indépendance du Royaume du Maroc, Novembre 2005, p7.

⁶⁶ Une augmentation de 10% de l'espérance de vie correspond à une augmentation de la croissance économique de 0,3 à 0,4% par an, tous les autres facteurs de croissance restant identiques.

demeure encore mal desservie en raison de la distance assez longue qui la sépare de l'établissement de soins le plus proche. 25% de la population rurale se trouvait à plus de 10 km d'un établissement de soins en 2003, accusant une légère amélioration par rapport à 1987 où ce pourcentage atteignait 36%⁶⁷. Ces chiffres témoignent donc des difficultés d'accès aux soins de santé en milieu rural (Cf. Tableau 06).

Tableau 06 : Répartition de la population rurale par rayon kilométrique de l'établissement de SSB le plus proche (1987, 1996 et 2003).

Distance	1987	1996	2003
Moins de 3 Km	26	29	41
3 à 6 km	15	18	17
6 à 10 Km	23	22	18
Plus de 10 Km	36	31	25

Source : Ministère de la Santé, DPRF (La Direction de la Planification et des Ressources Financières), DHS (Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires).

En 2005, comme depuis plusieurs années en fait, le niveau de vie d'une grande partie de la population se trouve en dessous ou juste au-dessus du seuil de la pauvreté et se caractérise par une précarité ou par une grande vulnérabilité⁶⁸. Selon la carte communale de la pauvreté établie par le Haut Commissariat au Plan, 600 communes rurales auraient un taux de pauvreté supérieur à 22%. En outre, 2% de la population urbaine serait en situation de précarité, dont 1.3% de précarité extrême. On recense actuellement 706 quartiers non réglementaires (soit 405 000 ménages), 933 bidonvilles (soit 230 000 ménages) et 400 quartiers sous-équipés⁶⁹. Le Plan Ville Sans Bidonville a pour objectif de fournir un logement décent aux ménages vivants dans les bidonvilles urbains d'ici 2010. 82 villes sont alors visées par le programme et 20 milliards DHS (soit près de 2 milliards d'euros) y sont alloués.

⁶⁷ Ministère de la santé : Plan d'action santé, 2008-2012 : « Réconcilier le citoyen avec son système de santé », p13.

⁶⁸ Idem, p353.

⁶⁹ MAROC, Programme Indicatif National 2007 – 2010 ; p5.

La comparaison entre les deux dernières décennies montre, en effet, que la croissance économique est passée d'une moyenne de 2,2% à 4,4 avec un taux d'investissement global de 24,8% en 1999 et de 32,6% en 2009. Comme l'indiquent la projection démographiques, la population en âge d'activité, celle dont l'âge se situe entre 15 et 59 ans, continuerait, en effet de s'accroître jusqu'en 2020. Alors qu'elle représentait 48,4% en 1960, elle est passé à 62% en 2003 et atteindrait son point culminant à savoir 65%, entre 2010 et 2020. Son impacte sur le marché du travail sera donc important et ira en grandissant dans les 15 prochaines années, particulièrement dans les zones urbaines, où le taux de chômage est déjà, aujourd'hui, de 19,3% et tourne autour de 12% au niveau national⁷⁰.

La tendance montre qu'au sein des pays arabes « le Maroc demeure mal classé». Du 117e rang mondial en 1995, le Maroc est passé à la 124e place en 2005, à la 127e place en 2007 et à la 130e place en 2009. En effet, plusieurs études sur la pauvreté au Maroc, mettent en évidence que dans le milieu rural les progrès en matière de réduction de la pauvreté sont moins rapides. Six pauvres sur 10 sont des ruraux⁷¹.

Etre en bonne santé est un fondement essentiel du développement humain. Le souci d'équité et de solidarité dans l'accès aux soins est un facteur majeur de développement humain avant d'être une condition d'efficacité de tout système de santé. Le Pays participe activement à la lutte contre la pauvreté au niveau national et mondial. Au niveau extérieur, il a participé activement à l'initiative pays pauvres très endettés (PPTE) lors du sommet du Caire en 2001 en allégeant totalement la dette de plusieurs pays les moins avancés (PMA) pour un montant global de 110 millions de dollars et conduit plusieurs programmes d'assistance technique et de coopération notamment en matière d'eau, de santé et d'agriculture en Afrique.

Au niveau national, le Maroc a réalisé d'importants efforts. Les programmes de lutte contre la pauvreté se sont intensifiés au cours des années 90, conduisant à une

⁷⁰ MOUNASSIB Ryad, op.cit, pp142-378.

⁷¹ Le droit au développement au Maroc. Entre Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels et Objectifs du Millénaire pour le Développement, Septembre 2010, pp7- 122.

modification de la structure du budget de l'Etat avec une augmentation des crédits aux secteurs sociaux de 40,9% du budget de l'Etat en 1992 à 47,4% en 2002 et 55,5 en 2004⁷². L'action publique s'est essentiellement traduite par la gratuité de l'enseignement et des services de santé pour les plus démunis, par les subventions des produits de base et par les mécanismes d'assistance sociale (Entraide Nationale et Promotion Nationale) qui préviennent l'exclusion sociale et créent des emplois destinés aux plus démunis⁷³.

Dans le secteur de l'enseignement, le taux net de scolarisation des enfants de 6 à 11 ans est, par ailleurs, passé de 52,4% à 90,5% au niveau national. Il a presque triplé en milieu rural et quadruplé parmi les filles qui vivent dans ce milieu. Ces programmes, ont permis également la mise en place d'infrastructures nécessaire à la promotion des zones rurales qui ont facilité l'accès à 55% des villages du pays et assuré l'approvisionnement en eau potable à 82% de cette population et l'électricité à hauteur de 78%⁷⁴.

A l'aube du troisième millénaire, le Maroc est plus déterminé que jamais à relever les défis en matière de développement humain en général et dans le domaine de la santé en particulier. Son engagement en faveur de la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement n'est que la traduction pratique de cette volonté.

2.3. Etat actuel des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé.

Au moment où il souscrivait, en 1990, à l'engagement de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) tels que fixés par la communauté internationale, le Maroc sortait à peine, après la crise de l'endettement, de la période difficile de l'ajustement structurel. Les autorités sanitaires se sont inlassablement investies pour améliorer la santé du citoyen marocain.

⁷² Plan des Nations Unies pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement - Mise en œuvre au Maroc : évaluation et suggestions - Mars 2005, p8.

⁷³ Le droit au développement au Maroc. Entre Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels et Objectifs du Millénaire pour le Développement, juillet 2010 ; p122.

⁷⁴ MOUNASSIB Ryad, op.cit, p375.

L'amélioration de la santé n'est pas facile à mesurer. Cependant, il est possible de l'apprécier par l'évolution des maladies et les causes de la mortalité qui touche la population. « C'est le défaut de santé d'une société-morbidité et mortalité- que l'on peut facilement saisir, et non la santé elle-même »⁷⁵.

❖ Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans

Parmi l'ensemble des décès annuels, la proportion d'enfants qui meurent avant leur cinquième anniversaire était de 42% vers 1980 ; elle ne représentait plus que 20% en 1987 et 13% en juin 2008–juin 2009⁷⁶.

Cette évolution s'explique par l'apport de certains programmes spécifiques de santé de la mère et de l'enfant tels que la couverture vaccinale et le Programme National d'Immunisation (PNI) qui ont permis d'éliminer plusieurs maladies comme la diphtérie le tétanos néonatal et de réduire la mortalité liée à la rougeole et à la coqueluche.

D'autres interventions ont contribué à la baisse de la mortalité telle que la lutte contre la malnutrition et les troubles dus aux carences en micronutriments. Toutefois, pour atteindre le quatrième objectif du millénaire, à savoir, la diminution des deux tiers de la mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2015, des efforts plus importants sont nécessaires, particulièrement en milieu rural⁷⁷.

❖ Améliorer la santé Maternelle

Les politiques et les programmes lancés à partir des années 90 ont accordé à la santé des femmes, particulièrement celles en âge de procréation, une place de choix.

⁷⁵ DIRABI Mhammed, op.cit, p167.

⁷⁶Idem, pp 33-34.

⁷⁷ Le droit au développement au Maroc. Entre Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels et Objectifs du Millénaire pour le Développement, Septembre 2010, p58.

En effet, la dépense globale en santé pour 2001 a atteint environ 19 milliards de dirhams (18 925 514 965 DH), quand à la dépense totale pour la santé de la mère, elle est estimée à 2 873 302 123,92 DH, soit environ 15,18% de la dépense globale en santé et 0,74% du PIB. Ceci représente 363 DH par femme en âge de reproduction (18-49 ans) ou encore 39,45 US \$ per capita⁷⁸.

Des progrès significatifs ont certes été enregistrés, mais demeurent en deçà des objectifs escomptés. Sur la base des résultats provisoires du 1er passage de l'END (Enquête Nationale Démographique) 2009/10, le taux de mortalité maternelle ajusté se situe à 132 décès pour 100 000 naissances vivantes entre juin 2004 et juin 2009. Comparée aux estimations approximatives de l'EPSF (Enquête sur la Population et la Santé Familiale) de 2003-2004 (227 décès maternels pour 100 000 naissances au cours de 1995-2003), la mortalité maternelle au Maroc aurait reculé de près de 42%, s'inscrivant ainsi dans la tendance d'évolution qui a caractérisé les indicateurs de développement humain durant la décennie écoulée.

Outre l'effet de la réduction importante de l'indice synthétique de fécondité sur la baisse de la mortalité maternelle, il y a lieu de signaler la contribution de l'évolution favorable de certains déterminants, notamment, la couverture des consultations prénatales. Il convient de noter à cet égard que selon les estimations fournies par l'EDN 2009-10, la proportion de femmes enceintes de 8 mois qui ont eu recours à une consultation prénatale s'élève à 80%. Malgré cette tendance à la baisse de la mortalité maternelle et le recours aux soins liés à la grossesse, la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale demeurent élevées, constituant toujours un problème de santé publique⁷⁹.

⁷⁸ SEMLALI Hassan : Le financement de la santé de la mère au Maroc, Institut National d'Administration Sanitaire(INAS), Mémoire pour l'obtention du diplôme de maîtrise en Administration Sanitaire et Santé Publique, Juillet 2008, p32.

⁷⁹ PNUD, Le droit au développement au Maroc. Entre Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels et Objectifs du Millénaire pour le Développement. Septembre 2010, p58.

❖ **Combattre le VIH/Sida, Tuberculose et Paludisme**

• **VIH-Sida :**

La prévalence du VIH reste à un niveau faible au Maroc. Celle-ci qui était de 0,08% en 2007, marque une quasi-stabilité depuis l'an 2000. La prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe montre des chiffres entre 2% à 3% relativement stables depuis l'année 2001.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH a été estimé à près de 25.500 en 2009 et la prévalence du VIH dans la population à 0,11%. Selon les projections établies, cette prévalence restera très faible autour de 0,12% et relativement stable au cours des prochaines années. Cependant, malgré le caractère rassurant de ces chiffres et la stabilité de la prévalence au sein de la population générale, la vigilance reste de mise vue l'augmentation du pourcentage de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH et les prévalences plus élevées au sein de certaines populations plus exposées au risque.

Le premier cas de sida a été notifié au Maroc en 1986, Les estimations faites à partir des données sur la séroprévalence montrent une augmentation régulière de nombre de personnes vivant avec le VIH qui est passé de 14 500 en 2003 à 20 000 en 2006⁸⁰.

• **Paludisme :**

Depuis le lancement du programme de lutte antipaludique en 1965, le nombre de cas a fortement baissé de 30.893 à 64 cas en 1978.

Le paludisme a aujourd'hui disparu au Maroc, mais le risque de sa réintroduction n'est pas écarté du fait des déplacements de populations. Aussi, il est nécessaire de consolider la lutte contre le paludisme importé, surtout que le système de suivi a enregistré 56 nouveaux cas en 2000, 83 en 2006 et 142 cas dépistés en 2008.

⁸⁰ PNUD, Le droit au développement au Maroc, op.cit, p 80.

- **Tuberculose :**

La tuberculose demeure un problème de santé publique au Maroc avec 25473 nouveaux cas dénombrés en 2008, soit l'équivalent d'une incidence annuelle cumulée de 82 pour 100 000 habitants. 70% des malades sont âgés de 15 à 45 ans et 57% sont de sexe masculin, généralement résidant dans des zones urbaines très peuplées.

L'analyse de la charge de morbidité globale, fait ressortir une transition épidémiologique où la charge de morbidité globale du groupe des maladies non transmissibles (diabète, hypertension artérielle, athérosclérose...) est supérieure à celle du groupe des maladies transmissibles, montrant ainsi que le Maroc fait face à un double fardeau de morbidité.

A six années de l'échéance de 2015, les performances du Maroc, tant en termes économiques qu'en termes de développement humain, le prédisposent ainsi à être l'un des pays en mesure, à cette date, de réaliser les OMD liés à la santé⁸¹.

Un benchmarking (une étude) réalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2002, sur un total de 191 pays comparant le Maroc à des pays à profil similaire, montre qu'il occupe le 29e rang au niveau mondial sur le plan de la performance globale. Mais le système de santé marocain ne doit pas ce classement au niveau de santé de sa population, puisqu'il est classé au 110e rang pour le niveau de santé, ni au niveau d'équité de son système puisqu'il est classé au 111e rang dans la distribution du niveau de santé et au 125e rang dans l'équité de la contribution financière.

Le système de santé marocain se distingue par son efficience (17ème rang). Ceci n'est pas réconfortant pour les citoyens qui sont concernés par l'état de santé et l'équité et souffrent d'une mauvaise prise en charge⁸².

⁸¹Royaume du Maroc, Objectifs du Millénaire pour le Développement, Rapport National 2009, Mars 2010, p5.

⁸²MAAZOUZI Wadjih, op.cit, p30.

La réforme du système de santé au Maroc devient une nécessité et non pas un choix. Pour cela, il devient impératif de mobiliser un financement suffisant et équitable, sans pour autant abandonner les acquis réalisés, notamment en ce qui concerne le renforcement de la couverture médicale pour assurer une meilleure accessibilité aux soins.

Section 3 : Le système de santé Tunisien

Dès l'indépendance, l'aspect santé publique des problèmes sanitaires est abordé à travers la mise en place de campagnes de masse et d'un réseau de dispensaires de soins curatifs, autours desquels vont progressivement s'organiser les soins de santé de base avec des programmes nationaux à partir de 1981, suite à la conférence d'Alma Ata (1978)⁸³.

En effet, la loi n° 91- 63 du 29 juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire précise les grands principes et objectifs de la politique de santé adoptée par le pays :

- Le droit à la santé reconnu à tous les citoyens,
- L'obligation d'assurer la protection sanitaire de la population,
- L'implantation de structures sanitaires publiques,
- L'importance en qualité et en quantité de l'équipement et le progrès technologique médical⁸⁴.

Les profils démographiques et épidémiologiques actuels de la Tunisie reflètent les transitions qui caractérisent la plupart des pays à revenu intermédiaire. L'objectif fondamental de la politique de santé est de garantir à l'ensemble de la population Tunisienne une couverture adéquate et un service de qualité⁸⁵.

⁸³ Banque Mondiale et la République Tunisienne : Etude du secteur de la santé Mai 2006, p13.

⁸⁴ Bio Santé Info N°24-juin 2010, p6.

⁸⁵ NOUIRA Alya, op.cit, p13.

3.1. Organisation du système de santé

Le système de prestation des soins de santé est principalement public, avec une participation croissante du secteur privé depuis le début des années 1990. Au niveau national, environ 88% des lits d'hôpitaux appartiennent au domaine public.

Le principal prestataire de soins est le Ministère de la santé publique, structuré selon trois niveaux de soins⁸⁶ :

- Le 1er niveau est composé de centres de santé de base (2 083 centres en 2008). Il représente 27% des dépenses du Ministère de la santé publique (MSP).

- Le 2ème niveau est constitué d'hôpitaux de circonscription (110) et hôpitaux régionaux (37). Ces structures implantées dans les chefs lieux des gouvernorats représentent respectivement 18 % et 36 % de l'offre en lits. Ce niveau absorbe environ 25% du budget du MSP et obtient un financement additionnel par le biais des recettes qu'il génère en propre et des remboursements du système de la sécurité sociale.

- Le 3^{ème} niveau est couvert par 29 CHU (EPS – Etablissements de santé publique) représentant 196 services avec 40 spécialités et une capacité de lits de 46%. Ils représentent environ 50% de l'ensemble des lits du secteur public, et les EPS absorbent pratiquement la moitié du budget du MSP.

Il existe également un secteur qui regroupe les hôpitaux publics ne relevant pas du Ministère de la Santé Publique : 3 hôpitaux militaires, 1 hôpital des forces de sécurité intérieure à Tunis, 6 centres d'hémodialyses (dépendant du CNSS), et 6 polycliniques de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) où sont dispensés des soins ambulatoires de type général, des soins spécialisés et des services de diagnostic aux affiliés sociaux.

⁸⁶NOUIRA Alya, op.cit, p11.

Le secteur privé a toujours coexisté avec le secteur public. Son infrastructure, notamment celle relative à l'hospitalisation, s'est développée de manière relativement accélérée au cours de la dernière décennie, aussi bien au niveau des infrastructures que de la capacité d'accueil et du personnel de santé. Ce dernier propose entre autres des prestations de haute qualité de chirurgie esthétique, de thermalisme et de thalassothérapie visant à attirer les étrangers, en 2009 la Tunisie a accueilli près de 150 000 touristes médicaux⁸⁷ contre 40 000 en 2003. Une étude réalisée par l'Agence Française de Développement (AFD) en 2005 indique un taux d'exportation de services de soins de 24,1% dans le secteur privé et, en incluant les services d'hébergement induits, ils contribuent à 4% des exportations des services du pays. Les patients libyens y contribuent très fortement avec 19,5%, contre 0,7% pour les Algériens, 2,5% pour les Européens et 1,5% pour les autres étrangers. Dans le cadre du XIème Plan de Développement 2007-2011, une enveloppe de 212 millions de dinars (112 millions d'euros) a été accordée à l'investissement sanitaire privé⁸⁸.

Depuis plusieurs décennies, la Tunisie travaille à faire avancer son système de santé sur quatre points : la réglementation et l'organisation ; le plateau technique (infrastructures) ; le personnel médical (ressources humaines) et le financement du système.

Pour la réglementation, la première des choses a été d'élaborer et de mettre en œuvre la carte sanitaire. Il s'agit d'un document qui permet de répartir l'offre de soins sur l'ensemble du territoire en termes d'équipements existants, de découpage pertinent des régions en secteur sanitaire en fonction des besoins des populations et des établissements hospitaliers et autres centres de santé. En général, elle doit être révisée tous les 5 ans. La deuxième des choses a consisté à moderniser la gestion hospitalière, notamment par la transformation des hôpitaux universitaires en établissements publics de santé (EPS) dotés de la personnalité civile, d'une autonomie financière et régis par

⁸⁷ BEN REJEB Wadji: Gouvernance et performance dans les établissements de soins en Tunisie, DEA Management, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de Tunis, 2003, p71.

⁸⁸ Bio Info Santé N° 24 – juin 2010, p6.

la législation commerciale ; a la révision de l'organisation administrative et financière et du fonctionnement des hôpitaux régionaux, et à l'élaboration de plans directeurs et contrats - objectifs pour les EPS⁸⁹.

Dans le cadre de ses efforts pour améliorer la qualité des soins, la Tunisie a concentré ses efforts sur l'amélioration des intrants (ressources humaines, réhabilitations des installations, processus des soins), avant de se pencher sur l'amélioration des processus et sur le suivi des résultats⁹⁰.

Pour dispenser les soins, le pays disposait en 2008⁹¹ de 11533 médecins dont 50% sont des spécialistes (1 médecin pour 968 habitants) contre 2060 médecin en 1981, 2300 médecins dentistes (1 dentiste pour 5 447 habitants), 3050 pharmaciens (1 pharmacien pour 5 020 habitants) contre 832 en 1981⁹² et 32 271 cadres paramédicaux contre 13 572 en 1981. Le nombre d'officines de pharmacie a augmenté de 487 en 1980⁹³ à 1775 en 2008.

L'Etat a prévu durant la période du XI^{ème} plan de développement (2006-2011) des investissements de l'ordre de 549 Millions de Dinars Tunisiens dans la prévention, les infrastructures et surtout les équipements dans l'objectif de doter les structures hospitalières publiques de matériel performant et de pointe.

3.2. Equité et offre de soins

Au niveau de la qualité et de la disponibilité des soins et des infrastructures de santé, les régions du Grand Tunis et les régions côtières bénéficient d'une meilleure dotation en la matière, et ce malgré les efforts de décentralisation de la carte sanitaire.

⁸⁹ <http://fr.allafrica.com>.

⁹⁰ BEN REJEB Wadji, op cit, p69.

⁹¹ Institut National de la Statistique (INS), La Tunisie en chiffre 2007-2009, Edition 2010 N° 47, p41.

⁹² NOUIRA Alya, op.cit, pp23-43.

⁹³ Idem, pp47-58.

On estime aujourd'hui que 95% de la population se situent à moins de 5 kilomètres d'un centre de santé⁹⁴. Ceci a pour conséquence une meilleure prise en charge sanitaire des habitants par rapport aux autres tunisiens qui vivent dans les régions intérieures. A titre d'exemple, au 30 novembre 2010, le ratio habitants par médecin actif est de 450 pour 1 au Grand Tunis, contre 1 634 pour 1 au nord-ouest et 1 406 pour 1 au sud-ouest⁹⁵. L'approche de développement, initiée en Tunisie demeure l'épanouissement du citoyen et le développement humain.

Le produit intérieur brut (PIB) se situait en 2003 aux environs de 2.000 \$EU, et le taux annuel de croissance à 5%. Le revenu par habitant a augmenté de moins de mille dinars en 1987 à 4.000 dinars en 2006. Un revenu appelé à augmenter de 4.000 dinars en 2006 à 8.000 dinars en 2016, soit la réalisation d'un taux de croissance annuel de plus de 6,2%⁹⁶. Cette amélioration des conditions de vie s'est répercutée sur l'espérance de vie qui a atteint 75 ans en 2008⁹⁷, et la réduction du taux de la pauvreté qui est passé de 12,9% en 1980 à 6,7% en 1990 et à 3,8 pour cent en 2005. Le taux de pauvreté devrait atteindre un niveau inférieur à 2% en 2015 même si certaines inégalités demeurent et que le chômage a atteint 13,9% en 2004. Cette nette amélioration tient à l'indexation de l'objectif de réduction de la pauvreté à la croissance économique.

Les transferts sociaux ont représenté 58,8% du budget de l'État et 19% du PIB en 2007, ce qui a permis d'améliorer les conditions matérielles de vie des ménages notamment en milieu rural⁹⁸.

La croissance soutenue a permis une amélioration sensible des principaux indicateurs du développement humain. Les dépenses de l'État pour l'éducation et la santé ont

⁹⁴ Bio Santé Info N°24-juin 2010, p 5.

⁹⁵ Banque Africaine de Développement Tunisie, Document de Stratégie Pays 2007- 2011 ; p9.

⁹⁶ Tunisie, Indicateurs de développement pour la décennie 2007-2016(Article), le 27-03-2006.

⁹⁷ OMS, Statistique sanitaire mondiales 2010, p54.

⁹⁸ Banque Mondiale, République Tunisienne : Etude du secteur de la santé Mai 2006, pp10-22.

mobilisé en moyenne 11,7 % du PIB⁹⁹. Le Taux d'alphabétisation total des adultes (% des personnes âgées de 15 ans et plus) est passé de 48,2 en 1984 à 77,6 en 2008 et à 78% en 2010. Le recul de l'analphabétisme s'est accompagné d'une élévation générale du niveau d'instruction de la population active. Le taux de scolarisation est de 97 % dans le primaire et de 68 % dans le secondaire. S'agissant de l'emploi, la création de plus de 415 mille postes d'emploi permettra la couverture de la totalité des demandes additionnelles et la réduction du taux de chômage d'au moins un point et demi pour atteindre 11.6% en 2014 contre 13.3% en 2009¹⁰⁰.

L'amélioration des conditions environnementales de la population donne en 2008 l'accès à l'eau potable de façon durable à 94% de la population (99% en milieu urbain et 84% en milieu rural). La population urbaine ayant accès à des installations d'assainissement améliorées et de 96%¹⁰¹.

Les indicateurs sanitaires sont bien orientés mais, le système de santé va concerner de plus en plus des personnes âgées porteuses de pathologies dégénératives chroniques et donc plus coûteuses.

La population tunisienne a atteint 10,27 millions de personnes en 2010¹⁰². L'expérience tunisienne de transition démographique est exemplaire. En 1966, l'indice synthétique de fécondité, à sept enfants par femme, situait la Tunisie au niveau des autres pays arabes et africains. Ce ratio est passé à cinq en 1980, puis à trois au début des années 1990 et, enfin, à deux dans les années 2000, ce qui situe la Tunisie parmi les pays à transition démographique rapide. Cette évolution est le fruit de la politique de la famille engagée dès l'indépendance avec l'adoption du Code du statut personnel de 1956 qui, en modifiant les conditions du mariage, a contribué à retarder l'âge du mariage. L'adoption de ce code a été accompagnée d'une généralisation de la

⁹⁹ LAUTIER Marc : Les exportations de services de santé des pays en développement, Le cas tunisien, Université de Rouen, Département de la recherche, Décembre 2005, p20.

¹⁰⁰ Développement Economique & Social en Tunisie 2010 – 2014, Septembre 2010, p18.

¹⁰¹ OMS, Statistique sanitaire mondiales 2010, p108.

¹⁰² Institut National de la Statistique (INS) : La Tunisie en chiffre 2007-2009 ; Edition 2010 N° 47.p15.

contraception à une époque où de nombreux pays en développement y étaient encore opposés¹⁰³.

La baisse de la fécondité en Tunisie provoque un vieillissement de la population, avec une proportion de jeunes allant décroissant (de 29,9% en 2000 à 25,3% en 2006), contre une proportion des personnes âgées allant croissant (de 9,1% en 2000 à 9,5% en 2006, cependant, l'enjeu de répondre au plus juste aux besoins de santé d'une population en évolution démographique est capital, le pays doit réguler son offre de santé régalienn¹⁰⁴, afin de faire face aux nouveaux besoins : pathologies infectieuses (HIV...), pathologies chroniques (diabète, bronchopathies...) et dégénératives liées à l'âge (Alzheimer...).

Cela implique de mettre en place un système coordonné (enjeux de le rendre mesurable et mesuré) en adéquation avec les besoins, mais aussi certifié en terme de qualité pour répondre aux attentes et aux standards internationaux¹⁰⁵.

Des acquis sociaux importants ont été enregistrés à travers l'amélioration continue de l'ensemble des indicateurs liés à l'éducation, à l'enseignement supérieur, à la formation professionnelle, à la santé et aux conditions de vie d'une manière générale, ce qui a contribué à hisser l'indice de développement humain à 0.78 en 2009.

Ces réalisations ont permis de consolider la crédibilité de la Tunisie auprès des organismes financiers internationaux et améliorer son classement par les organisations internationales spécialisées en matière de compétitivité.

Le rapport « Doing business » de la Banque mondiale pour l'année 2010 a classé la Tunisie à la 69^{ème} place sur 183 pays se positionnant en tête des pays africains, et selon le classement annuel de l'Observatoire de la qualité de vie dans le monde en 2010 qui englobe 194 pays, la Tunisie a devancé les pays arabes sur le plan du niveau de vie.

¹⁰³ LAUTIER Marc, op.cit, p24.

¹⁰⁴ Soins apportés à l'ensemble de la population en vue d'améliorer l'état global de santé tout en garantissant l'accessibilité. Les soins régaliens ne comprennent pas les soins de confort.

¹⁰⁵ TURKI Ikram : Etats de santé des tunisiens en 2030, Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du Master Professionnel de Prospective Appliquée M2PA, Université de Tunis, Promotion 1 / Juin 2008, p13.

Cette notation se confirme encore plus par l'indicateur de la paix dans le monde qui a placé la Tunisie parmi les pays les plus sécurisés et les plus stables dans le monde en occupant le 37^{ème} rang parmi 149 pays¹⁰⁶.

La Tunisie aspire à réaliser davantage de progrès économique et de bien être social, à assurer le rayonnement du développement sur toutes les catégories et les régions et à instaurer les fondements du développement soutenable.

3.3. Etat actuel des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé.

La Tunisie est, en effet, l'un des pays de la région du nord Africaine où la pauvreté est la plus reculée. Ces performances économiques et leurs impacts le placent ainsi parmi les pays émergents et parmi ceux qui peuvent réussir à atteindre les objectifs du millénaire pour le développement.

❖ Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans

Les indicateurs de santé de la Tunisie sont globalement assez satisfaisants. Un des indicateurs les plus pertinents des progrès accomplis en matière sanitaire est le taux de mortalité infantile qui a chuté de 132 pour 1000 en 1960 à 22.8 pour 1000 en 2001 pour passé à 19,1 pour 1000 en 2006¹⁰⁷ (Cf. Tableau 07).

Tableau 07 : Evolution de la mortalité infantile.

Année	2001	2003	2005	2006
Taux de mortalité infantile pour 1000 naissances	22,8	21,1	20,3	19,1

Source : Institut National de la Statistique (INS).

¹⁰⁶ Développement Economique & Social en Tunisie 2010 – 2014 ; Septembre 2010. p13.

¹⁰⁷ TURKI Ikram, op.cit, p11.

Dans le cadre du programme du millénaire pour le développement (Nations Unies / OMS), l'objectif à atteindre serait de parvenir à un taux de mortalité infantile de 13 pour mille, à l'échéance de 2015.

Parallèlement à la diminution de la mortalité infantile (18,7 pour 1 000 naissances en 2008), les programmes de prévention et de promotion de la santé de la mère et de l'enfant a eu pour résultat d'améliorer sensiblement des taux de mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans. La mortalité infanto-juvénile (entre 0 et 5ans) a diminué, passant de 52 (pour 1.000 naissances d'enfants vivants) en 1990 à 20 (pour 1.000 naissances d'enfants vivants) en 2006 ; elle est actuellement considérée parmi les niveaux les plus bas dans la région (18 pour 1.000 naissances d'enfants vivants en 2008).

La Tunisie est sur la voie de la réalisation des objectifs de OMD (taux de mortalité infanto-juvénile de 16 pour mille en 2015). En effet, l'analyse des tendances de la mortalité infanto-juvénile et de ses causes¹⁰⁸ (près des $\frac{3}{4}$ surviennent dans la période périnatale, 50% sont en rapport avec une infection respiratoire ou intestinale) indique que cet objectif est réaliste¹⁰⁹.

❖ Améliorer la santé Maternelle

A l'instar de la politique générale de santé, celle orientée vers la femme, et notamment celle en âge de procréer, se distingue par son caractère évolutif tenant compte des mutations économiques et sociales et des nouvelles exigences en matière de santé féminine.

¹⁰⁸En Tunisie, il a été créé au sein du Ministère de la santé publique, le système national d'information statistique sanitaire (SNIS), avec la mise en place d'outils de mesure et de surveillance épidémiologique de l'état de santé de la population tunisienne. Le décret n°99-1043 du 17 Mai 1999 institue la mise en place d'un certificat de décès selon un modèle standardisé recensant les causes médicales des décès, selon une nomenclature internationale harmonisée.

¹⁰⁹Banque Mondiale, République Tunisienne : Etude du secteur de la santé Mai 2006, pp28-29.

Développée sur la base du concept de planning familial, cette politique a évolué vers le concept de santé maternelle et infantile pour s'inscrire actuellement dans une approche de santé reproductive s'articulant autour de la promotion, de la prévention et de la prise en charge de la santé spécifique des femmes, en général, et de la mère, en particulier. Le taux de mortalité maternelle est estimé à 54.8 pour cent mille naissances en 2000 contre un taux de 68.9 pour cent mille en 1994. Néanmoins, le rythme d'évolution du taux de mortalité maternelle ne permet pas, toutes choses étant égales par ailleurs, d'atteindre l'objectif de réduire ce taux de trois quart entre 1990 et 2015.

Une stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle a été mise en œuvre depuis 1998: cette stratégie a permis de mettre en place un système de surveillance des décès maternels dont les objectifs sont de fournir les données nécessaires pour la mise en place d'actions correctrices au niveau régional, de mobiliser les professionnels de la santé pour améliorer la qualité des prestations en obstétrique et de surveiller à l'échelle nationale les progrès accomplis dans la lutte contre la mortalité maternelle¹¹⁰. Le taux de mortalité maternelle a baissé de 50 pour 100 000 naissances vivantes en 2003¹¹¹ à 29,6 en 2005 pour atteindre 18,7 d'ici 2015¹¹².

❖ **Combattre le VIH/Sida, Tuberculose et Paludisme**

La Direction des soins de santé de base (DSSB) est chargée du pilotage du système d'alerte de notification, d'intervention de surveillance des maladies transmissibles et ce dans le cadre de la stratégie nationale visant à les maîtriser. Ces programmes enregistrent d'ailleurs des performances remarquables.

La Tunisie aujourd'hui a pu éradiquer un certain nombre de maladies tel que le paludisme (depuis 1979), la bilharziose, choléra, polio (Depuis 1992), la diphtérie, la

¹¹⁰ OMS, Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement, Nations Unies Mars 2004, p 21.

¹¹¹ Tunisie, Document de Stratégie 2007 - 2013 & Programme Indicatif National 2007 – 2010.

¹¹² <http://www.onu-tn.org>.

coqueluche, le tétanos néonatal, la rougeole (Depuis 2002). Ceci étant, le système d'alerte reste toujours en place. Les principaux résultats atteints sont par pathologie¹¹³ :

• **VIH-Sida :**

La lutte contre le SIDA est multisectorielle : elle implique, outre les départements en charge de la santé de base et de la médecine scolaire et universitaire du Ministère de la Santé, des ONG (Organisation non gouvernementale) nationales. Un programme national de lutte contre le SIDA et les MST est sous la Direction de la DSSB qui en établit l'évolution chaque année. Selon le rapport annuel de la DSSB, depuis la notification des premiers cas en 1985, un système de surveillance a été mis en place. Depuis, le nombre de cas cumulés est de 1383 dont 467 sont décédés jusqu'à 2006.

155 nouveaux cas ont été enregistrés en 2006, dont 69 sont Tunisiens (contre 74 en 2005) - 42 hommes, (61% des cas) 24 femmes (35%) et 3 enfants (4% contaminés par leur mère). Chez les adultes, la voie hétérosexuelle et l'injection de drogue – qui concerne principalement des Tunisiens émigrés à l'étranger – sont les principaux mécanismes de contamination. Bien que, depuis 1990, le nombre de nouveaux cas enregistrés annuellement chez les tunisiens demeure stable (autour de 70), la vigilance s'impose et ce en raison de l'expansion du tourisme – de loisir mais aussi dans certains cas pour des soins - transfrontalier de l'immigration (temporaire, clandestine ou déclarée) de populations originaires de pays d'endémie connue.

• **Paludisme :**

La Tunisie a mis en place un programme d'éradication du paludisme depuis les années 70 et à ce titre aucun cas autochtone n'est enregistré depuis 1979. Quelques dizaines de cas sont actuellement enregistrés, (36 cas en 2006, contre 38 en 2005) importés par des voyageurs tunisiens (sportifs, travailleurs, hommes d'affaires) et étrangers principalement des étudiants originaires des zones d'endémie sont annuellement diagnostiqués et pris en charge.

¹¹³ Tunisie, Ministère de la santé publique, La Direction des soins de santé de base (DSSB) ; Rapport annuel 2006.

Il est à noter qu'en 2003 un pic a été observé concomitamment à l'installation de la Banque Africaine de Développement en Tunisie.

- **Tuberculose :**

Faisant l'objet d'un programme spécifique (gratuité pour le sujet atteint et son entourage des prestations de soins et de prévention), son incidence autour de 21,2 pour 100.000 habitants en 2006 baisse régulièrement au fil des années ; les formes infantiles sont exceptionnelles, de même que la localisation méningée.

Le principal défi auquel la Tunisie fait face de nos jours est celui du fardeau croissant des maladies chroniques et des accidents corporels qui représentent 58% de la charge de morbidité. La prévalence des maladies cardiovasculaires est de 16%, l'hypertension d'environ 11%, et le diabète d'environ 9,8%. En outre, l'obésité est de l'ordre de 15% parmi les adultes, ce qui souligne un facteur de risque élevé pour le fardeau croissant des maladies non transmissibles¹¹⁴. Cette situation appellera des investissements importants.

Le secteur de la santé a toujours occupé une place privilégiée dans la politique économique et sociale de la Tunisie. L'Etat tunisien considère la santé publique comme l'une des priorités nationales.

Le rapport mondial sur la compétitivité et le rapport sur la compétitivité en Afrique (2008-2009) publiés par le Forum de Davos ont classé la Tunisie au 27^{ème} rang mondial, 1^{ère} en Afrique et 2^{ème} parmi les pays arabes en matière de santé et d'enseignement primaire¹¹⁵.

Des défis demeurent cependant à relever, en particulier¹¹⁶:

¹¹⁴ BEN ROMDANE Habiba (Chercheur), projet TAHINA, enquête nationale, morbidité et recours aux soins, 2005-2006, Tunis.

¹¹⁵ Bulletin n° 33 d'information de l'Ordre des médecins de Tunisie, décembre 2010.

¹¹⁶ Tunisie, Document de Stratégie 2007 - 2013 & Programme Indicatif National 2007 - 2010.

1- un renforcement du système de protection financière des familles, dont les charges vont augmenter en raison de l'amélioration de l'espérance de vie et du nombre de patients atteints de maladies chroniques ;

2- Une protection de l'accès des plus pauvres aux soins de santé en raison du risque de sélection adverse des filières de protection sociale qui pourrait amener les prestataires de soins privés à n'accueillir que les patients fortunés ;

3-Un renforcement du système

Il est vrai que la santé est au carrefour des déterminants socio sanitaires. Mais l'on sait désormais que les économies maghrébines, ne sont pas encore en mesure d'agir durablement sur ces déterminants. Ces pays atteindront probablement les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), mais des défis importants restent à relever en termes de santé publique.

On doit reconnaître aux pays maghrébins la consolidation puis le développement des systèmes de santé, hérités de la période coloniale. Ces pays font face à des défis communs parmi lesquels, un vieillissement de leur population (espérance de vie au-delà de 70 ans pour les trois pays), l'apparition des maladies non transmissibles, plus coûteuses (au Maroc les maladies cardiovasculaires, les maladies chroniques et dégénératives et les cancers deviennent les premières causes de recours au système de santé) et la nécessité de développer des politiques publiques intersectorielles, prenant davantage en compte les déterminants de la santé (nutrition, habitat, éducation, environnement).

Chapitre III

Le financement des systèmes
de santé dans les pays du
MAGHREB
(Algérie, Maroc, Tunisie)

CHAPITRE III : LE FINANCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE DANS LES PAYS DU MAGHREB.

Le fonctionnement, l'organisation des services de santé et les conditions d'accès aux différents soins de santé, reposent primordialement sur la question de financement, mais face à des ressources financières restreintes, la question du financement représente le problème fondamental des systèmes de santé au Maghreb.

La dépense globale de santé est d'une part, faible dans un contexte de cherté des soins et des biens médicaux par rapport à un pouvoir d'achat limité et stagnant, et d'autre part, de faiblesse de l'assurance maladie qui est à remettre en cause dans les trois pays concernés (Algérie, Maroc, Tunisie). Le financement de cette dépense est très fragmenté et sa répartition semble inéquitable.

Bien que l'Etat contribue en premier lieu au financement de la santé en Algérie, le paiement direct des ménages (net de remboursements des assurances et mutuelles) constitue la source de financement principale du système marocain et tunisien. Cette situation n'est point adaptée au financement d'un secteur dont les dépenses des individus sont, en général, imprévisibles, et parfois, catastrophiques. Beaucoup de familles peuvent s'endetter lourdement ou se ruinent afin de pouvoir offrir les soins nécessaires à un ou plusieurs membres souffrant de maladie(s) chronique(s). Bien évidemment, cette situation s'aggrave particulièrement chez la population la plus pauvre. Il devrait y avoir donc une révision du rôle de l'Etat en matière de financement des soins de santé, tout en retrouvant des compromis acceptables entre équité, satisfaction des besoins et maîtrise des dépenses de santé.

Section 1 : Le financement du système de santé algérien

Le financement de la santé en Algérie revêt une particularité spéciale du fait qu'il est basé sur une contribution forfaitaire de l'Etat, de la sécurité sociale, et celle des ménages.

L'absence de contraintes financières avait favorisé un accès élargie des populations aux soins entraînant une forte augmentation des dépenses de santé, due à la fois au renchérissement des prix des médicaments, à l'évolution épidémiologique et démographique et le manque de visibilité quant à la contribution des différents intervenants dans le financement.

Il est clair que la question du financement du système de soins algérien est très complexe. Cependant, il nous paraît évident que les modalités de financement inflationnistes actuelle ne peut assurer la pérennité du système de soins et garantir l'équité d'accès des plus démunis¹.

Le système de santé algérien a aujourd'hui davantage besoin d'engager une réforme profonde dont le contenu devrait être essentiellement lié au mode de financement de la santé et a la maîtrise des dépenses.

1.1. Dépenses de santé et financement du secteur de la Santé

La politique de santé et en particulier le financement des dépenses de soins, se heurte actuellement à une crise profonde de régulation en Algérie. Cette situation résulte d'une libéralisation forte et incontrôlable de la demande dans le cadre d'une très forte socialisation des dépenses, et de la libéralisation interne et externe de l'économie.

¹ OUFRIHA Fatima Zohra et collaborateurs : Un système de santé à la croisée des chemins, Doc de recherche, CREAD 2006. p 129.

L'action conjuguée de ces phénomènes porte atteinte aux bases même du système de santé tout en occasionnant de lourdes dépenses².

Unité de base des services de santé, les secteurs sanitaires constituent incontestablement la structure de consommation financière la plus importante dans le budget du MSPRH. Les dépenses de santé sont passées de 106 milliards de dinars en 1998 à 192 milliards de dinars en 2002, soit un accroissement de 81 %. En proportion du PIB, ces dépenses n'ont augmenté que de 3,8 % à 4,3 %. L'Algérie est confrontée à une forte hausse des besoins en matière de santé qui nécessitent des efforts soutenus pour maîtriser les dépenses et les réformes permettant de générer des marges de manœuvre budgétaires. Selon les estimations de la Banque mondiale la transition démographique à elle seule fera augmenter les dépenses de santé de 60 % en valeur réelle entre 2000 et 2020³.

Le coût des frais sanitaires pour un Algérien est de 17 100 DA en 2009. Il était de 7.700 DA en 2004. L'Algérie dépense 9,61 % de son PIB pour la santé. La santé c'est 60 milliards de DA de budget annuel sectoriel, 38 milliards de dinars en forfait hôpitaux et plus de 64 milliards de dinars en produits pharmaceutiques remboursés par la sécurité sociale. Le but de l'Etat sera d'augmenter la part de la production de la richesse nationale consacrée à la santé pour atteindre 15 % en 2025.

Le financement des dépenses de santé au niveau des secteurs sanitaires est assuré principalement par l'Etat et la Sécurité Sociale. Ainsi, pour l'année 1983, l'Etat a contribué à plus de 2 milliards de DA soit une augmentation par rapport à l'année 1979 de 1 milliard de DA qui équivaut à 82,3%. Il est à noter que les collectivités locales qui participaient pour une très faible part (5% environ) ont été dispensées à partir de 1980. La participation de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale se chiffre quant à elle à la somme de 2 milliards de DA en 1983 dont une augmentation de plus d'un(1) milliard de DA par rapport à l'année 1979, ce qui équivaut à un taux

² Idem, p133.

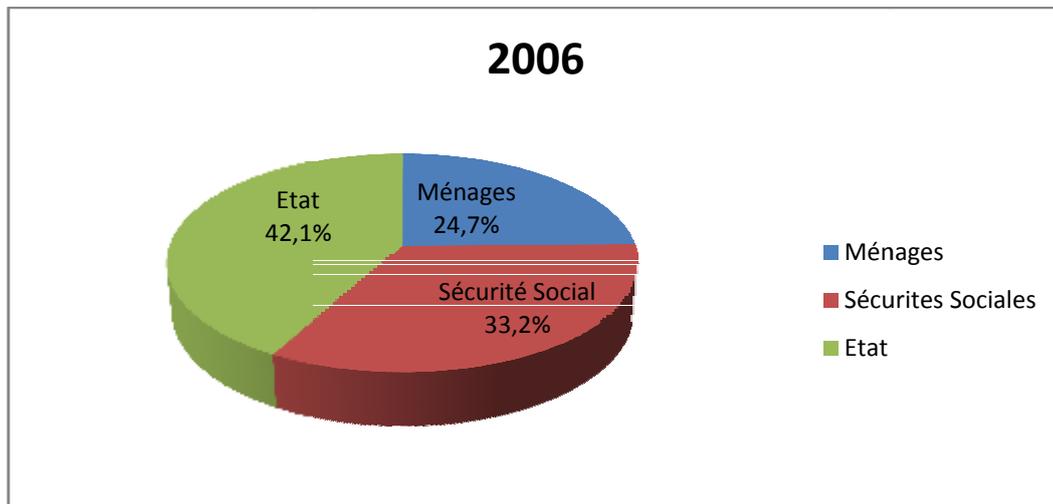
³ Document de la Banque mondiale, Rapport N° 36270 – DZ : République Algérienne Démocratique et Populaire : A la recherche d'un investissement public de qualité, Le 15 août 2007 ; p172.

d'accroissement d'environ 194%⁴. Aujourd'hui Le budget de fonctionnement a connu une augmentation notable passant de 220 199 860 000 milliards DA en 2006 à 456 139 860 000 milliards en 2010⁵.

En 2006, la part des dépenses de sécurité sociale dans les dépenses totales de santé était de l'ordre de 33,2%, et la part de l'Etat dans le financement des dépenses total de santé était de 42,1%. Quant à la participation des ménages, elle est de 24,7% (Cf. Figure 05) et peut prendre différentes formes :

Ticket modérateur, forfait hospitalier, dépassement d'honoraire et l'avance des frais⁶.

Figure 05 : Sources de financement des dépenses de santé, en 2006 (en %).



Source : نور الدين عياشي: المذطومات الصحية المغربية -- دراسة مقارنة --

رقم الصفحة 312 .

Le budget de la santé sert dans sa quasi-totalité à la rémunération du personnel. La part du personnel à tendance à diminuer passant de 60,59 % en 2006 à 54,85 % en 2010. Toutefois la loi du 19 août 1998 qui permet aux médecins d'exercer une activité complémentaire perturbe le fonctionnement des hôpitaux publics par le fait qu'une

⁴ BERRABAH Nacer : Financement et prestation de soins de santé en Algérie : l'équité du système à l'épreuve des faits, doctorat en Sciences Economiques, Université PARIS I, 02 février 1999, p76.

⁵ MSPRH, Direction des finances et des moyens, sous direction du contrôle de la gestion.

نور الدين عياشي : المذطومات الصحية المغربية -- دراسة مقارنة -- أطروحة لنيل درجة دكتوراه في العلوم :!

الاقتصادية، جامعة منتوري قسنطينة، السنة الجامعية 2010/2009، رقم الصفحة 312.

partie des concernés ne respecte pas la limite d'une journée par semaine imposée et que leur double appartenance les incite à orienter les patients en mesure de payer vers le secteur privé.

La consommation médicamenteuse présente un volume financier important. Rapportées aux dépenses totales de santé, les dépenses médicamenteuses passent de 18,40 % en 2006 à 21,53% en 2010.

17 milliards de dinars ont été injectés dans le domaine pharmaceutique pour en finir avec la dépendance à l'égard des producteurs étrangers, l'objectif étant de satisfaire, à l'horizon 2014, 70% des besoins nationaux en médicaments au moyen d'une production algérienne⁷.

Durant les trois décennies qui ont suivies l'indépendance, l'Algérie a investi en équipement médicaux. L'absence de compétences et de techniciens qualifiés pour prendre en charge les travaux d'entretien et de maintenance de ces équipements onéreux est à déplorer. Sur 73 500 équipements médicaux, 10 200 sont en panne. C'est un problème qui perdure depuis des années et qui paralyse les hôpitaux et pénalise le citoyen⁸.

La part des dépenses des postes Matériel médical et entretien est passés de 3,69% et 2,91% respectivement en 2006 à 4,34 % et 3,87% en 2010.

Par ailleurs le budget de prévention atteint 2,37% des dépenses en 2006 et 2,49% en 2010⁹ ce qui est dérisoire et le pourcentage de la recherche est insignifiant (Cf. Tableau 08).

⁷ Ministère des finances.

⁸BOUAKBA AMEL : Les fournisseurs de matériel médical doivent assurer la maintenance des équipements et la formation du personnel, La tribune le 23 Avril 2011.

⁹ MSPRH, Direction des finances et des moyens.

**Tableau 08: Evolution de la consommation budgétaire par nature de dépenses
(en %)et en Milliers de DA pour 2006 et 2010.**

Catégorie de dépenses	2006		2010	
	MONTANT	% du total	MONTANT	% du total
Personnel	133 420 761	60,59	250 195 876	54,85
Dépenses de formation	5 161 182	2,34	13 876 381	3,04
Alimentation	5 093 580	2,31	12 799 243	2,80
Médicament	40 521 834	18,40	98 235 568	21,53
Dépenses d'action spécifiques de prévention	5 227 600	2,37	11 345 132	2,49
Matériel médical	8 115 574	3,69	19 779 408	4,34
Entretien infrastructures	6 406 653	2,91	17 655 559	3,87
Autres	27 447 589	12,46	27 447 589	6,02
Œuvres sociales	3 368 961	1,53	2 355 754	0,52
Recherche médicale	76 621	0,03	85 117	0,02

Source : Tableau réalisé par nos soins sur des données du MSPRH.

L'évolution des dotations budgétaires par poste de dépense ne fait que confirmer la principale caractéristique du système de soins algérien, qui est de favoriser l'aspect curatif au détriment de l'aspect préventif.

La santé doit être considérée non pas comme une simple satisfaction d'un besoin mais comme un facteur prioritaire de développement global et durable. Ce qui implique de fixer des obligations de tous les acteurs : en premier l'Etat qui reste le principal garant de la protection de la santé, les bailleurs de fonds (place de la sécurité sociale dans le financement de la santé), les collectivités et enfin les ménages concernant leurs responsabilité propre par rapport à la santé.

1.2. L'organisation de la protection de la santé dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire

En Algérie, la protection sociale a occupé une position prééminente dans la politique du pays, comme vecteur du progrès social. Elle continue, aujourd'hui dans un contexte général moins favorable, à assurer une fonction privilégiée de redistribution des revenus et de limitation de la précarité et de l'insécurité. A travers ses diverses composantes et ses différentes modalités d'intervention, la protection sociale entend, avant tout, corriger les iniquités de la distribution primaire des revenus. Toutefois ce souci d'équité ne doit pas constituer un frein au développement, au contraire un facteur d'impulsion à la croissance, mais dans une vision harmonieuse d'équilibre entre les exigences de la performance économique et une juste répartition des fruits de la croissance et du progrès.

Le système de sécurité sociale en Algérie est basé sur un régime unique qui couvre la quasi-totalité de la population contre les risques sociaux, regroupés en cinq branches. L'assurance-maladie fait partie de la branche des assurances sociales. Instaurée en 1959, l'assurance-maladie, a été, comme l'ensemble du système de sécurité sociale, réformée en 1983, qui vise la couverture d'autres tranches de populations non actives¹⁰.

Le système d'assurance maladie Algérien est jugé par la Banque Mondiale comme de « très généreux ». Quasiment toute la population algérienne bénéficie d'une couverture maladie notamment pour les soins prodigués dans le secteur public.

Sont bénéficiaires de l'assurance-maladie : les travailleurs salariés, les travailleurs indépendants, les anciens travailleurs titulaires d'avantages de sécurité sociale, les groupes spécifiques (étudiants, personnes handicapées, démunies bénéficiant de l'aide sociale d'Etat, apprentis, etc.) ainsi que leurs ayant-droits.

¹⁰ ZIANI Lila, op.cit, p4.

La gestion du système est assurée par deux organismes :

- La Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés (CNAS)
- La Caisse nationale de sécurité sociale des non salariés (CASNOS)

Ces deux organismes sont dotés de conseils d'administration et sont placés sous tutelle du ministère chargé de la sécurité sociale¹¹. L'assurance-maladie couvre près de 9/10^{ème} de la population (assurés et ayant-droits)¹². Elle prend en charge les soins à travers les prestations en nature et les revenus de remplacements de perte liées à l'activité à travers les prestations en espèces.

L'Algérie est un pays qui a opté pour un système obligatoire d'assurance maladie basé sur les cotisations imposées aux catégories professionnelles. Ce qui rend sa capacité de financement étroitement liée au niveau de l'emploi¹³. Les taux de cotisations ont subi plusieurs modifications depuis les années 90, selon les objectifs de la politique économique du pays. En 2010, le taux de cotisation est réparti entre les différentes branches en fonction de l'importance des charges qu'elles supportent (Cf. Tableau 09).

Tableau 09 : La ventilation des taux de cotisation au 1^{er} Janvier 2010.

Branche	A la charge de l'employeur	A la charge du salarié
Assurances sociales : (maladie, maternité, invalidité et décès)	12,50 %	1,50 %
Accidents du travail et maladies professionnelles	1,00 %	-
Retraite	9,50 %	6,50 %
Assurance chômage	1,50 %	1,50 %
Retraite anticipée	0,50 %	0,50 %
Fonds du Logement social	-	-
Total	25,00 %	10,00 %

Source : Direction Générale de la CNAS, Alger(DGC).

¹¹ ZIANI Farida : Analyse de la consommation des médicaments en Algérie, Cas de la wilaya de Sétif, Mémoire de Magister en Sciences Economique, Université A-Mira de Bejaia, juillet 2010, p29.

¹² Ahmed Mokaddem et Mostafa Kharoufi : Rapport d'évaluation initial du programme de pays de l'UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la Population) pour l'ALGERIE 2007-2011 ; p9.

¹³ KASSA Fouzia. : Essai d'analyse des dépenses d'assurance maladie en Algérie, Mémoire de Magistère en Sciences Economiques, Université de Bejaia, Faculté des sciences Economiques, des sciences de gestion et des sciences commerciales, 2009, p55.

Le SNMG (Depuis le 1er janvier 2010, le Salaire National Minimum Garantie (SNMG) est fixé, à 15.000 DA par mois) sert de référence aux montants minimums pour le versement des cotisations et le paiement des prestations de sécurité sociale.

Il convient de signaler, par ailleurs, que moyennant un taux de cotisation de 1,5 % du salaire du poste soumis à la cotisation de la sécurité sociale. Les adhérents d'une mutuelle peuvent bénéficier d'un complément de 20% des remboursements (prestation en nature) non pris en charge par la CNAS et un complément indemnités journalières (prestations en espèces). De même d'autres prestations à caractère spécifique sous forme d'aide en nature ou en espèce pourraient être, également, accordées dans des occasions (mariage, naissance, circoncision, etc.).

Le nombre d'assurés sociaux est passé de 4 074 911 en 1999 à 7 337 372 en 2007 mais dont la moitié sont des cotisants inactifs. Ainsi, plus de 90% de la population algérienne est couverte par l'assurance maladie contre 87,4% en 1999¹⁴.

Toutefois, il existe un problème important, celui de la couverture des personnes « occupées » dans le secteur informel, puisqu'on estime qu'il concerne près de 1.200.000 personnes soit près de 17% de la population active. Elles ne bénéficient d'aucune couverture de Sécurité Sociale¹⁵. Au demeurant, sur une population de plus de 35 millions d'habitants, le nombre des assurés actifs n'est que de 4 325 000. L'effectif des assurés cotisants affiliés à la Caisse d'assurance sociale des non salariés (CASNOS) reste confiné à près de 500 000 au niveau national et ce, quels que soient les efforts d'incitation envers cette frange de la population active¹⁶.

Après une période de plein essor, sous la double impulsion des programmes de développement économique et des principes ayant présidé à sa refonte, la protection

¹⁴ KASSA Fouzia, op.cit, p59.

¹⁵ FICHE PAYS : ALGERIE ; p50 : www.vluchtelingenwerk.be.

¹⁶ BRAHAMIA Brahim: L'approvisionnement en médicaments du système de santé algérien ; pdf Jeudi 4 novembre 2010.

sociale se trouve confrontée à des défis nouveaux, soulignés par l'accroissement de ses dépenses et la contraction de ses ressources¹⁷. (Cf. Tableau 10).

**Tableau 10 : L'équilibre financier du système de sécurité sociale en Algérie
(Millions DA).**

		2001	2002	2003	2004	2005	2006
CNAS	Recettes	79610	104771	115231	137144	169703	162429
	Dépenses	76950	98719	106331	128659	159711	160858
	Ecart	+2660	+6052	+8900	+8485	+9992	+1571
CASNOS	Recettes	9110	13321	24906	25882	18188	20378
	Dépenses	12640	15491	18261	20773	22259	22816
	Ecart	-3530	-2170	+6645	+5109	-4071	-2438

Source : ONS, l'Algérie en quelques chiffres, N° 37, résultats 2004-2006, édition 2008, p 16.

Les dépenses d'assurance maladie suivent une tendance générale à l'augmentation passant de 3,267 milliards de DA à 73,256 milliards de DA entre 1990 et 2007. La part des dépenses d'assurance maladie dans les dépenses totales de santé est de 23,14% en 2005 alors qu'elle représentait 15,63% en 1992¹⁸. Les remboursements effectués par les services de l'assurance maladie en matière de produits médicamenteux constituent la part prédominante de ses prestations en nature, ils ont évolué de 24,12 mds DA en 2001(CNAS et CASNOS) à 64,56 mds DA en 2007, soit plus du tiers de ses dépenses (45,68%)¹⁹.

En 2010, Les dépenses de la santé au système de la sécurité sociale avaient atteint 176 milliards de DA, dont 95 milliards de DA injectés dans le remboursement des

¹⁷ Conseil National Economique et Social : Evolution des systèmes de protection sociale, perspectives, conditions et modalités permettant d'assurer leur équilibre financier. 18^{ème} Session Plénière, 22/23 juillet 2001, p 10.

¹⁸ KASSA Fouzia, op.cit, p99.

¹⁹ BRAHAMIA Brahim : Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie, communication présentée au cours du séminaire pour le financement de l'assurance maladie, ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, Alger, 2008.

médicaments²⁰. Le médicament représentait en 2001 plus de 20% de la Dépense Globale de Santé (DGS). En 2008 ce taux est passé à 28% soit 1.850 millions de dollars²¹.

Le médicament prend de plus en plus une place grandissante dans les dépenses totales de santé et occupe la première place dans les dépenses effectuées par les organismes de la sécurité sociale. La consommation moyenne par habitant est évaluée à 14 dollars en 1992 pour atteindre 53 dollars par habitant en 2006²². Cet accroissement s'explique d'une part, par la dépendance quasi totale de l'extérieur en matière de médicaments, d'autre part, par l'accélération de l'offre de soins, l'élévation du niveau de vie et la généralisation de la couverture sociale. Une politique appropriée et adaptée de production nationale se doit d'être mise en œuvre.

1.3 Le marché des médicaments

En Algérie comme dans le reste des pays du monde, le volume financier du marché des médicaments ne cesse d'augmenter d'une année à une autre. La consommation est en évolution continue pesant lourdement sur les budgets de l'Etat, des ménages et celui de la sécurité sociale (Cf. Tableau 11).

Tableau 11 : Evolution et répartition de la facture du médicament.

Année/Millions Euros	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Importation	617	846	717	843	987	900,647
Production	255	281	357	428	363	553
Total de la facture	872	1127	1074	1271	1350	1453,647

Source : 1^{ère} Conférence Nationale sur la politique de santé et la réforme hospitalière. « Etat des lieux du système de santé en Algérie », présenté par Dr Djamel Ould Abbas le 03-05 Février 2011.

²⁰ Le ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale.

²¹ Djamel Ould Abbas : 1^{ère} Conférence Nationale sur la politique de santé et la réforme hospitalière. « Etat des lieux du système de santé en Algérie », 03-05 Février 2011.

²² ZIANI Lila, op.cit, p2

En 2007, les importations de médicaments provenaient de 49 pays. Plus de 80% des médicaments sont achetés essentiellement auprès des pays européens, la France étant le premier fournisseur avec une part prépondérante qui avoisine la moitié (plus de 41%) de volume importés, suivi de loin par la Suisse avec 11% et la Grande Bretagne avec 7% de l'ensemble des importations. Les pays arabes et du tiers monde n'occupent, cependant, qu'une très faible part ne dépassant pas 12% dans l'approvisionnement de médicaments pour l'Algérie. Les Etats-Unis, premier marché mondial de médicaments, n'assure qu'une très faible part dans l'approvisionnement estimée à 1,2%, ce qui le classe en 13eme position²³. Les importations algériennes sont très concentrées. Une stratégie « préventive » de diversification des risques commande la réduction expresse de cette dépendance pharmaceutique chronique vis-à-vis de la France.

En 2010, La facture des importations algériennes des médicaments a baissé de près de 5% depuis la décision prise en janvier 2009 par le gouvernement. Les mesures préconisées sont:

- L'arrêt de l'importation des médicaments fabriqués en quantité suffisante en Algérie.
- Toute autorisation d'importation est conditionnée par l'obligation d'investir en Algérie (projets d'investissements).
- Interdiction de certains produits à l'importation (plus de trois cents médicaments de Dénomination Commune Internationale (DCI) équivalents de 800 produits de spécialités ont été interdits à l'importation)²⁴.

La facture a fléchi de 4,66%, passant de 1,86 MD USD en 2008, à 1,74 MD USD en 2009 et à 1,66 MD USD en 2010²⁵. 17 milliards de dinars ont été injectés dans le domaine pharmaceutique pour en finir avec la dépendance à l'égard des producteurs

²³ MEKBEL Anissa, op.cit, p92.

²⁴ Djamel Ould Abbes, op.cit.

²⁵ B.Nabila : le Financier du 11/12/2011 ; La facture des médicaments en hausse en 2011

étrangers, l'objectif étant de satisfaire, à l'horizon 2014, 70% des besoins nationaux en médicaments au moyen d'une production algérienne²⁶.

Plus de 70% de médicaments, consommés et importés sont des princeps, les ménages se voient contraints de payer une partie de plus en plus importante des frais de leurs consommations en médicaments en supportant, en plus des 20% du ticket modérateur, tous dépassement de prix de vente au-delà du tarif de référence avec le prix de plusieurs médicaments non remboursables²⁷. La liste des produits pharmaceutiques remboursables a atteint 1198 dénominations communes internationales (DCI) en 2008, soit près de 3138 marques²⁸, alors que le minimum recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est de 600 DCI²⁹. Devant cette situation et dans le cadre nationale de médicament, la notion de non remboursement a été introduite et ce à travers, le renforcement du contrôle médical, et la lutte contre la fraude en matière de vignettes.

L'encouragement du médicament générique constitue donc l'une des grandes mesures à prendre en considération pour non seulement la maîtrise des dépenses de la santé, mais aussi pour faciliter à un grand nombre de la population l'accès aux médicaments de qualité et à moindre coût. En 2009 nous comptons 75 unités de production de médicaments dont 55 de SAIDAL³⁰. Ces dernières années, il convient de signaler qu'une volonté politique explicite s'est faite sentir en matière de promotion du développement des médicaments génériques, avec comme résultat une érosion relative du marché des spécialités princeps sous l'effet des génériques (Cf. Tableau 12).

²⁶ Ministère des finances.

²⁷ MEKBEL Anissa, op.cit, p158

²⁸ BRAHAMIA Brahim : Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie, communication présentée au cours du séminaire pour le financement de l'assurance maladie, ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, Alger, 2008.

²⁹ KOURTA Djamilia : Un système de santé en Algérie, Dimanche 10 Avril 2005, elwatan.com,

³⁰ Djamel Ould Abbas, op.cit.

Tableau 12 : Part de progression des génériques et des princeps dans la facture des médicaments (Valeur en millions d'Euros).

	2008	2009	Taux de progression
Part des génériques	484,40	650,22	34%
Production	291	440	51%
Importation	193,40	210,22	10%
Part des Princeps	691	803	16,6%
Production	619	690	12%
Importation	72	113	56%

Source : 1^{ère} Conférence Nationale sur la politique de santé et la réforme hospitalière. « Etat des lieux du système de santé en Algérie », présenté par Dr Djamel Ould Abbes, le 03-05 Février 2011.

Nous enregistrons dans la nomenclature, 3749 spécialités génériques et 1644 spécialités princeps. Le marché des médicaments génériques représente 38% des produits pharmaceutiques, la valeur de ce marché atteint les 890 millions de dollars³¹.

La politique de promotion du générique menée en Algérie est une politique très restrictive (elle ne concerne que le médicament génériques) et doit s'accompagner de mesures visant à modifier les comportements des prescripteurs, tant au niveau des médecins que des pharmaciens, avec le comportement du patient-consommateur de médicaments. L'action la plus efficace, à long terme, est la communication auprès des professionnels de santé, mais surtout auprès du grand public afin de désamorcer la méfiance des médecins, l'indifférence des pharmaciens et la crainte des patients. Pénuries, ruptures de stocks, péremption de médicaments sont des sujets récurrents, sources de préoccupation des usagers comme des différents acteurs du système de santé algérien. Or le bon fonctionnement d'un système de santé quel qu'il soit repose sur un réseau d'approvisionnement et de distribution de produits pharmaceutiques

³¹ MEKBEL Anissa, op.cit, pp44-46.

fiable en mesure de répondre à la demande des citoyens, aussi bien en ce qui concerne les soins préventifs que curatifs³².

Malgré toutes les mesures prises pour maîtriser la charge de la consommation Médicamenteuse qui provoque un déséquilibre des organismes de sécurité sociale, la consommation médicamenteuse continue à marquer des accroissements réguliers et continue à peser lourdement sur le système de sécurité sociale, surtout que le recours aux médicaments génériques reste relativement faible. Ces mesures prises s'avèrent donc insuffisantes et doivent être accompagnées d'une révision de la politique médicamenteuse Algérienne pour assurer la demande sur le marché.

L'absence de stratégie pharmaceutique de l'Algérie a induit un retard estimé de 10 à 20 ans sur ses voisins à cause de son manque de prospective. Les Unités de Production installées ne donnent qu'une faible couverture du marché national (estimation 6 %). Elle ne suit que ses propres normes, sans se préoccuper des normes internationales, à l'exception du Groupe SAIDAL, il n'y a aucune R&D (Recherche et Développement) pharmaceutique dans le secteur, dont les exportations sont quasi nulles³³.

Si des résultats incontournables sont enregistrés aujourd'hui, il n'en demeure pas moins que le système national de santé Algérien est confronté à de multiples contraintes qui altéreront son efficacité et ses performances. Le système national de santé est aujourd'hui l'objet de toutes les critiques, pour les pouvoirs publics : C'est un système dispendieux et gaspilleur, l'inadaptation de son organisation, de sa gestion et de ses modalités de financement face aux mutations socio-économiques que connaît le pays doit être combattu sans pour autant remettre en cause les principes d'équité, de solidarité qui fondent le système national de santé.

³²BRAHAMIA Brahim : L'approvisionnement en médicaments du système de santé algérien ; pdf Jeudi 4 novembre 2010.

³³ Ministère de la PME et de l'Artisanat : Commission Européenne, Analyse de la filière Industrie Pharmaceutique, Algérie 2007, Rapport principal, p25.

Section 2 : Le financement du système de santé marocain

Le financement de la santé au Maroc est caractérisé par une grande complexité engendrée par une faible couverture médicale et par une inflation des coûts de la santé. Cette inflation est due à l'augmentation de la dépense globale de santé devant la transition démographique (vieillesse de la population) et épidémiologique (nouvelles pathologies en relation avec le changement du mode de vie) et devant l'apparition de technologies médicales de pointe³⁴.

La nouvelle vision du Ministère de la Santé à l'horizon 2015 s'inscrit fermement dans l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Comme elle vise également à mettre en cohérence des réformes profondes actuellement mises en œuvre dans tout le système de santé à savoir la réforme de financement, suite à la résolution EM/RC51/R.6 du Comité régional sur l'impact des dépenses de santé sur les ménages et les options de financement et la résolution WHA58.33 de l'Assemblée mondiale de la Santé intitulée Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale³⁵.

2.1. Dépenses de santé et mode de financement

Au Maroc, la dépense globale de santé a atteint environ 30,6 milliards de Dirhams en 2006 soit 5,3% du PIB (près de 1.002 Dirhams par habitant) est 37,5 milliards de Dirhams à la fin 2008 soit 5,6% du PIB³⁶. La répartition par nature montre que la source principale de financement de la santé reste le paiement directs des ménages : 57,3% contre 39,6% pour le financement collectif de la santé (fiscalité nationale et locale 22,6% et assurance maladie (cotisations salariales des ménages et cotisations patronales de l'Etat, des EEP, des EP et des CL) ne représente que 17%). Quant aux

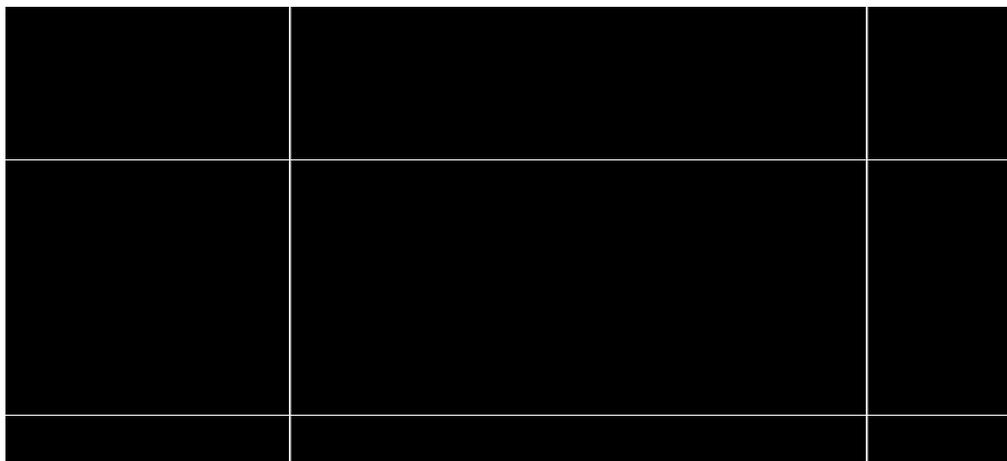
³⁴ La population âgé de 15 à 59 ans, connaîtra une hausse atteignant 65,1% en 2010 et la population âgé de 60 ans et plus connaîtra quant à elle une croissance passant de 7,1% de la population totale en 1994 à 8% en 2010.

³⁵ OMS, Orientations stratégiques pour améliorer le financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : vers une couverture universelle 2011-2015, p7.

³⁶ BRAHAMIA Brahim : Evolution et tendances des systèmes de santé, OCDE- Europe de l'Est- Maghreb, Editions Bahaeddine, 2010, p407.

autres sources de financement, elles restent marginales : 2% pour les employeurs (hors Etat et Collectivités Locales) et 1% pour la coopération internationale³⁷ (Cf. Figure 06).

Figure 06 : Sources par nature de financement, 2006.



Source : Wadjih Maazouzi et autres, système de santé et qualité de vie, rapport thématique, cinquantième de l'indépendance du Royaume du Maroc, p33.

Ces chiffres témoignent de l'insuffisance du financement collectif et du faible développement de la solidarité dans la prise en charge des dépenses de santé.

Dans ce contexte deux contraintes peuvent entraver l'accès aux soins des détenteurs de faibles revenus : le niveau élevé des prix des médicaments et des prestations sanitaires, face à un pouvoir d'achat limité, qui entraînent une faible consommation médicale des ménages.

Une récente étude de l'OMS a montré que près de 1,9% de la population marocaine souffre des dépenses catastrophiques et que 1,4% s'appauvrissent à cause de ces mêmes dépenses. La situation est jugée beaucoup plus préoccupante dans le milieu rural³⁸.

³⁷ HAZIM Jilali : Financement de la santé au Maroc, Réalités et perspectives, Conférence INAS, le 30 Décembre 2009, pp7-9.

³⁸ SEMLALI Hassan, op.cit, p2.

Il s'agit là en fait de l'une des faiblesses du système de santé : un financement inéquitable car les coûts ne sont pas partagés par un système de financement solidaire, efficace et progressif, chacun selon sa capacité contributive et non chacun selon sa morbidité.

L'analyse fonctionnelle des dépenses des prestataires montre que le système de santé consacre :

- 34% des dépenses sont à l'achat de médicaments et biens médicaux en tant que bien de consommation finale par le patient et non pas en tant qu'intrant dans le cadre des soins.
- 19% pour les soins hospitaliers, incluant consultations et examens externes
- 35% pour les soins ambulatoires
- 2% pour la prévention sanitaire collective, à peine 15 DH/habitant/an.

Le poids de l'encadrement par l'administration et par la formation, la recherche et l'enseignement est de 7% et 1,5% respectivement³⁹.

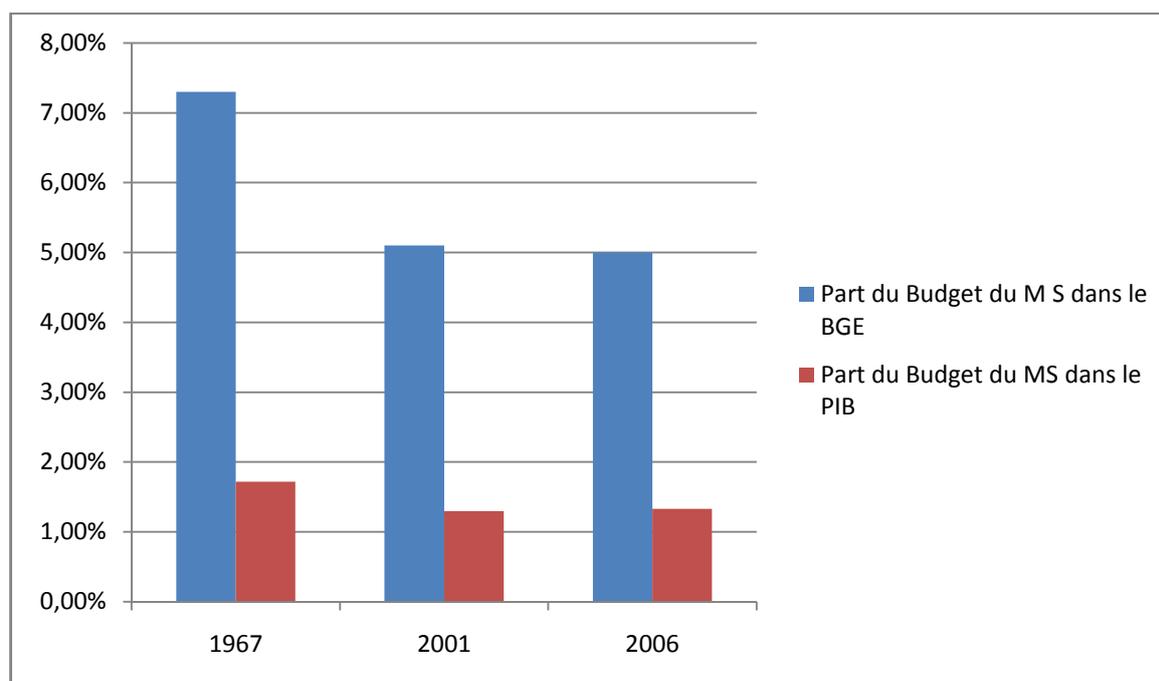
L'état de la morbidité et des déterminants de santé actuels et projetés (importance des comportements individuels, de l'hygiène du milieu, des maladies transmissibles...) montrent que cette structure des dépenses, caractérisée par une faible part de la prévention sanitaire collective, ne permet pas de répondre aux véritables attentes et besoins de la population et ne permet pas d'optimiser l'utilisation des ressources mobilisées.

Dans le contexte Marocain, des réalités socio-économiques influencent la marge de manœuvre financière qui sous-tend l'allocation des budgets. Ces réalités déterminent autant qu'elles en subissent les conséquences d'une telle influence.

³⁹HAZIM Jilali : Financement de la santé au Maroc, Réalités et perspectives, Conférence INAS, le 30 Décembre 2009, p13.

Le financement public du secteur assuré par le Ministère de la Santé, analysé selon les dotations budgétaires annuelles, laisse apparaître, qu'en l'espace de 40 ans, la part de ce financement dans le budget de l'Etat, après avoir été de plus 7% dans les années 60, a oscillé entre 4 et 5,5% pendant la période allant de 1977 à 2007. Il en est de même pour le PIB ou la part du budget du ministère de la santé n'a jamais pu dépasser 1,7%, se maintenant à un peu plus de 1% dépassant 2% pour la majorité des pays au même niveau de développement économique⁴⁰. En 2006 avec 80% de la capacité litière du pays, le Ministère de la santé ne bénéficie que de 28,5 % du financement du système national de santé (Cf. Graphique 02).

Graphique 02 : Evolution de la part du budget du Ministère de la Santé dans le budget générale de l'Etat et dans le PIB (en %).



Source : OMS : Financement de la santé au Maroc, Réalités et perspectives, Conférence réalisé par Mr HAZIM Jilali (Directeur de la planification et des ressources financières) INAS le 30 Décembre 2009, p30.

La répartition par niveau montre que, le réseau hospitalier a bénéficié de 60% du total des dépenses contre 49% en 2001, tandis que la part du réseau des ESSB a été de 37%

⁴⁰ Ministère de la Santé, « Plan d'action santé 2008-2012 – Réconcilier le citoyen avec son système de santé », p17.

en 2001 et 28% en 2006. La part des cabinets privés est assez importante (29%) ainsi que celle des cliniques privées (37%)⁴¹.

Le budget du Ministère de la Santé est quantitativement insuffisant et son évolution est constante ; il y'a lieu de remarquer que l'allocation per-capita du budget de fonctionnement relatif au chapitre du matériel et dépenses diverses qui supporte le fonctionnement de l'ensemble des établissements de soins et autre institutions du MS évolue avec de très légères variations. En effet, l'allocation per –capita qui était de 18,37 Dirhams en 1981, est passée à 23,02 Dirhams en 2006, soit une augmentation de 4,64 Dirhams (25,3%). Si l'on prend les admissions de malades dans les hôpitaux publics, entre 1981 (463 994) et 2006 (908 437), l'accroissement est de l'ordre de 444 443 nouvelles admissions, soit 95,8%. Il faut ajouter à cela, celui des établissements de SSB dont le nombre a doublé pendant la même période passant de 1217 à 2592, soit 1375 établissements de plus. Cette variation constante du financement public pendant que l'offre et la demande augmentaient sans cesse, constitue la cause principale des pénuries chroniques en produits de soins, des déficits de maintenance et d'entretien, dont souffrent depuis plusieurs années l'ensemble des établissements de soins. Cet état des choses a aussi poussé à l'adoption de pratiques telles que celles de faire acheter les médicaments et les dispositifs médicaux par les familles sachant que par exemple : le coût moyen d'une ordonnance médicale atteint près de 250 DH, soit l'équivalent de quatre journées de travail rémunérées au salaire minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) et Une consultation chez un médecin spécialiste coûte en moyenne 150DH, soit l'équivalent de deux journées et demie de travail rémunéré au SMIG⁴².

Le tableau suivant, nous renseigne sur l'Evolution des grandes composantes du Budget du ministère de la santé.

⁴¹ HAZIM Jilali : Financement de la santé au Maroc, Réalités et perspectives, Conférence INAS, le 30 Décembre 2009, p15.

⁴²

نور الدين عياشي، مرجع سبق ذكره، رقم الصفحة 277-278.

Tableau 13 : Evolution des grandes composantes du Budget du MS.

	2001	2006	2008	2010
Personnel	3 127,78	3 686,43	4 386,99	5 768,05
Produits Pharmaceutiques	287,00	553,17	852,52	1 125,80
MDD hors Pds Pharmaceutiques	717,00	850,97	1 761,31	2 597,17
Investissement hors Pds Pharmaceutiques	822,19	990,74	1 138,73	1 613,74
Total	4 953,97	6 081,31	8 139,55	11 104,76

Source : OMS : Financement de la santé au Maroc, Réalités et perspectives, Conférence réalisé par Mr HAZIM Jilali (INAS) le 30 Décembre 2009, p30.

Certes, l'augmentation des crédits du chapitre du personnel est une nécessité, mais elle ne doit pas se réaliser au détriment du chapitre du matériel.

C'est une situation qui traduit la mauvaise gestion des hôpitaux publics, due notamment au manque de compétence managériale pour les directeurs et à l'absence d'utilisation des outils moderne de gestion et de contrôle.

Trois facteur essentiels sont à l'origine de l'augmentation des dépenses de santé et en absorbent la majeure parti⁴³ :

- Le curatif au détriment du préventif ;
- Le personnel au détriment du matériel ;
- Les médicaments.

Une allocation rationnelle des ressources sanitaires peut conduire à une amélioration certaine de la situation actuelle (situation d'insuffisance et de déséquilibres) et à la couverture universelle du risque maladie par le budget de l'Etat.

⁴³ DIRABI Mhammed, op.cit, p193.

Dans le cas du système de santé marocain, il devient évident que la question de l'équité dans le financement et celle de la solidarité deviennent un souci majeur chez les décideurs à propos de la mission des systèmes de santé, dans la mesure où la couverture de la sécurité sociale n'est pas très développée et les pouvoirs publics essaient d'y répondre par la mise en œuvre puis l'extension de l'assurance maladie, ces dernières années.

2.2. Extensions de la couverture sanitaire

Au Maroc, l'assurance maladie est facultative. Elle ne couvre que 16,4% de la population marocaine totale dont la majorité est citadine, et plus des deux tiers sont des agents de l'Etat ou assimilés ainsi que leur ayant droit. Par ailleurs, les régimes facultatifs d'assurance maladie sont sous la tutelle directe ou indirecte de plusieurs départements. Cependant aucun Ministère n'a le droit de regard complet sur toutes les institutions qui gèrent ces régimes et particulièrement sur l'aspect « assurance maladie ». La régulation se fait donc par le marché où sévit une sélection sévère des personnes à assumer, particulièrement de la part des compagnies d'assurances privées⁴⁴.

Pour les économiquement faibles, aucune couverture médicale n'est disponible. Toutefois, cette catégorie de la population est prise en charge quasi-gratuitement dans les structures de soins publics. Cependant, cette assistance n'est pas institutionnalisée (elle n'est pas réglementée et son financement est noyé dans le budget du Ministère de la Santé) et souffre de plusieurs insuffisances liées à l'absence de critères objectifs et standardisés d'éligibilité⁴⁵.

La réforme du système marocain de la couverture médicale, permettrait à toute la population l'accès aux soins dans des conditions financières favorables et assurerait

⁴⁴ AHMIDOUCHE Said : Couverture sociale au Maroc, revue des ingénieurs, Paris-St Etienne- Nancy, dossier spécial Maroc, N° 427, 59 ème année, juillet/ Août 2007, p23.

⁴⁵

نور الدين عياشي: مرجع سبق ذكره. رقم الصفحة 294

des revenus significatifs et durables aux producteurs des soins publics et privés, en accroissant la part des mécanismes collectifs dans le financement du système de santé. Le volet de la réforme portant sur le système de financement de la santé et de l'assurance maladie, comprenant la mise en place d'un système de financement à travers l'extension de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'institution d'un régime d'assistance pour la prise en charge des économiquement faibles (RAMED) représente un changement institutionnel majeur dans le financement du système de santé. L'objectif de cette architecture est d'augmenter le niveau de la couverture médicale de la population de 17 à 34% en veillant à l'équité et l'égalité dans l'accès aux soins, la progression dans la détermination de l'éventail des prestations, à l'équilibre financier du régime, la préservation des droits acquis et la solidarité nationale au profit des populations les plus démunies⁴⁶.

La loi 65-00⁴⁷ portant code de la couverture médicale de base au Maroc est entrée en application fin 2005. Dans ce cadre cette loi institue :

Le régime AMO ; fondée sur le principe contributif et la mutualisation des risques et qui concerne toute la population solvable (des fonctionnaires et agents de l'état des établissements publics et des collectivités locales, ainsi que les retraités de ces institutions ; des travailleurs du secteur privé formel ; des travailleurs indépendants, professions libérales et actifs non salariés, qui ne seront couverts que progressivement à long terme et des étudiants non éligibles en tant qu'ayant droit)⁴⁸.

Depuis l'entrée en vigueur de l'AMO le 18 Août 2005, le nombre de bénéficiaire a augmenté.

Pour la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS), il s'agit de 249 000 nouveaux assurés, soit au total 720 000 bénéficiaires qui sont actuellement couverts par l'AMO, ce qui porte l'effectif total des bénéficiaires de la CNOPS à

⁴⁶BADDOU Yasmina : Conférence Internationale Sur la couverture universelle du risque maladies : Qui doit payer ? Paris le 7 Mai 2008, pp2-3.

⁴⁷ Bulletin officiel, N° 5058- 16 ramadan 1423(21/11/2002). Dahir n° 1-02-296, du 25 regeb 1423(3 octobre 2002) Portant promulgation de la loi N° 65-00 portant code de la couverture médicale de base.

⁴⁸BADDOU Yasmina, op cit, pp2-3.

environ 3 200 000 personnes. 110 000 retraités ont pu accéder pour la première fois à ce système, dont environ 90% ne paient que la cotisation minimale prévue par la loi 65-00 (70 DH)⁴⁹.

Côté Caisse Nationale de Sécurité Sociale(CNSS), les nouveaux bénéficiaires sont de l'ordre de 2 788 485, dont 83 337 pensionnés et 847 395 actifs. De ce fait, l'ensemble des bénéficiaires (secteurs public et privé) est d'environ 6 millions de personnes, avec des ressources financières d'environ 3,9 milliards de DH injectées dans le secteur de la santé⁵⁰.

Pour le secteur public géré par la CNOPS, le taux de cotisation est fixé à 5%, réparti à part égale entre l'employeur et le salarié. De ce fait, le taux est de 2,5% du salaire brut déduction faite des allocations familiales. Pour les titulaires de pension(s), le taux est fixé à 2,5% de l'ensemble des pensions de base.

Pour le secteur privé géré par la CNSS, le taux de cotisation est fixé à 5%, réparti à hauteur de 3% par l'employeur et 2% par le salarié⁵¹.

Ce régime n'est aujourd'hui généralisé qu'aux seuls salariés et pensionnés des secteurs publics et privés il touche plus de 10 millions de personnes soit 34% de la population⁵². Son coût est de 5 milliards de dirhams. Les 10 millions d'assurés (sur une population totale de plus de 30 millions d'habitants) sont répartis entre la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS)⁵³.

Cette dernière couvre plus de la moitié des assurés. Quant aux assurances privées, elles couvrent près de 12 millions de personnes (travailleurs indépendants et professions

⁴⁹

نور الدين عياشي: مرجع سبق ذكره, رقم الصفحة 301-302

⁵⁰ <http://www.repere-medical.com/article-51.html>.

⁵¹ Maroc, Ministère de la santé, Direction de la réglementation et du contentieux-Base de données, Décret n° 2-05-734 du 11 jomada II 1426(18 juillet 2005) fixant le taux de cotisation due à la CNSS, P 9.

⁵² HAZIM Jilali : Réforme de santé et partenariat et intersectorialité : Cas du Maroc; Bruxelles les 25 et 26 juin 2006, p13.

⁵³ HAZIM Jilali : santé au Maroc ; Réalités et perspectives, op cit, p15.

libérales). Toutefois, l'article 114 de la loi 65-00 portant code de couverture médicale de base prévoit que les assurés auprès des compagnies privées devront basculer en août 2010 vers l'Assurance maladie obligatoire (AMO). L'AMO ne parviendra à couvrir dans un court et moyen terme que 30% de la population ce qui est déjà assez significatif⁵⁴.

Le Régime RAMED ; Fondé sur la solidarité nationale, garantissant aux moyens d'un régime public d'assistance médicale la gratuité d'accès aux soins pour les personnes démunies. Deux catégories de personnes sont admissibles au RAMED, les personnes reconnues en situation de pauvreté qui bénéficieront d'une prise en charge totale des soins et les personnes reconnues en situation de vulnérabilité appelées à verser une contribution forfaitaire annuelle qui, du reste, est symbolique comparativement avec les soins dont ils pourraient bénéficier.

Les personnes reconnues éligibles disposeront d'une carte d'assistance médicale valable pour deux années dont le bénéfice s'étend à l'ensemble des membres composant un ménage⁵⁵.

Ce régime concerne 8,5 millions de personnes (dont 4 millions sont des pauvres absolus et 4,5 millions sont considérées comme vulnérables) représentant 28% de la population ou 1,7 millions de foyers. Il s'agit des personnes en situation de précarité dont le niveau de revenu est inférieur à l'équivalent d'un dollar par personne et par jour, et de vulnérabilité à hauteur de 1,50\$⁵⁶.

Le financement du RAMED est assuré par l'Etat à 75% et les collectivités locales à 6% soit 40 Dhs pour chaque personne identifiée en situation de pauvreté et accessoirement par une contribution des bénéficiaires éligibles (vulnérable) à 19 % soit 120 Dhs par personne éligible avec un plafond de 600 DH par ménage⁵⁷.

⁵⁴ <http://ibnou-rochd.blogspot.com>.

⁵⁵

نور الدين عياشي: مرجع سبق ذكره, رقم الصفحة 305

⁵⁶ HAZIM Jilali : Réforme de santé et partenariat et intersectorialité, op.cit, p13.

⁵⁷ KHERBACH Fatiha - EL ALAMI EL FELLOUSSE Asma, op.cit, p 83.

Le coût direct du RAMED hors charges du personnel en 2007 serait de 2,7 milliards de dirhams soit 328 DH par bénéficiaire et par an (Cf. Tableau 14).

Tableau 14 : Le coût du RAMED EN 2007.

	Pauvres	Vulnérables	Total
Hospitalier	1 239,7	1 483,6	2 723,2

Source : OMS : Financement de la santé au Maroc, Réalités et perspectives, Conférence réalisé par Mr HAZIM Jilali (INAS) le 30 Décembre 2009, p33.

Une expérience pilote dans la région de Tadla-Azilal nous montre qu'en Décembre 2009, 27570 carte ont été délivrées ce qui fait 91.568 bénéficiaires, soit 22% de la population cible (une moyenne de 3,3 bénéficiaires par carte). Pour cette expérience pilote, les responsables se sont fixé l'objectif de faire bénéficier 420.000 personnes⁵⁸. Sa généralisation aux autres régions n'est pas entrée en vigueur à l'heure actuelle (fin Septembre 2008). L'engagement du RAMED semble butter contre le manque de fonds.

L'extension de la couverture médicale occupe une place importante dans les réformes au Maroc, soutenues par la Banque Africaine de développement et l'Union Européenne, dans le cadre du programme Parcours (Programme d'appui à la réforme de la couverture médicale), s'étendant sur la période 2008-2010 et comportant la prise en charge financières des soins des détenteurs de faibles revenus. Ainsi une première partie du programme a permis la mise en place d'un régime de couverture d'assurance maladie des travailleurs indépendants appelé « Inaya », qui s'étend en 2007 à 1500 000 bénéficiaires.

L'ANAM (l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie) mise en place en 2005 et placée sous tutelle de l'Etat, est un établissement public doté de la personnalité morale,

⁵⁸BADRANE Mohamed : Expérience pilote dans la région de Tadla-Azilal, LE MATIN.ma, Publié le : 04.11.2008.

qui a en charge la régulation et le contrôle du régime de base de l'AMO et la gestion financière du RAMED⁵⁹.

De ce dispositif est alors attendu l'amélioration du niveau général de la santé. L'équité dans la consommation médicale apparaît comme le mot clé d'une politique ambitieuse qui décrète, à son départ, une constante amélioration notamment par l'élargissement du panier de couverture des soins.

Ce régime de protection constitue, incontestablement, un jalon important dans la marche vers le développement et le bien-être.

Quelle que soit la couverture de l'assurance maladie à l'heure actuelle, il faudrait relever que l'existence d'iniquités est constatée aussi bien au niveau du financement que dans l'accès aux soins. Les services publics des soins sont fréquentés le plus souvent par les couches aisées de la population alors que les plus démunis rencontrent de sérieuses entraves à l'accès. En effet, 75% de ceux qui se dirigent vers l'hôpital public produisent un certificat d'indigence; 56% de ceux qui ont les moyens de payer, bénéficient de la gratuité lorsqu'ils s'adressent à l'hôpital public, et 15% des plus pauvres, paient⁶⁰.

Ceci a constitué d'emblée un obstacle à l'alternative de financement mutualisée et solidaire de la couverture universelle du risque maladie par le budget de l'Etat⁶¹. Il est clair que le Maroc doit trouver un compromis entre ce désir de bien couvrir et la rareté des ressources financières.

Malgré l'accroissement de l'offre de soins, le système de santé marocain souffre du sous-financement et de l'inégalité dans l'accès aux soins. Le réseau hospitalier est en cours de renforcement et de modernisation dans le cadre des réformes engagées dans

⁵⁹ BRAHAMIA Brahim : Evolution et tendances des systèmes de santé. OCDE- Europe de l'Est- Maghreb, Bahaeddine Editions 2010, p422.

⁶⁰ TANDIA Anthioumane : Système de santé ; Où va le Maroc ? Conjoncture N° 890 - Février 2008.

⁶¹ BADDOU Yasmina, op.cit, p5.

le secteur de la santé ; il faudrait souligner toutefois le développement très dynamique et peu encadré du secteur privé des soins, qui possède cependant 20% des capacités hospitalières du pays et plus des deux tiers de l'offre de soins de la médecine ambulatoire. Les recettes des centres hospitaliers publics SEGMA et CHU provenant des recouvrements représentent à peine 30% de leurs dépenses⁶².

Comme on le voit, il y'a une réelle volonté d'aller de l'avant pour mettre en place une couverture universelle qui sera opérationnelle dans quelque années.

Cela permettra au Maroc de se classer parmi les pays dits développés qui consacrent près de 10% du PIB à la santé de leurs citoyens. Ainsi tous les espoirs sont donc permis pour des lendemains meilleurs pour que, d'ici 2020, il y'ait des soins de qualité pour tous les Marocains⁶³.

2.3. Le marché des médicaments au Maroc

Depuis 1965, le secteur pharmaceutique privé s'est considérablement développé et il fournit la presque totalité de l'approvisionnement pharmaceutique du pays: 80-90%. Dans le même temps, le développement du secteur pharmaceutique public a été freiné par les restrictions touchant le budget du Ministère de la Santé publique qui dispose de peu de moyens pour acquérir des médicaments et qui n'a pas le droit de vendre des médicaments.

Le développement du secteur privé est le résultat du consensus entre l'Etat et les professionnels basé sur les principes suivants:

1. Monopole des activités pharmaceutiques aux seuls pharmaciens. Ceci a permis entre autres de limiter le marché illicite à un très faible niveau et de bien contrôler les produits mis sur le marché.
2. Développement de la production locale pour assurer sécurité des approvisionnements et faibles prix.

⁶² BRAHAMIA Brahim. Evolution et tendances des systèmes de santé. OCDE- Europe de l Est- Maghreb, Bahaeddine Editions 2010, p428.

⁶³ MOUNASSIB Ryad, op.cit, p799.

3. Production et distribution des médicaments sous noms de marque: les génériques ont une place très réduite.
4. Contrôle de la localisation des nouvelles officines par une règle facile à appliquer et relativement peu contraignante: il doit y avoir une distance minimale entre deux officines, mais il n'y a pas de règle définissant le nombre d'officines en fonction de la population⁶⁴.

La fabrication locale du médicament s'est développée de manière efficace et conformément aux normes internationales en vigueur⁶⁵ faisant du Maroc jusqu'au années 90 l'un des rares Pays du Monde Arabe, Africain et Maghrébin à avoir une industrie pharmaceutique performante. En effet, l'industrie pharmaceutique est une activité qui demande d'importants investissements réguliers et permanent (entre 1995 et 2000, le Maroc a investi 1,2 milliard de Dhs dans l'industrie pharmaceutique et chaque année près de 300 Millions de Dhs sont injecté dans les usines) et un niveau de savoir-faire qui ne peut être assuré que par des pharmaciens de haut niveau.

De 8 unités de fabrication en 1965, le pays bénéficie en 2011 de 32 sites, propriétés de groupes internationaux, de sociétés Mixtes avec des partenaires marocains ou d'opérateurs marocains à part entière (Cf. Tableau 15).

Tableau 15: évolution du nombre d'unité de production.

Années	1965	1975	1985	1995	2000	2004	2008	2011
Nombre d'unités	8	13	20	23	22	30	35	32

Source : IMS

Selon l'Association marocaine de l'industrie pharmaceutique, le secteur de l'industrie pharmaceutique a enregistré une solide croissance en 2009. Le chiffre d'affaires du

⁶⁴ <http://apps.who.int/medicinedocs/fr>.

⁶⁵ Depuis une trentaine d'années, un système d'assurance qualité conforme aux exigences des Bonnes Pratiques de Fabrication et des textes réglementaires en vigueur est instauré au Maroc.

secteur s'est apprécié de 10% par rapport à l'année antérieure, à 7,7 milliards de Dhs. En volume, les ventes sur le marché privé ont porté sur 279 millions d'unités contre 259 millions en 2008. La plus importante part de la consommation (92% du volume) se fait au niveau des médicaments dont le prix est inférieur à 100 Dirhams⁶⁶.

L'étude des classes thérapeutiques révèle que la part prépondérante revient aux médicaments de l'appareil digestif avec 19,3 % de part de marché et près de 950 millions de dirhams, La consommation marocaine des médicaments de l'appareil respiratoire n'est pas négligeable. En 2004, elle a atteint 8,8 % de la part du marché. Par ailleurs, la structure de la consommation des médicaments montre que l'ensemble des classes thérapeutiques est couvert par l'offre locale. L'industrie pharmaceutique nationale satisfait plus de 70 % des besoins nationaux en médicaments. Les 30 % restants sont assurés par les importations de produits à faible volume de consommation provenant surtout de l'Europe notamment de la France, l'Espagne, l'Italie et l'Allemagne. Le Maroc importe également des pays arabes à savoir la Tunisie, l'Egypte et l'Arabie Saoudite. Et même des pays asiatiques. En 2003, le Maroc a importé 287 tonnes de médicaments de la Chine et 44 tonnes de l'Inde⁶⁷.

Les termes performance, qualité, technicité, savoir-faire, compétence, investissement, éthique reviennent toujours pour qualifier l'industrie pharmaceutique du pays. Actuellement, le secteur pharmaceutique exporte en moyenne 8 à 10 % de sa production⁶⁸ (Cf. Tableau 16).

⁶⁶ www.lavieeco.com. 2010-03-01.

⁶⁷ <http://www.aujourd'hui.ma/maroc-actualite>. Le : 2005-10-20 N° : 1013

⁶⁸ AMIP : Etude sur les prix des médicaments : « le secteur pharmaceutique marocain : réalités sur les prix des médicaments et intérêt du secteur », Novembre 2009 (Rapport).

Tableau 16 : Exportations de médicaments par principaux pays- Année 2008.

Pays	Poids (Tonnes)	Valeur (1000 Dhs)
France	1589	235 277
Algérie	178	59 788
Egypte	51	16 409
Tunisie	39	27 081
Espagne	7	1 007

Source: office des changes (Balance commerciale-2008).

Il est certain que l'export demeure un axe stratégique à consolider, d'autant plus que le Maroc jouit d'une situation privilégiée, à la croisée de plusieurs continents.

Il ne suffit pas que des médicaments, même essentiels, soient disponibles, encore faut-il qu'ils soient accessibles. Le faible pouvoir d'achat et la faible couverture sociale se traduisent par une consommation moyenne par habitant et par an de 200 dirhams seulement. Cet handicap est encore plus évident quand nous constatons que de 1998 à 2003 le nombre total d'unité de médicaments consommés stagne autour de 200 millions d'unités annuellement alors que la population, le nombre de médecins, de pharmacies, cliniques et hôpitaux ont augmenté⁶⁹.

Les prix sont encadrés et les orientations politiques vont dans le sens de l'encouragement de la baisse des prix pour certaines classes thérapeutiques. Le ministère de la santé propose actuellement un nouveau système de fixation afin de :

- ✓ Mettre en place un cadre réglementaire actualisé, applicable, transparent et équitable (pour les produits à la fabrication locale et les produits à l'importation).
- ✓ Améliorer l'accessibilité aux médicaments en maîtrisant les coûts.

⁶⁹ FAOUZI Sophia : L'industrie pharmaceutique et la Mondialisation : Cas du Maroc, Rapport du 07.03.2006.

- ✓ Apporter des solutions adaptées à l'environnement pharmaceutique national⁷⁰.

L'Association marocaine des industries pharmaceutiques (AMIP) souligne, toutefois, que la consommation du médicament au Maroc reste globalement faible. Elle est, selon les dernières estimations, de 400 DH (consommation privée et publique) par habitant et par an. L'extension de l'AMO aux soins ambulatoires et la généralisation du RAMED devraient augmenter la consommation de médicaments⁷¹. Les avis restent toutefois contradictoires. Si certains considèrent la mise en application de l'AMO comme la principale condition de développement sectoriel, d'autres estiment qu'elle n'influera que dans de faibles proportions le niveau de la consommation nationale de médicaments.

L'expansion de l'industrie pharmaceutique est essentiellement tributaire du pouvoir d'achat de la population. Car, même si l'assurance-maladie rembourse une partie des dépenses, les citoyens doivent préalablement disposer des ressources nécessaires pour effectuer la dépense⁷².

Pour assurer l'accès aux médicaments essentiels dans les secteurs public et privé, une importante condition préalable est que les prix soient abordables. Pour tous les médicaments⁷³:

- ❖ l'abaissement des taxes, des droits de douanes et des marges bénéficiaires de distribution : La première méthode consiste à abaisser ou abolir les droits d'entrée sur les médicaments essentiels. La seconde est d'envisager la fixation des prix, calculés à partir du coût réel (c'est-à-dire le coût de la fabrication ou de l'importation, plus une majoration fixe pour le grossiste ou le détaillant), l'encadrement des marges bénéficiaires, la comparaison avec les prix dans d'autres pays ou avec d'autres médicaments dans la même catégorie thérapeutique (recherche comparative des meilleurs prix, prix de référence), ou la négociation directe des prix avec les fabricants de médicaments brevetés

⁷⁰ AMIP, op.cit.

⁷¹ www.lavieeco.com. 2010-03-01.

⁷² FAOUZI Sophia, op.cit.

⁷³ <http://forum.oujdacity.net>.

- ❖ Développer la concurrence : L'utilisation des noms génériques encourage la concurrence en matière de prix pour des médicaments de même type désignés par des dénominations communes internationales (DCI) et provenant de sources ou de fournisseurs différents. Les médicaments génériques sont considérablement moins chers que leurs équivalents commercialisés sous un nom de marque
- ❖ La substitution par un médicament générique
Les achats en grande quantité de médicaments génériques avec appel d'offres constituent la caractéristique centrale de la plupart des programmes de médicaments essentiels. Sur le marché privé, la concurrence par les prix peut être favorisée par la prescription de médicaments génériques et la substitution par des produits génériques. Quatre facteurs principaux influent sur l'utilisation des médicaments génériques et sur le succès des programmes de médicaments génériques: une législation favorable, la capacité d'assurer la qualité, l'adhésion des prescripteurs et du public et les incitations économiques.

L'industrie pharmaceutique traverse une période de transition, alimenté par la vague de libéralisation économique. Producteurs comme distributeurs sont concernés. Réglementation du secteur, place des génériques, brevets, recherche, et régulation des dépenses sont au cœur des débats.

Section 3 : Le financement du système de santé tunisien

L'évolution des dépenses de santé et de leur financement traduit des transformations au sein du système de santé, subissant des transitions socioéconomiques, démographiques et épidémiologiques. Cette évolution a été marquée par une augmentation rapide des dépenses, associée à une maîtrise de leur part par rapport au PIB. Ces transformations ont abouti à une croissance extensive du secteur de la santé, marquée par un développement important de l'offre de soins, notamment au niveau du secteur privé. Elles ont abouti aussi à une modification de la demande de soins, tant en quantité qu'en qualité.

En conséquence des variations profondes ont été constatées au niveau du financement des frais de soins, marquées surtout par une sollicitation de plus en plus importante du citoyen malade pour financer tout ou partie de ces frais aboutissant au nouveau partage des charges financières du secteur de la santé qui s'est dessiné au cours des vingt dernières années.

Conscient de l'iniquité générée par ce nouveau partage des charges et de la nécessité de promouvoir les performances du système de santé, les pouvoirs publics ont engagé une réforme de l'assurance maladie des régimes de sécurité sociale dont les études de mise en œuvre sont en cours. L'objectif principal de cette réforme est d'améliorer l'accessibilité financière de l'assuré social aux prestataires de soins, public et privé en lui assurant une qualité de prise en charge adéquate à un coût supportable par la collectivité nationale.

3.1 Financement des dépenses de santé

L'État tunisien a toujours considéré la santé publique comme une priorité nationale lui allouant des moyens financiers importants.

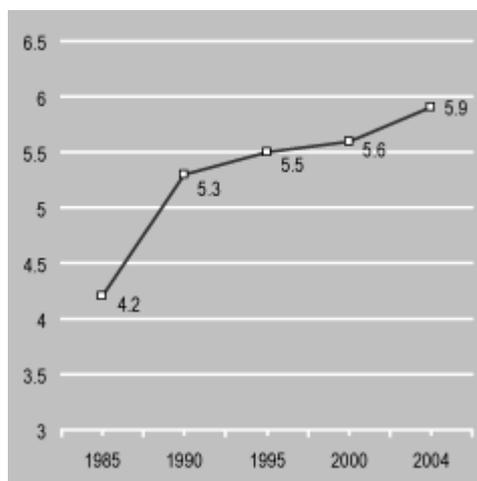
Le financement du secteur de la santé en Tunisie a augmenté au cours des dernières années, à la fois en termes absolus et par rapport au produit intérieur brut, avec un taux de croissance annuel moyen de 11,7%⁷⁴. Le pourcentage du PIB consacré à la santé est passé de 4,2% en 1985 à 6 % en 2007⁷⁵. Les dépenses annuelles de santé par habitant étaient de 256 dinars en 2007, contre 119,7 dinars en 1995⁷⁶ (Cf. Figure 07).

⁷⁴ TURKI Ikram, op.cit, p41.

⁷⁵ OMS, Statistique sanitaires mondiales 2010, p136.

⁷⁶ <http://fr.allafrica.com/stories>.

Figure 07 : Evolution des dépenses totales de santé en pourcentage du PIB.



Source : <http://fr.allafrica.com/stories/200912310599.html>

La hausse des dépenses de santé traduit les dynamiques du système de santé qui sont affectées par la croissance économique, les transitions démographique et épidémiologique, et les avancées technologiques.

En Tunisie, trois sources principales assurent le financement du secteur de la santé⁷⁷ :

- Le financement privé comprend les dépenses individuelles, et les dépenses de médecine du travail ou curative des entreprises. Les ménages et les assurances complémentaires constituent la principale source de financement du système de santé en Tunisie. Cette source de financement est constituée par les recettes propres des formations sanitaires publiques provenant essentiellement de la contribution des ménages par le paiement direct des tickets modérateurs ou des prestations selon les tarifs en vigueur pour les payants.
- La seconde source de financement est représentée par l'Etat. Ce dernier accorde une subvention forfaitaire pour couvrir les frais de soins aux indigents et pour assurer le fonctionnement des services de santé.

⁷⁷ BEN REJEB Wadji, op.cit, p 72.

- La troisième source de financement est constituée par les caisses de sécurité sociale. Cette contribution s'effectue selon deux formes :
 - * Un versement forfaitaire direct à certains hôpitaux dont la liste est arrêté d'un commun accord avec le ministère de la santé publique.
 - * Un versement au trésor de l'Etat inscrit au budget des recettes de celui ci et confondu à la subvention de l'Etat au budget pour les structures du ministère de la santé publique.

En 2004, le budget de l'Etat à couvert 21.8% des dépenses, l'assurance maladie environ 23.3%, les ménages près de 53.6% et la médecine d'entreprise et du travail près de 1.3%⁷⁸.

Sous l'impulsion très forte de la Banque Mondiale, la Tunisie a été amenés à réduire l'intervention de l'Etat dans les secteurs de l'économie, et en particulier dans le secteur social, au profit de l'intervention des entreprises privées. Il en est résulté un transfert du financement des dépenses de santé vers les ménages qui sont non accessibles à la majorité des populations⁷⁹.

En 20 ans, la charge du financement des dépenses de santé s'est profondément modifiée : la part de l'État a régressé (elle était de 51% en 1985), alors que les dépenses privées des ménages sont passées de 34% en 1985 à 55,7% en 2005.

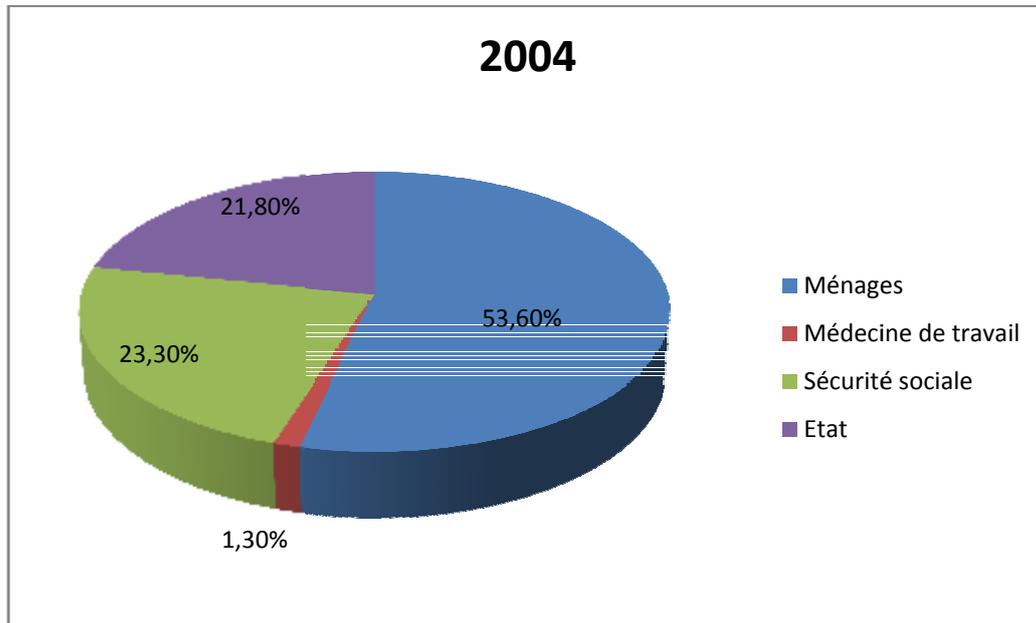
Une bonne partie de la population Tunisienne se trouve devant un choix difficile, soit renoncer aux soins soit s'endetter (Cf. Figure 08).

⁷⁸

نور الدين عياشي: مرجع سبق ذكره, رقم الصفحة 282

⁷⁹ BEN REJEB Wadji, op.cit, p 71.

Figure 08 : Sources de financement du système de santé en Tunisie (2004).



Source :

نور الدين عياشي: مرجع سبق ذكره, رقم الصفحة 282

Pratiquement, la moitié des dépenses des ménages est consacrée aux médicaments. Pour l'année 2007, la consommation pharmaceutique en Tunisie (la dépendance vis-à-vis des importations de médicaments est actuellement estimée à 57% de la consommation nationale⁸⁰) est évaluée à environ 635 millions de dinars (marché officinal). La consommation par habitant a progressé de 40% sur la dernière décennie, passant en sept ans à près de 60 dinars (courants), cette consommation reste marquée par l'importance de l'utilisation des médicaments destinés au traitement des maladies infectieuses. En valeur, leur consommation était de 19,6 millions de dinars en 1990 ; elle a presque quadruplé en dinars courants en 2003, avec une dépense atteignant près de 80 millions de dinars, ce qui représentait 19,3% du marché pharmaceutique total. Malgré l'importance de cette consommation d'anti infectieux, la Tunisie est en transition épidémiologique ce qui est reflétée, entre autre, par une part plus importante de la consommation totale attribuable aux médicaments de cardiologie et d'angiologie ou encore du métabolisme et de la nutrition⁸¹.

⁸⁰ LAUTIER Marc, op.cit, p45.

⁸¹ TURKI Ikram, op.cit, pp 43-44.

La part du budget public est de 50,5% des dépenses de santé, 7,1% est consacré au ministère de la Santé⁸². Cependant le Ministère de la santé risque de ne pas pouvoir assumer son rôle de principale institution de développement sanitaire.

Ces dix dernières années Le gouvernement Tunisien a augmenté le budget alloué à la santé mais cette augmentation s'est accompagnée d'une augmentation des paiements directs. Le pourcentage des ménages en situation de catastrophe financière n'a pas baissé, malgré l'augmentation des dépenses publiques.

Comprendre cette corrélation a des implications importantes pour les stratégies des pays vers une couverture universelle. L'augmentation des dépenses publiques en soi ne se traduira pas nécessairement par la baisse des paiements directs.

Il existe plusieurs explications plausibles à cette observation. Premièrement, d'autres facteurs ayant une influence sur les dépenses de santé, comme l'augmentation du revenu par habitant, l'introduction de nouvelles technologies de la santé et la transition épidémiologique et démographique, peuvent entraîner une hausse des dépenses totales de santé – y compris les paiements directs. Par ailleurs, l'augmentation des dépenses publiques semble ne compenser que partiellement l'augmentation de la demande pour les soins de santé. Deuxièmement, l'élargissement des programmes de santé publics peut entraîner une demande de services de santé non couverts par les programmes existants financés par l'État. Par exemple, l'introduction d'un programme de dépistage du cancer du sein financé par le gouvernement, sans un programme de traitement associé également financé par l'État, pourrait entraîner une augmentation des paiements directs. Dans ce cas de figure, les femmes ayant bénéficié d'un dépistage qui s'est révélé positif pour le cancer du sein, cherchent un traitement qu'elles doivent régler personnellement. Cet exemple montre que les ménages sont contraints de payer des services de soins supplémentaires dans le secteur privé, ce qui entraîne une augmentation des paiements directs et une privatisation passive de la prestation de

⁸² OMS, Statistique Sanitaires Mondiales 2010, p136.

services. Les soins de santé publics et privés peuvent être complémentaires et ne pas simplement se substituer directement les uns aux autres⁸³.

Le haut niveau de financement à la charge des ménages représente un problème potentiel en termes de couverture effective par le système et de protection financière de chaque famille. La réforme en cours du système d'assurance-maladie comprendra une couverture obligatoire pour les services de santé de base.

3.2. L'assurance maladie

Jusqu'au début des années 80, l'accès limité au seul secteur public, qui dominait l'offre de soins et arrivait à satisfaire les besoins de la population, ne constituait pas un handicap pour les assurés. Toutefois, face à l'incapacité du secteur public à s'adapter aux besoins croissants de la population soumise d'une part aux effets d'une double transition démographique et épidémiologique, et d'autre part à l'expansion remarquable du secteur privé durant les vingt dernières années, les assurés se trouvaient de plus en plus dans l'obligation de recourir à ce dernier même s'ils devaient supporter seuls les frais de soins⁸⁴.

Jusqu'en 1982, seuls les salariés (agents de l'État et des entreprises publiques) étaient assujettis à la Sécurité sociale par le canal de la Caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale (CNRPS), et de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour les entreprises industrielles et commerciales du secteur privé.

La CNRPS couvre environ 746 000 employés et retraités du secteur public en 2004. Deux options d'assurance maladie sont proposées. Soit l'octroi d'une carte de soins permettant à l'assuré et à l'ayant droit de bénéficier des prestations sanitaires dans les

⁸³ OMS, Orientations stratégiques pour améliorer le financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : vers une couverture universelle 2011-2015, Août 2010, pp5-6.

⁸⁴ <http://toutelatunisie.com> .

structures publiques, soit d'être bénéficiaires du système de remboursement des frais⁸⁵. Les cotisations sont égales à 2 pourcent du montant du revenu de l'affilié, acquitté à part égale par le salarié et son employeur.

L'assuré est libre de souscrire à une assurance complémentaire auprès de la filière des assureurs privés - loi 92-24 du 9 mars 1992- afin de compléter les prestations sanitaires non couverte par le régime général de longue maladie. La cotisation au régime facultatif est partagée entre l'employeur et son salarié, à raison respectivement de 1,5 pourcent et 3pourcent. Les mutuelles par contre, ne sont pas très étendues en Tunisie comme en Algérie.

Pour les assurés du secteur privé, la CNSS a fourni en 2004 une assurance maladie à 1 950 000 employés et employeurs ainsi qu'au étudiants et handicapés.

La couverture par la CNSS s'étend aux salariés agricoles, aux travailleurs non salariés de l'agriculture et ceux d'autres secteurs d'activité ainsi qu'aux travailleurs Tunisiens résident à l'étranger. Le taux de cotisation varie d'un régime à un autre dans une fourchette comprise entre un taux global de 1,2 à 6,25 pour cent⁸⁶.

Les indigents, qui ne sont pas affiliés à un des régimes légaux de l'assurance sociale sont couverts par un des deux régimes de l'assistance publique appelée « Assistance Médicale Gratuite » (AMG) qui a été créée en 1958 et a été réorganisée par une loi en 1991 et deux décrets en 1998. Deux types de couvertures d'AMG sont offerts, selon le revenu et la taille de la famille. Les plus démunis bénéficient de la gratuité totale des soins, alors que les moins pauvres reçoivent les soins aux honoraires considérablement réduits. Les deux régimes sont financés par le budget de l'Etat et garantissent seulement des soins dans les établissements de la santé publique⁸⁷.

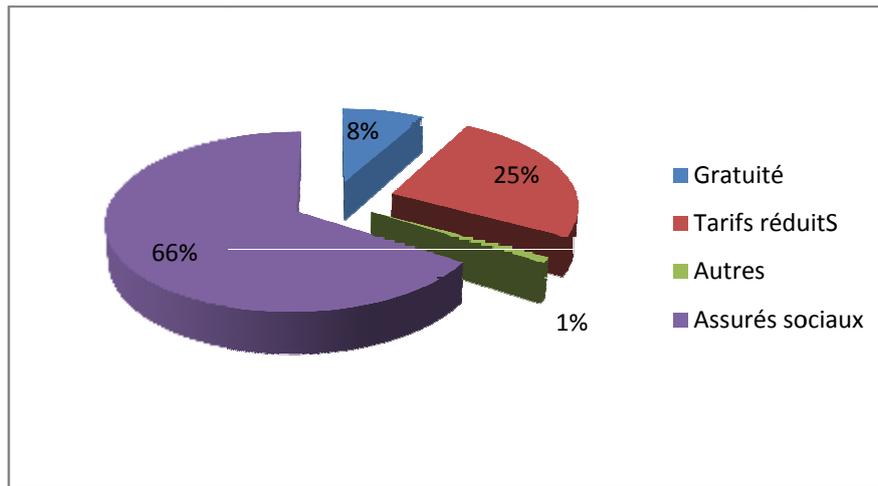
⁸⁵ Dans le premier cas, la carte délivrée à la demande, permet l'accès aux soins moyennant acquittement du ticket modérateur. Dans le second cas, le remboursement se fait pour les dépenses de santé de longue maladie et celle engagées pour les opérations chirurgicales.

⁸⁶BRAHAMIA Brahim : Evolution et tendances des systèmes de santé. OCDE- Europe de l'Est- Maghreb, Editions Bahaeddine, 2010, pp448-449.

⁸⁷ Banque Mondiale, Département du développement Humain, République Tunisienne ; étude du secteur de la santé, Mai 2006, p37.

S'agissant des ménages relativement pauvres, 170 000 ménages (8% population) constitués de Familles cibles d'un programme d'aide permanente et d'enfants sans soutien familial bénéficient de la gratuité totale des soins (AMG1) et 530 000 (25% population) bénéficient de tarifs réduits (AMG2) après paiement d'une Cotisation annuelle de 10 DT pour la validation de leur carte de soins de santé⁸⁸ (Cf. Figure 09).

Figure 09 : Modes actuels de couverture du risque maladie.



Source : Hédi ACHOURI : L'Assurance Maladie en Tunisie, Situation actuelle, Perspectives de réforme; Avril 2004, p 4.

Le niveau des prestations offertes aux affiliés des différentes caisses présente une certaine inégalité compte tenu de l'appartenance à tel ou tel régime ou secteur professionnel ainsi que l'exclusion de l'offre de soins privée du champ de couverture de l'assurance maladie. Les réformes de l'assurance maladie actuellement proposées offrent des opportunités pour améliorer la couverture, l'équité, et le financement du système de santé.

En effet, après avoir, des années durant, concentré leurs efforts sur l'extension de la couverture sociale, ce qui a permis de porter le taux de couverture de 54,6 % en 1987 à 95 % de la population en 2009⁸⁹, les pouvoirs publics ont entrepris de rendre le système plus équitable, d'améliorer tant la qualité que l'accès aux soins et de maîtriser

⁸⁸ ACHOURI Hédi : L'Assurance Maladie en Tunisie, Situation actuelle, Perspectives de réforme; Avril 2004, p 5.

⁸⁹

نور الدين عياشي: مرجع سبق ذكره, رقم الصفحة 288

l'évolution des dépenses de sécurité sociale (de 170 ,8 MD en 1987 à 1 257,9MD en 2008 pour l'ensemble des régimes)⁹⁰.

L'objectif fixé est d'atteindre un taux de 98 % en 2014. C'est la volonté de répondre à ces nouveaux défis qui est à l'origine de la réforme du système de couverture maladie prévue par la loi N°2004-71⁹¹.

La concrétisation de la réforme a été initiée le 1er juillet 2007 par la fusion des branches maladies des divers régimes de sécurité sociale au sein d'un nouveau régime unique offrant les mêmes prestations à tous les assurés, appliquant un même taux de cotisation et administré par une seule caisse créée à cet effet : la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Avec ce nouveau régime, l'accès à l'offre de soins privée, longtemps ignorée par l'assurance maladie obligatoire, est désormais possible. La CNAM jouera un rôle important dans la détermination de l'enveloppe des prestations et des tickets modérateurs ainsi que dans la supervision du système⁹². Les mécanismes et les modalités pratiques d'application du nouveau régime consiste à offrir aux assurés sociaux le choix entre trois options de prise en charge, selon des règles différentes ayant trait à l'accès aux soins (prestataires publics ou privés), aux modalités de paiement (à l'acte ou forfaitaire), aux modes de prise en charge (avance des frais ou tiers payant) et au niveau de la couverture des frais de soins (taux de prise en charge, plafonnement des remboursements, prix de référence des médicaments...)⁹³.

Le nouveau système devrait comporter trois filières⁹⁴:

⁹⁰ <http://www.cnss.nat.tn>.

⁹¹ Loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie –JORT n° 63 du 06 août 2004.

⁹² Bio Sante Info N°24 - Juin 2010, p9.

⁹³ Tunisie: La réforme de l'assurance maladie AISS (Articles), le 17.12.2008.

⁹⁴ Banque Mondiale, Département du développement Humain, République Tunisienne ; étude du secteur de la santé, Mai 2006, p15.

- **une filière publique totale** : Le régime du secteur public donne accès à tous les services fournis par le système de santé publique, y compris les soins ambulatoires et hospitaliers et les procédés et médicaments dans le système hospitalier. Afin d'encourager les bénéficiaires à opter pour ce régime, le ticket modérateur annuel requis sera plafonné à un niveau raisonnable. Passé ce seuil, tous les coûts additionnels seront pris en charge par la CNAM. Comme c'est actuellement le cas, certaines catégories d'employés publics seraient exonérées du ticket modérateur dans le cadre de ce régime.

- **une filière privée « orientée »** : le régime du secteur privé permettrait aux bénéficiaires d'obtenir des soins privés. Dans le cadre de ce régime, les bénéficiaires seraient tenus de choisir un prestataire primaire de soins qui ferait fonction de contrôle à l'accès des soins spécialisés (un des mécanismes proposés de contrôle des coûts). L'orientation ne serait pas exigée pour certains types de soins spécialisés, notamment, l'ophtalmologie, la gynécologie, la pédiatrie, et les soins dentaires. Les médecins qui participent au régime devraient accepter les tarifs et tickets modérateurs établis par la CNAM et ils ne seraient pas autorisés à facturer leurs patients pour des charges additionnelles. En d'autres termes, le reste à charge ne sera pas autorisé. Les tickets modérateurs pour les services obtenus dans le cadre de ce régime seraient supérieurs à ceux du secteur public, afin de minimiser les incitations pour les citoyens à choisir cette option.

- **une filière privée « libre » (filière de remboursement)** : Il permettrait au patient de consulter n'importe quel prestataire de soins, quel que soit la spécialité ou le secteur. En retour, le patient devrait payer pour les soins reçus et ensuite demander le remboursement à la CNAM⁹⁵.

Les charges et les tickets modérateurs seraient déterminés par la CNAM sur la base du service fourni, et le reste à charge ne serait pas autorisé. Enfin, le remboursement (annuel) total serait plafonné à des niveaux inférieurs à ceux du secteur privé.

⁹⁵LAUTIER Marc, op.cit, p39.

Au fur et à mesure que l'assurance maladie est étendue en termes de prestations, les cotisations devraient constituer l'essentiel des ressources supplémentaires, les tickets modérateurs restant à un niveau modéré afin de maintenir les barrières financières à l'entrée au niveau le plus bas possible. La mise en place de prélèvements adaptés est essentielle pour assurer le succès de la réforme. Le taux de cotisation doit être suffisamment élevé pour apporter les ressources nécessaires au système de santé, sans pour autant handicaper l'économie tunisienne.

Le financement de cette amélioration de la prise en charge sera assuré par un relèvement des cotisations sociales, partagées entre salariés et employeurs.

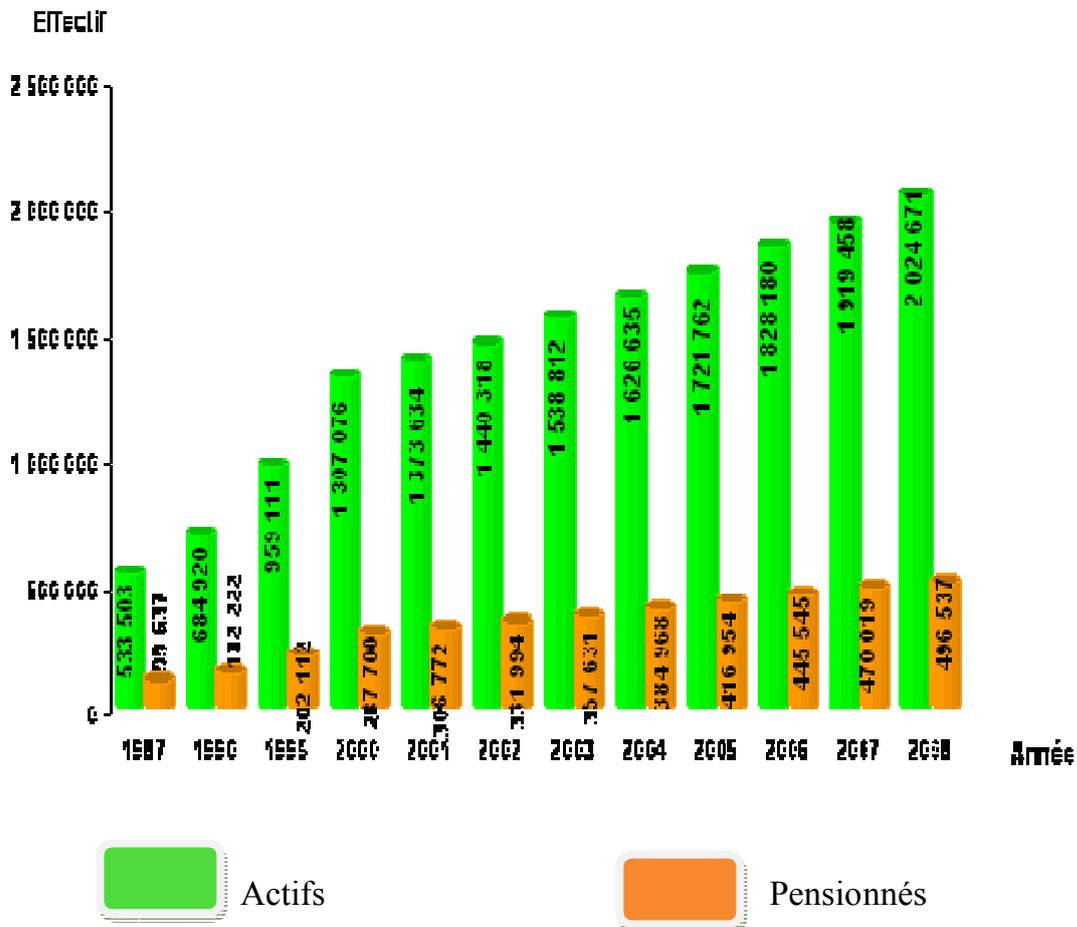
Pour les salariés du privé (CNSS), en l'état actuel du projet, les taux devraient progressivement augmenter de 4.75% du salaire en 2005 (1.32% payés par l'employé et 3.43% par l'employeur) à 6,75% en 2007. Pour les retraités de la CNSS, les cotisations (0% en 2005) devraient également augmenter, mais elles seraient plafonnées à 4% du revenu en 2009. Pour les travailleurs bénéficiant de la sécurité sociale, les hausses de taux seraient introduites progressivement sur une période de trois à cinq ans. Pour les salariés du secteur public (CNRPS), les cotisations passeraient de 2% du salaire au 1er juillet 2005 (1% payé par l'employeur, le Gouvernement, et 1% par l'employé) à 6,75% en 2007 (4% employeur et 2,75% employé)⁹⁶.

L'enregistrement dans les filières de sécurité sociale a doublé depuis 1987, en partie à cause de l'expansion de l'éligibilité à de nouveaux groupes (Salariés Agricole Amélioré, Travailleurs Tunisiens à l'Etranger, Artistes, Créateurs, Intellectuels..). Le nombre d'assurés sociaux pour l'ensemble des régimes est passé de 633 140 Affiliés en 1987 (533 503 Actifs et 99 637 Pensionnés) à 2 521 208 en 2008 (2 024 671 Actifs et 496 537 pensionnés)⁹⁷ (Cf. Figure 10).

⁹⁶ République tunisienne Étude du Secteur de la Santé Mai 2006, p15.

⁹⁷ <http://www.cnss.nat.tn>.

Figure 10 : Evolution de l'effectif des assurés pour l'ensemble des régimes.



Source : <http://www.cnss.nat.tn/fr/images/stats/1.htm>.

Le fait de rendre l'affiliation au système obligatoire ne garantit pas en soi l'augmentation ou même le maintien à un niveau constant du nombre d'assurés et du montant des ressources. En effet, en raison de la mobilité assez forte des travailleurs et des entreprises entre les secteurs formel et informel des comportements d'évasion fiscale très importants pourraient se développer.

La préférence pour la filière AMG, est probablement en partie, la raison qui explique que seulement 87.4% (100% dans le secteur public, mais seulement 84% dans le secteur privé) des personnes éligibles pour la sécurité sociale sont en effet enregistrées⁹⁸.

⁹⁸ Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS), Tunisie : La réforme de l'assurance maladie, 18/12/2008.

Dans leur configuration actuelle, les réformes pourraient entraîner de sérieux problèmes de sélection adverse entre les différentes filières. En effet, les prestataires de soins privés pourraient être tentés de n'accueillir que les patients les plus fortunés, surtout s'ils estiment que les tarifs de responsabilité ont été fixés à un niveau trop faible. Dans ce cas, ils pourraient, même si cela est interdit par la loi, vouloir demander à leurs patients le paiement de sommes supplémentaires sur leurs deniers personnels pour compenser ce niveau de rémunération censé trop faible, ce qui, mécaniquement, limiterait l'accès aux plus favorisés qui auraient ainsi tendance à rester dans le secteur public⁹⁹.

En outre, les caisses de sécurité sociale continuent à renforcer la décentralisation de la gestion des régimes en vue de permettre la réduction des délais de l'octroi des prestations de sécurité sociale.

Par ailleurs, en vue de promouvoir la relation entre le citoyen et les organismes publics et l'instauration d'une administration moderne, plusieurs actions ont été entreprises à l'instar de la création de site web pour chaque caisse et la mise en place d'un système de télédéclaration des revenus et télépaiement des cotisations par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale depuis l'année 2005.

La transition de la situation actuelle à la mise en œuvre complète de la réforme de l'assurance maladie pose de nombreux défis au gouvernement tunisien. De façon générale, l'Etat reste le garant du système et doit donc veiller à ce que le fonctionnement de l'assurance maladie permet d'atteindre les objectifs ultimes du système de soins (qualité, équité,...). Le secteur de la santé a toujours occupé une place privilégiée dans la politique économique et sociale de la Tunisie. L'Etat tunisien considère la santé publique comme l'une des priorités nationales.

Le rapport mondial sur la compétitivité et le rapport sur la compétitivité en Afrique (2008-2009) publiés par le Forum de Davos ont classé la Tunisie au 27^{ème} rang

⁹⁹ République tunisienne Étude du Secteur de la Santé, Mai 2006, pp 14-18.

mondial, 1^{ère} en Afrique et 2^{ème} parmi les pays arabes en matière de santé et d'enseignement primaire¹⁰⁰.

L'objectif de la politique de santé d'Œuvré pour un équilibre financier de la sécurité sociale, par l'intermédiaire d'un financement plus assuré et plus équitable et par la maîtrise des dépenses, dans une logique d'efficacité dans l'utilisation des ressources.

3.3. Le marché des médicaments en Tunisie :

Le secteur pharmaceutique tunisien est caractérisé par un secteur public fort qui a été activement développé par l'Etat depuis le début des années 1960. Le secteur privé est également bien actif: il constitue depuis toujours, à travers le réseau de pharmacies, le principal vecteur de distribution du médicament et il a vu, son champ d'activités s'élargir à la production locale des médicaments¹⁰¹. Le tissu industriel a connu une évolution accrue ses dernières années, en 1987, on comptait trois unités pharmaceutiques publiques : la Siphat (ex-filiale de la Pharmacie Centrale de Tunisie), l'Institut Pasteur de Tunis (sérum et vaccins) et la Sovtex (produits vétérinaires), ce nombre est passé à plus de quarante unités pour l'année 2009 (Cf. Tableau 17).

Tableau 17 : Développement de l'industrie pharmaceutique.

Année	Nombre des unités pharmaceutiques
1987	3
1998	20
2006	30
2008	31
2009	43

Source : www.dpm.tn

¹⁰⁰ Bulletin n° 33 d'information de l'Ordre des médecins de Tunisie, décembre 2010.

¹⁰¹ OMS, Le secteur pharmaceutique tunisien : son organisation, son fonctionnement et ses performances par rapport à la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments, 2003, p8.

Ce développement du nombre des unités est accompagné avec une évolution des investissements dans le secteur de l'industrie pharmaceutique, en passant de 9.28 Millions de Dinars Tunisiens en 1990 à 450 MDT en 2009. La production locale ne couvre que près de 50% des besoins du marché, le reste étant importé, essentiellement, de France avec 70% des médicaments importés par le fait que les laboratoires pharmaceutiques, pour de probables raisons pratiques, ont plutôt tendance à organiser leurs exportations vers les pays francophones à partir de leurs filiales situées en France¹⁰² (Cf. Tableau 18).

Tableau 18 : Evolution de la fabrication locale et de l'importation des médicaments (en MDT).

Année	Fabrication Locale	Importation	Couverture par Production Locale en %
1987	8	97,7	7,7
1993	42	105.7	28.4
1999	108	139	43,7
2003	178	229	43,7
2006	249	290	46,1
2008	337	411	45,1

Source : www.dpm.tn

Dés le début des années 90 plusieurs mesures d'encouragement ont été adoptées afin de favoriser la fabrication locale¹⁰³:

- Exonération des droits de douane pour les matières premières et articles de conditionnement; réduction des droits de douane pour les équipements; taux avantageux de TVA; taxation des produits similaires importés;

¹⁰² AYADI Inès : Impact de Réforme d'Assurance Maladie en Tunisie sur l'offre et la demande des médicaments, Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université de Sfax, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, 12 Décembre 2009, p15-17.

¹⁰³ <http://apps.who.int/medicinedocs/fr>.

- Avantages accordés aux fabricants locaux dans le cadre de la réglementation des marchés publics;
- Système de "corrélation": sur demande du fabricant tunisien, l'importation d'un médicament similaire à un médicament de production locale peut être suspendue si certaines conditions sont remplies (notamment si le demandeur s'engage à maintenir un stock minimal équivalent à celui que détiendrait la PCT (pharmacie centrale de Tunisie) de la référence importée);
- Autorisation de la sous-traitance, rendant possible la coopération entre firmes et l'optimisation des capacités de production.

En effet, la production des médicaments en Tunisie est axée sur la fabrication des génériques et des médicaments sous licence. Les médicaments génériques représentent 51% de la production locale contre 49 % pour les produits sous licence. Entre 2000 et 2005, le taux des médicaments génériques fabriqués en Tunisie est passé de 32.2 à 48.4%¹⁰⁴.

Avec un taux de croissance annuel moyen de 13% au cours des quatre dernières années, contre un taux moyen mondial de 7%; le secteur de la production pharmaceutique en Tunisie garde un potentiel de croissance important, aussi bien au niveau du développement des produits génériques (12% du marché mondial et un taux de croissance de 14 à 17% d'ici 2009) que côté développement des exportations de médicaments fabriqués en Tunisie¹⁰⁵. Le gouvernement tunisien ambitionne de quintupler les exportations d'ici 2016 (84 millions € contre 16 millions aujourd'hui) et d'augmenter l'autosuffisance en médicaments de 49% aujourd'hui, à 60% en 2016. Pour cela, le pays entend développer les partenariats entre les laboratoires tunisiens et étrangers. Il incitera également les fournisseurs étrangers à installer sur le territoire des unités de production de médicaments princeps ou génériques, et aidera les laboratoires

¹⁰⁴ AYADI Inès, op.cit, p18.

¹⁰⁵ <http://www.webmanagercenter.com>

nationaux à la création d'unités de recherche et de développement, en particulier de médicaments issus de la biotechnologie¹⁰⁶.

La consommation des produits pharmaceutiques en Tunisie peut constituer un indicateur de succès de sa politique sanitaire spécialement dans le domaine de la pharmacie, de l'allongement de l'espérance de vie à la naissance et de la maîtrise de l'accroissement de la population¹⁰⁷.

La valeur du marché des médicaments en Tunisie s'élève à 608 millions US\$ (environ 748 millions de dinars tunisiens), et la consommation pharmaceutique par habitant a progressé de 86% entre 2000 et 2008, passant en 9 ans de 30 dinars à 56 dinars¹⁰⁸.

Une étude de consommation par classes thérapeutiques, permet de dresser le profil de l'état de santé en Tunisie. D'une part elle nous montre des caractéristiques thérapeutiques similaires à celles des pays développés notamment les médicaments de la cardiologie, de l'angiologie, du métabolisme et de la nutrition. D'un autre part, elle met en évidence des traits de consommation communs aux pays à faibles revenus, marqués principalement par l'infectiologie. Ces deux aspects traduisent la transition épidémiologique et socio-économique du pays¹⁰⁹.

L'organisation du secteur pharmaceutique tunisien présente des caractéristiques uniques, en particulier dans le domaine de la réalisation et du contrôle de l'importation des médicaments. La Pharmacie Centrale de Tunisie (PCT) est depuis 40 ans le seul importateur de médicaments en Tunisie, et le principal régulateur du système d'approvisionnement pharmaceutique du pays.

¹⁰⁶ <http://www.ubifrance.fr>

¹⁰⁷ La relation entre les dépenses pharmaceutiques et l'amélioration des indicateurs de santé a fait l'objet de plusieurs études antérieures. Lichtenberg [2000] est l'un des premiers à montrer que la dépense publique en soins médicaux aux Etats-Unis contribue à l'augmentation de la longévité. En 2005, Crémieux et al. montrent sur 10 provinces canadiennes que la dépense pharmaceutique est corrélée à une augmentation de l'espérance vie et à un déclin de la mortalité infantile.

¹⁰⁸ AYADI Inès : Effet de l'introduction du système de prix de référence en Tunisie sur les prix des médicaments, 8ème journées de Jean Monnet, 23-24 Septembre 2010 Hammamet Tunisie, p1 : <http://basepub.dauphine.fr>.

¹⁰⁹ AYADI Inès : Impact de Réforme d'Assurance Maladie en Tunisie sur l'offre et la demande des médicaments, p21.

Une centralisation des achats de médicaments permet d'acquérir un véritable pouvoir de négociation face à une concentration de plus en plus importante de l'offre pharmaceutique mondiale. Cette centralisation présente des avantages certains en termes de rentabilité, de coût et de planification des commandes pour éviter les ruptures de stocks ou les excès de stockage.

La Tunisie reste un des rares pays en voie de développement où le prix public des médicaments importés n'est pas basé sur le prix public du pays d'origine multiplié par un coefficient fixe. En effet, la centralisation de l'importation des médicaments confiée à la PCT lui permet de réaliser des missions de service public non remplies par le secteur privé:

- ✓ Maîtriser l'augmentation des prix: La PCT assure, grâce au système de la compensation¹¹⁰, le maintien d'un prix stable des médicaments dans le circuit officinal. Les ressources qui sont absorbées par la 'compensation' ne représentent que les bénéfices que réaliserait la PCT si celle-ci était gérée d'une façon 'privatisée'.
- ✓ Assurer l'importation des médicaments à faible consommation: les décisions de la PCT quant au choix des médicaments à importer ne sont pas influencées par des considérations de nature commerciale. Cela permet d'assurer que tous les médicaments sont rendus disponibles au meilleur prix, même ceux de faible consommation qu'un importateur privé ne trouverait pas assez rentable de référencer.
- ✓ Maintenir des stocks stratégiques pour l'intervention d'urgence en cas de catastrophes. Ces stocks répartis à travers le pays couvrent la consommation d'environ trois mois. Ils représentent une immobilisation d'environ 70 millions de dinars.

¹¹⁰ Le mécanisme de la compensation permet de maintenir stables les prix de vente aux grossistes et au public des médicaments disponibles en pharmacies d'officine. Ce mécanisme est basé sur la prise en charge de toute augmentation du prix du médicament importé par la structure chargée de la centralisation des achats. En effet, cette dernière réinjecte directement dans le système d'approvisionnement les bénéfices générés par l'ensemble de son activité commerciale d'importation dans le but de maintenir l'accessibilité des médicaments essentiels.

- ✓ Assurer la disponibilité du médicament sur la totalité du territoire tunisien: dans certaines régions à faible population et faible revenu, une dizaine d'agences pharmaceutiques de la PCT continuent d'assurer l'approvisionnement en médicaments là où les pharmaciens d'officine ne trouvent pas leur installation assez rentable¹¹¹.

Le système tunisien d'importation des médicaments répond aux besoins de santé publique d'un pays aux ressources humaines et financières relativement limitées, tout en préservant la liberté d'action des acteurs socio-économiques. L'acquis le plus important est de maintenir aussi stable et bas que possible le prix de vente des médicaments en utilisant seulement les ressources générées par le système lui-même. Cette stabilisation des prix est obtenue par deux mécanismes: d'une part, par le biais d'une prise en charge directe par l'organisme d'approvisionnement centralisateur des éventuelles augmentations du coût d'achat des médicaments d'importation; d'autre part, par le groupement des achats et la mise en compétition des fournisseurs dans le cadre d'appels d'offres internationaux pour l'approvisionnement en médicaments substituables, ce qui augmente le pouvoir de négociation et réduit les coûts de gestion. Ces mesures permettent de maintenir les prix publics de vente relativement bas sans recourir à des subventions de la part de l'État, tout en assurant la viabilité économique des structures publiques qui gèrent les importations.

La Tunisie a besoin de consolider et parfaire son système de santé afin de consolider l'équité de l'accès aux soins et aux médicaments. Le système tunisien d'importation n'est certainement pas le seul élément d'une stratégie qui conduira à atteindre ces objectifs. Cependant, le démantèlement du dispositif actuel d'importation ne contribuerait pas à l'amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'utilisation rationnelle des médicaments.

Il est important de rappeler que le système tunisien d'importation des médicaments est cohérent avec les résolutions de l'Assemblée Mondiale de la Santé concernant l'accès aux médicaments. En particulier avec les résolutions WHA49.14, WHA52.19,

¹¹¹ <http://apps.who.int/medicinedocs>.

WHA54.11 et WHA55.14 qui réaffirment que l'accès aux médicaments est un objectif principal de la stratégie pharmaceutique de l'OMS, et qui invitent les gouvernements à prendre toutes les mesures concrètes nécessaires pour garantir un accès équitable aux médicaments et à veiller à ce que les intérêts de la santé publique occupent une place prépondérante dans leurs politiques pharmaceutiques et sanitaires.

A l'immobilisme marocain s'oppose le pragmatisme tunisien et le volontarisme algérien. On constate donc l'existence de trois systèmes de santé assez 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.

Les systèmes de santé au Maghreb, où coexistent de multiples intervenants, sont complexes. Leur financement est assez souvent inextricable et son analyse demeure difficile. La réforme du financement de la santé doit déboucher sur une meilleure utilisation des ressources publiques, et non sur une réduction des dépenses publiques de santé.

Conclusion

Conclusion

Aujourd'hui l'utilisateur n'est plus considéré comme un être faible et irresponsable nécessitant une totale prise en charge par la communauté, au contraire, la notion de responsabilité dans la protection de son propre patrimoine de santé est devenue une donnée fondamentale dans la vision moderne de la santé. La demande publique croissante pour un accès à des soins de qualité et abordables augmente davantage la pression politique.

Pour permettre au système national de Santé de jouer pleinement son rôle qui consiste à garantir la santé pour tous avec équité, à permettre une prise en charge médicale de qualité à la hauteur du développement souhaité pour le pays et à mettre le citoyen au centre du développement tel que voulu par l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH), les objectifs suivants doivent être atteints ⁽¹⁾ :

- ✓ Disposer d'un service public de santé compétitif et performant (taux d'hospitalisation à 5% de la population à l'horizon 2012).
- ✓ Rendre au citoyen la confiance dans le système de santé par l'amélioration de l'accueil, l'information, les urgences, la propreté, l'équité, la disponibilité des médicaments.
- ✓ Réduire le coût des soins de santé et des médicaments.
- ✓ Renforcer la veille et la sécurité sanitaire.
- ✓ Réduire la part supportée par les ménages dans le financement de la santé à moins de 25% à l'horizon 2015.
- ✓ Prendre totalement en charge les affections de longue durée (ALD).

Tous les citoyens doivent avoir accès à des soins de santé, au moment opportun, selon leurs besoins et non leurs capacités de paiement, en s'appuyant sur un système plus solidaire, réduisant les inégalités entre régions, milieu urbain/rural et entre groupes sociaux.

¹ MAROC, Ministère de la santé : Plan d'action santé, 2008-2012, p5.

Conclusion

Les services de santé offerts doivent être de qualité, sécurisés, efficaces et axés sur le patient.

Les systèmes de santé au Maghreb, où coexistent de multiples intervenants, sont complexes. Leur financement est assez souvent inextricable et son analyse demeure difficile. La réforme du financement de la santé doit déboucher sur une meilleure utilisation des ressources publique, et non sur une réduction des dépenses publique de santé.

Nous avons présenté certaines caractéristiques du système de santé algérien.

Il est clair que de grands changements sont survenus dans la santé de la population mais il est tout aussi certain qu'il est confronté à des défis.

Il y a trois défis majeurs :

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

Le système de santé actuel est caractérisé par son éclatement. L'enjeu est donc de mettre en place une organisation dans laquelle les secteurs public, parapublic et privé, coexistent avec un objectif commun : la prise en charge de la santé de la population.

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

Les axes stratégiques de cette nouvelle vision sont :

- 1. renforcement des actions de prévention, consolidation des programmes**

de lutte contre les maladies transmissibles et développement des actions de lutte contre les maladies non transmissibles (maladies chroniques et dégénératives) ;

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

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

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

défi 2 : Mettre en place des outils efficaces de régulation (l'équilibre entre le secteur public et le secteur privé, l'équilibre entre l'approche préventive et l'approche axée sur les soins curatifs)

défi 3 : Améliorer la qualité des prestations.

défi 4 : Sécuriser l'approvisionnement du pays en médicaments et dispositifs médicaux (le maintien du monopole de la Pharmacie centrale de Tunisie en

matière d'importation des médicaments et vaccin).

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

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

défi 6 : Répondre à l'exigence démocratique en matière de la participation de la population à la gestion du système de santé.

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

Les pays qui adoptent de bonnes politiques peuvent largement améliorer leur couverture de services et de protection contre le risque financier à tout niveau donné de dépenses. Les systèmes de santé pourraient faire meilleur usage des ressources, que ce soit par de meilleures pratiques d'approvisionnement, une utilisation plus généralisée des médicaments génériques, une optimisation des incitations pour les prestataires ou une rationalisation des procédures de financement et d'administration.

Se battre pour la couverture universelle est un objectif admirable et réalisable dans tous les pays du monde. À l'évidence, les pays ont besoin de fonds stables et suffisants en matière de santé. Le besoin en conseils dans ce domaine est devenu très pressant dans une période caractérisée par une récession économique et une hausse des coûts des soins de santé.

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

1) Ouvrage :

- BRAHAMIA Brahim : Evolution et tendances des systèmes de santé. OCDE-Europe de l'Est- Maghreb, Editions Bahaeddine, 2010.
- LE FAOU Anne Laurence : Les systèmes de santé en question : Allemagne, France, Royaume-Uni, Etats-Unis et Canada, Edition ELLIPES, Paris, 2003.
- MAJNONI D'INTIGNANO Béatrice : La Protection Sociale, éd PUF, Paris, 1993.
- OUFRIHA Fatima-Zohra: Système de santé et population en Algérie, éd. ANEP 2002.
- PALIER Bruno : La réforme des systèmes de santé, éd PUF (5e édition), coll. Que sais-je ? 2010.

2) Articles et communications :

- BADRANE Mohamed : Expérience pilote dans la région de Tadla-Azilal, LE MATIN.ma, Publié le : 04.11.2008.
- BOUAKBA AMEL : Les fournisseurs de matériel médical doivent assurer la maintenance des équipements et la formation du personnel, La Tribune le 23 AVRIL 2011.
- BRAHAMIA Brahim : Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie, communication présentée au cours du séminaire pour le financement de l'assurance maladie, ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, Alger, 2008.

- B.Nabila : La facture des médicaments en hausse en 2011, le Financier, 11/12/2011.
- Djamel Ould Abbas : 1^{ère} Conférence Nationale sur la politique de santé et la réforme hospitalière. « Etat des lieux du système de santé en Algérie », 03-05 Février 2011.
- Keizo Takemi et Michael R. Reich : Le G8 et la santé dans le monde: l'architecture émergeant du Sommet de Hokkaïdo-Toyako, 1 Janvier 2009.
- KOURTA Djamila : Un système de santé en crise en Algérie, Dimanche 10 Avril 2005, elwatan.com.
- OUFRIHA Fatima Zohra et collaborateurs : Un système de santé à la croisée des chemins ; éd. CREAD 2006.
- SLIMANI L : Algérie-Maroc : lutte contre l'habitat précaire, Jeune Afrique, le 09-12-2011.
- Tunisie : Indicateurs de développement pour la décennie 2007-2016, le 27-03-2006.
- ZIANI Lila : Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement et la maîtrise de la consommation de médicament en Algérie, 2011.

3) Revue :

- AHMIDOUCHE Said : Couverture sociale au Maroc, revue des ingénieurs, Paris-St Etienne- Nancy, dossier spécial Maroc, N°427,59^{ème} année, juillet/ Août 2007.

4) Thèses et Mémoires :

- AYADI Inès : Impact de Réforme d'Assurance Maladie en Tunisie sur l'offre et la demande des médicaments, **Thèse de Doctorat** en Sciences Economiques, Université de Sfax, Faculté des Sciences Economique et de Gestion, 12 Décembre 2009.
 - BERRABAH Nacer : Financement et prestation de soins de santé en Algérie : l'équité du système à l'épreuve des faits, **Doctorat en Sciences Economiques** PARIS I, 02 février 1999.
 - DIRABI Mhammed : Les dépenses publiques de santé au Maroc. Leur rôle dans le développement du système de santé publique, **Thèse de doctorat** de 3^{ème} cycle, Université de Poitiers Faculté de Droit et des Sciences Sociales. 19 Décembre 1987.
 - MOUNASSIB Riyad : La réforme du secteur de la santé au Maroc, **Thèse de doctorat** en droit privé, Faculté de droit et des sciences économiques, Faculté de droit Comparé des Etats Francophones, 10-05-2008.
 - NOUIRA ALYA : Système de santé publique et état de santé en Tunisie, **Thèse de doctorat** de 3^e cycle en Economie des ressources humaines, Université Paris I, 1983.
- نور الدين عياشي : المنظومات الصحية المغاربية، -- دراسة مقارنة -- أطروحة لنيل درجة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة منتوري قسنطينة، السنة الجامعية 2010/2009.
- ABBOU Youcef : Essai d'analyse de la maîtrise des dépenses de santé en Algérie, **Mémoire de Magistère** en Sciences Economiques, Université de Bejaïa, 2010.

- FOU DI Brahim : La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux, **Mémoire de Magister** en Sciences Economiques, Université de Bejaïa, 2011.

- KASSA Fouzia : Essai d'analyse des dépenses d'assurance maladie en Algérie, **Mémoire de Magistère** en Sciences Economiques, Université A MIRA, 2009.

- MEKBEL Anissa : Essai d'évaluation de la consommation du médicament générique par rapport au princeps en Algérie ; enquête auprès de la ville de Bejaïa, **Mémoire de Magistère** en Sciences Economiques, Université de Bejaia, 2009.

- ZIANI Farida : Analyse de la consommation des médicaments en Algérie, Cas de la wilaya de Sétif, **Mémoire de Magister** en Sciences Economique, Université de Bejaia, juillet 2010.

- DJIENGOUE CERDI Jean Florentin : Déterminants de l'efficience des systèmes de santé: une analyse sur un panel de 183 pays, **Master 2**, Economie et développement international, Université d'Auvergne (Clermont-Ferrand I), 2009.

- TURKI Ikram : Etats de santé des tunisiens en 2030, Mémoire pour l'obtention du **Master Professionnel de Prospective Appliquée M2PA** ; Université de Tunis, Promotion 1, Juin 2008.

- SEMLALI Hassan : Le financement de la santé de la mère au Maroc, Mémoire pour l'obtention du diplôme de **maîtrise en Administration Sanitaire et Santé Publique**, Institut National d'Administration Sanitaire(INAS), Juillet 2008.

- BEN REJEB Wadji: Gouvernance et performance dans les établissements de soins en Tunisie, **DEA Management**, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion de Tunis, 2003.

5) Rapports et Documents :

- Nations Unies. Déclaration du millénaire. New York : Nations Unies, 2000.
<http://www.un.org>.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant, 2000.
- OMS, Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
- OMS, Le secteur pharmaceutique tunisien : son organisation, son fonctionnement et ses performances par rapport à la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments, 2003.
- OMS, Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire : problématiques conceptuelles clé durant la période de transition, Genève, Janvier 2004.
- OMS, Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Nations Unies, Mars 2004.
- OMS, Atteindre la couverture universelle : Le développement du système de financement ; Résumés techniques pour décideurs N°1, 2005.
- Finances & Développement, Financement de la santé : une chance à saisir, Décembre 2006.
- DROUIN Anne : Méthodes de financement des soins de santé ; Une utilisation rationnelle des mécanismes de financement pour assurer une couverture universelle : Rapport technique 05, Genève, AISS, 2006.

- BADDOU Yasmina : Conférence Internationale Sur la couverture universelle du risque maladies : Qui doit payer ? Paris, le 7 Mai 2008.
- Conférence ministérielle européenne de l’OMS sur les systèmes de santé : « systèmes de santé, santé et prospérité » Tallinn(Estonie), 25-27 juin 2008.
- Kutzin Joseph : Politique de financement de la santé, un guide à l’intention des décideurs, 2008.
- FNUAP : État de la population mondiale 2008 : Lieux de convergence : culture, genre et droit de la personne. New York, 2008 : <http://www.unfpa.org>.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2008 – Les soins de santé primaires- : maintenant plus que jamais. Genève : www.who.int.
- Nations Unies. Objectifs du millénaire pour le développement. New York : Nations Unies, Rapport 2009.
- OMS, Statistiques sanitaires mondiales, Genève, 2009.
- OMS, Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé : Principe directeurs à l’intention du G8, 2009 : <http://www.who.int/healthsystems/strategy>.
- OMS, Stratégie de coopération OMS-Maroc 2008-2013, 2009.
- Banque Mondiale : Département du développement social, 2009 : www.worldbank.org.
- Bio Santé Info N°24 ; Juin 2010.
- OMS, Orientations stratégiques pour améliorer le financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : vers une couverture universelle 2011-2015, Août 2010.

- OMS, Financement de la santé Novembre 2010 : Faits et chiffres : www.who.int/health_financing/functions/fr.
- OMS, L'OMS engage tous les pays à renforcer le financement de la santé.
22 novembre 2010 | Berlin | Genève : <http://www.who.int/mediacentre/news>
- OMS, statistiques sanitaires mondiales 2010.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2010, Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
- PNUD : rapport mondial sur le développement humain, 2010.
- OMS, Structures durables de financement de la santé et couverture universelle : EB128.R8 ; 21 janvier 2011 : <http://apps.who.int>.
- Belghiti Alaoui : 36eme conférence de l'INAS, 3 Mars 2011 : Le chemin vers la couverture universelle.
- Commission de l'Union Africaine : Investir dans la santé, c'est investir dans le développement économique ; Addis-Abeba (Éthiopie) 24 – 27 mars 2011.
- OCDE : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011 : <http://www.oecd.org>.
- PNUD : objectif du millénaire pour le développement : <http://www.undp.org>.
- Association Internationale de la Sécurité Sociale : Perspectives en politique sociale 09 : www.issa.int.

- CNAS : Les prestations de la Caisse National d'Assurance Sociale, Constantine, Mai 2000.
- CNES : Evolution des systèmes de protection sociale, perspectives, conditions et modalités permettant d'assurer leur équilibre financier. 18^{ème} Session Plénière ; 22/23 juillet 2001.
- Ministère des finances : Direction générale du budget, Le soutien de l'état au développement humain en Algérie, Rétrospective et état des lieux, 1999-2003.
- Algérie : MSPRH, Projection du développement du secteur de la santé : Perspective décennale, Juillet-2003.
- Guillermou Y : Médecine gratuite ou santé pour tous? Réflexions sur l'expérience algérienne, Sciences Sociales et Santé, 2003.
- Algérie : Rapport national sur les objectifs du Millénaire pour le développement, Juillet 2005.
- SAIHI Abdelhak : Le système de santé publique en Algérie Analyse et perspectives(ENMAS), Avril 2006.
- Le marché de la santé en Algérie, Missions économiques, Ambassade de France en Algérie, novembre 2006.
- Algérie : MSPRH, Direction des finances et des moyens : Monographie des établissements de santé, Année 2006.
- Conseil National Economique et Social(CNES): Rapport National sur le Développement Humain, Ed. DIWAN 2006.
- Banque mondiale : Rapport N° 36270 – DZ : République Algérienne Démocratique et Populaire : A la recherche d'un

investissement public de qualité, Le 15 août 2007.

- Ministère de la PME ET DE L'Artisanat : Commission Européenne, Analyse de la Filière Industrie Pharmaceutique, Algérie 2007, Rapport principal.
- MOKADDEM Ahmed et KHAROUFI Mostafa : Rapport d'évaluation initial du programme de pays de l'UNFPA pour l'Algérie, 2007-2011.
- Algérie : Document de stratégie 2007 – 2013 & programme indicatif national 2007 – 2010.
- BOULAHBAL Bachir : l'Algérie de demain, Relever les défis pour gagner l'avenir, Décembre 2008.
- LARIBI Amel : Le Financement du Secteur de Santé (ENMAS), janvier 2009.
- Algérie : 2eme Rapport Nationale sur les objectifs du Millénaire pour le développement ; Septembre 2010.
- BRAHAMIA Brahim: L'approvisionnement en médicaments du système de santé algérien, Jeudi 4 novembre 2010.
- MSPRH : Direction des finances et des moyens, Monographie des établissements de santé, Année 2010.
- BENKACI Youcef : Rapport d'étape sur le processus de contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale- MSPRH Cabinet-, 28-12-2011.
- Institut Pasteur D'Algérie : Laboratoire National De Référence VIH/SIDA.
- Plan des Nations Unies pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement - Mise en œuvre au Maroc : évaluation et suggestions - Mars 2005.

- MAROC : Ministère de la santé, Direction de la réglementation et du contentieux-Base de données, Décret n° 2-05-734 du 11 jourmada II 1426(18 juillet 2005) fixant le taux de cotisation due à la CNSS.
- MAAZOUZI Wadjih et autre : Système de Santé et Qualité de Vie, rapport thématique, Cinquantenaire de l'Indépendance du Royaume du Maroc, Novembre 2005.
- HAZIM Jilali : Réforme de santé et partenariat et intersectorialité : Cas du Maroc; Bruxelles les 25 et 26 juin 2006.
- KHERBACH Fatiha et EL ALAMI EL FELLOUSSE Asma : Le financement des soins de santé au Maroc, Novembre 2007.
- Maroc : Programme Indicatif National 2007 – 2010.
- TANDIA Anthioumane : Système de santé ; Où va le Maroc ? Conjoncture N° 890 - Février 2008.
- Maroc : Ministère de la santé : Plan d'action santé, 2008-2012 : « Réconcilier le citoyen avec son système de santé».
- AMIP : Etude sur les prix des médicaments : « le secteur pharmaceutique marocain : réalités sur les prix des médicaments et intérêt du secteur », Novembre 2009.
- HAZIM Jilali : Financement de la santé au Maroc, Réalités et perspectives, Conférence INAS, le 30 Décembre 2009.
- Maroc : Ministère de la santé, Direction de la Planification et des Ressources Financières, année 2009.
- Royaume du Maroc, Objectifs du Millénaire pour le Développement, Rapport National 2009, Mars 2010.
- Le droit au développement au Maroc : Entre Pacte International relatif aux

Droits Economiques, Sociaux et Culturels et
Objectifs du Millénaire pour le Développement,
Septembre 2010.

- Ministère de la santé publique : Le secteur de la santé, IXème Plan, Tunis, 1996.
- Comité national d’Ethique médical de la Tunisie : « Le progrès médical : coût et Ethique », Troisième conférences annuelle, Tunis, 1998.
- ACHOURI Hédi : L’Assurance Maladie en Tunisie, Situation actuelle, Perspectives de réforme, Avril 2004.
- LAUTIER Marc : Les exportations de services de santé des pays en développement, Le cas tunisien, Décembre 2005.
- BEN ROMDANE Habiba : projet TAHINA, enquête nationale, morbidité et recours aux soins, 2005-2006, Tunis.
- Banque Mondiale : Département du développement Humain, République Tunisienne ; étude du secteur de la santé, Mai 2006.
- Tunisie : Ministère de la santé publique, La Direction des Soins de Santé de Base(DSSB), Rapport annuel 2006.
- Institut National de la Statistique (INS) : La Tunisie en chiffre 2007-2009 ; Edition 2010 N° 47.
- Tunisie : document de stratégie 2007 - 2013 & programme indicatif national 2007 – 2010.
- Banque Africaine de Développement Tunisie : Document de Stratégie Pays, 2007- 2011.
- Association Internationale de la Sécurité Sociale(AISS) : La réforme de l’assurance maladie, Tunisie le 18/12/2008.

- AYADI Inès : Effet de l'introduction du système de prix de référence en Tunisie sur les prix des médicaments, 8ème journées de Jean Monnet, 23-24 Septembre 2010 Hammamet Tunisie: <http://basepub.dauphine.fr>.
- Tunisie : Développement Economique & Social en Tunisie 2010 – 2014, Septembre 2010.
- Bulletin n° 33 d'information de l'Ordre des médecins de Tunisie, décembre 2010.

6) Divers :

- MSPRH : Service Planification.
- MSPRH: service population.
- MSPRH : Direction prévention, service Maladies Transmissible
- MSPRH : Direction prévention, service Paludisme
- MSPRH : direction de la prévention : service Tuberculose
- MSPRH : direction de la prévention : service maladie non transmissible
- MSPRH : Direction des finances et des moyens ; sous direction du contrôle de la gestion
- INSP
- Ministère des finances.
- Direction Générale de la CNAS, Alger(DGC)
- Le ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale

7) Règlementations :

- **Lois :**

- Bulletin officiel, N° 5058- 16 ramadan 1423(21/11/2002). Dahir n° 1-02-296, du 25 rejev 1423(3 octobre 2002) Portant promulgation de la loi N° 65-00 portant code de la couverture médicale de base.
- Loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie – JORT n° 63 du 06 août 2004.

- **Décret :**

- Décret n° 2.06.656 du 24 Rabii I 1428, relatif à l'organisation hospitalière, BO n 5526 du 29 Rabii II 1428, 17 mai 2007.

8) Sites internet :

- www.psychomedia.qc.ca/sante.
- www.who.int.
- www.who.int/bulletin/volumes/86/11/07-049361/fr.
- www.vie-publique.fr.
- www.doctissimo.fr/html/medicaments/articles/medicaments_generiqueshtm.
- www.medicalnews.com.tn.
- www.algerie-focus.com/2009/09/10/medicaments-genériques.
- www.elmoudjahid.com.
- www.africaneconomicoutlook.org.
- www.dz.undp.org/omd/OMD4.htm.
- www.worldbank.org : Janvier2010.
- www.cnss.nat.tn/fr/images/stats/1.htm.

- www.dz.undp.org/omd/OMD6.htm.
- www.allafrica.com/stories/200912310599.html.
- www.onu-tn.org/objectifs.php.
- www.vluchtelingenwerk.be.
- www.repere-medical.com/article-51.html.
- www.ibnou-rochd.blogspot.com.
- www.toutelatunisie.com/doc.php?docid=234.
- www.apps.who.int/medicinedocs/fr.
- www.lavieeco.com.
- www.aujourd'hui.ma/maroc-actualite.
- www.webmanagercenter.com.
- www.ubifrance.fr.

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 01 : Infrastructure sanitaire publique.

Tableau 02 : Accroissement de la population algérienne.

Tableau 03 : Evolution des taux de mortalité infantile et infanto juvénile.

Tableau 04 : Evolution du taux de mortalité maternelle (Taux p 100000 naissances).

Tableau 05 : L'évolution de l'effectif et de la densité médicale dans le secteur public.

Tableau 06 : Répartition de la population rurale par rayon kilométrique
de l'établissement de SSB le plus proche (1987, 1996 et 2003).

Tableau 07 : Evolution de la mortalité infantile.

Tableau 08: Evolution de la consommation budgétaire par nature de dépenses
(en %)et en Milliers de DA pour 2006 et 2010.

Tableau 09 : La ventilation des taux de cotisation au 1^{er} Janvier 2010.

Tableau 10 : L'équilibre financier du système de sécurité sociale en Algérie (Millions DA).

Tableau 11 : Evolution et répartition de la facture du médicament.

Tableau 12 : Part de progression des génériques et des princeps dans la facture des
médicaments (Valeur en millions d'Euros).

Tableau 13 : Evolution des grandes composantes du Budget du MS.

Tableau 14 : Le coût du RAMED EN 2007.

Tableau 15: évolution du nombre d'unité de production.

Tableau 16 : Exportations de médicaments par principaux pays- Année 2008.

Tableau 17: Développement de l'industrie pharmaceutique.

Tableau 18 : Evolution de la fabrication locale et de l'importation des médicaments (en
MDT).

Figure 01 : Rapports entre les fonctions et les objectifs d'un système de santé.

Figure 02 : Dépenses de santé totales en pourcentage du PIB, 2009.

Figure 03 : Le marché mondial de médicaments par zone géographique, en 2007.

Figure 04 : Avantages et inconvénients des principales méthodes de financement des soins de santé.

Figure 05 : Sources de financement des dépenses de santé, en 2006 (%).

Figure 06 : Sources par nature de financement, 2006.

Figure 07 : Evolution des dépenses totales de santé en pourcentage du PIB.

Figure 08 : Sources de financement du système de santé en Tunisie (1985 et 2004).

Figure 09 : Modes actuels de couverture du risque maladie.

Figure 10 : Evolution de l'effectif des assurés pour l'ensemble des régimes.

Graphique 01 : La transition vers la couverture universelle.

Graphique 02 : Evolution de la part du budget du Ministère de la Santé dans le budget générale de l'Etat et dans le PIB (en %).

Graphique 03: Évolution de la fabrication locale et de l'importation entre 1987 et 2000.

Annexes

ANNEXE

Fiche d'évaluation des OMD santé par Région OMS

	Monde	Afrique	Amériques	Méditerranée orientale	Europe	Asie du Sud-est	Pacifique occidental
Mortalité des – 5 ans par 1000 naissances vivantes	65	142	18	78	14	63	21
Vaccin anti rougeoleux % couverture	81	73	93	83	94	75	93
Mortalité maternelle par 100 000 naissances vivantes	400	900	99	420	27	450	82
Accoucheur/se qualifié (e) % des naissances	66	47	92	59	96	49	92
Usage de contraceptifs % femmes mariées, 15–49 ans	62	24	71	43	68	58	83
Prévalence du VIH/sida % adultes, 15–45 ans	0,8	4,9	0,5	0,2	0,5	0,3	0,1
Mortalité paludique par 100 000 personnes	17	104	0,5	7,5	1	2,1	0,3
Traitement antituberculeux taux de succès %	86	79	82	88	67	88	92
Eau % utilisant sources améliorées	87	61	96	83	98	86	90
Assainissement % utilisant installations correctes	60	34	87	61	94	40	62



en bonne voie



progrès insuffisants



en panne

Source : Statistiques sanitaires mondiales, 2010.

Table des matières

INTRODUCTION	1
CHAPITRE I: LES SYSTEMES DE SANTE DANS LE MONDE : CARACTERISTIQUES ET EVOLUTIONS	
Section 1 : Le développement des systèmes de santé : Organisation et fonctionnement 7	
1.1. La diversité des systèmes de santé.....	7
1.2. Renforcement des systèmes de santé.....	14
1.3. La santé au carrefour du développement humain et de la croissance économique	20
Section 2 : Le financement des systèmes de santé	27
2.1. Les dépenses de santé.....	28
2.2. Mécanismes de financement de la santé : Méthodes de financement Novatrices.....	34
2.3. La transition vers la couverture universelle.....	39
CHAPITRE II : ORGANISATION DES SYSTEMES DE SANTE DANS LES PAYS DU MAGHREB (Algérie, Maroc, Tunisie)	
Section 1 : Le système de santé algérien	46
1.1. Organisation du système de santé.....	47
1.2. Equité et offre de soins.....	52
1.3. Etat actuel des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé.....	56
Section 2 : Le système de santé marocain	64
2.1. Organisation du système de santé.....	64
2.2. Equité et offre de soins.....	68
2.3. Etat actuel des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé.....	71
Section 3 : Le système de santé tunisien	76
3.1. Organisation du système de santé.....	77
3.2. Equité et offre de soins.....	79
3.3. Etat actuel des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé.....	83
CHAPITRE III : LE FINANCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE DANS LES PAYS DU MAGHREB (Algérie, Maroc, Tunisie)	
Section 1 : Le financement du système de santé algérien	90
1.1. Dépenses de santé et financement du secteur de la santé.....	90
1.2. L'organisation de la protection de la santé dans le cadre De l'assurance maladie obligatoire.....	95
1.3. Le marché des médicaments en Algérie.....	99

Section 2 : Le financement du système de santé marocain	104
2.1. Dépenses de santé et mode de financement	104
2.2. Extension de la couverture sanitaire	110
2.3. Le marché des médicaments au Maroc.....	116
Section 3 : Le financement du système de santé tunisien	121
3.1. Financement des dépenses de santé	122
3.2. L'assurance maladie.....	127
3.3. Le marché des médicaments en Tunisie.....	135
CONCLUSION	142
Bibliographie.....	147
Liste des illustrations.....	160
Annexe	162
Table des matières.....	163

RESUME

Promouvoir et protéger la santé est essentiel au bien-être humain et au développement économique et social durable. Cela a été reconnu il y'a plus de 30 ans par les signataires de la déclaration d'Alma Ata, qui ont indiqué que la santé pour tous contribuerait à une meilleure qualité de vie ainsi qu'à la paix et à la sécurité à l'échelle mondiale.

Il existe de nombreuses façons de promouvoir et de soutenir la santé. L'éducation, le logement, l'alimentation et l'emploi ont tous un impact sur la santé. La réduction des inégalités à ces égards diminuera les inégalités en matière de santé. Toutefois, un accès opportun aux services de santé peut uniquement être atteint (sauf pour une petite minorité de la population) avec un système de financement de la santé optimal.

Tous les pays du monde, se trouvent aux prises avec des problèmes et des choix difficiles relatifs au financement de leur système de santé. De nouveaux médicaments et d'autres progrès techniques, l'augmentation des attentes et le vieillissement de la population se traduisent par une demande accrue et, en conséquence tendent à augmenter les coûts du système. Les politiques de financement doivent donc essentiellement porter sur les moyens de mobiliser, équitablement, suffisamment de ressources en faveur de la santé.

A l'heure de la mondialisation, de l'économie de marché ou plus que jamais le droit essentiel pour assurer un accès égalitaire aux soins, il semble nécessaire de s'interroger sur l'état de la santé au Maghreb (Algérie, Maroc, Tunisie) et poser au plan de la réflexion la problématique du financement de leurs systèmes de santé pour en cerner les potentialités ainsi que les contraintes.

Mots clés : Système de santé, financement, monde, Algérie, Maroc, Tunisie.

ABSTRACT

Promote and protect health is essential to human welfare and sustainable economic and social development. This was acknowledged there are over 30 years by the signatories of the Alma Ata Declaration, which stated that health for all would contribute to a better quality of life and peace and security in worldwide.

There are many ways to promote and support health. Education, housing, food and employment all have an impact on health. Reducing inequalities in these areas will reduce inequalities in health. However, timely access to health services can only be achieved (except for a small minority of the population) with a funding system for optimal health.

All countries of the world are struggling with problems and difficult choices on financing their health systems. New drugs and other technological advances, increased expectations and an aging population resulting in increased demand and therefore tend to increase system costs. Funding policies should therefore focus primarily on ways to mobilize, fairly enough resources for health.

At a time of globalization, market economy or the law more than ever essential to ensure equal access to care, it seems necessary to question the state of health in the Maghreb (Algeria, Morocco, Tunisia) and ask in terms of the reflection problem of financing their health systems to identify potential and constraints.

Keywords: health system, finance, world, Algeria, Morocco, Tunisia.

ملخص

تعزيز وحماية الصحة أمر ضروري لرفاهية الإنسان والتنمية المستدامة الاقتصادية والاجتماعية. وأقر هذا أن هناك أكثر من 30 عاما من قبل الدول الموقعة على إعلان ألما آتا، الذي ينص على أن الصحة للجميع المساهمة في تحسين نوعية الحياة والسلام والأمن في جميع أنحاء العالم. هناك العديد من الطرق لتعزيز ودعم الصحة. التعليم والسكن والغذاء وفرص العمل كل يكون لها تأثير على الصحة. والحد من التفاوتات في هذه المجالات الحد من عدم المساواة في مجال الصحة. ومع ذلك، يمكن الوصول في الوقت المناسب على الخدمات الصحية لا يمكن تحقيقه إلا (باستثناء أقلية صغيرة من السكان) مع نظام التمويل الصحي الأمثل.

جميع دول العالم يعانون من المشكلات والخيارات الصعبة على تمويل أنظمتها الصحية. العقاقير الجديدة والتطورات التكنولوجية الأخرى، والتوقعات المتزايدة وشيخوخة السكان مما أدى إلى زيادة الطلب، وبالتالي تميل إلى زيادة تكاليف النظام. وينبغي أن تركز سياسات التمويل لذلك في المقام الأول على سبل حسب، ما يكفي من الموارد إلى حد ما في مجال الصحة.

في زمن العولمة واقتصاد السوق أو القانون أكثر من أي وقت مضى ضرورة لضمان المساواة في الحصول على الرعاية، ويبدو من الضروري أن نتساءل عن الحالة الصحية في المغرب العربي (الجزائر، المغرب، تونس) واطلب من حيث انعكاس لمشكلة تمويل النظم الصحية من أجل تحديد الإمكانيات والقيود.

الكلمات المفتاحية : الأنظمة الصحية، التمويل، العالم، الجزائر، المغرب، تونس.