

FATIMA-ZOHRA OUFRIHA [*]

De quelques points d'analyses comparées des systèmes de santé au Maghreb [**]

Dans les trois pays du Maghreb, parallèlement aux tentatives plus ou moins explicitement affirmées d'industrialisation, voire de mise en place et de construction de systèmes productifs nationaux autonomes ou de recentrage des économies nationales après les Indépendances, on a assisté à la mise en place de "systèmes" de santé à partir des embryons de structures sanitaires existantes. Ceci, tant dans leur aspect humain que matériel, en particulier à partir de pratiques thérapeutiques, mais aussi des principes et modalités de financement des activités de soins, bref de logiques même de fonctionnement plus ou moins héritées du système de soins français. Principes, procédures et logique de fonctionnement que l'on a voulu parfois dépasser, dans des tentatives plus ou moins radicales (la plus radicale à cet égard étant la démarche de l'Algérie) de remise en cause et dont les focalisations les plus importantes concerneront le statut des professions médicales. Mais partout, quoique à des degrés divers, l'accès de tous à la santé, du moins aux soins, va être posé comme un des objectifs principaux, voire "sacrés", que les pouvoirs politiques post-indépendance se devaient de réaliser. Peut-on alors y voir un des termes du pacte social et à l'extrême limite du consensus national ?

Cependant et de la même façon que pour chaque "système" productif national, en particulier dans sa composante industrielle, il semble bien que l'on ait dans les divers cas de figure, procédé de façon extensive : par multiplication des structures de soins et de personnels médicaux et paramédicaux. Ce faisant on mobilise par là d'importantes ressources plus ou moins collectives selon le cas, tant par le canal budgétaire que par celui de la Sécurité Sociale. Cette dernière étant plus ou moins largement développée en particulier selon l'extension de la salarisation et la volonté de socialisation de ces dépenses. Il semble bien que l'on ait procédé plus, à partir de cette démarche, à une extension du volume et du degré de médicalisation de la population par redéploiement et extension des ressources sanitaires sur l'ensemble du territoire que par une meilleure réponse aux problèmes de santé, qu'ils soient anciens ou nouveaux. Ce que traduit bien le profil de mortalité et de morbidité dans les trois pays - qui au-delà de leurs bouleversements n'en restent pas moins à des niveaux trop élevés, compte tenu des ressources mobilisées à cet égard. Ceci si l'on s'en tient aux seuls indicateurs globaux mais les plus "significatifs" (espérance de vie à la naissance, mortalité infantile) en la matière, et ce, à défaut d'instruments plus fins de mesure.

Il semble donc que l'on se trouve, ici et là, en présence de la nécessité d'une intensification :

- par une meilleure utilisation des ressources : (ce qui pose le problème des combinaisons productives et de leurs résultats sanitaires et/ou financiers) ;
- par une utilisation plus appropriée de ces ressources, ce qui pose le problème de l'adéquation des objectifs sanitaires et des moyens d'y parvenir ;
- mais aussi et surtout par une utilisation de moyens internes ce qui devrait se traduire par une restriction de l'appel à l'extérieur. Celui-ci semble particulièrement injustifié en certains de ses aspects tout en étant particulièrement onéreux et porteur de dépendance... Il y a donc lieu de passer du stade d'une "administration" aveugle à celui d'une gestion d'ensemble ayant en vue les répercussions macro-économiques bien sûr mais aussi plus soucieuses des différents paliers et niveaux de décisions.

Ceci d'autant qu'aux dysfonctions et problèmes générés par le fonctionnement propre de ces systèmes et qui leurs seraient donc endogènes, se posent et s'imposent les contraintes macro-économiques d'ensemble à travers une réduction des taux de croissance de la Production Intérieure Brute (PIB) suite à la "crise" économique. Celle-ci, étant aussi une crise des paiements extérieurs, pose de redoutables problèmes d'ajustements des équilibres extérieurs - donc de ceux induits par le fonctionnement du système de santé.

Les contraintes financières, qu'elles soient d'ordre interne ou externe, qui risquent de peser sur les systèmes de santé qui ont bénéficié jusque là de ressources croissantes, vont certainement contraindre à de nouveaux arbitrages, voire à de nouvelles procédures de régulation qui doivent être clairement explicitées en fonction des nouveaux objectifs à mieux définir.

Aussi l'organisation d'une réflexion maghrébine sur le thème d'une analyse comparée des trois systèmes de santé et de leurs résultats trouve sa justification pour plusieurs raisons.

La première c'est que dans nos trois pays les points de "départ" sont similaires au triple point de vue de la configuration des pathologies observées, du contexte socio-économique et culturel dans lequel elles s'insèrent, des principes de fonctionnement des systèmes de soins et de leurs modalités de financement comme résultat de transpositions plus ou moins partielles d'éléments du système français, lequel constitue une "réponse" spécifique et n'est pas forcément universel, ni transposable tel que.

La seconde c'est que depuis les Indépendances, les politiques de mise en place et de construction de systèmes de soins dans leurs multiples composantes ont suivi des cheminements plus ou moins différenciés affectant le redéploiement des moyens humains et matériels, les

principes de fonctionnement et d'articulation des différents constituants pour produire des résultats financiers et réels qu'il y a lieu d'évaluer et d'analyser à partir de concepts et d'instruments de mesure unifiés.

Enfin dans les trois pays et à des degrés, il y a "crise" des systèmes de santé, et les aspects économiques et financiers semblent y être au premier plan. Le problème de l'évaluation du "coût" de la maladie et de la maîtrise des dépenses de santé en particulier publiques et parapubliques vient à l'ordre du jour compte tenu non seulement du rythme propre de croissance de ces dépenses (taux de croissance) mais aussi et surtout des nouvelles données de fonctionnement des économies nationales et du contexte international dans lequel elles s'insèrent. Compte tenu aussi des fortes fluctuations des recettes d'exportation et de la crise en général qui affectent différemment les trois pays du Maghreb.

Depuis quelques années et dans chacun des trois pays se sont développés parallèlement des travaux d'économistes, de médecins, de sociologues ou de démographes abordant chacun dans son champ propre des aspects socio-économiques de la santé parfois à l'occasion d'une réflexion d'ensemble, le plus souvent par investigation de champs d'études spécifiques à chaque discipline.

La nécessité de confronter outils d'analyse, méthodes d'approches utilisées et résultats obtenus d'une part, de promouvoir des travaux de recherche en commun d'autre part, se fait actuellement ressentir.

Une rencontre entre chercheurs et spécialistes en matière d'analyse économique des systèmes de santé et de leurs résultats en termes monétaires et sanitaires et de réflexion sociologique sur les comportements et les logiques d'acteurs de tous les agents du système - aussi bien ceux qui l'impulsent que ceux à qui, il est "administré" (les usagers) - s'impose.

Elle permettrait de "faire le point" tout en confrontant études et recherches réalisées, résultats obtenus. Mais surtout elle permettrait d'établir et de renforcer des contacts et des réseaux d'échange scientifique qui en ce domaine semblent fort peu développés, au contraire d'autres champs d'étude (agriculture, technologie, industrie) ou disciplines (médecine, pharmacie...) plus fortement et plus précocement investis et qui ont prouvé leur utilité par ailleurs.

Elle pourrait aussi aider à la formulation et à la construction ensemble, d'outils et d'instruments d'analyse plus pertinents. C'est à dire mieux en adéquation avec les problèmes posés.

Dans ce contexte aussi une réflexion d'ensemble, pluridimensionnelle, concernant "l'efficacité" économique sanitaire et sociale des systèmes de santé au Maghreb à partir de démarches qui les interrogent, analysent, mesurent sur le double plan de leur fonctionnement interne et de leur articulation externe et extérieure nous semble très utile. Elle devrait se faire :

- par rapport au fonctionnement interne, c'est-à-dire par rapport à leur propre logique de systèmes de soins et/ou de santé, à partir ou, à travers les sous-systèmes constituants, les modalités d'articulation et de fonctionnement, les résultats en termes financiers et réels ;

- par rapport à leur articulation externe, c'est-à-dire par rapport à leur degré d'adéquation ou de pertinence quant aux types de réponses sanitaires apportée à des "besoins de santé" dont il y a lieu alors de spécifier comment ils sont identifiés et par qui, selon quelles procédures ; comment on les traduit alors en "actions" "programmes" ou "politique", quel type de hiérarchie des priorités elles posent et quel type de rationnement elles imposent ;

- par rapport à leur articulation extérieure ce qui pose tout d'abord le problème de la nature des connexions - ou de leur inexistence - avec les autres branches de l'économie nationale, ce qui amène directement à la mise en évidence de fortes articulations "extérieures" par le biais d'importations de médicaments et matériel biomédical accompagné de prestations liées en maintenance, de personnels spécialisés étrangers et d'envois à l'étranger pour soins spécialisés. C'est-à-dire en fait une forte externalisation du fonctionnement de ces systèmes dont des "inputs" significatifs proviennent quasi intégralement.

Le quotient de mortalité infantile diffère suivant les sexes. Il est de 44,5 pour mille pour les garçons et de 37,5 pour mille pour les filles. Cette surmortalité masculine est retrouvée toutes les années.

Les décès infantiles diminuent au fur et à mesure que le niveau d'instruction des mères augmente.

L'étude en fonction de la dispersion montre des quotients plus élevés en zones éparses ($46,7 \pm 5,3$ pour mille) qu'en zones agglomérées ($38,3 \pm 3,5$ pour mille).

Lorsque l'on fixe la dispersion, les mères analphabètes présentent toujours une mortalité infantile plus élevée.

L'étude des régions semble montrer pour l'ensemble de la période une augmentation des quotients du nord au sud du pays. Pour cette période, le quotient de mortalité infantile passe de $39,7 \pm 1,0$ dans les wilayas côtières à $41,1 \pm 4,4$ au niveau des hautes plaines et $51,0 \pm 13,2$ au sud du pays.

TABLEAU N° 1 : QUOTIENTS DE MORTALITE INFANTILE PAR DISPERSIONS ET REGIONS (pour mille)

Année	Dispersion		Région			Algérie
	Agglo	Epars	Tell	Ht Pl	Sud	
1985-1989	38.3 ± 3.5	46.7 ± 5.3	39.7 ± 4.0	41.1 ± 4.4	51.0 ± 13.2	41.1 ± 2.9

On note l'importance, constante sur toute la période de l'étude, de la mortalité néo-natale qui représente 46,2 % du quotient de mortalité infantile.

Si les enfants des mères illettrées sont plus nombreux à décéder entre un et onze mois d'âge que ceux des mères lettrées ; on ne note, cependant, pas de différence de la mortalité néo-natale suivant le niveau d'instruction.

ment de l'extérieur et dont il faut analyser les contenus, les logiques, chiffrer les coûts :

1- Financiers, c'est-à-dire en termes de devises dans des contextes de forte restriction de capacités d'importation.

2- En fait en termes de dépendance et de répercussions sur les schémas thérapeutiques.

Finalement quels ont été les effets de cette médicalisation accrue : Quelles conséquences de l'extension des systèmes de soins sur les économies nationales ?

Le problème de l'efficacité des systèmes de santé au Maghreb pourrait être abordé à partir des axes de réflexion suivants.

1- Le problème de la forte croissance des dépenses de santé et de son rapport à celui de la croissance économique saisie en termes de PIB. Ce qui pose le problème méthodologique de l'évaluation du "coût de la maladie" : mesure des ressources globalement affectées à la protection de la santé de la population et donc dans une perspective d'établissement de comptes nationaux de la santé, de la ventilation (possibilité de ventilation ?) de ces coûts par grands types d'affections ? Quel impact économique total de la maladie et donc des pertes des productions liées à la maladie ? (problèmes méthodologiques sous-jacents).

2- Essai de repérage de la fonction de production de l'appareil sanitaire. A travers cette fonction de coût mieux saisir le "produit" de l'activité hospitalière. Essayer de saisir pour chaque affection les "combinaisons techniques" adoptées ?

3- Partir des sources de financement pour cerner les modalités de répartition des "charges" qui pèsent sur les différents agents et dégager les redistributions postulées et/ou occultes qui résultent des modalités de financement des systèmes.

4- Au delà de l'amélioration de la démarche cognitive, essayer de dégager les "retombées" sur le plan politique et décisionnel. En effet l'établissement de "priorités" par le planificateur suppose mais ne se limite pas, à l'évaluation du coût des principales affections pour les responsables de la politique de santé. La mise en évidence d'un coût élevé peut-être le moyen de s'attaquer à des pratiques sociales dangereuses, quoique résistantes (tabac). Il peut être aussi le point de départ d'un changement d'affectation des moyens (eau) :

- à un niveau plus technique ;
- l'élaboration d'instruments d'aides à la décision (par ex, évaluer les "avantages" de programmes destinés à lutter contre telle ou telle

maladie) ;

- l'obtention d'une base de tarification ou de politique des prix du secteur sanitaire au niveau des différentes institutions ?

Le point de départ à une analyse plus vaste de la maladie et de la santé dans leurs déterminations complexes: sociales, culturelles, économiques et non plus seulement biologiques.

Ceci tout en sachant que la "rationalité" de la décision en matière de santé est complexe et multiforme et que le critère de coût intervient au milieu d'autres dans un réseau complexe à élucider. Ce qui nous pousse, à, non pas condamner, mais à relativiser la portée des évaluations en termes de coût.

Ce qui nous amène aussi au problème de la crise de financement de ces dépenses sur ressources socialisées -"budgétisées" (budget de l'Etat et de la Sécurité Sociale) qui se traduit par des politiques ou des stratégies de "maîtrise" de ces dépenses, lesquelles entraînent des modifications dans l'évolution des modes et des sources de financement à coup sûr mais qui prennent aussi souvent l'aspect de redéploiement des personnels médicaux, de modifications de règles de fonctionnement etc... Comment ont été gérées et affectées les contributions budgétaires ? Quelle a été l'évolution du rôle et du statut de la Sécurité Sociale par rapport à ce problème de financement mais aussi par rapport à celui plus large de "couverture".

A travers toujours ce "prisme" financier qu'elle a été la logique des acteurs en présence ? Les processus de transfert à l'oeuvre ? Concernant la politique même de maîtrise au-delà du constat nécessaire : Quels sont les explications avancées ? Quels ont été les moyens et paramètres d'action, les méthodes, les résultats ? S'agit-il en bref de politiques de rationalisation ou de rationnement ? S'agit-il d'amorces de politiques différentes de santé ?

2- Le problème de l'évolution de la démographie médicale et des statuts des personnels de santé : flux, lieux et modes de formation, "procédure" d'affectation et de répartition spatiale et professionnelle avec en particulier l'analyse des effets de cette croissance des effectifs sur les rémunérations, sur la croissance des dépenses, sur le rapport à l'Etat et à leur propre activité, sur la structure professionnelle et de qualification sur la conception même de leurs activités et des procédures (s'il en existe) d'évaluation.

Ces caractéristiques devant être rapprochées de celles des infrastructures et autres moyens matériels de la santé pour voir de quelle manière ils sont combinés entre les différentes unités et au sein même des unités de production de soins.

Il s'agit donc en clair de s'attacher à spécifier les articulations de l'ensemble des moyens affectés à la protection de la santé, de préciser le dimensionnement de ses composantes.

Quelle est l'efficacité technique globale et sanitaire c'est à dire quels sont les résultats obtenus non pas tant ou pas uniquement en termes d'activité, car l'objectif n'est pas de produire plus de journées d'hospitalisation ou de consultations, mais en termes de "niveaux de santé" ou au moins en termes de diminution de la mortalité générale et infantile de baisse de la morbidité, de suppression ou minimisation des séquelles et de la correspondance de ces "états de santé" par rapport aux objectifs proclamés du système.

Qu'est-ce qui explique la forte persistance des maladies facilement "évitables" alors que tout le "discours" politique postule la prévention ? Quel est le contenu de cette dernière quand elle existe ? Et par quels mécanismes se fait l'affectation des ressources collectives ? Ceci pose le difficile problème de modalités, et des procédures de l'évaluation du résultat de l'activité des services hospitaliers ou non - et des activités de soins préventives et/ou curatives. Ils peuvent permettre des affectations et des réorientations de crédits et de moyens. En bref, de la régulation des dysfonctions, accompagnée d'un minimum de clarté et de transparence dans l'affectation des moyens.

- Peut-on avoir des éclairages particuliers sur "l'efficacité" des unités de soins (hôpitaux, unités extra-hospitalières, cabinets ?) des programmes particuliers orientés sur un type de problèmes sanitaires ou une maladie spécifique ?

Il s'agit donc en bref d'apporter des éléments de réponse ou de réflexion pouvant s'articuler autour de :

- La nature du système de soins, les principes et modalités de fonctionnement quant à leur cohérence d'ensemble (y a-t-il vraiment "système") quant à leur pertinence (de quelle manière il répond aux "besoins"), quant à leur adéquation aux problèmes majeurs de santé publique (compte tenu de la relative médiocrité des résultats sanitaires).

- La nature et les formes de régulation qui opèrent aux différents niveaux de fonctionnement et de structuration des moyens et des activités et dont le problème de la maîtrise des dépenses de santé n'en est qu'une expression globale, macro-économique mais qui peut s'appuyer sur des instruments d'actions totalement différents.

Notes

[*] Professeur Agrégé à l'Institut des Sciences Economiques d'Alger Directeur de Recherche au CREAD

****]** Communication présentée au Colloque Maghrébin "les ressources humaines dans l'édification de l'UMA" organisé par l'Université CADI Ayad et l'Association du Grand Maghreb-Marrakech 13-16 Février 1991.

