



La problématique de gouvernance sanitaire au nord de l'Afrique : cas du Maroc, de l'Algérie et de la Tunisie

Badr Dehbi*

Résumé

Depuis leur indépendance, les pays du Maghreb central ont vécu des transitions différentes : démographique, organisationnelle, politique, mais également épidémiologique et sanitaire. Les trois pays : le Maroc, l'Algérie et la Tunisie ont essayé à maintes reprises la reconstruction et la réforme de leurs systèmes de santé. Ces derniers font l'objet de critiques des citoyens de ces trois pays. Ces critiques portent, entre autres, sur leur inefficacité et leur non pertinence, l'absence ou le manque des ressources, la vétusté de leurs plateaux techniques, la mauvaise qualité des services sanitaires, etc. Le présent article essaie d'analyser la gouvernance des trois systèmes de santé en utilisant l'approche systémique, à travers laquelle nous avons confronté ces systèmes aux quatre principaux attributs de la bonne gouvernance, et d'évaluer la capacité de ces pays à relever les défis et à gagner le pari des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé. Notre méthodologie basée sur l'observation, la revue de la littérature et l'exploration des données nous a permis de constater de nombreuses lacunes dont la persistance constitue une réelle entrave au développement des trois systèmes.

Mots clés : Maghreb central, systèmes nationaux de santé (SNS), analyse systémique, bonne gouvernance sanitaire (BG), objectifs du Millénaire pour le développement.

Abstract

Since their independence, the central Maghreb countries have experienced different transitions : demographic, organizational, political, but also epidemiological and sanitary. Three countries : Morocco, Algeria and Tunisia tried on several occasions many to rebuild and reform their health systems. These latter are criticized by these three countries citizens. These criticisms concern among others their ineffectiveness and impertinence, absence or

* Faculté des sciences juridiques économiques et sociales – Tanger, Maroc. Email: (dehbi_badr@yahoo.fr)

the lack of the resources, obsolescence of their technical platforms, the poor quality of health services, etc. This article has attempted to analyze the governance of three health systems. While using the systematic approach through which we confronted these systems with four main attributes of good governance, and to estimate the capacity of these countries to meet the challenges and win the bet of millennium development goals related to health. Our methodology based on the observation, the literature review and data mining, allowed us to notice numerous gaps whose persistence constitutes a real obstacle to the development of the three systems.

Key Words: the central Maghreb, the national systems of health, systematic analysis, good sanitary governance, Millennium development goals.

Introduction

La qualité du management public dans l'ensemble des pays du Maghreb central est depuis peu au cœur de nombreux problèmes de la société. Elle conditionne le niveau du développement économique et, en même temps, reflète le degré de maturité politique et administrative de l'élite portée au gouvernail des affaires de la nation. Le discours autour du thème de la gouvernance a donc émaillé les débats politiques, académiques, voire populistes pendant ces dernières années (Hinti 2005:5).

Certes, les pouvoirs publics des trois pays maghrébins¹ ont investi en faveur de la santé, ce qui a permis de faire face à certaines contraintes et d'améliorer notablement l'état de santé de la population, comme en témoignent la baisse de la mortalité infantile et l'accroissement de l'espérance de vie à la naissance, ainsi que l'élimination ou la forte réduction de l'incidence d'un certain nombre de maladies transmissibles. De plus, en termes de couverture sanitaire, l'offre de soins publics et privés s'est développée de façon remarquable et l'encadrement du système par les différents profils de professionnels de santé s'est progressivement amélioré en quantité et en qualité.

Mais cela reste largement insuffisant eu égard aux maux auxquels les trois systèmes de santé doivent faire face, notamment les difficultés d'accès aux services de soins avec une disparité régionale et des écarts entre milieux urbain et rural. La couverture sanitaire par le secteur public et privé reste lacunaire et trop concentrée sur les zones urbaines et les régions les plus développées, les taux de mortalité infantile et maternelle sont élevés, les ressources financières et humaines insuffisantes, sans compter le problème du statut des hôpitaux publics, de leur organisation et gestion, la mauvaise gestion de l'approvisionnement en médicament...

Selon des organismes internationaux (OMS, PNUD), la résolution de ces dysfonctionnements est tributaire de l'adoption des vertus de la bonne gouvernance (BG).

C'est pour cela qu'on a essayé de traiter, à travers le présent article, la problématique suivante : *en premier lieu*, la gouvernance sanitaire dans les trois pays prend-elle en considération les quatre principes de la bonne gouvernance, à savoir la participation, l'imputabilité, la subsidiarité et la transparence ?

En second lieu, est-ce que ces trois pays, par le biais de cette gouvernance publique, sont capables d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en matière de santé, afin de promouvoir le bien-être physique, moral et social des citoyens ?

À la lumière de ce qui précède, le plan du présent article sera scindé en deux parties, dans lesquelles nous essayerons d'analyser succinctement la gouvernance des trois systèmes nationaux de santé (SNS) en les confrontant aux quatre vertus de la bonne gouvernance (I), et en essayant par la suite de clarifier les OMD ayant un lien avec la santé, en mettant en exergue leur niveau de réalisation dans les trois pays (II).

L'analyse fonctionnelle de l'action sanitaire maghrébine

Tout système de santé est confronté au risque d'échec, ceci peut être dû à plusieurs facteurs, dont le principal est le non recours à la gouvernance dans sa forme participative et transparente.

La notion de BG est abondamment traitée dans la littérature francophone et anglo-saxonne, surtout en ce qui concerne les principes appelés communément subsidiarité,² participation,³ imputabilité⁴ et transparence.⁵

Afin d'évaluer l'adoption de ces principes, nous avons opté pour l'approche systémique, que ce soit dans les fonctions des SNS (B) ou dans leur structure. Cependant, nous avons jugé utile de ne pas accaparer cet article par une analyse structurelle relativement longue et reposant sur l'acception émergente de la notion de gouvernance, selon laquelle elle représente une forme de coordination entre les groupes d'acteurs. Par conséquent, nous nous focalisons sur l'analyse fonctionnelle, tout en commençant par un aperçu sur l'organisation des trois systèmes (A).

L'organisation des SNS au Maghreb central

En analysant l'organisation des SNS des pays du Maghreb central, on note qu'il y a des similitudes entre les trois systèmes, avec quelques différences tant sur le plan du financement des soins médicaux que des modalités de leur production et de leur distribution. Schématiquement, ils se caractérisent par l'interaction entre deux secteurs, à savoir le secteur public et le secteur privé ou libéral. L'organisation de ces systèmes est basée en grande partie sur ces deux secteurs.

Le secteur public est représenté essentiellement par les établissements de santé relevant du ministère de la Santé et les hôpitaux des forces armées ou de sécurité.

Le ministère de la Santé dans les trois pays est composé hiérarchiquement de trois niveaux : les niveaux central, régional et provincial. La région représente l'un des enjeux à partir desquels les autorités sanitaires des trois pays, plus spécifiquement le Maroc, comptent réaliser leurs stratégies globales et leurs plans d'action ainsi que les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé (vision santé 2020).

En bas de l'échelle existe l'échelon provincial, constitué par un réseau hospitalier et un réseau ambulatoire.

De son côté, le secteur privé se compose d'un secteur à but lucratif et d'un autre à but non lucratif. Le premier a vu ses structures pleinement développées ces dernières décennies. Il comporte des hôpitaux et cliniques privées, des cabinets libéraux de soins privés sont implantés dans les zones où le statut socioéconomique est élevé et où réside une clientèle solvable. Ledit secteur délivre, à l'instar du secteur public, des soins de santé de base, des soins hospitaliers et d'autres prestations (officines, laboratoires, imagerie médicale...).

Le secteur privé à but non lucratif obéit aux dispositions législatives et réglementaires qui s'imposent au secteur privé. Il développe des établissements pour soins ambulatoires, mais également hospitaliers. Il est représenté essentiellement par les hôpitaux et établissements de soins des caisses nationales de sécurité sociale, des mutuelles de certaines entreprises publiques et des ligues et fondations (Croissant rouge...).

À noter qu'il existe quelques passerelles entre les différents secteurs, dans la mesure où des textes juridiques⁶ permettent à certains personnels du secteur public d'exercer des vacations au sein du secteur parapublic ou privé et où, d'autre part, des personnels du secteur privé peuvent exercer au sein du secteur public. Cependant, il est constaté que le secteur privé de la santé n'intègre que timidement les différents programmes sanitaires prônés par les départements de santé, en particulier les programmes de lutte et de prévention de certaines maladies⁷ (MS Maroc 2008:35).

D'autre part, la couverture maladie universelle n'a pas la même dimension dans les trois pays. Les systèmes de protection sociale prévoient en règle générale l'accès le plus large possible pour les personnes à très faibles revenus et une prise en charge des couches moyennes et supérieures par le biais de systèmes assurantiels, publics et privés (Chaoui et Legros 2013:5).

Par ailleurs, l'assurance maladie obligatoire n'est pas généralisée pour l'ensemble des populations. À cet égard, certaines catégories de métiers (les médecins privés au Maroc, les artisans, les petits commerçants et agriculteurs...) ne sont que partiellement couvertes, en dehors de tout régime de protection sociale.

Les taux de couverture par l'assurance maladie montrent une certaine divergence entre les trois pays et confirment la nécessité accrue d'avoir des systèmes d'assurance maladie plus équilibrés, efficaces, globaux et généralisés.

Au Maroc, la couverture ne concerne que 31 pour cent de la population.⁸ En Tunisie, la multitude de régimes d'assurance maladie fait que 98 pour cent de la population tunisienne bénéficie d'une couverture maladie. Quant à l'Algérie, l'assurance maladie couvre près de 90 pour cent de la population (assurés et ayants droit).

Au terme de cette description succincte, il faut ajouter que la base de l'organisation structurelle des trois systèmes de santé remonte à la période coloniale. Au fil du temps, ils ont été développés de manière similaire dans le but de répondre au mieux aux besoins des populations, même si les efforts d'investissement ont été différents en fonction des moyens et des orientations politiques de chaque pays (Chaoui et Legros 2012:5). Ces systèmes sont caractérisés par la multiplicité des intervenants aussi bien dans la production de soins que dans l'origine et la gestion du financement.

En outre, on enregistre que le Maroc est le moins développé des trois pays au sein des infrastructures sanitaires.⁹ D'ailleurs, l'Algérie et la Tunisie sont classées dans la catégorie des pays à indicateur de développement humain (IDH) élevé alors que le Maroc reste à un niveau moyen (PNUD 2010).

Pour conclure, les trois systèmes suivent la logique d'un système de santé mixte¹⁰ (ni horizontal ni vertical) puisqu'à chaque étape du processus sanitaire correspondent plusieurs institutions spécialisées, chacune assurant la couverture sanitaire d'une tranche particulière de la population. En effet,

La collecte des fonds est assurée par les ménages, les patrons des employés ou les caisses sociales. L'achat est ensuite assuré par les différentes institutions (pharmacie centrale, ministère de la Santé publique...) ou directement par les ménages. Enfin, au niveau de la phase de prestation, interviennent de nombreux établissements sanitaires publics et privés, ainsi que des professionnels privés. (Bouhdiba 2008:7)

Analyse fonctionnelle¹¹

L'analyse fonctionnelle du SNS a été faite sur la base de l'acception classique de la notion de la gouvernance, selon laquelle elle signifie la conduite, la direction et la maîtrise d'un système d'actions collectives. Dans ce cadre, la gouvernance sanitaire serait une fonction supérieure qui guide et régule l'ensemble des fonctions d'un système de santé vers la réalisation de l'objectif principal de santé qui est l'amélioration de l'état de santé des populations. Selon cette approche, l'analyse de la gouvernance sanitaire consiste à vérifier le respect des principes de bonne gouvernance dans la réalisation des fonctions du système de santé (les fonctions du système de santé sont en général au nombre de quatre : l'identification des besoins et priorités, la production des soins et services, le financement de la santé et l'administration générale).

L'analyse fonctionnelle de la gouvernance est donc une analyse par attribut appliquée aux fonctions du système de santé. Elle questionne le degré de respect de ces quatre attributs dans chacune des fonctions du système. Elle offre ainsi à l'analyse de la gouvernance un domaine d'application opérationnel et dynamique et présente l'avantage de tenir compte du souci de fonctionnalité du système de santé.

Cette analyse doit être faite selon une matrice qui demande une technique spéciale, ce qui nous oblige, pour plus de clarté et de détail, à procéder comme suit.

1re fonction : identification des besoins et priorités

1er attribut : participation

Pour cette fonction, les systèmes nationaux de santé (SNS) des trois pays sont caractérisés par leurs multiples acteurs. Chacun d'entre eux participe à l'identification des besoins. Cependant, en ce qui concerne la participation des patients et des citoyens en général, on trouve qu'elle est encore embryonnaire et informelle.

Au Maroc, le PCD (plan communal de développement) instauré par l'article 36 de la loi 17/08 relative à l'organisation communale¹² représente une occasion privilégiée pour concrétiser cette participation. En effet, tout citoyen ou groupe de citoyens peut demander directement ou bien par son représentant – l'élu communal – la construction d'un centre de santé, le renforcement d'effectif d'un hôpital ou d'un centre de santé, l'achat du matériel technique, d'une ambulance ou autre.¹³

2e attribut : l'imputabilité

L'identification des priorités sanitaires incombe à l'ensemble des acteurs, mais le département de la santé de chacun des trois pays détient la plus grande part de cette responsabilité, ce qui permet de qualifier les SNS comme des systèmes à faible degré de responsabilité.

3e attribut : la subsidiarité

Dans les dernières années, le département de la santé des trois pays s'appuie sur des services déconcentrés pour identifier les problèmes de santé des citoyens ; ceci se fait à travers les rapports, les enquêtes et les investigations menées par les entités les plus proches de la population (directions régionales, délégations aux provinces et préfectures, circonscriptions sanitaires, dispensaires ruraux...). Cependant, la conceptualisation finale des actions prioritaires et des différentes stratégies est souvent centralisée.

4e attribut : la transparence

À ce propos, la fonction d'identification des besoins et priorités se déroule de manière ad hoc, c'est-à-dire loin de la population et parfois même des autres acteurs du SNS. La plupart des programmes de santé sont gérés de manière verticale. Autrement dit, les objectifs opérationnels et spécifiques de presque tous les programmes sanitaires sont façonnés au sein des services centraux pour arriver ensuite au niveau régional, provincial et local afin d'être appliqués.

2e fonction : production des soins et services

1er attribut : participation

L'ensemble des acteurs (publics, privés...) du SNS participe à la production des soins et services avec une différence relative à l'ampleur et à la qualité de cette participation. Globalement, ce sont les départements de la santé qui disposent de plus de 70 pour cent (OMS 2013) de la capacité litrière des pays, faisant pression sur ces ministères dépourvus des moyens financiers et humains suffisants.

Pour la participation de la population, des expériences pilotes, notamment au Maroc, ont été mises en place, surtout en ce qui concerne la santé communautaire,¹⁴ dans certaines provinces la contribution des populations est remarquable en matière de transfert des malades vers les centres de soins, de même que la prise en charge de certains personnels de santé lors de leurs visites aux localités,¹⁵ mais cette participation reste informelle.

2e attribut : l'imputabilité

Elle est également commune entre les intervenants à la santé, mais celui qui produit plus doit être responsabilisé davantage sur ses actes. De ce fait, les départements de la santé sont encore les premiers responsables des prestations de soins au Maghreb central. C'est au moins la conclusion que nous pouvons tirer de la lecture des chiffres et données des monographies nationales,¹⁶ lesquelles montrent que la grande majorité des moyens humains et techniques est concentrée dans le secteur public. Par conséquent, la responsabilité de bonne gestion, d'amélioration continue de la qualité des services, de la disponibilité des moyens humains et financiers pour assurer la continuité et l'adaptabilité du service public de santé est à la charge directe des départements de santé.

3e attribut : la subsidiarité

Malgré les efforts consentis depuis des années, la qualité des soins reste médiocre et ne reflète guère le progrès que connaissent les SNS en matière de moyens techniques et de compétences nationales, d'autant qu'il y a de graves déséquilibres entre les trois pays et au sein du même pays entre le milieu urbain et rural. Ces déséquilibres concernent aussi bien les infrastructures et les équipements que les personnels et les moyens financiers de fonctionnement des structures et des opérateurs publics et privés.

De façon nette en Algérie, et de manière moindre dans les autres pays,

Les équipements hospitaliers, bâtiments et plateaux techniques, et, plus globalement, la répartition de l'offre de santé sur le territoire, est loin d'être optimum, qu'il s'agisse de l'offre généraliste ou spécialisée. Les essais de carte sanitaire n'ont pas abouti et les lits sont souvent concentrés dans des zones difficilement accessibles pour les populations rurales (Chaoui et Legros 2012:27).

En outre, la gestion de la qualité pour les établissements de santé, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, reste un défi majeur. La mise en œuvre de la couverture universelle, avec son souci de régulation et d'amélioration des pratiques professionnelles, vient renforcer ce besoin d'assurance qualité et motiver la priorité qu'il faut lui accorder.¹⁷

À titre d'exemple, la mortalité maternelle est encore élevée à cause non seulement des barrières financières ou géographiques, mais du manque de soins de qualité.

D'un autre côté, on souligne une prestation médiocre, voire nulle à l'égard du propre client des départements de la santé, c'est-à-dire les clients internes ou bien le personnel de santé. À ce propos, à part quelques actions menées par les associations des œuvres sociales, il n'y a jamais eu de programmes sociaux bien structurés au profit de ce personnel.¹⁸

4e attribut : la transparence

En ce qui concerne ce principe de la bonne gouvernance, on remarque que les SNS ne le respectent pas convenablement. En fait, le système des rendez-vous dans les hôpitaux (parfois jusqu'à 3 mois de délai pour consultation de cardiologie ou d'autres spécialités...) est lamentable, ce qui encourage les comportements malsains et provoque le mécontentement des malades et leur désenchantement.

En outre, d'autres dérives sont relevées par rapport aux ressources humaines prestataires des soins et des services de santé :

- l'emploi par le secteur privé des ressources humaines du secteur public hors d'un cadre réglementaire établi : plusieurs évaluations, au Maroc notamment (plan d'action 2008-2012), ont démontré qu'environ 50 pour cent du personnel des cliniques privées proviennent des hôpitaux (qui y travaillent quelquefois en dehors de leur horaire régulier de travail à l'hôpital, pendant les jours de récupération, parfois à plein temps quand la personne travaille la nuit à l'hôpital) ;
- le phénomène d'absentéisme : l'absentéisme est souvent rapporté comme important dans les établissements de soins publics. Cependant, aucune information n'est disponible pour en apprécier l'importance en termes de journées de travail perdues ainsi qu'en termes d'impact sur la productivité des établissements de soins ;
- pratique de la corruption dans les établissements de soins : dans les trois pays, cela constitue un vrai problème de santé publique. Parmi les problèmes socioéconomiques perçus par les ménages marocains comme très importants, le système de santé vient en 5e position avec 88 pour cent après le chômage (98 %), le coût de la vie (92 %), les déchets/propreté/pollution (91 %) et la corruption dans le service public (88 %) (Transparency Maroc 2006).

Des données statistiques et des études effectuées dans les trois pays montrent l'ampleur du problème dans le secteur de la santé.¹⁹

3e fonction : financement de la santé

1er attribut : participation

Pour le financement de la santé, la participation de la population maghrébine est très importante. La part des ménages dans le Maghreb central dépasse de loin les 40 pour cent de la dépense globale de santé, à l'exception de l'Algérie.²⁰

Les comptes nationaux de santé (ministère de la Santé du Maroc 2013:15) montrent que la dépense globale de santé en 2010 a été financée par plus de 53 pour cent comme paiement direct des ménages, tandis que la part de l'État ne dépasse guère les 30 pour cent. La dépense directe des ménages algériens atteignant 30 pour cent de la dépense nationale de santé, l'État assurant alors, dans la première décennie des années 2000, un montant de 40 pour cent et le reste étant à charge des assurances sociales. Pour la Tunisie, en 2004, le budget de l'État couvre 21.8 pour cent des dépenses, l'assurance maladie environ 23.3 pour cent, les ménages près de 53.6 pour cent et la médecine d'entreprise et du travail près de 1.3 pour cent. Sous l'impulsion très forte de la Banque mondiale,

La Tunisie a été amenée à réduire l'intervention de l'État 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 populations (Benmansour 2012:124).

Cela montre que la charge de financement est importante pour certains ménages maghrébins, au détriment du financement solidaire qui doit assurer l'équité et l'égalité d'accès aux soins.

Par ailleurs, en analysant les chiffres (tableau n° 1 ci-dessous), nous décelons que les Marocains sont en bas de l'échelle des pays du Maghreb. Ils ne dépassent que leurs confrères mauritaniens, mais ils sont largement dépassés par les autres, ce qui laisse imaginer les difficultés d'accès aux soins et aux médicaments qu'ils rencontrent. Ces difficultés peuvent obliger des familles à ajourner leurs consultations ou bien à renoncer à carrément aux soins, quel que soit leur degré de vitalité.

Tableau n° 1 : Dépenses totales en santé par habitant (PPA \$)

| Pays | Algérie | Maroc | Tunisie | Mauritanie | Libye |
|-------------------------------|---------|-------|---------|------------|-------|
| Montant en dollars américains | 437 | 251 | 500 | 54 | 502 |

Source : OMS 2011

2e attribut : l'imputabilité

La responsabilité de financement des soins doit incomber à l'État. Il doit faciliter la couverture universelle en supprimant les obstacles financiers à l'accès aux soins et en évitant aux patients d'être confrontés à des difficultés financières et à des dépenses insupportables.

Ceci est encore très loin de se réaliser au Maroc, bien que l'on constate que les tarifs appliqués par le MS sont les plus bas sur « le marché ».

En outre, le département assure les soins gratuitement dans ses établissements de soins de santé de base²¹ pour toute la population et dans les hôpitaux pour les personnes indigentes.²²

Toutefois, après la généralisation du régime RAMED²³ (régime d'assistance maladie aux économiquement démunis) en 2011, la notion d'indigence est en train de disparaître dans les hôpitaux du royaume, toute personne pauvre ou diminuée remplissant les conditions pour avoir une carte RAMED doit suivre la démarche pour en bénéficier. Le cas échéant, l'accès aux soins deviendra plus compliqué qu'auparavant. Cependant, la généralisation du RAMED a fait beaucoup de bruit. Des rapports officiels ont soulevé que le processus de mise en place de ce régime (choix des personnes éligibles) a souffert d'actes frauduleux.

3e attribut : la subsidiarité

Plusieurs rapports montrent que les SNS du Maghreb central sont inefficients dans l'utilisation des ressources disponibles, ils laissent des sommes importantes partir en fumée.

La fraude, la corruption, le surpaiement, la non prescription de génériques sont autant de facteurs de gaspillage. Au Maroc, de 15 à 25 pour cent du gaspillage se fait au sein du personnel de santé et 10 à 20 pour cent du gaspillage sont imputés à la gouvernance (Finances News Hebdo 2011:28).

Le constat accablant pour le Maroc, c'est qu'il y a un « gel » du financement public pendant que l'offre et la demande augmentent sans cesse. Cela constitue la cause principale des pénuries chroniques en produits de soins, des déficits de maintenance et d'entretien ainsi que des longs retards du renouvellement des équipements dont souffre depuis plusieurs années l'ensemble des établissements de soins (ministère de la Santé Maroc 2008-2012:18).

En général, par rapport au financement des trois systèmes, les spécialistes parlent de l'immobilisme marocain, du pragmatisme tunisien et du volontarisme algérien.

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 (Benmansour 2012:141).

4e attribut : la transparence

La lourde charge de dépenses directes de la santé sur la population, notamment en Tunisie et au Maroc, laisse apparaître plusieurs pratiques négatives en relation avec le financement des soins.

Dans un rapport publié en 2006, Transparency International a révélé une autre facette cachée de la corruption, celle qui frappe et se propage comme des mycoses dans le secteur de la santé et de l'industrie pharmaceutique. Quatre personnes sur cinq interrogées par cette ONG déclarent « que la corruption publique dans la santé est anodine et fait partie des mœurs ».

4e fonction : administration générale

1er attribut : participation

Globalement, ce sont les MS qui ont la plus grande partie de la responsabilité en cette fonction. Elles coiffent tout ce qui concerne la santé humaine au Maghreb central dans sa composante civile. Néanmoins, des partenariats et des actions de coopération, que ce soit avec les acteurs privés ou les acteurs supranationaux en l'occurrence, les organismes intergouvernementaux (ONU, OMS) et la coopération internationale (USAID, AFD, AECID), ont également un certain rôle par rapport à cette fonction.

En revanche, la présence de la population, c'est-à-dire des représentants des patients, des citoyens ou d'autres acteurs de la société civile (association, ONG) dans les différents comités de gestion au sein des hôpitaux publics, demeure très faible ou à son début.²⁴

2e attribut : l'imputabilité

La multiplicité des intervenants dans la gouvernance du réseau sanitaire aux trois pays engendre une faible imputabilité des principaux acteurs.

3e attribut : la subsidiarité

Les efforts déployés en matière de l'instauration de la régionalisation au Maroc et en Algérie ont tellement influencé cette fonction, dans une perspective d'assurer plus de proximité pour la population et une moindre difficulté pour la prise de décision par les responsables locaux.²⁵

4e attribut : la transparence

Plusieurs instruments réglementaires insistent sur l'application de toutes les mesures d'ouverture et de transparence en ce qui concerne l'administration générale. Au sujet des marchés publics, par exemple, l'appel d'offres et la séance

d'ouverture des plis et les autres étapes relatives à cette opération technique doivent se dérouler avec clarté et en même temps assurer le droit d'accès à l'information avec le même degré d'égalité pour tous.

À titre d'exemple, le ministère de la Santé marocain a essayé de vulgariser la culture de lutte contre la corruption à travers un numéro vert²⁶ affiché dans tous les établissements de soins publics afin de contribuer à la réduction de ce fléau.

En outre, malgré le développement considérable de l'utilisation des NTIC (nouvelles technologies de l'information et de la communication) à tous les niveaux, il n'y a pas une optimisation de cette technologie. Celle-ci permet de fournir à la population les informations dont elle a besoin pour bénéficier du système de soins. En second lieu, elle permet d'intégrer et de consulter cette même population avant la prise de décision, qu'il s'agisse de la répartition sur les territoires des équipements, des établissements ou des services. L'absence de consultation concerne autant la population générale que les professionnels et leurs différents groupements (syndicats, associations).

Dans la seconde partie, nous essayons de voir si cette gouvernance sanitaire contribue ou au contraire freine la réalisation des OMD relatifs à la santé.

Les OMD relatifs à la santé : l'engagement du Maghreb

D'une part, le changement accru que connaît la politique maghrébine de santé, sous l'effet de la mondialisation et des exigences de modernisation d'un tel secteur public, a permis de passer d'une gouvernance sanitaire trop centralisatrice, peu adaptable aux changements socioéconomiques, à une santé publique aujourd'hui développée par les nouvelles formes contractuelles ou partenariales d'action collective.

D'autre part, la relation de cause à effet bilatérale entre le développement économique et la santé est bien démontrée et la place de la santé dans un modèle pluridimensionnel de développement humain durable est un message clé de la Déclaration du sommet du Millénaire à New York. En effet, ce sommet réuni par l'Organisation des Nations Unies en septembre 2000 reconnaissait explicitement le lien direct entre la pauvreté et l'état de santé.

De ce fait, pour avoir un réel impact sur la qualité de vie des populations et des résultats meilleurs dans le domaine de la santé, il faut agir sur tous les déterminants de la santé et renforcer la capacité des individus et des communautés à interagir avec l'ensemble des acteurs voués à contribuer à l'amélioration de leur qualité de vie.

À l'approche de l'échéance de 2015, des signes de progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) apparaissaient dans de nombreux pays (pays émergents, quelques pays d'Amérique latine, pays du nord de l'Afrique et du sud de l'Afrique).

Dans d'autres (les pays d'Afrique subsaharienne et les zones de tensions en Asie, au Moyen-Orient...), ces progrès sont limités

En raison de conflits, d'une mauvaise gouvernance, de crises économiques ou humanitaires ou du manque de ressources. Les effets des crises alimentaire, énergétique, financière et économique mondiales sur la santé n'ont pas fini de se déployer et des mesures sont nécessaires pour protéger les dépenses en faveur de la santé des gouvernements et des donateurs (OMS 2010a:12).

La réalisation des huit objectifs du Millénaire pour le développement est mesurée au moyen de 18 cibles et de 48 indicateurs. Trois des huit objectifs et six des 18 cibles ont trait directement à la santé (OMS 2005:1)

Ces trois objectifs sont :

- Objectif 4 : réduire la mortalité infantile (A) ;
- Objectif 5 : améliorer la mortalité maternelle (B) ;
- Objectif 6 : combattre le SIDA, le paludisme et d'autres maladies (C).

Dans ce qui suit, on essaiera d'évaluer les progrès réalisés par le Maroc, la Tunisie et l'Algérie, tout en mettant en évidence quelques chiffres spécifiques aux trois objectifs.

A/Réduire la mortalité infantile

Cet objectif (n° 4 des OMD) consistait à :

- réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

À l'échelle de la planète, la mortalité infanto-juvénile continue de baisser. Les tendances encourageantes observées récemment indiquent aussi une accélération de cette baisse dans l'ensemble des régions depuis 2000 (OMS 2010:12).

Malgré ces tendances encourageantes, les moyennes régionales et nationales masquent des inégalités considérables. C'est parmi les ménages les plus aisés et dans les zones urbaines qu'ont été enregistrées les plus fortes réductions de la mortalité infantile.

En général, selon les statistiques de l'OMS (2013:57-58), le taux de mortalité des moins de 5 ans pour le Maroc est de 33 pour 1000 naissances vivantes, la Tunisie 16 et l'Algérie 30. Par rapport à cela, la Tunisie a atteint la cible, tandis que les deux autres sont en bonne voie et sont très proches de l'objectif (Nations Unies 2014:64). Mais cela montre également que le Maroc et l'Algérie souffrent encore de ce problème, malgré une faible diminution par rapport aux années précédentes. Au Maroc, la mortalité infantile a été de 40 pour mille en 1996 ; ainsi, le département de la santé a fixé comme objectif pour 2016 un taux de 16 pour mille (Plan d'action 2012-2016:4).

Chiffre qui sera difficile à atteindre, si des conditions spécifiques ne sont pas mises en œuvre dans le peu de temps qui reste.

Dans ce sens, le département de santé marocain (MS) a instauré dans sa stratégie sectorielle 2012-2016 un plan national spécifique intitulé « le plan national pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, fin du compte à rebours 2015 ». À travers les axes de ce plan spécifique, le MS envisage de mettre en place plusieurs actions en faveur de la santé infantile.

En somme, on peut dire que la plupart de ces mesures sont aujourd'hui une réalité, en plus des efforts qui ont été déployés en matière de tableau de vaccination, lequel a vu son calendrier révisé à la hausse avec plus de 11 vaccins.

En dépit de tout ce qui précède, la mortalité infanto-juvénile au Maroc et en Algérie recule très lentement.²⁷

B/Réduire la mortalité maternelle

Les cibles de cet objectif (n° 5 des OMD) sont :

- réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle ;
- rendre l'accès à la médecine procréative universel.

Plusieurs experts en développement pensent que l'objectif de santé maternelle est celui qui a le moins de chances d'être atteint d'ici 2015 (FMI 2010:3).

C'est dans la région africaine de l'OMS que le risque de décès est le plus élevé, avec 900 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, contre 27 décès pour 100 000 naissances vivantes dans la région européenne de l'OMS.

Pour la région EMRO, à laquelle le trio appartient, on note des progrès notables, mais plusieurs pays sont encore très loin de relever le défi.

Selon les mêmes statistiques de l'OMS (2013), le Maroc enregistre 100 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (Tunisie 56 et l'Algérie 97 pour 100 000). Cependant, en faisant la lecture de plusieurs rapports, nationaux et internationaux, sur l'état d'avancement de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans les trois pays, nous avons enregistré que ce taux a connu, effectivement, une réduction de 60 pour cent par rapport à 1990.

Ces données ont fait dire à plusieurs personnes que le Maghreb central fait partie de ceux qui sont sur le chemin de la réalisation de l'objectif 5 du Millénaire.

Néanmoins, pour le cas du royaume, d'énormes obstacles sont à dépasser avant d'arriver au chiffre de 50 décès pour 100 000 naissances vivantes prôné par le plan national pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale...

Au Maroc, bien que la lutte contre la mortalité maternelle remonte aux années soixante-dix, ce n'est qu'à partir des années quatre-vingt-dix que les responsables se sont réellement préoccupés de la réduction de la mortalité maternelle. Mais ce n'est qu'en 2008 que l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle est devenue une priorité de premier rang dans le discours politique, notamment avec la mise en œuvre dudit plan d'action.

Pour la deuxième cible relative à l'accès à la médecine procréative, on annonce que les naissances assistées par des professionnels de santé qualifiés, c'est-à-dire des accouchements dans un milieu surveillé, ont dépassé les 73 pour cent au Maroc en 2010, ce qui reste un taux relativement faible par rapport à l'Algérie et à la Tunisie qui enregistrent plus de 94 pour cent (Nations Unies 2014:72).

Bien évidemment, certains déterminants influencent cette mortalité maternelle, dont, spécifiquement, le niveau de fécondité et celui de l'alphabétisation des femmes maghrébines.²⁸

Ces déterminants s'ajoutent à d'autres facteurs influençant l'amélioration de la mortalité maternelle. Et si l'Algérie et la Tunisie sont au seuil de l'universalité de la médecine procréative, au Maroc, pour y arriver, les autorités sanitaires sont dans l'obligation de collaborer étroitement avec tous les départements concernés dans une synergie intersectorielle active et efficace.

C/Combattre le SIDA, le paludisme et d'autres maladies :

Cet objectif (n° 6 des OMD) comprenait plusieurs aspects, jusqu'à 2015 :

- avoir enrayé la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle ;
- assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida ;
- avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves et commencer à inverser la tendance actuelle.

Selon des données épidémiologiques, la propagation du VIH dans le monde semble avoir atteint un plateau en 1996, avec 3,5 millions de nouvelles infections. En 2008, ce chiffre n'était plus que de 2,7 millions environ. La mortalité liée au sida a atteint un pic en 2004 avec 2,2 millions de décès. En 2008, ce nombre était retombé à 2 millions, bien que le VIH reste l'agent infectieux le plus léthal au monde (ONU 2010:42). L'Afrique, malgré des conditions initiales désavantageuses, a pu réaliser de remarquables progrès depuis 1990. La conjoncture montre que le continent supporte toujours le fardeau le plus lourd de la planète en termes de cas de VIH et de paludisme, et enregistre plus de la moitié des taux mondiaux d'incidence, de prévalence et de mortalité dus à ces maladies (Nations Unies 2014:77).

Pour le Maghreb central, les chiffres se croisent, certains parlent d'un tournant de l'épidémie au Maroc (Michelon 2005:30). Mais en gros, en Afrique du Nord, marginalement frappée par la pandémie, l'incidence et la prévalence²⁹ sont demeurées toutes deux inchangées entre 1990 et 2012, se situant à 0,01 et 0,1 pour cent, respectivement.

Cependant, selon les statistiques de l'OMS (2013) et des Nations Unies (2014), on enregistre les données suivantes, relatives aux progressions dans la prévention du VIH au Maghreb central :

- prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans = 0.1 pour cent ;
- pourcentage des femmes entre 15 et 24 ans ayant une connaissance générale et correcte du VIH/sida = 12 pour cent pour le Maroc tandis que pour les deux autres pays, les données sont indisponibles (le Maroc est classé 2e par l'OMS dans la région EMRO) ;
- couverture par le traitement antirétroviral chez les personnes à un stade avancé de l'infection à VIH = entre 29 et 31 pour cent (le Maroc est à la tête de la liste des pays de la région EMRO). Malgré ces progrès, certaines limites de taille persistent, à titre d'illustration :
- la déclaration de la maladie n'est obligatoire que pour les cas de sida déclaré, ce qui exclut une évaluation précise du nombre de personnes séropositives ;
- les médecins du secteur privé sont mal informés autour du SIDA, provoquant ainsi une prise en charge incorrecte des malades qui sont traités pour des infections mineures ou des infections opportunistes ;
- les patients séropositifs bénéficient d'une prise en charge inégale selon la région où ils habitent.

Les données sur la problématique de VIH montrent que le Maroc est cette fois-ci le plus performant parmi les trois, que ce soit en matière de dépistage, de traitement ou de sensibilisation.

En outre, pour la seconde cible de cet objectif, le paludisme, le Maroc a pu éliminer cette maladie après plusieurs années de lutte acharnée.³⁰ La Tunisie a précédé le Maroc en éliminant la transmission du paludisme autochtone depuis quelques années, mais c'est l'Algérie qui est encore en difficulté : elle enregistre une montée de l'incidence du paludisme, qui est passée de 35 à 59 cas pour 100 000 personnes entre 2000 et 2012 (Nation Unies 2014:79).

On peut donc dire que le Maroc et la Tunisie ont pu relever le défi, bien que la méfiance soit toujours essentielle pour éviter la réintroduction de cette maladie.³¹

Pour la catégorie des autres maladies, on peut citer la tuberculose, en raison de sa forte incidence, de sa gravité potentielle et de son coût socioéconomique, cette maladie constitue un sérieux problème de santé publique pour les trois pays. Elle affecte aussi bien les femmes que les hommes, tous les groupes d'âge sont concernés et plus particulièrement les adultes jeunes entre 15 et 45 ans,³² correspondant à la tranche d'âge la plus productive de la population, d'où le risque de pertes de potentialités sur le plan économique et social.

Face à l'absence de données sur l'Algérie, on peut dire que la lutte contre la tuberculose constitue une grande priorité pour les ministères de la Santé marocain et tunisien. C'est ainsi que le Maroc a procédé en 1991 à la restructuration du Programme national de lutte antituberculeuse (PNLAT) en mettant en œuvre la stratégie de lutte contre la tuberculose de l'OMS, universellement connue sous le nom « DOTS » (*Directly Observed Treatment Short-Course*), basée sur un traitement de courte durée sous supervision directe.

De ce fait, la tuberculose est un problème de santé publique au Maghreb central (moins sévère en Tunisie), entre 26 000 à 27 000 nouveaux cas de tuberculose de toute forme sont dépistés annuellement depuis quelques années (OMS 2013:74-75).

Au Maroc, plus de 70 pour cent des cas sont identifiés dans les régions les plus urbanisées et les plus peuplées du pays (MS Maroc 2011b:14).

Au terme de cette évaluation, on peut conclure que malgré la gouvernance lacunaire des systèmes de santé des trois pays et les multiples zones d'ombre qui persistent, des résultats probants ont été atteints dans les trois OMD relatifs à la santé.³³

Néanmoins malgré ces avancées, des difficultés subsistent toujours, notamment au sein des OMD 4 et 5. Le malheur est que ces trois pays ne reconnaissent pas cette réalité avec la même lucidité.

Pour terminer cet article, nous avons essayé de récapituler les données sur un seul tableau (le n° 2).

Tableau n° 2 : Les progrès des pays du Maghreb central en matière d'OMD n°s 4, 5 et 6

| OMD | La cible | Pays | Année de référence 1990 | Les données de 2013-2014 |
|---------------------------------------|---|---------|-------------------------|----------------------------------|
| N° 4 : réduire la mortalité infantile | Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans | Maroc | 95/1 000 | 33 pour 1000 naissances vivantes |
| | | Algérie | 80/1 000 | 30/1 000 |
| | | Tunisie | 60/1 000 | 16/1 000 |

| | | | | |
|--|--|---------|--------------------------------------|--|
| N° 5 : réduire la mortalité maternelle | Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle | Maroc | 300/100 000 | 100 pour 100 000 Naissances vivantes |
| | | Algérie | 220/100 000 | 97/100 000 |
| | | Tunisie | 130/100 000 | 56/100 000 |
| | Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015. (ex. : naissances assistées) | Maroc | 50 % | 74 % |
| | | Algérie | --- | 95 % |
| | | Tunisie | --- | 95 % |
| N° 6 : combattre le SIDA, le paludisme et d'autres maladies | D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle | Maroc | 70 cas | 3 126 cas |
| | | Algérie | 100 cas | 9 103 cas |
| | | Tunisie | --- | Épidémie concentrée chez les groupes de populations à haut risque |
| | D'ici 2015, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida | Maroc | --- | 31 % |
| | | Algérie | --- | 60 % (mini. de Santé Algérie 2014) |
| | | Tunisie | --- | 29 % |
| | D'ici 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves et commencer à inverser la tendance actuelle | Maroc | Paludisme autochtone : 100 cas | Élimination du paludisme autochtone et maîtrise de l'incidence de la tuberculose |
| | | Algérie | Paludisme autochtone : 12 cas (1992) | Montée de l'incidence du paludisme |
| | | Tunisie | --- | Élimination du paludisme autochtone et une bonne maîtrise de l'incidence de la tuberculose |

Source : L'auteur, sur la base des statistiques de l'OMS, de l'ONU, des articles scientifiques, et des départements de santé du Maroc, de l'Algérie et de la Tunisie.

Conclusion

En guise de conclusion de cette brève analyse, on peut dire que la gouvernance sanitaire maghrébine est encore entachée par des zones grises, pour lesquelles des interventions d'urgence sont nécessaires.

En effet, malgré les incessants progrès des systèmes de santé au Maghreb central, certains indicateurs dissimulent un fort déséquilibre. Une discrimination basée sur le genre, le niveau socioéconomique et le milieu de résidence (les zones rurales) persiste dans l'organisation des systèmes de soins des trois pays, avec plus d'acuité au Maroc. Une vision holistique (Dujardin 2004) de la gouvernance des systèmes de santé s'avère pertinente, celle-ci ne doit pas ignorer le lien étroit des questions de santé à l'ensemble des politiques publiques (éducation, nutrition, habitat, environnement).

Les autres défis d'une telle gouvernance sont la mise en place de mécanismes de financement plus équitables et surtout solidaires, l'augmentation du *numerus clausus* ainsi que le renforcement de la formation des prestataires avec le développement de leurs sources de motivation. Mais en outre, une étroite collaboration entre les trois pays et avec les autres pays du grand Maghreb pourrait mettre fin aux conséquences lourdes du « non Maghreb » dont souffrent les générations jeunes depuis des années.

Pour conclure, la démocratie sanitaire, la responsabilité accrue de tous les acteurs, la culture de réédition des comptes et d'évaluation des politiques publiques, la transparence et la communication sont les conditions *sine qua non* pour garantir la réussite de n'importe quelle stratégie sanitaire cherchant réellement l'épanouissement de la santé et le développement humain.

Notes

1. Le choix de ces trois pays est d'ordre technique, dans la mesure où nous avons pu avoir de la documentation auprès des personnes-ressources dans les trois pays, et vu également que les trois pays adoptent la même logique du SNS, à savoir un système mixte et se penchent vers un système vertical.
2. C'est le principe qui repose sur un rationnel d'efficacité selon lequel l'efficacité d'une décision est déterminée par sa proximité de l'action. La subsidiarité traduit un souci de décentralisation et la nécessité de confier le soin de la régulation, dans un secteur donné d'activité, aux entités les plus proches possible de l'acteur (Lemieux 2001:198).
3. Elle repose sur deux rationnels essentiels, la démocratisation et l'efficacité de l'action publique. Elle peut se traduire à travers la représentation des citoyens dans les organes de gestion des établissements de santé ou le renforcement des compétences de la société civile dans la promotion de la santé.
4. C'est le corollaire de la responsabilité. Elle désigne l'aptitude à rendre compte de ses actes au public ainsi qu'aux parties prenantes institutionnelles. Selon ce principe, la primauté est accordée à la performance (El Marroufi 2006:28).
5. Ce principe vise l'instauration d'un climat de confiance entre les différents groupes d'acteurs. Il se réalise par la communication des actions et des décisions, ainsi que par l'utilisation d'un langage accessible et compréhensible par le grand

- public. La transparence est synonyme également de lutte contre la corruption, l'éthique, le respect des règles de droits et de garantie de l'égalité d'accès au service public.
6. Il s'agit de : la loi algérienne n° 85 05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, et de la loi marocaine : le Dahir n° 1.96 123 du 21 août 1996 promulguant la loi n° 10.94 relative à l'exercice de médecine article 56, qui autorise les enseignants-chercheurs : médecins, chirurgiens, biologistes, pharmaciens et chirurgiens-dentistes des hôpitaux à exercer la médecine de manière libérale dans des cliniques dénommées « cliniques universitaires ». Pratique connue comme « le temps plein aménagé » (TPA).
 7. À titre d'exemple, la participation du secteur privé est insignifiante en matière de dépistage du VIH/IST ou autres maladies transmissibles telles que le paludisme ou la leishmaniose. De plus, le service privé ne notifie même pas les cas de maladies aux autorités publiques compétentes afin d'éviter tout un éventuel risque de nature épidémique et/ou pour prendre les mesures qui s'imposent.
 8. Ce taux est révisé à la hausse après la généralisation du RAMED (régime d'aide médical pour les économiquement démunis) en 2011 et l'entrée en vigueur de l'assurance maladie obligatoire pour les étudiants.
 9. À titre d'exemple, le royaume ne dispose que de 5 CHU au moment où l'Algérie en a 13 et la Tunisie 22.
 10. Il existe quatre modèles principaux de système sanitaire, qui varient selon leur degré d'intégration horizontale et verticale. Il s'agit des modèles à intégration complète, verticale (différents organismes, chacun assurant les trois phases du processus, gèrent les soins de chaque sous-population), horizontale (à chaque fonction correspond une seule institution qui gère les soins de l'ensemble de la population), ou à système mixte.
 11. Cette analyse et les données qui y sont contenues sont basées en premier lieu sur l'observation : en tant que professionnel de santé passé par différentes structures sanitaires des différents échelons (centre de santé, hôpital provincial et actuellement au sein d'un district) et occupant différents postes (cadre hygiéniste, responsable des programmes sanitaires – santé environnement et lutte contre les maladies parasitaires –, administrateur d'un service et auditeur sanitaire actuellement), il m'a été possible de constater et de toucher de près plusieurs des conclusions et des jugements émis à l'encontre du système de santé au Maroc. En second lieu, la littérature consacrée à l'étude des SNS de la Tunisie et d'Algérie nous a permis d'avoir des réponses sur les dédales de la gouvernance sanitaire dans les deux pays. Sans omettre de signaler que l'observation et la revue de la littérature ont été appuyées par des entrevues (non structurées) que nous avons effectuées avec plusieurs professionnels de santé originaires des trois pays.
 12. Cette loi a été abrogée par une autre (la loi organique n° 113-14) publiée en juillet 2015.
 13. Ceci peut être renforcé avec la constitution actuelle (de juillet 2011), laquelle stipule que les citoyennes et les citoyens ont le droit de procéder à des motions en matière législative (art. 14), ainsi que le droit de présenter des pétitions aux pouvoirs publics, conformément à des normes fixées par une loi organique (art. 15).

14. Dans ce sens, certaines expériences de santé à base communautaire ont été développées au Maroc et aux autres pays du Maghreb central, on cite notamment : a/la personne relais communautaire (PRC) est une personne volontaire choisie par la population d'une localité enclavée et qui vit au sein de la communauté. Le PRC a pour mission, entre autres : la sensibilisation et l'éducation de la population de sa localité sur les thèmes relatifs à la santé, référence des malades aux structures sanitaires... b/l'éducation parentale, une approche, jugée très utile pour la survie et le développement de la petite enfance, qui vise le renforcement des connaissances et des attitudes des parents en vue d'adopter des comportements positifs dans le domaine des soins et de l'alimentation pour la survie, la croissance et le développement de leurs enfants...
15. Dans certaines provinces du royaume (notamment au nord : province de Chefchaouen), le ministère, à travers ces délégations et en partenariat avec les communes rurales et les associations de société civile, a recruté et formé des bénévoles parmi les habitants de certaines localités. Ces personnes nommées agents de développement local « ADL » ayant comme mission principale de faire le relais entre la population et les centres de santé (en matière de la santé maternelle surtout).
16. Nous avons également consulté l'annuaire des statistiques sanitaires mondiales publié par l'OMS (des années 2012, 2013 et 2014).
17. Des enquêtes auprès des patients tunisiens ont été menées afin d'évaluer leur perception de la qualité de service hospitalier et leur satisfaction. Les résultats ont permis de dégager les principales dimensions de la qualité qui sont : la fiabilité, la disponibilité, l'attention et la tangibilité (Fakhfakh 2007:157).
18. Pour le Maroc, la mise en marche de la fondation Hassan II des œuvres sociales pour le personnel de santé a été lancée depuis peu (en 2014), mais le commencement des activités est encore tumultueux.
19. Les rapports de l'ONG Transparency International publiés chaque année (celui du 2013 par exemple) montrent que le secteur de santé dans les trois pays occupe la tête de liste des secteurs les plus corrompus selon un indice qu'elle utilise, appelé l'indice de perception de la corruption (IPC). L'enquête effectuée en 2010 par cette organisation indique que 40 à 50 pour cent des personnes interrogées au Maroc et en Algérie affirment avoir rémunéré de façon extralégale des services de santé. Ce taux est moins élevé en Tunisie où il se situe entre 15 et 20 pour cent.
20. En signalant que pour l'Algérie, les comptes nationaux de santé sont indisponibles.
21. À savoir les consultations médicales si on dispose de médecins généralistes, la vaccination, les soins de premiers secours, les actions d'hygiène du milieu, IEC...
22. C'est une pratique anciennement mise en œuvre par les autorités publiques (ministères de l'Intérieur et de la Santé). Elle permet aux personnes dépourvues de moyens financiers d'accéder gratuitement aux différents services hospitaliers sur présentation d'un papier officiel prouvant leur précarité.
23. Le règlement intérieur des hôpitaux marocains, publié au bulletin officiel n° 5926 du 17 mars 2011, ne fait aucun état de la possibilité de représenter les

- usagers de l'hôpital au sein des différents comités de gestion organisés par ledit règlement. Pire encore, même les syndicats, pourtant partenaires indispensables, ne peuvent siéger dans ces comités.
24. Le ministère de la Santé marocain a entamé en 2005 une stratégie de contractualisation avec les régions et les centres hospitaliers SEGMA. Cette démarche est instaurée dans l'objectif d'obtenir une administration sanitaire qui ne cherche plus à imposer ses choix du haut en bas de la pyramide des services, mais qui adopte une démarche participative de bas en haut avec pour souci de garantir l'efficacité et de promouvoir la culture de la responsabilité et de l'obligation de rendre compte.
 25. Cependant, en ce qui concerne le royaume, en matière juridique on retiendra la vétusté de textes régissant le domaine de la santé, de même que l'incapacité de faire légiférer des règlements qui s'avéraient très nécessaires pour le bon fonctionnement du SNS. À titre d'exemple, le statut des infirmiers (pour chaque catégorie) n'a pas encore vu le jour.
 26. Nous constatons qu'après le départ de Mme la ministre de la Santé en 2012, qui a instauré le numéro vert, ce dernier a été abandonné et au même temps remplacé par d'autres actions anti-corruption qui restent pour le moment insignifiantes (Dehbi 2015:5).
 27. Selon un article récent paru dans *The Lancet*, seuls 27 pour cent des pays en développement peuvent s'attendre à réaliser l'objectif 4 des OMD.
 28. Le taux moyen d'alphabétisation au Maroc cache des disparités entre sexes, groupes d'âge et milieu de résidence. Selon le sexe, les femmes restent peu alphabétisées, comparées aux hommes, le taux d'alphabétisation passe de 42,6 pour cent chez les femmes à 68,4 pour cent chez les hommes en 2007.
 29. L'incidence est le nombre de nouveaux cas pendant une période donnée par rapport au nombre de personnes à risque. Habituellement, la période en cause est d'une année, auquel cas on parle d'incidence annuelle, tandis que la prévalence est le nombre de personnes atteintes de la maladie à un moment donné par rapport au nombre de personnes à risque.
 30. Ceci a été confirmé par une lettre envoyée le 12 mai 2010 par Margaret Chan, directrice générale de l'OMS, à Mme la ministre de la Santé. La lettre était l'aboutissement d'un processus d'élimination du paludisme autochtone marqué par des inspections et une panoplie des documents à préparer.
 31. Les deux pays ont pu obtenir de la part de l'OMS le certificat d'élimination du paludisme autochtone. Cette entreprise n'était pas un exercice facile, car il fallait passer par un labyrinthe complexe pour mériter cette consécration.
 32. Cette tranche d'âge représente plus de 63 pour cent de la population générale des trois pays (Nations Unies).
 33. Il est possible de rester sceptique face à cette conclusion. En réalité, si les SNS ne sont pas à la hauteur de toutes les vertus de la BG, ils ont en revanche enregistré des avancées remarquables concernant les OMD relatifs à la santé. Les documents et rapports qu'on a consultés (OMS, PNUD, BAD, NU, BM) sont unanimes sur la possibilité de satisfaire ces objectifs.

Références

- Benmansour, S., 2012, *Financements des systèmes de santé dans le pays des Maghreb, cas Algérie, Maroc, Tunisie*, mémoire présenté pour l'obtention d'un magister en sciences économiques, faculté d'économie de Tizi Ouzou.
- Bouhdiba, S., 2008, *Les systèmes de santé et le VIH au Maghreb*, Dakar, CODESRIA.
- Chaoui, F. & M. Legros, 2013, *Le Maghreb face aux nouveaux enjeux mondiaux, Les systèmes de santé en Algérie, au Maroc et en Tunisie. Des transitions inachevées*, Ifri.
- Chaoui, F. & M. Legros, 2012, *Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie. Défis nationaux et enjeux partagés. Les pays du Maghreb, des États en transition sanitaire*, Les notes IPAMED études et analyses.
- Dehbi, B., 2015, *L'épineuse problématique des paiements informels dans le secteur de santé au Maroc : essais d'une démarche de prévention basée sur la motivation des prestataires à la province de Chefchaouen « Maroc »*, Protocole de recherche présenté, sous la direction du Pr Werner Soors, pour l'obtention d'un certificat d'université en gestion des politiques et systèmes de santé, école de santé publique, ULB, Bruxelles.
- Commission de l'Union africaine, 2013, *Commission économique pour l'Afrique de l'ONU, PNUD, BAD, 2013. Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement*.
- Dujardin, B., 2004, *Politiques de santé et attentes des patients, vers un nouveau dialogue*, Paris, Karthala.
- El Marroufi, Y., 2006, *La place de la gouvernance sanitaire dans le nouveau rôle de l'État au Maroc*, mémoire pour l'obtention du DESA en management stratégique des organisations, faculté de droit, Souissi, Rabat.
- Finances news hebdo, 2011, « Couverture universelle de santé, le Maroc loin du compte ? »
- FMI, 2010, « Retrouver l'espoir relancer les objectifs du Millénaire pour le développement », *Finances et développement*, volume 47, n° 3, Washington. 57 p.
- Fakhfakh, D. D., 2007, « Déterminants de la qualité dans les services de santé : le cas de l'hôpital tunisien », *Management et sciences sociales n° 3*, Paris, l'Harmattan, p. 157-176.
- Hinti, S., 2005, *Gouvernance économique et développement des territoires au Maroc*, El Maarif Al Jadida, Rabat.
- Lemieux, V., 2001, *Décentralisation, politiques et relation de pouvoir*, Presses de l'Université de Montréal.
- Ministère de la Santé Maroc, 2013, *Les Comptes nationaux de santé de 2010*, Rabat.
- Ministère de la Santé Maroc, 2012a, *Stratégie sectorielle 2012-2016*, Rabat.
- Ministère de la Santé Maroc, 2012b, *Le plan national pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, fin du Compte à rebours 2015*, Rabat.
- Ministère de la Santé Maroc, 2011a, *Réduire la mortalité maternelle au Maroc, partager l'expérience et soutenir les progrès*, Rabat.
- Ministère de la Santé Maroc, 2011b, *Guide de la lutte antituberculeuse à l'usage des professionnels de la santé*, Rabat.
- Ministère de la Santé Maroc, 2008, *Plan d'action du ministère de la Santé 2008-2012 : réconcilier le citoyen avec son système de santé*, Rabat.

- Michelon, V., 2005, « Le Maroc, un avant-poste de la prévention », *Journal du SIDA* n° 180, p. 30-31.
- Nations Unies, 2014, *Rapport OMD 2014, Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement. Analyse de la position commune africaine sur le programme de développement pour l'après-2015*, Addis-Abeba.
- OMS, 2013, *Statistiques sanitaires mondiales 2013*, Genève.
- OMS, 2010a, *Statistiques sanitaires mondiales 2010*, Genève.
- OMS, 2010b, *Pour réaliser les OMD liés à la santé, le personnel est essentiel*, Genève.
- OMS, 2005, *L'OMS et les objectifs du millénaire pour le développement, aide-mémoire n° 290*, Genève.
- ONU, 2010, *Objectifs du millénaire pour le développement*, New York.
- PNUD, 2010, *La vraie richesse des nations : les chemins du développement humain*, New York.
- République tunisienne, 2014, *Les objectifs du Millénaire pour le développement, rapport national pour le suivi 2013*, Tunis.
- Rejeb, H., 2012, « Monographie nationale de la Tunisie. Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie. Défis nationaux et enjeux partagés. Les pays du Maghreb, des États en transition sanitaire », *Les notes IPAMED études et analyses*, p. 101-116.
- Transparency Maroc, 2006, *Enquête nationale sur l'intégrité*, Casablanca.
- Vincent, L., 2001, *Décentralisation, politiques et relation de pouvoir*, Presses de l'Université de Montréal.
- WHO, 2015, *World health statistics 2015, Part I Health-related Millennium Development Goals*, Geneva.

