

Espace Euro-Maghrébin: Intégration régionale et santé des enfants

Résumé

Les pays de la Méditerranée Occidentale forment une région économique bien particulière en raison des liens qui existent déjà depuis longtemps entre les deux rives. Une politique de développement doit forcément s'inscrire dans cette perspective régionale dans le but de renforcer ces liens.

L'intégration économique de la Méditerranée Occidentale ne sera couronnée de succès que si elle est accompagnée d'une véritable politique sociale. L'un des édifices sociaux qui nous préoccupe étant la santé et nous nous intéressons particulièrement à la santé des enfants. L'objet de notre papier est de :

1°- Comparer le niveau de prise en charge de la santé des enfants au Nord et au Sud.

2°- Tenter d'évaluer la position de l'Algérie par rapport au pays du Sud, concernant les progrès accomplis dans le domaine de la santé.

3°- Examiner les perspectives d'une politique commune et intégrée du social, particulièrement en matière de santé et notamment de santé des enfants.

N. KAÏD-TLILANE

Département des Sciences

Economiques

Université A. Mira

Béjaïa, Algérie

I- La dimension sociale de la Méditerranée occidentale

D'autres préoccupations peuvent donner à cette région une seconde dimension.

- D'abord, la lutte contre le chômage dont le seuil devient insupportable dans les pays du sud de la Méditerranée. La réalisation d'un marché intérieur permettra un important potentiel de création d'emplois.

- Ensuite, assurer la cohésion économique et sociale de la région, car ceci ne va pas sans apporter une aide aux pays du sud qui leur permettra d'augmenter leur revenu moyen.

Ainsi, l'intégration économique de la Méditerranée occidentale ne sera couronnée de succès que si elle est accompagnée d'une véritable politique sociale. La dimension sociale est désormais le complément de l'intégration économique de la région. Il ne peut y avoir de

ملخص

تشكل بلدان البحر الأبيض المتوسط الغربية منطقة إقتصادية مميزة وهذا بسبب العلاقات الموجودة منذ زمن ما بين الضفتين. ولهذا يجب قيام سياسة تنموية في هذه المنطقة من أجل تقوية العلاقات.

والإندماج الإقتصادي للبلدان الغربية لحوض البحر الأبيض المتوسط لن يعرف النجاح والتفوق إلا إذا اتبعتها سياسة إجتماعية فعلية. ومن بين البنائيات الإجتماعية التي تشغل ذهننا هي الصحة. ونهتم بالخصوص بصحة الطفل. وموضوع هذه المقالة هو:

1- مقارنة مستوى التكفل بصحة الأطفال في الشمال والجنوب.
2- محاولة تقييم وضعية الجزائر على غرار البلدان الجنوبية وهذا فيما يتعلق بالتطور القائم في الميدان الصحي.
3- دراسة آفاق سياسة إجتماعية مشتركة ومندمجة وبالخصوص الجانب الصحي ومنه صحة الأطفال.

progrès social sans réussite économique. Mais il ne peut y avoir non plus de prospérité économique sans cohésion sociale. Aspect économique et aspect social doivent être développés de façon équilibrée.

Pour pousser l'intégration des politiques sociales en accompagnement de l'intégration économique, il appartient à chaque Etat membre (particulièrement les Etats du sud) de rechercher lui-même les ajustements qui lui permettent, le mieux, d'atteindre le double objectif d'un niveau élevé d'emploi et de protection sociale.

L'équilibre de la construction sociale de la Méditerranée occidentale doit certainement être recherché dans une voie médiane où législation nationale et méditerranéenne ont vocation à trouver respectivement une place.

Pour notre part, nous traiterons d'un volet social, celui de la santé et notamment celui de la santé des enfants.

II- Perspectives d'une politique de santé régionale

1- Progrès et problèmes

Au cours de ces quarante dernières années, l'espérance de vie a progressé de manière extraordinaire. Dans les pays en développement, elle était de 45 ans environ en 1960, de 60 ans en 1990 et de 63 ans en 1999. Dans ces mêmes pays, 222 enfants pour mille (22,2%) mourraient avant l'âge de cinq ans en 1960 et, seulement 10% en 1990. En 1999, le taux de mortalité juvénile était de 90 pour 1000 (9%). Les progrès ont été exceptionnels jusqu'en 1990 : la variole a disparu, les cas de rougeole, polio et autres maladies ont été fortement réduits. Puis, malheureusement, durant cette dernière décennie, la crise économique, l'endettement de ces pays, les conflits politiques, le chômage, l'inflation, la perte du pouvoir d'achat et l'appauvrissement des populations ont eu des conséquences dramatiques sur les conditions de vie de ces dernières. En effet, sur le plan santé, cette période a été marquée par la recrudescence de certaines maladies qui étaient en voie de disparition, telles que la tuberculose, la rougeole, la polio, la diphtérie, la typhoïde, la méningite, etc.

Les progrès spectaculaires réalisés (depuis 1960) sont importants, non seulement parce qu'ils améliorent directement le bien-être, mais aussi parce qu'ils contribuent à la croissance économique. Ils réduisent les pertes de productivités, permettent d'utiliser des ressources naturelles qui avaient été inaccessibles à cause de la maladie, de scolariser plus d'enfants et de faciliter l'apprentissage et de libérer des ressources à d'autres fins.

En effet, durant les années 70 et 80, un examen du taux de croissance économique dans plus de 70 pays en développement montre que la croissance a été plus rapide dans les pays où l'état de santé des populations était meilleur. Il ressort des données recueillies que, dans les pays pauvres où la charge de morbidité est lourde, des mesures propres à réduire le taux de mortalité juvénile de seulement 15%, pourraient suffire à augmenter de près de 25% le taux de croissance des revenus. Malgré ces progrès, d'énormes problèmes de santé demeurent. Des niveaux absolus de mortalité dans les

pays en développement restent inaccessibles, le taux de mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans est 15 fois plus élevé que dans les pays industrialisés (Tableau n° 1). Près de la moitié des décès sont le résultat de maladies diarrhéiques et respiratoires aggravées par la malnutrition. Cette dernière contribue à plus de 50% de la mortalité des plus de 5 ans dans les pays en développement. Bien que les taux de mortalité des moins de 5 ans ait reculé depuis les années 60, la pandémie de SIDA a inversé dans beaucoup de pays cette tendance à la baisse. Aussi, le VIH/SIDA contribue d'une façon dramatique à réduire l'espérance de vie et à accroître les taux de mortalité infantile dans de nombreux pays et aggrave la pauvreté et l'insécurité chronique de nombreuses sociétés, en particulier dans les pays les plus endettés. Par conséquent, l'écart dans les taux de mortalité des moins de 5 ans entre les pays en développement et les pays industrialisés s'est creusé. Dans certains pays en développement, les taux sont aujourd'hui plus de 50 fois supérieurs à ceux des pays industrialisés (c'est le cas de Sierra Leone avec un taux de mortalité des moins de 5 ans de 316 ‰). En outre, sept millions d'adultes meurent chaque année d'affections qu'il serait possible de prévenir ou de guérir à peu de frais. Plus de 430 pour 100.000 femmes meurent des complications de grossesse et d'accouchement. Les ratios de la mortalité maternelle des pays en développement sont en moyenne de 30 fois supérieure à ceux des pays à revenu élevé.

Dans la Méditerranée Occidentale, la mortalité maternelle est près de 23 fois plus importante au Maghreb qu'à la rive Nord de la Méditerranée. Parmi les pays du Maghreb, la Tunisie occupe une place de choix. Des programmes de périnatalité ont été implantés dans le but de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile. Le programme tunisien prévoit des actions d'éducation pour la santé afin d'améliorer les connaissances et les attitudes des mères en matière de soins préventifs (Tableau n° 2).

Tableau n° 2 : La santé de la mère en Méditerranée occidentale.

Pays	Taux d'emploi des contraceptifs en % (1995-2000)	Femmes enceintes vaccinées contre le tétanos en % (1997-1999)	% d'accouchements assistés par du personnel soignant qualifié (1995-2000)	Ratio mortalité maternelle déclarée (1980-1999)
Algérie	57	52	77	220
Maroc	59	36	40	230
Tunisie	60	80	81	70
France	75	83	99	10
Italie	78	-	100	7
Espagne	59	-	96	6
Pays Ind.	72	-	99	-
P. en DVP	59	50	52	-

Source : Extrait in UNICEF : La situation des enfants dans le monde, Ed. 2001.

Aujourd'hui, le bien-être des enfants dépend largement de la dette extérieure de leur pays puisque les sommes consacrées à rembourser les prêts ne sont pas disponibles pour la santé, l'éducation et les autres services sociaux de base.

Près de 30% des populations pauvres vivent avec moins de un dollar par jour. La majorité des pauvres sont des femmes et des enfants. Cependant, la pauvreté infantile ne se limite pas aux pays en développement. Même si elle s'inscrit sur une échelle différente dans le monde industrialisé, dans certains des pays les plus riches, plus d'un enfant sur dix est élevé par une famille vivant en-dessous du seuil établi de pauvreté.

En outre, le monde doit s'attaquer à des défis nouveaux et redoutables. La réduction de la mortalité juvénile et des taux de fécondité devient de plus en plus problématique avec le vieillissement, de la population qui nécessite des soins coûteux concernant la prise en charge des maladies non transmissibles d'adultes et de personnes âgées. Aggravant les effets du vieillissement, les maladies cardiaques et pulmonaires causées par le tabac ne font qu'accroître le taux de mortalité des adultes dans les pays en développement. Le poids de la maladie sur les services sociaux déjà limités est insupportable. La production alimentaire baisse, la nutrition se détériore, exposant ainsi davantage les populations à la maladie. En raison de la diminution des budgets affectés à l'éducation et à la santé, moins d'enfants sont scolarisés et seront moins bien armés pour se défendre contre les maladies.

En matière de dépense, les pays développés dépensent plus pour leur santé que les pays en développement. Durant cette dernière décennie, la notion de santé semble être étroitement liée à la notion de maîtrise des coûts. En Algérie, par rapport au PIB, les dépenses de santé qui était de près de 6 % en 1984, ne représente que moins de 2 % en 1996. Le tableau n° 3 représente, d'après le FMI, les dépenses du gouvernement affectées aux secteurs de la santé et de l'éducation durant la période 1992-1999 dans différentes régions du monde. Il montre les fortes inégalités de santé révélées à partir des dépenses de santé par habitant dans chaque région.

Aujourd'hui, en Algérie, la santé de la population est au cœur du débat social, ce qui montre à quel point la santé est un enjeu social et politique. Dans les pays développés, la part des dépenses affectées à la santé est de l'ordre de 14 % par rapport aux dépenses globales alors que dans les pays en développement, elle n'est seulement que de 4 % environ. L'Etat et les collectivités locales y sont moins sollicités dans les pays développés puisque l'assurance maladie les prend en charge. Ces dernières années, en raison de la crise économique, il y a une tendance générale à la réduction des dépenses et à la maîtrise des coûts. Ce comportement se répercute négativement sur les pays en développement qui ont tendance à dépenser peu et mal pour leur santé.

2- Le rôle de l'Etat

L'intervention de l'Etat dans le secteur de la santé est indispensable pour au moins les raisons suivantes :

1°- D'abord pour les sommes énormes que les gouvernements consacrent à la santé ainsi que du rôle vital des investissements de la santé dans la lutte contre la pauvreté et la carence du marché dans ce domaine.

2°- Puis, les pauvres ne peuvent toujours pas payer les soins de santé qui amélioreraient leur productivité et leur bien-être.

3°- Certaines mesures de promotion de la santé sont purement des biens publics ou ont des retombées positives considérables. Les effets positifs sur le bien-être des populations permettent aux pouvoirs publics d'améliorer le fonctionnement des marchés, qu'il s'agisse des soins ou de l'assurance maladie.

Au niveau mondial, les pouvoirs publics ont certainement joué un rôle vital dans les progrès énormes accomplis depuis les années 1960. C'est le cas par exemple de l'éradication de la variole et la réduction de la mortalité juvénile imputable à d'autres maladies pour lesquelles il existe un vaccin. Le développement et l'amélioration des soins de santé cliniques dispensés par le secteur public ont permis de sauver des millions d'accidentés et de gens atteints de maladies infectieuses. L'amélioration des soins prénatals et obstétricaux a réduit les complications graves de la grossesse et de l'accouchement pour de millions de femmes.

Toutefois, actuellement, fonctionnement et financement des systèmes de santé se heurtent à des problèmes majeurs qui, s'ils ne sont pas résolus, risquent non seulement de ralentir le rythme des progrès accomplis mais également de ne pas pouvoir faire face aux nouveaux problèmes et aux nouvelles menaces pour la santé. Parmi les problèmes auxquels se heurte le secteur de la santé, nous citons entre autre :

- L'inefficacité : les agents de santé sont mal répartis et mal encadrés et les lits d'hôpitaux sont sous-utilisés.
- L'explosion des coûts : dans certains pays en développement, à revenu intermédiaire, les dépenses de santé augmentent beaucoup plus rapidement que les revenus, car la multiplication des spécialistes, l'apparition de nouvelles technologies médicales et le développement de l'assurance maladie sur la base du règlement à l'acte entraînent une demande rapidement croissante de tests, d'analyses médicales et de traitements coûteux.

Au moment où les pays en développement, comme d'ailleurs, les pays industriels entreprennent une réflexion sur la santé publique au 21^{ème} siècle, quelle est la stratégie qui doit être adoptée par les gouvernements, notamment des pays en développement, pour obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé ?

3- Stratégie en matière de santé

Pour remédier aux faiblesses des systèmes de santé dans les pays en développement, le rapport sur le développement dans le monde recommande la stratégie suivante :

- améliorer les dépenses publiques,
- favoriser la mise en place d'un environnement qui permette aux ménages d'améliorer leur état de santé,
- promouvoir la diversité et la concurrence.

Pour cela, l'Etat doit :

- Financer un niveau donné de soins cliniques et de soins de santé publique essentiels, particulièrement pour les pauvres et s'assurer que la prestation desdits soins est générale et efficace.
- Promouvoir des types d'assurance maladie qui permettent non seulement de couvrir une grande partie de la population, mais qui comportent également des mécanismes propres à limiter le coût des services de santé.
- Encourager la diversité et la concurrence, particulièrement dans le domaine des médicaments, des fournitures et du matériel, dans le but d'améliorer la qualité et de réduire les coûts. Il doit également encourager les activités d'un secteur privé compétitif fournissant toute la gamme des services de santé, y compris ceux qui sont financés par des fonds publics.

Aujourd'hui les dépenses dans ce secteur sont énormes alors que l'efficacité est moindre. Ce qui soulève des questions brûlantes à savoir : Pourquoi ces gros écarts ? Quelle est la part de la nature du système de santé dans ces écarts ? Comment les politiques publiques peuvent-elles contribuer à l'obtention de meilleurs résultats pour un effort national donné ? Les réponses à ces questions permettront la mise en place de politiques appropriées. Sachant qu'un lien existe entre les choix faits par les gouvernements et les conséquences de ces choix pour la santé et en particulier pour les pauvres, le rôle de l'Etat dans le secteur de la santé doit donc être repensé. Ainsi, les gouvernements doivent simultanément :

- Fixer un niveau de soins de santé essentiels qui variera d'un pays à un autre selon les besoins de santé et le niveau de revenu des populations. Les services cliniques doivent inclure au moins cinq groupes d'interventions bon marché, portant chacun sur un large secteur : soins prénataux et obstétricaux, planning familial, lutte contre la tuberculose, traitement des MTS, soins pour les maladies graves communes des enfants en bas âge, notamment les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, la rougeole et la malnutrition aiguë. D'autres interventions pourraient compléter celles-ci dans la mesure où l'Etat en a les moyens et que le minimum essentiel reçoit un financement suffisant.
 - Réorienter les dépenses publiques en recouvrant les coûts dans les hôpitaux publics notamment auprès des patients aisés ou couverts par une assurance maladie.
 - Limiter les coûts en créant non seulement un système de sécurité sociale qui couvre toute la population, mais également réduire les coûts qui peuvent pénaliser d'autres secteurs de l'économie. Les causes de l'expansion des coûts des soins de santé sont complexes et très controversées. Les services de santé exigent une main-d'œuvre nombreuse alors que leur productivité augmente plus lentement que celle d'autres secteurs de l'économie. Cependant, deux facteurs d'inefficacité jouent aussi un rôle important :
 - Dans les pays développés, des coûts administratifs élevés et le recours inutile à une gamme sans cesse plus large de technologies coûteuses en plus d'un système comportant une multitude de compagnie d'assurances assez complexe accroissent considérablement les frais administratifs.
 - Dans les pays en développement à revenu intermédiaire, les professionnels de la santé, les producteurs et les consommateurs revendiquent l'utilisation des nouvelles technologies médicales. Ces pays sont confrontés à des choix stratégiques difficiles quant à la rémunération des prestataires.
- L'absence de plafond sur les honoraires des prestations encourage la mise au point de nouveaux matériels, remèdes et procédures, ce qui augmente le coût des soins.
- Encourager la concurrence : Bien que le financement des soins de santé de base incombe à l'Etat, il n'en est pas de même pour la prestation de ces services. L'expérience indique, au contraire, que la diversité et la concurrence donnent de meilleurs résultats. En effet, dans un système compétitif, ceux qui ont besoins de services de santé peuvent choisir parmi toute une gamme de prestataires (publics et privés à but non lucratif et privés à but lucratif).

3.1- Les raisons des réformes des systèmes de santé

La réforme des systèmes de santé est soudain passée au premier rang des priorités dans le monde entier. Pour les pays industriels, les raisons en sont notamment :

- la montée rapide des coûts,
- le grand nombre de personnes non assurées,
- et la peur du SIDA.

Pour les pays en développement, les raisons principales sont :

- l'importance de la santé pour améliorer la productivité des travailleurs,
- les progrès considérables qui pourraient être réalisés pour un coût très bas.

Les rapports sur le développement dans le monde soulignent :

- l'importance de la santé dans la lutte contre la pauvreté,
- le rôle clé de l'Etat comme il a été déjà souligné.

Le monde dépense des sommes énormes pour la santé, soit 11 % du revenu mondial. Aujourd'hui, il est possible non seulement de mieux dépenser cet argent, mais aussi des millions de vies humaines pourraient être sauvées si les gouvernements repensaient leur approche de la réforme du système de santé. Il est intéressant de connaître le poids de la charge de morbidité au niveau national, régional ou même mondial et de mesurer le coût de la rentabilité des interventions susceptibles de réduire cette charge.

La santé varie grandement d'un pays à l'autre. Actuellement, la durée de vie va de 39 ans à Sierra Leone et 40 ans au Malawi à 80 ans au Japon. Les progrès sont aussi variables. Entre le début des années 60 et le début des années 90, la mortalité infantile a baissé dans les pays de la Méditerranée occidentale (Tableau n° 4).

Tableau n° 4: Mortalité Infantile: Progrès accomplis en Méditerranée occidentale.

Pays	Taux de Mortalité Infantile (pour 1000)				Taux de variation (en %)			
	1960	1980	1990	1999	1960-80	80-90	90-99	60-99
Algérie	152	110	68	36	27,63	38,18	47,05	76,31
Maroc	135	100	75	45	25,92	25	40	66,67
Tunisie	170	100	48	24	41,18	52	50	85,88
France	29	10	8	5	65,52	20	37,50	82,76
Italie	44	14	9	6	68,18	35,72	33,34	86,36
Espagne	46	10	8	6	78,20	20	25	86,95
Moyenne des pays de la rive Sud					32,16	61,60	45,02	77,02
Moyenne des pays de la rive Nord					71,43	26,47	32,05	85,71

Source : Tableau réalisé à partir des données de l'UNICEF.

Ces énormes différences dans l'état de santé et les progrès réalisés au fil du temps au niveau mondial soulignent, encore une fois, l'importance de l'action de l'Etat. Le climat et la géographie qui déterminent les maladies observées affectent bien sûr la santé, mais le comportement des populations en interaction avec les services de santé est également crucial. Le comportement des gens est déterminé dans une large mesure par ce qu'ils gagnent et ce qu'ils savent. L'Etat doit agir de telle sorte qu'il permette à la population d'améliorer son état de santé. Selon le Rapport sur le Développement dans le Monde, l'augmentation rapide des revenus dans les classes pauvres en particulier et les investissements dans l'éducation sont des facteurs cruciaux.

Rappelons que dans la société, la mère joue un rôle central dans l'éducation des enfants et l'amélioration de leur état de santé ainsi que celui de la famille. L'importance des mesures à prendre en faveur de l'éducation des mères pour leur apprendre à améliorer l'état de santé de leur famille conjuguée à l'action de l'Etat dans ces domaines, la santé ne peut être que meilleure.

3.2- L'impact de la pauvreté et de la disparité des revenus sur la santé des ménages

A mesure que la pauvreté recule et que l'ignorance régresse au sein d'un ménage, la santé s'améliore rapidement. Au niveau d'une nation, les services de santé dépendent du revenu national et l'aptitude de l'acquisition et l'application des connaissances scientifiques dépend du niveau de scolarisation. La question que l'on peut se poser est : Quel est le rôle du revenu et celui de l'éducation sur la santé des ménages ?

L'augmentation des revenus a plus d'impact sur les populations pauvres car les ressources supplémentaires permettent d'acheter des biens de première nécessité particulièrement la nourriture et le logement, dont l'effet est particulièrement bénéfique pour la santé. Des études ont montré que la corrélation entre le revenu et l'espérance de vie s'est améliorée à mesure que la science et la médecine assuraient une meilleure santé pour un niveau donné de revenu.

Il est clair que la pauvreté influe beaucoup sur la santé. Le programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) constate dans son «Rapport Mondial sur le Développement Humain» que l'amélioration du sort de chacun ne résulte pas nécessairement de la croissance du PIB/ tête, ni du revenu national et, pour importantes qu'elles soient, sont des moyens et non des fins. Les auteurs du rapport replace ainsi l'individu au cœur de la problématique du développement. Il s'agit donc de considérer, surtout, la répartition des revenus qui doit être faite de manière équitable si l'on veut obtenir un impact positif sur la santé des populations.

Dans les pays industriels, l'espérance de vie dépend beaucoup plus de la répartition des revenus que du revenu par habitant, et elle augmente plus rapidement dans les pays où la répartition s'améliore. Dans les années 1970, au Japon et au Royaume-Uni, la répartition des revenus et l'espérance de vie étaient similaires. Depuis le milieu des années 1980 des divergences sont apparues. Au Japon où la répartition des revenus est la plus égalitaire, l'espérance de vie est la plus longue (80 ans), alors qu'au Royaume-Uni où la disparité des revenus s'est creusée, l'espérance de vie est aujourd'hui inférieure de trois ans à celle du Japon.

Dans les pays en développement, les différences dans la prévalence de la pauvreté et des dépenses publiques consacrées à la santé par habitant expliquent en grande partie les différences d'espérances de vie. Les variations des conditions sanitaires à l'intérieur

d'une même ville, entre quartiers ou même entre familles au sein d'un même quartier montrent aussi les méfaits de la pauvreté.

Le lien étroit qui existe entre revenu et santé fait ressortir le coût sanitaire d'une faible croissance économique. Les années 1990 marquées par la crise économique, l'endettement et l'application du PAS dans les pays en développement montrent la recrudescence des maladies qui étaient sensiblement maîtrisées durant les années 80. C'est le cas notamment de l'Algérie.

Quant au rôle de l'éducation sur l'amélioration de la santé, il est indiscutable. Au niveau des ménages, l'instruction se traduit par une meilleure santé de tous les membres aussi bien des adultes que celle des enfants.

Compte tenu des liens étroits qui existent entre la santé, le niveau d'instruction et le revenu, la meilleure façon de renforcer les moyens d'action des ménages est la suivante : l'Etat doit promouvoir la croissance, lutter contre la pauvreté et favoriser la scolarisation, surtout celle des filles.

3.3- Le rôle des ONG dans la stratégie de la santé

Les organisations non gouvernementales (ONG) jouent un rôle majeur dans les services de santé aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Ceci est vrai surtout pour les ménages à faible revenu, notamment dans les pays les plus pauvres. Certes, il est difficile de comparer la performance des ONG et celle des services publics, mais selon des données concernant l'Afrique, les ONG sont souvent plus efficaces. C'est le cas de la Tanzanie et du Lesotho qui, autorisés par les pouvoirs publics, utilisent des établissements religieux comme hôpital de district en assurant tous les services cliniques et de santé publique. Ils se chargent également de tâches comme la planification de la santé, l'encadrement des dispensaires et les transports d'urgence. En échange, l'Etat prend en charge une partie des coûts.

Les gouvernements ont donc la possibilité d'établir des partenariats constructifs avec les ONG pour assurer les services cliniques essentiels. Simultanément, les gouvernements peuvent :

- Accroître l'équité et l'efficacité de leurs propres programmes et services de santé, et ainsi mieux répondre aux besoins des populations grâce à la décentralisation. Cette initiative a donné de bons résultats au Chili en procédant à la décentralisation progressive de son système de santé.

- Améliorer l'efficacité dans le secteur de la santé en convertissant les hôpitaux publics en institutions semi-autonomes ou en entreprises publiques, comme l'a fait la Tunisie.

- Améliorer l'efficacité technique des services publics en confiant certains services auxiliaires à des organismes extérieurs. A titre d'exemple, au Venezuela, les hôpitaux du ministère de la santé sous-traitent l'entretien du gros matériel, et des hôpitaux de la sécurité sociale sous-traitent les services de sécurité, l'alimentation, le blanchissage et le jardinage.

Enfin, ces fondations ou organismes parapublics sont moins gênés par les procédures administratives du secteur public pour la gestion de leur budget, pour le recrutement et le licenciement du personnel et peuvent recevoir des dons qui proviennent d'organismes de bienfaisance pour financer les investissements et les coûts de fonctionnement. Ce qui leur permet ainsi de recouvrer leurs coûts.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En matière de santé, une réforme généralisée et fondamentale des politiques et systèmes de santé est nécessaire. Des changements doivent avoir lieu dans le niveau et la composition des dépenses publiques consacrées à la santé, dans des institutions publiques et privées compétentes, ainsi que dans le domaine de l'assurance, du recouvrement des coûts et autres mécanismes de financement de soins. C'est le prix à payer si l'on veut améliorer la santé des populations du Maghreb.

En outre, pour accroître le financement des gouvernements, il faut faire une large place aux ONG et au secteur privé. Ainsi, les gouvernements devraient inclure les ONG (nationales et en collaboration avec des ONG internationales) dans la prestation des services de santé.

Quant au rôle de l'Etat, il doit élargir la couverture de ses interventions les plus rentables à savoir : la santé scolaire, le planning familial et la nutrition, les programmes de vaccination élargie, d'éducation pour la santé, de réduction du tabagisme et de l'alcoolisme et la prévention du sida.

En matière d'intégration économique régionale, la Tunisie est la mieux préparée parmi les pays du Maghreb. En ce qui concerne l'ouverture commerciale, et si l'on tient compte du commerce des services tel que le tourisme, par exemple, le Maroc et la Tunisie sont les plus ouverts, mais l'ouverture de la Tunisie semble la plus forte. Dans ce domaine, l'Algérie est le seul pays du bassin méditerranéen à ne pas s'y investir.

Les progrès accomplis dans le domaine de la santé mettent également la Tunisie en tête de liste parmi les pays de la rive Sud. Des trois pays maghrébins le Maroc est celui qui a fait le moins de progrès en matière de santé des populations. Les taux de mortalité maternelle, infantile et juvénile demeurent encore importants et l'espérance de vie est aujourd'hui inférieure de trois ans à celle de la Tunisie. La situation sanitaire actuelle a conduit le Maroc à mettre la lutte contre la mortalité maternelle et infantile au rang de ses grandes priorités sanitaires.

En 40 années d'efforts dans les pays du Maghreb, les résultats obtenus en matière de lutte contre la mortalité infantile sont, en moyenne, extraordinaires même s'ils ne sont pas identiques à ceux de la rive Nord. Dans ces pays en développement, une volonté politique suffisamment forte existe, et s'ils parviennent à passer au stade des réformes concrètes, les conditions de vie s'amélioreront considérablement.

Références bibliographiques

- Banque Mondiale : Rapport annuel, 1998.
- Bedrani S., "Les stratégies du développement social en Afrique du Nord à la lumière du plan d'action de Lagos : le cas du Maghreb", 1988.
- Béresniak A. & Duru G., "Economie de la santé", Ed Masson, Paris 1997.
- Bourenene N., "L'Acte Unique et la coopération en Méditerranée occidentale", Revue du CREAD, N°17, 1989.
- Epiter J.P. & Leteurtre H., "La protection sociale et son financement", Vuibert 1995.
- "Finances et développement", Pub. FMI, volume 30, n°3, 1993. Et volume 33, N°3, 1996.
- Guery G., "La dynamique de l'Europe sociale", Ed. Dunod, Paris, 1991
- Khiati M., "Regard sur la santé", Ed. Dahlab, 1995.
- O.M.S., "Rapport sur la Santé dans le Monde", OMS, Ed. 1997, 1999.

- Péchevis M. *et al.*, "Mortalité maternelle et maternités de référence au Maroc : comment (re)motiver les professionnels ?", *in* revue Santé Publique 1999, volume 11, n°2, pp. 211-223.
- Phelps C., "Les fondements de l'économie de la santé", Ed. Publi-Union, 1995.
- PNUD : Rapport du PNUD sur la pauvreté 2000.
- Quotidien National : « La Tribune » : Différents numéros.
- Rieuepeyrous C., "La région dans l'espace européen", Vuibert, 1995.
- Roussillon A., "Un Maroc en transition : alternance et continuité", *in* revue Monde Arabe Maghreb-Machrek , n°164, avril-juin 1999.
- Séminaire Economies de la Méditerranée et du Monde Arabe, *in* revue Monde Arabe Maghreb-Machrek, décembre 1997.
- Soltani M.S. *et al.*, "Evaluation des connaissances des mères concernant les soins préventifs pré et postnatals dans le Sahel tunisien". *in* revue Santé Publique 1999, volume 11, n°2, pp. 203- 210.
- UNICEF, "La Situation des Enfants dans le Monde", UNICEF, Ed. 1984, 1991, 1992, 1999, 2000, 2001.
- UNICEF, "Le Progrès des Nations", UNICEF, Ed. 1997, 1998, 1999. □