

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique  
Direction Générale de la Recherche Scientifique et du Développement Technologique

مركز البحث في الأنتروبولوجيا الاجتماعية والثقافية  
Centre de Recherche  
en Anthropologie  
Sociale  
et Culturelle  
CCAST  
Ammas n senadi di Tamaɣlaɣt Tamettayt taɣalaɣt  
Center of Research in Social and Cultural Anthropology



# 7<sup>ème</sup> UNIVERSITE DE SANTE PUBLIQUE DU MAGHREB Synthèse des travaux



Oran - Algérie du Dimanche 29 Septembre  
au Jeudi 03 Octobre 2019

Avec le soutien de



Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique  
Direction Générale de la Recherche Scientifique et du Développement  
Technologique



# 7<sup>ème</sup> université de santé publique du Maghreb

## Synthèse des travaux

Oran-Algérie du Dimanche 29 septembre  
au Jeudi 03 octobre 2019

## 7<sup>ème</sup> université de santé publique du Maghreb Synthèse des travaux

### Organisée par :

Université de Santé Publique du Maghreb



Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle



### Avec le Soutien de :

Université Oran 1, Faculté de Médecine



Agence Thématique de Recherche en Sciences de la Santé



Conférence Régionale des Universités de l'Ouest



Fondation Hanns Seidel





# 7ème UNIVERSITE DE SANTÉ PUBLIQUE DU MAGHREB

*Oran , du 29/09 au 03/10/2019*





# Table des matières

<b>L'allocution d'ouverture du Directeur du CRASC</b>	<b>9</b>
<b>Une introduction pour nous situer</b>	<b>11</b>
➤ Un cadre et des productions	11
➤ Nos services de soins sont malades	11
➤ Ce diagnostic n'est pas avancé à la légère	11
➤ Mais, réducteur, ce diagnostic ne dit pas tout	12
<b>Santé et Développement : Quel lien ? (Atelier 1)</b>	<b>14</b>
➤ Santé : de l'uni - au multisectoriel	14
➤ Une exigence collective : plaider « DANS » et aussi « POUR » la Santé	14
➤ Développement Humain, Développement Durable : Elargir le choix des gens, préserver la planète	15
➤ Sans politiques publiques appropriées, la croissance économique peut accroître les inégalités	15
➤ DH, DD, Déterminants de la santé, Chartes d'Alma Ata à Ottawa, une même philosophie : l'homme au centre du développement	15
➤ MNT au Maghreb : Et si on commençait par le tabac... le sel, le sucre et les mauvais gras ... et vers des partenariats multisectoriels solides?	15
<b>Santé et protection sociale : Quelle couverture aujourd'hui et demain ? (Atelier 2)</b>	<b>16</b>
➤ Des défis multiples	16
Couverture santé entre iniquités et profils de morbidité évolutif	16
Des systèmes de santé inadaptés	17
Des financements en crise, à réinterroger à l'aune des priorités	17
➤ « Tenir les deux bouts du système »	17
<b>Offre et Organisation des soins : Quelles priorités ? (Atelier 3)</b>	<b>18</b>
➤ L'urgence de mettre le patient au centre du système	18
➤ Comment faire ? Par quoi commencer ? Avec qui le faire ?	19
<b>Santé de la mère &amp; du nouveau-né : Progrès ou manques à gagner? (Atelier 4)</b>	<b>20</b>
➤ Le palier ou « l'argent ne fait pas le succès »	20
➤ Les déterminants socioéconomiques, ici, peut-être plus qu'ailleurs	20
➤ La mortalité : le sommet de l'iceberg, qui cache la morbidité, bien plus fréquente	20
➤ Travailler en amont	21
➤ Changer les règles du jeu	21
<b>Santé et Qualité : Comment y parvenir en situation de déficit ? (Atelier 5)</b>	<b>22</b>
➤ Savoir-faire et savoir être	23
➤ L'amélioration de la qualité : une action continue	23
➤ De la pratique aux concepts	23

<b>Les médicaments dans les politiques de santé (Atelier 6): Tous les médicaments, quels qu'en soient les coûts et les risques ou l'essentiel pour tous, en tout temps ?</b>	<b>24</b>
➤ <b>Le médicament n'est pas un produit banal</b>	<b>24</b>
➤ <b>Qu'en est-il au Maghreb ?</b>	<b>24</b>
➤ <b>Quel avenir ?</b>	<b>25</b>
➤ <b>Quelques recommandations</b>	<b>25</b>
<b>Des temps communs où les débats en ateliers se prolongent</b>	<b>26</b>
➤ <b>Une conférence inaugurale : « L'histoire de la médecine en pays d'Islam à travers les manuscrits » par le Professeur Ahmed Djebbar</b>	<b>26</b>
➤ <b>Une table ronde sur « Le dialogue sociétal en santé : l'exemple tunisien »</b>	<b>27</b>
<b>Un contexte favorable, une démarche inclusive</b>	<b>27</b>
<b>Une question fondamentale: « Comment le système de santé pourrait contribuer d'une manière efficace à concrétiser le droit à la santé? »</b>	<b>28</b>
<b>Une conférence mutualisée entre plusieurs ateliers</b>	<b>29</b>
➤ <b>« Les listes de médicaments essentiels (LME) sont-elles (doivent-elles être) limitées aux PED ? » par le Professeur Michel Thomas</b>	<b>29</b>
<b>La LME : Une idée innovante et rationnelle, des fortunes diverses...</b>	<b>29</b>
<b>Un bon exemple : La Suède</b>	<b>29</b>
<b>Le contre-exemple ou les effets délétères du « laisser-faire » de l'État et de la pression des lobbies</b>	<b>30</b>
<b>En conclusion</b>	<b>30</b>
➤ <b>Une controverse : Les soins de santé primaires : utopie, faillite ou avenir ? ou par où commencer : Soins de base ou Soins spécialisés ?</b>	<b>31</b>
<b>Un journal, le temps de l'Université : La Gazette</b>	<b>32</b>
<b>Les partenaires de l'USPM</b>	<b>34</b>
<b>Les soutiens de l'USPM 7</b>	<b>35</b>
<b>Les sources de financement</b>	<b>36</b>
<b>Nos liens d'intérêts</b>	<b>36</b>
➤ <b>Pour l'Algérie</b>	<b>36</b>
➤ <b>Pour le Maroc</b>	<b>36</b>
➤ <b>Pour la Mauritanie</b>	<b>36</b>
➤ <b>Pour la Tunisie</b>	<b>36</b>
<b>Bibliographie sélective</b>	<b>37</b>
<b>Documents globaux</b>	<b>37</b>
<b>Systèmes de santé</b>	<b>37</b>
<b>Médicaments</b>	<b>37</b>
<b>Données pays</b>	<b>37</b>
<b>Annexe : Données et Indicateurs en santé</b>	<b>38</b>



## Rédacteurs et contributeurs

Hédi Achouri, Inès Ayadi, Abdelmadjid Benhamida, Abdelwahed El Abassi, Thouraya Ajmi, Bouchra Assarag, Arslane Bettayeb Hedia Belhadj, Mohamed Belhocine, Fayçal Bensalah, Omar Brix, Iméne Amina Dammouche, Djohar Hannoun, Leila Houti, Nadjib Djoumi, Menel Mellouli, Slim Kallel, Jean Claude Salomon, Mustapha Semmoud, Michel Thomas.

Dans la continuité de celles et ceux qui n'ont pu être parmi nous : Ali Mtiraoui, Chekib Zedini, Leila Joudane, Bechir Zouari.

*Oran, Tunis, Rabat, Paris le 13.10.2019*



## L'allocution d'ouverture du Directeur du CRASC

Le Docteur Djilali El Mestari, Directeur du CRASC, a solennellement ouvert les travaux, en prononçant l'allocution suivante :

*« La 7<sup>ème</sup> Edition de l'Université de Santé Publique du Maghreb qui se tient du 29 septembre au 3 octobre 2019 est organisée par le Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle CRASC en partenariat avec l'Université de Santé Publique du Maghreb USPM, avec le soutien l'Agence Thématique de Recherche en sciences de la santé ATRSS, la Conférence Régionale des Universités de l'Ouest CRUO, la Faculté de Médecine de l'Université Oran 1 et la Fondation Hanns Seidel.*



Allocution d'ouverture par le Dr Djilali EL MESTARI, Directeur du CRASC

*Nous sommes très heureux d'abriter cette importante rencontre ici à Oran, au siège de notre Centre de recherche. Elle regroupera des professeurs et professionnels de santé venus de divers pays tels que la Tunisie, le Maroc, la France avec leurs homologues professeurs algériens.*

*Ce sera pour nous l'occasion d'associer ces professionnels avec les chercheurs du CRASC, de différentes disciplines des sciences humaines et sociales. En effet nous avons parmi nos équipes de recherche, eu à mener des recherches et des expertises dans le domaine de l'anthropologie et la sociologie de la santé.*

*Je voudrais adresser mes grands remerciements au Pr. Houti Leila, à M. Bixi Omar et au comité pédagogique de l'USPM pour leur initiative en organisant cette rencontre d'un grand intérêt, au CRASC.*



Ouverture officielle des travaux de l'USPM

*Je suis persuadé que les travaux qui seront menés en atelier pourront constituer la base d'une coopération avec notre Centre de recherche sur les questions de la santé publique au Maghreb.*

*Je souhaite un plein succès à vos travaux et déclare ouverte la 7<sup>ème</sup> session de l'Université de santé publique du Maghreb*



Dr Djalali EL MESTARI, Directeur du CRASC et Pr Nabil AOUFFEN, Directeur de l'ATRSS



Dr Djalali EL MESTARI et Pr Leila HOUTI, Université Oran 1, Membre du Comité USPM et chercheure associée au CRASC



Dr Djalali EL MESTARI et Pr Fatima HAMD AOUI-AYAD  
Doyenne de la Faculté de Médecine, Université Oran 1 Ahmed Ben Bella



M. Walid HADDOUK, Fondation Hanns Seidel et Dr Djalali EL MESTARI

### ➤ Un cadre et des productions

Nous étions plus d'une centaine de professionnels de la santé, de Tunisie, du Maroc et d'Algérie, réunis pendant une semaine, dans le cadre de notre Université de Santé Publique du Maghreb<sup>1</sup>.

Pour cette 7<sup>ème</sup> session<sup>2</sup>, cette fois dans les locaux du CRASC<sup>3</sup>, à Oran, en Algérie.

Sages-femmes, professions paramédicales, médecins, pharmaciens, résidents, enseignants, experts, démographes, psychologues, sociologues, chercheurs et gestionnaires de différentes disciplines, nous avons mêlé nos sensibilités, nos intelligences mais aussi nos divergences et différentes approches. Actifs et retraités, engagés en 1<sup>ère</sup> ligne des services de soins, ou en établissements spécialisés, à l'Université ou dans les institutions de gestion des services de santé, dans le secteur public ou privé, nous avons convenu de conjuguer nos expériences et nos savoirs pour essayer de voir clair et si possible apporter une contribution, parmi d'autres, à davantage d'efficacité de nos politiques de santé publique et de confiance dans nos systèmes de santé.

### ➤ Nos services de soins sont malades

En praticiens des soins, spécialistes de santé publique et gestionnaires à différents niveaux, de nos trois pays du Maghreb central, nous nous permettons de le dire et redire, et ce, en toute responsabilité.

Ce diagnostic, certes réducteur, ne fait que rejoindre les témoignages des citoyens de nos sociétés en ébullition. Il est même en deçà de qualificatifs plus violents et de vécus dramatiques. Les médias le rapportent au quotidien, les professionnels du soin en sont les premiers à en souffrir, les institutions le savent. Mais la réactivité de nos systèmes se fait attendre.

### ➤ Ce diagnostic n'est pas avancé à la légère

Il découle de nos travaux durant une semaine à travers 6 ateliers.

Il est construit sur la base de nos expériences, de nos connaissances en l'état actuel et de l'appui sur une documentation examinée avec esprit critique et recul (*conf.* en annexe quelques références bibliographiques). Ce n'est pas la redite d'un constat consensuel mais le résultat d'un effort de questionnements, d'analyse et de confrontations.

---

<sup>1</sup> Université de Santé Publique du Maghreb, initiative indépendante, un temps et un lieu de rencontres et d'échanges.

<sup>2</sup> Oran, Algérie du 29 sept. au 03 oct. 2019.

<sup>3</sup> Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle (CRASC).



Déroulement de l'USPM, le 29 septembre 2019

### ➤ **Mais, réducteur, ce diagnostic ne dit pas tout**

Il ne nous a pas dispensé d'interroger l'histoire de nos services de soins, de nos politiques de santé, de nos choix, de nos succès comme de nos égarements, depuis nos indépendances.

Nous étions assez d'accord pour dire l'extraordinaire évolution de l'état de santé de nos sociétés des années 1960-1990. Les indicateurs de santé, les changements épidémiologiques et démographiques témoignent d'une baisse de la mortalité, notamment celle des enfants, d'une chute significative de maladies infectieuses, des carences que les jeunes médecins ne connaissent qu'à travers les livres. Le trachome, le paludisme, la tuberculose, la rougeole, la poliomyélite, pour ne citer que ces grands fléaux, ne le sont plus dans nos pays, alors que ces derniers persistent et sévissent dans d'autres pays voisins aux nôtres<sup>4</sup>.

Il faut dire, ou rappeler, que les vents étaient favorables. Nos pays, aux lendemains de nos indépendances, ont été engagés, peu ou prou, dans des politiques économiques, sociales, qui confortaient des politiques et des programmes de santé audacieux. L'OMS du Dr Mahler<sup>5</sup>, les coopérations internationales de l'époque, l'état des connaissances face aux problématiques médico sanitaires de cette période, étaient en phase avec ces choix.

Là aussi, nous ne nous sommes pas épargnés de regarder en face l'état actuel de nos prestations, de nos services comme de nos indicateurs de santé et des tendances en cours.

Sans tomber dans l'alarmisme, ou les visions manichéennes (« *avant c'était bien, aujourd'hui rien ne va plus* »), force est de reconnaître les dégradations en cours.

Nos citoyens le vivent. Les professionnels en exercice en souffrent. Nos gestionnaires s'y débattent. Les élus et responsables d'État multiplient les réformes, les promesses. Les indicateurs de santé et socio-économiques en témoignent. Nos pays ont besoin de se rendre à l'évidence : nos systèmes de soin et de santé dysfonctionnent, ne sont plus adaptés aux besoins et évolutions de nos concitoyens.

Il nous faut, dans une vision d'ordre sanitaire, social, économique et sécuritaire, regarder sur le fond nos réalités, nos exigences, nos choix et nos environnements.

On ne peut pas toujours subir, mimer, consommer sans regarder les fossés qui existent dans nos 3 pays entre les couches sociales. Toutes, à un degré à un à un autre, elles craignent, au quotidien, la maladie, l'accident ou la mort face à des retards, des insuffisances, des erreurs, lors des secours, des urgences ou dans les soins nécessaires et indispensables.

<sup>4</sup> Conf. tableaux statistiques et indicateurs dans les annexes.

<sup>5</sup> Le Dr Halfdan Theodor Mahler a exercé 3 mandats successifs de Directeur général de l'OMS, de 1973 à 1988.

Nous avons donc tenté ce diagnostic sur le fond et examiner quelques-unes des conduites qui nous paraissent les plus appropriées à travers six angles complémentaires, et autour d'une thématique centrale et commune :  
« Améliorer l'accès aux soins essentiels pour tous, une nécessité et une urgence dans nos pays ».



Avec au centre de nos préoccupations et démarche,  
**l'intérêt, le vécu, le point de vue, le droit et les conditions de vie et de travail des patients, malades, usagers et/ou citoyens.**

Après tout, c'est pour eux que les services de soins sont offerts et organisés.  
Avant tout, la santé, c'est d'abord leur affaire, leurs corps, leurs vies et leurs proches.  
On ne peut continuer à porter le slogan de « la santé dans toutes les politiques » dans nos discours et nos expertises sans suivi et sans mesures concrètes pour s'attaquer de manière concrète aux déterminants macro-économiques et sociaux qui garantissent plus de santé à nos concitoyens.



Exposition des œuvres de l'artiste Mokrane BOUZID

## Santé et Développement : Quel lien ? (Atelier 1)

Le développement implique un changement d'état, un accroissement des richesses mieux réparties et une amélioration des conditions de vie d'une population sur un territoire.



Déroulement des activités de l'Atelier 1

### ➤ Santé : de l'uni - au multisectoriel

Le champ de compréhension de la santé, longtemps réduit à l'approche « organique » médicale ou hospitalo-curative s'est progressivement élargi sur les interrelations entre santé individuelle et collective et des facteurs comportementaux et environnementaux. C'est ainsi que la santé est devenue multisectorielle, englobant d'autres disciplines : éducation, sociologie, anthropologie, économie, pour n'en citer que certaines, pendant que les professions du soin se féminise de plus en plus.

Dans la conception purement organique, les systèmes de santé répondent par le développement d'un « plateau technique » offrant des soins médicaux curatifs, de prévention secondaire ou de réhabilitation. Nécessaire, cette réponse n'est pas suffisante pour maîtriser tous les problèmes de santé d'une population. Ses coûts sont exponentiels et deviennent inabordables pour certains pays, même développés.

Nos systèmes de santé ne réussissent pas encore à impliquer l'ensemble des acteurs pouvant concrétiser des approches globales pour la promotion de la santé et la prévention primaire en faisant le lien avec le développement humain et la réduction des inégalités, par exemple en créant des environnements et des cadres réglementaires et des politiques favorables à la santé.

### ➤ Une exigence collective : plaider « DANS » et aussi « POUR » la Santé

Ce sont les professionnels de la santé qui observent le mieux les dégâts des facteurs exogènes sur la santé individuelle et collective. Il leur revient donc de documenter ces dégâts, et de mener un plaidoyer efficace à l'intérieur de leurs corporations (leadership *dans* la santé) et au sein d'autres corporations, auprès des pouvoirs politiques et de la société en général (leadership *pour* la santé). Une première étape consiste à maîtriser les concepts même de développement humain, de déterminants sociaux de la santé<sup>6</sup>, de promotion de la santé, de coopération pour la santé et des outils qui vont avec ces concepts. Ce sont ces questions qui ont été abordées tout au long de la semaine au sein de l'atelier 1 qui a réuni 12 participants de profils et d'âge variés, issus des trois pays du Maghreb.

<sup>6</sup> [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/fr/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/)

## ➤ Développement Humain, Développement Durable : Elargir le choix des gens, préserver la planète

L'objectif du développement humain (DH) est d'élargir les choix des gens. En plus de la santé, l'éducation et le revenu, les hommes aspirent à la participation, à la dignité ainsi qu'aux libertés. Le développement durable (DD) ajoute une dimension environnementale et une dimension économique au DH. Le développement favorise l'amélioration de la santé, qui à son tour facilite le développement.

## ➤ Sans politiques publiques appropriées, la croissance économique peut accroître les inégalités

DH et DD ont des liens, notamment avec la croissance économique (mesurée par le PIB) et les droits humains. En l'absence de politiques et de dépenses publiques appropriées, la croissance, même élevée, peut déboucher sur le chômage et l'accroissement des inégalités.

## ➤ DH, DD, Déterminants de la santé, Chartes d'Alma Ata à Ottawa, une même philosophie : l'homme au centre du développement

La santé est aussi un droit humain. Le droit à la santé et le droit aux soins de santé sont de la responsabilité primordiale des gouvernements.

L'approche de DD suppose une action sur les déterminants de la santé, passés en revue en détail durant l'atelier, eux-mêmes présents en filigrane dans la Charte d'Ottawa<sup>7</sup> sur la promotion de la santé, objet d'une séance de lecture critique.

Réorienter les ressources et les politiques publiques de santé vers plus de promotion de la santé et de prévention et vers des choix curatifs basés sur des données probantes et loin des liens d'intérêt étroits implique des partenariats multisectoriels solides dont le secteur de la santé devrait être l'artisan le plus conséquent.

## ➤ MNT au Maghreb : Et si on commençait par le tabac... le sel, le sucre et les mauvais gras ... et vers des partenariats multisectoriels solides?

L'exercice sur l'épidémie des maladies non transmissibles qui sévit à des degrés similaires dans les trois pays du Maghreb central, moins en Mauritanie pour l'instant, a permis aux participants d'envisager les axes de réorientation possible des politiques publiques dans le sens de l'intérêt général et de la promotion de la santé. Par exemple, sur les causes de mortalité, dans les trois pays, on note que cinq affections causent entre 51% et 58% des décès totaux<sup>8</sup>. En Tunisie, les ménages supportent 46% des dépenses pour l'hypertension artérielle et 37% des dépenses pour le diabète, des taux élevés, pouvant projeter certains ménages dans la pauvreté.

Toutes ces affections partagent un facteur de risque majeur : le tabac. Or, selon les rapports de l'industrie elle-même, le marché du tabac se porte bien dans les trois pays, soulignant laxisme ou complaisance dans l'application des lois pourtant existantes. C'est un domaine urgent où le leadership pour la santé pourrait commencer à exercer son plaidoyer. Autre exemple : la mortalité et la morbidité liées au diabète sont en nette augmentation dans tout le Maghreb, or, le sucre reste subventionné. Une des mesures à explorer et pour laquelle un plaidoyer pourrait être fait est le transfert des subventions du sucre vers les produits agricoles (fruits ou protéines végétales) pour améliorer les habitudes de consommation qui montrent un déséquilibre en faveur du sucre et des matières grasses. L'accès à des soins de santé de première ligne de bonne qualité et aux médicaments essentiels (leadership *dans* la santé) ont été soulignés.

<sup>7</sup> [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)

<sup>8</sup> La maladie coronaire (environ 1/3), les accidents vasculaires cérébraux, la cardiopathie hypertensive, le diabète, les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et le cancer du poumon. Source : <http://www.healthdata.org>

Enfin, des débats passionnés sur les partenariats et la globalisation, le rôle des États et de l'industrie ont suivi des exposés à ce sujet et un jeu de rôle sur les partenariats pour la santé au niveau régional ont permis aux participants de noter la difficulté à construire un partenariat et la nécessité d'un travail persévérant et patient pour arriver à agir à l'unisson.



Exposition des œuvres de l'Artiste Mokrane BOUZID

## Santé et protection sociale : Quelle couverture aujourd'hui et demain ? (Atelier 2)

De nombreux acquis ont été enregistrés, mais des insuffisances persistent, voire même s'aggravent.



Déroulement des activités de l'Atelier 2

### ➤ Des défis multiples

#### Couverture santé entre iniquités et profils de morbidité évolutif

Les iniquités du système de couverture sanitaire, se situent tant au niveau de l'offre de soins que de la prise en charge financière des dépenses qui en découlent. Il en résulte que de larges franges de la population ont

de plus en plus de difficultés à accéder à des services de qualité, une aggravation des disparités, le maintien à un niveau élevé des paiements directs « des poches » des ménages (restes à charge) et le renoncement partiel ou total aux soins.

Le vieillissement de la population, associé au mode de vie sédentaire, aux modes d'alimentation qui se propagent et aux nuisances de l'environnement, génèrent l'accroissement de la charge des maladies chroniques et l'incidence de leurs complications secondaires, en même temps que l'apparition des maladies émergentes et ré-émergentes, facilitées par les déplacements internationaux et les changements climatiques.

### **Des systèmes de santé inadaptés**

*Nos systèmes de santé connaissent des difficultés d'adaptation, face aux mutations de la situation sanitaire et aux exigences de la population. Ils se caractérisent, en particulier par une régulation insuffisante de la pluralité de l'offre actuelle de soins de santé, publique et privée, entre le premier recours et les soins spécialisés et par l'insuffisante prise en compte de la prévention et de la promotion de la santé, au niveau de ses déterminants.*

Le rôle du citoyen en tant qu'acteur et partenaire dans les soins et la santé est marginalisé et peu reconnu. Par ailleurs, la transition politique et sociale et la crise économique influencent les capacités de mobiliser des ressources additionnelles pour le développement, et pour le bon fonctionnement des services publics. Ces éléments sont aggravés par *la mouvance de l'environnement international* qui se traduit par l'accentuation des inégalités entre le Nord et le Sud et le défi de recherche des opportunités de développement dans le monde où nous évoluons. L'augmentation des flux migratoires, dans le contexte de crise économique, génère des tensions sociales et politiques et provoque un phénomène de « fuite des cerveaux » vers les pays développés.

### **Des financements en crise, à réinterroger à l'aune des priorités**

Dans ce contexte, le financement actuel des soins de santé est en crise devant la spirale des dépenses et l'essoufflement du modèle de protection sociale et de soins dans les pays du Maghreb. Face aux iniquités d'accès et aux discriminations, les valeurs fondamentales de nos systèmes sont remises en question. Le financement aveugle et passif de soins curatifs, de plus en plus onéreux, à travers des mécanismes fragmentés, amène à des inefficiences criardes et des déséquilibres sociaux financiers dangereux. Avons-nous le droit d'ignorer ou continuer à occulter des questions telles que : financer quelles activités, pour quels bénéficiaires, avec quels acteurs, et pour quels résultats ?

N'est-il pas temps de nous orienter vers une offre stratégique des soins, pour cibler au mieux les priorités dans nos choix de santé ? Il n'y a pas de solution miracle et chacun de nos pays se doit, à travers le droit à la santé proclamé dans nos Constitutions et le chemin vers la couverture santé universelle tracé, de se positionner avec la « boussole » de la santé, entre le rêve de l'équité et de la qualité et la réalité de la pertinence et de l'efficacité.

#### **➤ « Tenir les deux bouts du système »**

A travers des exposés de personnes ressources, de travaux en petits groupes et des débats en plénière, l'atelier « santé et protection sociale » a visé, en associant divers profils de participants, à mieux connaître les systèmes de soins et de protection sociale de nos pays et mieux en comprendre les articulations, les évolutions, la place et le rôle de leurs divers acteurs : assurés, prestataires et pouvoirs publics.

En somme, une vision d'ensemble, au-delà des frontières imposées par des cadres d'analyse étroits.

Ainsi, le débat s'est ouvert à travers un cadre d'analyse qui insiste sur les interrelations et les interconnexions entre les six piliers du système de santé (en référence à celui de l'OMS) et qui introduit les acteurs du système et leurs logiques.

A travers cela, il a été rappelé que le financement des soins de santé est la résultante de stratégies d'acteurs, pas toujours convergentes et pas toujours alliées pour le même objectif : entre les professionnels avec leurs divergences, les gestionnaires qui planifient et contrôlent le système de santé selon des approches sectorielles étriquées et fragmentées, le monde marchand, composé de ceux qui participent à la

production et à la consommation des biens et dont l'objectif ultime est de faire des bénéfices et le monde politique ... tous baignant dans les « recommandations bienveillantes » des organisations et banques internationales.

Entre les logiques professionnelle, technocratique, économique et politique, l'orientation du système ne peut être que le résultat d'un compromis fragile entre ces logiques et entre les divers acteurs du système.

A travers des exercices et des travaux de groupes, et sur la base de données consolidée, publiées par l'OMS, les participants ont été amenés à analyser les systèmes de financement en Algérie et en Tunisie, aidés par des comparaisons internationales entre pays de divers niveaux économiques.

Ceci a permis à chacun d'apprécier le financement des soins de santé dans les deux pays et de repérer et prospecter les enjeux et les évolutions en cours.

Pour le futur, les participants ont été conduits à s'interroger sur la Couverture Santé Universelle que visent nos systèmes, à travers un exposé et des débats qui insistent sur la nécessité d'élaborer et de rendre explicite le « paquet de services essentiels pour tous » incluant des services préventifs, curatifs, de promotion et de réadaptation répondant aux besoins durant le cycle de la vie, établi et révisé périodiquement sur la base de données probantes. L'auteur de l'exposé qui a développé cette perspective a aussi appelé à augmenter progressivement le financement public à travers l'élargissement de l'assiette des cotisations à la sécurité sociale et l'accroissement de l'espace fiscal dédié à la santé.

### Offre et Organisation des soins : Quelles priorités ? (Atelier 3)



Déroulement des activités de l'Atelier 3

#### ➤ L'urgence de mettre le patient au centre du système

Les différences notées dans l'accès aux soins au sein de nos pays maghrébins, entre zones favorisées et zones défavorisées posent la question de l'équité et de la nécessité d'une meilleure organisation des soins ainsi que d'une meilleure gouvernance (pôles de santé, décentralisation...) visant à assurer les soins de proximité nécessaires pour nos concitoyens.

Par ailleurs, développer un système de santé centré sur le patient en développant la notion de « parcours coordonné de soins » tout en rationalisant d'avantage l'accès aux soins curatifs/préventifs et en garantissant le maximum d'efficacité du système de santé est devenu une nécessité, dont l'urgence n'est plus à démontrer.

Ces questions et d'autres ont été abordées dans l'atelier 3 de cette 7<sup>ème</sup> session de l'USPM. Dix-sept participants de différents profils ont pris part à cet atelier avec divers profils : médecins épidémiologistes (9), médecins gestionnaires (4), un chirurgien, un médecin dentiste, un psychologue et une directrice d'hôpital.

### ➤ **Comment faire ? Par quoi commencer ? Avec qui le faire ?**

Les échanges durant la semaine ont démarré avec la revue des définitions et des concepts de base en santé publique et en matière d'organisation des services de santé

Ensuite, l'intérêt et la spécificité de la première ligne de soins dans les systèmes de soins de santé dans les pays du Maghreb ainsi que la mise en place de la « Médecine de Famille » dans nos pays (exemple récent de la Tunisie), ont été traités.

Tout comme la place des soins spécialisés, abordés sous l'angle du parcours coordonné de soins systématisé par les professionnels d'une part (exemple de la maladie d'Alzheimer) et de l'itinéraire thérapeutique d'un patient à travers les résultats de deux enquêtes réalisées en Tunisie et au Maroc<sup>9</sup>.

Le rôle de la « Gouvernance » du système de santé, tant au niveau intra-sectoriel (système de soins de santé) qu'entre les différents secteurs de développement socio-économique d'un pays (intersectoriel), a été explicité et discuté. Cette dernière séquence a été illustrée par un film du Pr AP Contandriopoulos (Université de Montréal)<sup>10</sup>. Fort appréciée par les participants, elle leur a permis d'appréhender le rôle des différentes logiques qui régissent un système de santé : la logique professionnelle (les soignants), la logique technocratique (les financeurs), la logique démocratique (la société civile et les élus) et la logique marchande (ex : industrie pharmaceutique).



Hédi Achouri et Mohamed Belhoucine en interview avec la presse algérienne

<sup>9</sup> O. Brixi, S. Kallel, Itinéraires thérapeutiques en Tunisie 2017 ; Enquête Satisfactions/Insatisfactions des usagers, Maroc, 2019

<sup>10</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=JtUBJbnoMMs>

## Santé de la mère & du nouveau-né : Progrès ou manques à gagner? (Atelier 4)



Déroulement des activités de l'Atelier 4

### ➤ **Le palier ou « l'argent ne fait pas le succès »**

En dépit des efforts et des ressources injectés en Algérie, au Maroc et en Tunisie, les indicateurs de santé maternelle et néo natale (SMNN) ont stagné et les Objectifs du Millénaire<sup>11</sup> n'ont pas été atteints. La situation est encore plus sérieuse en Libye et en Mauritanie et dans de nombreux pays. Si bien que le nouvel agenda 2030 pour les Objectifs de développement durable revient sur ce sujet comme cible au niveau mondial. Par ailleurs, les disparités régionales en relation avec des iniquités socioéconomiques dans chacun des pays ralentissent toute amélioration.

### ➤ **Les déterminants socioéconomiques, ici, peut-être plus qu'ailleurs**

La presque totalité (99%) des décès maternels survient dans les pays en développement et près de 80% d'entre eux sont évitables.

Les déterminants socioéconomiques contribuent clairement aux écarts : pauvres/riches, instruites/non instruites, urbaines/rurales, etc. Souvent, ces déterminants sont à l'origine des retards à l'accès aux soins adéquats et conditionnent directement le pronostic vital de la femme et du nouveau-né. Jusqu'à présent, plusieurs stratégies ont été testées. Celles centrées sur la phase d'accouchement, et du post-partum, les plus pourvoyeuses de décès, ont été déployées depuis les années 2000. La mortalité maternelle et celle du nouveau-né étant étroitement liées, la surveillance rapprochée après l'accouchement est essentielle pour le continuum de soins.

### ➤ **La mortalité : le sommet de l'iceberg, qui cache la morbidité, bien plus fréquente**

La mortalité ne représente que le sommet de l'iceberg : la morbidité maternelle est de 20 à 30 fois plus prévalente. Mal documentée, elle est pourvoyeuse de maladies physiques ou mentales dont les femmes,

---

<sup>11</sup> OMD 4 : Cible 1 : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et OMD 5 : Cible 1 : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle ; Cible 2 : Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015

les familles et la société subiront les conséquences une vie entière. Au Maroc, on a commencé à développer des analyses systématiques de cas de morbidité maternelle sévère aigue (dites « Near miss »<sup>12</sup> maternels). Cette documentation permet, grâce aux femmes ayant survécu à de telles situations, de remonter les étapes et d'identifier les erreurs médicales afin de réajuster les comportements et la qualité des soins. Une partie importante des erreurs est due à un manque ou à une utilisation insuffisante de référentiels, l'OMS éditant des référentiels pouvant être applicables à tous les pays.

Les liens entre survie et qualité des soins, et surtout la présence d'un continuum entre les différents niveaux de soins ont été démontrés.

### ➤ **Travailler en amont**

Par ailleurs, la façon avec laquelle une femme vit son cycle de vie influe sur sa vie sexuelle et reproductive. Ainsi l'utilisation de la planification familiale à elle-seule peut réduire jusqu'à 30% la mortalité maternelle. L'accès à l'avortement dans de bonnes conditions contribue à réduire les 13 % supplémentaire du nombre de décès maternels dans le monde. La forte augmentation de l'utilisation des contraceptifs dans les années 1990 ne s'est pas poursuivie dans les années 2000, en raison du fléchissement de l'engagement politique, de la résistance montante, expliquée entre autres par des objections religieuses mal fondées, parmi les utilisatrices et le personnel de santé. Ces facteurs socioculturels exacerbent l'effet des faiblesses du système de santé, surtout concernant l'approvisionnement et la distribution de contraceptifs de qualité.

### ➤ **Changer les règles du jeu**

Durant l'atelier, les participants ont été amenés à discuter et à analyser les données de mortalité et de morbidité maternelle ainsi que leur évolution, les liens existants entre les différents niveaux de santé pour un continuum de soins, le rôle des systèmes de santé et des déterminants socioéconomiques, les liens à mettre en œuvre entre les différents secteurs, les communautés, les pouvoirs publics et les alliances pour aboutir à une amélioration de la santé maternelle et néo natale, les mécanismes de suivi et d'évaluation, mais aussi de la gouvernance et de la redevabilité indispensables en santé publique, enfin, le rôle de tout un chacun à tous les niveaux du système de soins afin d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

A partir d'une analyse causale de cas d'audits de décès maternels et de cas d'échappée belle, les discussions avec les participants devaient mener à réfléchir sur les stratégies et programmes de santé publique afin que le droit à la santé maternelle et néonatale soit effectif. L'importance de suivre les référentiels, de se focaliser sur chaque parturiente selon une approche centrée sur ses besoins et de façon empathique et humaine a été mise en exergue, en complément de l'approche purement médicale et techniciste.

Le concept de « game changer » ou l'intervention qui résulte en un plus grand gain dans la réduction de la mortalité et morbidité maternelle, la notion de participation de l'utilisateur ou « self care », l'importance de la multidisciplinarité et du travail d'équipe avec échange d'information en temps réel ont été largement débattus. La projection du film du Pr Fathalla « Pourquoi Mme X est-elle morte ? »<sup>13</sup> a illustré les débats et renforcé les messages.

La mutualisation et l'interaction avec l'atelier 2 « santé et protection sociale » intitulées « Quels chemins pour la Couverture Santé Universelle au Maghreb? » a permis aux participants de comprendre la difficulté des politiciens à faire des choix, dans un contexte de ressources limitées. Des exemples de génération de ressources en faveur de la santé de la mère et de l'enfant et en dehors du budget de l'état, ont été partagés.

---

<sup>12</sup> Qu'on pourrait traduire par « presque perdue » autrement dit sauvée de justesse ou « échappée belle ».

<sup>13</sup><https://onedrive.live.com/?authkey=%21Ar1YD6IAEAXSnGg&cid=5D203D15AB1553D6&id=5D203D15AB1553D6%214998&parId=root&o=OneUp>

L'étude de cas concrets de décès maternels et de morbidité grave et la mise en situation des participants, a permis une appréciation du problème de façon réaliste. Elle a aussi mis en exergue les insuffisances, voire les erreurs des équipes médicales, lorsque ces dernières ne travaillent pas de manière complémentaire et synergique, en favorisant la multidisciplinarité. Les participants ont réalisé l'importance de stabiliser l'état de la parturiente au premier niveau de contact avant d'assurer son transfert vers une structure sanitaire de référence, le pronostic vital pouvant être mis en jeu. Ceci nécessite un changement de comportement du personnel de santé, la mise en place de procédures adéquates et leur application (notamment assurer le lien avec le niveau supérieur de soins) pour une prise en charge optimale des parturientes.



Stand de l'ATRSS, partenaire de l'USPM 2019

## Santé et Qualité : Comment y parvenir en situation de déficit ? (Atelier 5)



Déroulement des activités de l'Atelier 5

### ➤ **Savoir-faire et savoir être**

Cet atelier a été l'occasion de s'initier à la notion de qualité des soins, de présenter l'évolution de ces concepts et de parcourir les outils de base de la qualité. Des savoirs faire ont également été visés : reconnaître les dimensions de la qualité des soins, identifier les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles et discuter la démarche qualité dans une organisation. Le savoir-être nécessitant un regard critique sur soi a été abordé grâce à un éclairage sur l'intervention de la pensée sociale dans l'intériorisation des concepts scientifiques. Le but étant de sensibiliser les participants à une perspective différente de la perspective experte scientifique portée à la fois par les professionnels de santé et par les patients et qui agit grandement dans la perception et les comportements en lien avec l'approche qualité.

### ➤ **L'amélioration de la qualité : une action continue**

Les échanges ont permis de mettre en relief le fait que la gestion de la qualité apparait de nos jours comme "la zone de combat" dans laquelle les organisations d'une manière générale, qu'elles soient publiques ou privées, doivent livrer bataille. Il devient désormais nécessaire de remettre en cause les principes de management hérités du taylorisme: les schémas d'organisation, mais aussi les modes de régulation sociale qui fonctionnent depuis près d'un demi-siècle. Il faut alors décroquer l'organisation, développer la communication, faire participer, mobiliser et former tous les personnels. Ce sont là les ingrédients de base du cadre de référence de la gestion totale de la qualité (TQM). Le TQM focalisé sur les besoins des patients, centré sur l'employé et comptant sur la participation active de tous, considère que l'amélioration du processus doit être une activité continue car il y a moyen d'améliorer constamment les opérations au fur et à mesure que le système évolue. Cela permet non seulement de résoudre les problèmes existants mais également d'empêcher d'autres problèmes de se manifester en reconnaissant d'avance leur éventualité d'apparition.

### ➤ **De la pratique aux concepts**

Cet atelier a été mené dans une approche pédagogique participative. En effet, la meilleure façon d'apprendre le management par la qualité est de procéder par des analyses et des discussions de cas sous forme d'exercices pédagogiques. Chaque exercice s'est déroulé en 3 temps : d'abord un travail individuel de résolution d'un problème en rapport avec un aspect de la qualité, puis discussion et mise en commun en petit groupe et enfin présentation en plénière. Les plénières sont suivies de discussion et d'une synthèse par les facilitateurs, qui met l'accent sur les concepts et les principes à retenir. C'est ainsi qu'a été abordé un des principes essentiels de la qualité qu'est la mesure. Celle-ci est un impératif de la qualité. Comment s'y prendre pour mesurer, pour évaluer si on fait bien les soins et services ? C'est en présentant les méthodes et outils qualité que les participants ont pu différencier les différentes approches et méthodes et ainsi recourir à tel ou tel outil.

## Les médicaments dans les politiques de santé (Atelier 6): Tous les médicaments, quels qu'en soient les coûts et les risques ou l'essentiel pour tous, en tout temps ?



Déroulement des activités de l'Atelier 6

### ➤ Le médicament n'est pas un produit banal

Les médicaments se situent à la base de toute prise en charge thérapeutique. Mais en même temps, ils possèdent plusieurs facettes aussi essentielles les unes que les autres.

Il s'agit d'un produit industriel, dont la fabrication fait appel à des technologies complexes. C'est aussi un objet de commerce car il a un coût et un prix souvent sans aucun lien entre eux. Cette composante commerciale génère des intérêts et à fortiori des conflits et des pressions sur les décideurs et les professionnels de santé.

De plus, le médicament n'est pas un produit ou un bien ordinaire dans la mesure où le patient ou l'utilisateur ne possède pas les connaissances pour guider son choix et ne peut pas différer sa prise.

Le prescripteur ne paie pas le médicament et le financeur (direct ou indirect) ne peut ni choisir le médicament ni décider de ne pas le consommer.

La recherche et l'innovation - ou ce qui en tient lieu - accompagnent le médicament de manière quasi-permanente et à tous ses stades de développement. Rares sont les domaines où la rigueur et la réglementation atteignent un niveau aussi élevé et complexe d'exigences.

### ➤ Qu'en est-il au Maghreb ?

Dans les pays du Maghreb, les dépenses liées aux produits pharmaceutiques représentent près du tiers des dépenses globales de santé. Les ménages supportent environ quarante pour cent de ces dépenses. Dans le secteur public, les produits pharmaceutiques constituent le premier poste budgétaire des dépenses des ministères de la santé, hors salaires.

Les débats au sein de l'atelier ont tourné autour de quelques questions-clé :

- Faut-il une ou plusieurs nomenclatures ?
- Faudrait-il continuer à se satisfaire des produits « à foison », dictés par des industriels/commerçants et des prescripteurs sous influence, ou opter pour des médicaments essentiels, eux-mêmes définis en lien avec le profil pathologique prévalent, là aussi établi sur des bases indépendantes ?
- Quel lien/liaison avec l'atelier 2 qui avance le Paquet de Services Essentiels accessible à tous, y compris sa composante « médicaments essentiels » ?

- Quelle place aux référentiels de bonne pratique, en termes de diagnostic (par exemple, à partir de quels chiffres est-on hypertendu ?) mais aussi en termes thérapeutiques pour éviter les sur-prescriptions ?
- Quelle régulation (État, ou agence) qui organise l'adhésion et la discipline sur la base d'arguments largement débattus et diffusés ? Les autorisations pour les produits et les établissements, l'inspection, la sélection, l'usage rationnel, les prix et le remboursement, la bonne gouvernance, la formation et la gestion des ressources humaines ne sont-ils pas les piliers d'une politique pharmaceutique nationale ?
- Quelles alliances commerciales entre pays producteurs et pays « consommateurs » d'un côté et entre pays « consommateurs » de l'autre côté ?
- Quel impact de la mondialisation à travers les accords de l'OMC et des divers accords de libre échange sur les prix, l'accès aux médicaments ... sur la santé et sur les industries pharmaceutiques nationales ?

Chemin faisant, le groupe a discuté d'actualités dans le domaine : distribution et pénuries, malfaçons et vigilance, contrebande et risques, innovations thérapeutiques et service médical rendu ...

### ➤ **Quel avenir ?**

Un aperçu sur les innovations dans les domaines thérapeutiques a permis de confronter les dimensions techniques et philosophiques de la médecine et de la biologie, à travers un aperçu de ce que pourrait nous réserver « le décryptage complet du génome est-il une étape décisive vers la lecture du grand livre du vivant ? La prédiction (prophétie) est-elle en train de se réaliser ? ».

Le décryptage complet du génome d'un nombre croissant d'individus au sein d'une même espèce, en particulier de l'espèce humaine, permet-il de prédire pour un futur proche : l'avènement de la médecine de précision, celle de la médecine personnalisée, la perspective d'une approche transhumaniste ?

### ➤ **Quelques recommandations**

- Mise en commun structurée des capacités de nos pays, au mieux via la création d'un centre de recherche maghrébin : un centre maghrébin de bioéquivalence en serait le premier pas.
- Rapprocher la réglementation des pays du Maghreb.
- Réaliser des études médico-économiques communes.
- Élaborer des référentiels de bonnes pratiques communs, notamment pour rationaliser l'usage de médicaments (ex: antibiotiques).



Walid HADDOUK, Hanns Seidel Maghreb/Djilali EL MESTARI, Directeur du CRASC/ Ahmed DJEBBAR, Professeur à l'Université de Lille (France), Chercheur associé au CRASC

## Des temps communs où les débats en ateliers se prolongent



Conférence inaugurale du Pr Ahmed DJEBBAR

### ➤ Une conférence inaugurale : « L'histoire de la médecine en pays d'Islam à travers les manuscrits » par le Professeur Ahmed Djebbar

Devant un parterre de scientifiques, de chercheurs et de professionnels de la santé publique venant du Maghreb et d'ailleurs, l'orateur a retracé le parcours de développement de la médecine arabo-musulmane depuis les aurores de l'islam jusqu'à nos jours.

Le brillant exposé a abordé notamment la problématique de l'exercice de la médecine traditionnelle dans l'espace arabo-musulman et le cheminement de la pensée scientifique en terre d'Islam.

Évoquant l'apparition des toutes premières structures hospitalières, ainsi que la parution des premiers traités de médecine et de pharmacologie, cet exposé riche et très instructif aura permis de souligner le rôle majeur qu'a joué la traduction des ouvrages grecs et persans, entre autres, dans le développement des sciences de la santé dans le monde arabe.

C'est en partie, cette même traduction, mais cette fois de l'arabe au latin, qui permettra à l'Europe médiévale de prendre le tournant de la renaissance puis, quelques siècles plus tard, de la révolution industrielle.

### ➤ Une table ronde sur « Le dialogue sociétal en santé : l'exemple tunisien »



Intervention de Inès AYADI

#### **Un contexte favorable, une démarche inclusive**

La Tunisie a vécu, à la fin de 2010 et début 2011, un changement politique majeur porté par l'exigence de liberté et de dignité appelant à la Démocratie, aux Droits de l'Homme et à l'Équité sociale et régionale. Ce changement a généré une nouvelle Constitution (janvier 2014) qui a tracé les contours de la nouvelle société tunisienne et qui reconnaît au citoyen ses droits humains dont le droit à la santé et à la couverture sociale.

Devant la nécessité de réformer le système de santé de manière profonde et durable, et croyant fermement à la démocratie sanitaire, le ministère de la santé a initié, « Le dialogue sociétal (DS) sur les politiques, stratégies et plans nationaux de la santé », lancé officiellement le 8 octobre 2012.

Le processus adopté pour engager cette initiative a tenu compte des leçons du passé lors de la conception et la mise en œuvre des réformes de santé notamment en matière de déficit de participation, de communication et de mécanismes de suivi. Ainsi, une approche participative et inclusive, plaçant la démocratie sanitaire au cœur de cette démarche de concertation a été adoptée. Elle ambitionnait d'établir des bases solides pour une réforme globale et consensuelle du système de santé tunisien visant la couverture sanitaire universelle et la mise en place d'un nouveau mode de gouvernance du système de santé qui fait du citoyen l'acteur central. Une réforme qui permette également la réalisation de l'ODD 3 (santé) et contribuer efficacement à l'atteinte des cibles en relation avec la santé dans les autres ODDs 2030.

Dans cette optique et comme son nom l'indique, le dialogue « sociétal » a amené l'ensemble des acteurs de la société, individus et institutions, sensibilités citoyennes, professionnelles, les experts et les décideurs politiques à se rencontrer pour mener ensemble une réflexion de fond sur l'avenir du système de santé en Tunisie, la façon de le réformer et les moyens d'y arriver.

## Une question fondamentale: « Comment le système de santé pourrait contribuer d'une manière efficace à concrétiser le droit à la santé? »

En se référant à trois piliers du droit à la santé à savoir : (i) l'accès universel à des services de santé de qualité, (ii) la participation citoyenne et le respect des droits individuels et collectifs des usagers et (iii) la gestion rationnelle des déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

Pour réussir ce processus, le dialogue sociétal s'est organisé en trois phases successives.

L'objectif de la première phase était de bâtir une compréhension commune, à travers des délibérations régionales et nationales, des enjeux majeurs pour l'amélioration de la santé en Tunisie et d'avancer vers un consensus entre toutes les parties prenantes sur les nouvelles orientations.

La deuxième phase devait permettre d'aboutir à un consensus sur les politiques, stratégies et plans stratégiques et opérationnels de santé.

L'objet de la troisième phase serait le suivi de la mise en œuvre et son évaluation périodique.

Concrètement, la phase 1 a comporté la réalisation d'un état des lieux discuté et validé lors de nombreux ateliers thématiques et d'une retraite avec toutes les parties prenantes, la production des rapports des échanges et débats menés lors des rendez-vous régionaux et du jury citoyen sur l'état des lieux et enfin l'adoption d'un consensus sur les orientations stratégiques de la réforme du système de santé lors de la Conférence Nationale de la Santé organisée du 2 au 4 septembre 2014. Ce consensus a été décliné sous forme d'une déclaration pour la concrétisation du droit à la santé en Tunisie et la publication d'un livre blanc intitulé « **POUR UNE MEILLEURE SANTE EN TUNISIE : FAISONS LE CHEMIN ENSEMBLE** ».

Après une période de flottement, imputable en grande partie aux changements fréquents de leadership, en particulier au ministère de la santé, la phase 2 du DS a débuté officiellement en juillet 2017. Inclusif et participatif, le projet de Politique Nationale de Santé « **POUR LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE, FAISONS LE CHEMIN ENSEMBLE** » a été présenté et adopté lors de la Conférence Nationale de la Santé le 27 juin 2019.

*Le « dialogue sociétal » donne la parole aux citoyens (usagers, professionnels, et experts) sur le devenir de la santé en Tunisie. Il est un processus pour la réforme du système de santé, pour nous, et à travers nous.*



L'artiste peintre Mokrane BOUZID offre une toile au CRASC

- Une conférence mutualisée entre plusieurs ateliers
- « Les listes de médicaments essentiels (LME)<sup>14</sup> sont-elles (doivent-elles être) limitées aux PED ? » par le Professeur Michel Thomas<sup>15</sup>



Conférence du Pr Michel THOMAS

Si à l'origine, la première liste de 208 molécules publiée par l'OMS ciblait les besoins des pays en développement, en 1990 l'OMS incitait les pays développés à établir leur propre liste.

### La LME : Une idée innovante et rationnelle, des fortunes diverses...

Succès inégal dans les pays en développement, ruptures d'approvisionnement et stigmatisation par les usagers (« médicaments des pauvres ») aidant. Ainsi, au Maroc en 2007, la LME comptait 247 molécules, en Mauritanie 257. Ces chiffres augmentent avec les révisions successives. Les BRICS aussi ont adopté la LME. Ainsi, l'Inde retient 319 molécules (2013), la Chine 317 (2013), le Brésil 324 (2010) et l'Afrique du Sud 192 molécules pour les soins primaires, 365 pour les soins hospitaliers spécialisés (2008). En Europe, seuls quatre pays<sup>16</sup> l'ont fait mais pour la plupart, le nombre de molécules reste très élevé : 700 pour la Slovaquie (2010), 597 pour la Bulgarie(2011), 433 pour la Slovénie (2010).

### Un bon exemple : La Suède

Le bon exemple vient cependant de la Suède qui se dote dès 1996 de Comités pour les médicaments et la thérapeutique créés à l'échelon régional dès 1996. Ainsi, le Comité de Stockholm élabore sa « Kloka listan », la liste sage, qui comporte (2013) 184 molécules « pour les généralistes hospitaliers et libéraux », et 76 molécules « pour les soins spécialisés », soit au total 260 molécules, liste parfaitement bien connue et respectée par 88% des praticiens des soins de santé primaires.

<sup>14</sup> Tels que définis par l'OMS, les médicaments essentiels sont ceux qui répondent aux besoins de soins de santé prioritaires de la population. Ils sont sélectionnés en tenant dûment compte du bien-fondé de la santé publique, des faits sur l'efficacité et l'innocuité, et du rapport coût-efficacité comparatif. Les médicaments essentiels doivent être disponibles dans le cadre des systèmes de santé opérationnels à tout moment et en quantités suffisantes, dans des formes posologiques appropriées, de qualité garantie et portant l'information adéquate et à un prix à la portée de l'individu et de la communauté.

<sup>15</sup> Professeur Emérite de Médecine Interne.

<sup>16</sup> Pologne exclue car la liste ne concernait que les molécules de cardiologie.

Cette LME permet des économies substantielles: 800 à 1000 millions de couronnes (80 à 100 millions de dollars US) grâce à des rabais à l'achat, à l'amélioration de l'adhérence au traitement et à la prescription en ligne. Elle permet aussi une amélioration de la qualité de soins en rapport avec des activités formatives. En 2018, 18000 participants ont bénéficié de ces formations grâce à 800 sessions organisées. A cette date, la liste actualisée comprend 275 molécules (liste principale d'environ 215 et liste complémentaire de 60), hors anticancéreux et hors vaccins.

### **Le contre-exemple ou les effets délétères du « laisser-faire » de l'État et de la pression des lobbies**

En s'attardant sur le cas de la France, le conférencier souligne la surabondance avec près de 4000 molécules sous plus de 10 000 formes galéniques en 2016. Chiffres à l'appui, il dira que cette surabondance masque la pauvreté des innovations et favorise la fréquence des effets indésirables parfois longs à être démasqués, et parfois à l'origine de scandales (médiateur, valproate).

Dans ce contexte, en 2011, des médecins internistes de la SNFMI<sup>17</sup> ont initié un effort pour « établir la liste des 100 médicaments capables de traiter 95% des pathologies observées en France hors vaccins et hors maladies rares (<5/10000 habitants) ». Cela a donné lieu à une publication en 2013<sup>18</sup>. Puis un travail associant des généralistes a aussi identifié 100 médicaments essentiels. La fusion des deux listes a abouti à 151 molécules dont 144 ont été largement validées.

Mais ce travail s'est heurté à des difficultés pour publier ses résultats, les différentes versions proposées ayant toutes été refusées par les comités de lecture de « la Presse Médicale » et de la « Revue de médecine Interne » sans véritable motif valable.

Malgré la loi de Santé de janvier 2016, la Haute Autorité de la Santé (HAS) française reste muette sur le sujet alors que les ruptures d'approvisionnement deviennent courantes (868 en 2018 contre 48 en 2008, 1200 prévues en 2019) et devraient logiquement remettre sur le tapis la question des médicaments essentiels.

Cette tiédeur à aborder le sujet est largement liée à la pression des lobbies (spécialités et même associations de malades) au service de Big Pharma, « devenue une énorme machine » qui « ne se préoccupe plus de la santé mais de ses intérêts » (M.B. Jacobsen, mai 2016).

### **En conclusion**

Le Professeur Thomas dira que « des pays en développement aux pays développés, la formidable course aux profits qui dirige l'industrie pharmaceutique, avec l'abandon de molécules « non rentables » mais cependant vitales pour de nombreux patients, l'invasion du marché par de nouveaux produits scandaleusement chers et d'efficacité pas toujours prouvée (et en tous cas souvent très limitée à peu de patients), remet en pleine lumière la nécessité d'établir, de mettre à jour les listes de médicaments essentiels », avant de s'interroger :

*« Mais sommes-nous, nous professionnels de la santé, le pot de terre contre le pot de fer ? »*

---

<sup>17</sup> SNFMI : société nationale française de médecine interne.

<sup>18</sup> « Les 100 médicaments essentiels, une approche de médecine interne » Rev Med Int. 2013, 34: 460-4).

➤ **Une controverse : Les soins de santé primaires : utopie, faillite ou avenir ?  
ou par où commencer : Soins de base ou Soins spécialisés ?**



Dr Omar BRIXI, Dr Fayçal BENSALAH et Pr Saïd Mostefa KARA

Modérée par le Dr Fayçal Bensalah et animée par 2 protagonistes<sup>19</sup> : le Professeur Saïd Mostefa Kara et le Dr Omar Brixi, cette controverse a constitué une opportunité pour engager un débat sur l'apport réel de la stratégie des soins de santé de base et de la première ligne dans la performance de nos politiques de santé ainsi que sur leurs capacités à répondre aux besoins et attentes des citoyens, et à s'adapter aux réalités du 21<sup>ème</sup> siècle en rapport les avancées de la médecine et des sciences, l'extension du libéralisme politique et économique ainsi que l'émergence de nouvelles formes sociétales complexes. Devant une assistance active et engagée, la rencontre commence par une brève introduction du Dr Bensalah rappelant les principes de la déclaration d'Alma-Ata (1978) sur les soins de santé primaires et l'adhésion des pays maghrébins à cette déclaration ; « 41 ans après, l'heure est au bilan » dit-il.

Le Dr O. Brixi introduit son argumentaire en retraçant les acquis en santé accomplis par les pays maghrébins depuis leurs indépendances (baisse de la mortalité, baisse des maladies transmissibles, baisse des maladies carencielles, augmentation de l'espérance de vie). Ces acquis ont été permis grâce à un dense maillage en Centres de Santé de Proximité (CSP) appelés à l'époque centres de santé de base/primaire/ambulatoire, etc. Ces unités de soins et de prévention étaient incluses avec les établissements hospitaliers de références, dans des secteurs couvrant un territoire, touchant une population et offrant un ensemble de services de santé organisés en lignes (de la 1<sup>ère</sup> à la 2<sup>ème</sup> jusqu'à la 3<sup>ème</sup>, la plus spécialisée).

Néanmoins le système s'est épuisé et il a besoin d'être repensé afin qu'il puisse répondre à l'évolution à la fois démographique, épidémiologique et celle des exigences citoyennes. La santé est devenue un droit réclamé avec force par des citoyens de plus en plus exigeants.

Le Pr S. Kara consent aux acquis du système de santé tel que structuré au début de l'indépendance, néanmoins, en observant la courbe de mortalité infantile, il limite ces résultats à la période s'étalant de 1962 à 1985 depuis laquelle cette courbe a fortement chuté. Depuis cette courbe ne baisse que plus

<sup>19</sup> Le Dr Omar Brixi défendant une réforme du système de santé à partir de la base face au Dr Saïd Mostefa Kara soutenant la nécessité d'opter pour les soins spécialisés.

lentement. Ensuite, sur la base de comparaison des taux de mortalité infantile entre les pays du Maghreb, le Dr Kara en déduit qu'il faudra investir plus dans les soins spécialisés et renforcer les investissements en ressources et moyens techniques adéquats (néonatalogie, réanimation...) pour améliorer ces taux en Algérie. De même, les besoins des citoyens ont changé, dit-il. Une médecine de qualité nécessitant des moyens et des compétences pour s'adapter mieux aux changements que connaissent nos sociétés contemporaines.

Le débat, conduit avec brio par le Dr F. Bensalah, a permis de rééquilibrer les points de vue en rappelant que les soins de santé de base gardent toute leur importance dans nos pays pour agir en amont de la maladie par la promotion de la santé et une action multisectorielle. Ceci d'autant plus que le coût de la prise en charge des maladies non transmissibles émergentes (HTA, Diabète, cancers,...) est très élevé. Nos pays n'en ont pas les moyens ni aujourd'hui, ni demain.

Repenser le parcours de soins semble constituer une piste sérieuse pour une future réforme.

Le format de la controverse, pratique réitérée dans les Universités de santé publique de ce genre, permet de confronter des arguments en faveur ou opposés à une question.

Après un débat assez large, les orateurs nuancent leurs argumentaires. Cette façon de faire pousse les participants à de vifs débats, dans une ambiance respectueuse sans complaisance, et leur permet, in fine, non d'épouser un point de vue mais de se faire leurs propres opinions.

## Un journal, le temps de l'Université : La Gazette

*Un journal amateur ? Quotidien ? Pourquoi, pour qui ? Comment ?*

*A Besançon, Dakar, à Sousse, Rabat ou à Haïti, la tradition prise dans le cadre de nos Universités « éphémères », a été marquée par la confection et la publication d'un journal quotidien. Un quatre pages réalisé par des participants, volontaires, plus ou moins sollicités, pour, à partir d'une maquette mise à nos goûts par des professionnels, prennent leurs plumes ou plutôt leurs claviers.*

*Reflétant les images, les parcours et profils des participants, ainsi que leurs idées et témoignages sur leurs vécus durant cette semaine, cette publication, tirée tous les soirs ou tôt le matin est distribuée sur papier à tous les présents et diffusée en ligne à tous les absents, amis et curieux intéressés.*

*Liant pendant cette semaine, en interne et à l'externe, cette publication marathon et faite par des profanes est disponible sur les sites des institutions qui ont accueillis l'USPM tout au long de son périple.*



## Les partenaires de l'USPM



Le CRASC d'Oran (Algérie) est un établissement public à caractère scientifique et technologique (EPST) créé en 1992 et qui a pour missions, entre autres, de développer la recherche fondamentale et appliquée en anthropologie sociale et culturelle, d'assurer la formation, le perfectionnement et la qualification des chercheurs, ainsi que d'organiser et promouvoir des rencontres entre chercheurs en vue de favoriser les échanges et la maîtrise de l'information scientifique. Le CRASC a hébergé, co-organisé et financé en grande partie l'USPM7.



Dès la deuxième session de l'USPM, en 2013, la Faculté de Médecine de Sousse (Tunisie), connue entre autres, pour son intérêt pour le développement de la médecine communautaire et de famille, est devenue un soutien solide et un compagnon de route de l'USPM. Elle a hébergé plusieurs sessions dans ses locaux, à titre gracieux, et a apporté sa contribution, notamment au montage et à la facilitation de l'atelier 5.



Etablissement public sous tutelle du Ministère de la Santé, l'ENSP de Rabat (Maroc), institution de formation, de recherche, d'expertise, et d'appui au système de santé, est devenu un partenaire de l'USPM. En plus d'avoir co-organisé, co-financé et hébergé la cinquième session de l'USPM, elle a apporté son soutien pédagogique notamment à travers l'ingénierie et la facilitation de l'atelier 4 de l'USPM7.



La faculté de médecine de Tunis (FMT), la plus ancienne de Tunisie, a abrité la 1<sup>ère</sup> session de l'Université de Santé Publique du Maghreb en 2012. Parmi ses nombreux et illustres enseignants, elle compte le Pr Bechir Zouari, parrain et soutien dès le départ, de notre USPM.



La faculté de médecine d'Oran a accompagné l'USPM dès 2016 et a contribué financièrement au succès de cette 7<sup>ème</sup> session en prenant en charge le voyage et le séjour de deux illustres experts qui ont enrichi les débats par leurs interventions et leur présence tout au long de la semaine.



L'agence Thématique de Recherche en Sciences de la Santé, a soutenu la 7<sup>ème</sup> session de l'USPM avec une somme considérable qui a permis le bon déroulement et la réussite de cette rencontre.

## Les soutiens de l'USPM 7



Le Bureau de l'UNFPA en Tunisie a été un soutien indéfectible de l'USPM dès sa naissance en 2012. Son appui multiforme ne s'est jamais démenti. Cette année encore, il a appuyé la participation de quelques-uns des participants tunisiens à l'USPM7.



@OMS Tunisie

Le bureau de l'OMS de Tunisie a consenti, malgré des délais très courts, à soutenir un certain nombre de participants tunisiens à la session 7 de l'USPM à Oran.



La Conférence Régionale des Universités de l'Ouest algérien, a tenu à soutenir quelques participants de la 7<sup>ème</sup> session de l'USPM à Oran.

## Les sources de financement

Pour financer l'USPM 7, il a été fait appel aux sources suivantes :

1. Les frais d'inscription (forfaitaire) des participants.
2. L'Institution hôte : Le CRASC a mis à disposition toute sa plateforme pédagogique et a mobilisé d'autres prestataires de services et d'autres partenaires institutionnels (ATRSS, Fac. de Médecine Oran, CRUO....).
3.  La Fondation Hanns Seidel au Maghreb (basée en Tunisie) : Fondation Bavaroise, qui inscrit son action, entre autres, dans l'appui au développement économique et social aspirant ainsi à contribuer à un développement pacifique et des relations harmonieuses entre les peuples. La fondation a pris en charge les voyages et l'hébergement de tous les facilitateurs tunisiens et marocains, ainsi que l'hébergement d'une partie des participants.
4. OMS et UNFPA de Tunis ont également contribué à la prise en charge de certains participants.
5. Dons pour la Gazette : Deux facilitateurs qui ont voulu garder l'anonymat, ont financé à titre gracieux l'impression sur papier de la Gazette.
6. Autofinancement : Certains facilitateurs et certains participants algériens ont pris en charge eux-mêmes leurs déplacements ou leur hébergement ou les deux. Enfin, il est à préciser que tous les facilitateurs et intervenants ont offert leurs prestations sans aucune contrepartie financière.

## Nos liens d'intérêts

Tous les membres du Comité Pédagogique et tous les facilitateurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt direct ou indirect avec l'industrie pharmaceutique ou avec des entreprises engagées dans la production ou la commercialisation du tabac.

Groupe d'Initiative (les promoteurs de l'USPM)

### ➤ Pour l'Algérie

Mohamed Belhocine : Professeur Médecine Alger (en retraite), Ancien fonctionnaire OMS, PNUD, Omar Brixi, Médecin : Enseignant de santé Publique, Ancien Directeur de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Alger.

Feu Saada Chougrani : Professeur de santé publique, Faculté de Médecine Oran (décédé).

### ➤ Pour le Maroc

Mohamed Akrim, Professeur ENSP Rabat.

### ➤ Pour la Mauritanie

Hacen Mahmoud Mohamed : Médecin de santé publique, ancien fonctionnaire OMS, Mauritanie.

### ➤ Pour la Tunisie

Bechir Zouari : Professeur de santé publique (en retraite), Faculté de Médecine de Tunis.

Abdelmadjid Benhamida : Professeur de santé publique (en retraite), Faculté de Médecine de Tunis.

Abdelwahed Abassi : Médecin de santé publique(en retraite), Ancien fonctionnaire OMS.

Hedi Achouri : Médecin de santé publique(en retraite), Ancien directeur général Ministère de la santé.

Leila Joudane : Médecin de santé publique, Représentante internationale UNFPA (ONG Nations Unies).

Ali Mtiraoui : Professeur de santé publique, Recteur de l'Université de Sousse.

## Bibliographie sélective

### Documents globaux

1. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé :  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1)
2. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, 1978 :  
[https://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/)
3. Déterminants sociaux de la santé : Rapport de l'OMS :  
[https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/fr/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/)
4. Données sur le Développement humain :  
<http://hdr.undp.org/fr/data>
5. Données globales et profils pays : <http://www.healthdata.org>

### Systemes de santé

6. Couverture sanitaire universelle :  
[https://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/fr/](https://www.who.int/universal_health_coverage/fr/)
7. Dépenses de santé :  
Sur votre navigateur, rechercher Taper Global Health Expenditure Data, qui vous amènera sur <https://apps.who.int/nha/database>
8. Mesure de la performance (accès aux soins et qualité) :  
Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016 - The Lancet, Vol 391 June 2, 2018

### Médicaments

9. Débats sur les sur- et sous-médicalisation, surdiagnostics et surtraitements :  
[Surmedicalisation.fr](http://www.surmedicalisation.fr)
10. Innovation pharmaceutique et accès aux médicaments – Synthèse :  
<http://www.oecd.org/health/health-systems/Innovation-pharmaceutique-et-acc%C3%A8s-aux-m%C3%A9dicaments-Synth%C3%A8se.pdf>
11. L'accès aux médicaments au regard du droit à la santé :  
[https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SForum/SForum2015/OHCHR\\_2015-Access\\_medicines\\_FR\\_WEB.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SForum/SForum2015/OHCHR_2015-Access_medicines_FR_WEB.pdf)
12. L'accès aux médicaments essentiels fait partie intégrante du droit à la santé :  
[https://www.who.int/medicines/areas/human\\_rights/fr/](https://www.who.int/medicines/areas/human_rights/fr/)
13. L'Afrique face au défi de l'accès aux médicaments :  
<https://www.euractiv.fr/section/aide-au-developpement/news/lafrique-face-au-defi-de-laccès-aux-médicaments/>
14. Produits pharmaceutiques :  
[https://www.who.int/topics/pharmaceutical\\_products/fr/](https://www.who.int/topics/pharmaceutical_products/fr/)

### Données pays

15. Tunisian Health Examination Survey 2016 :  
<http://www.santetunisie.rns.tn/images/rapport-final-enquete%20-9mai2019.pdf>

## Annexe : Données et Indicateurs en santé

Ces tableaux reconstitués à partir de plusieurs sources rappellent des données et montrent les évolutions avec leurs points forts et leurs zones grises.

**Tableau 1 : Caractéristiques socio sanitaires des pays du Maghreb dans les années 1950/1960**

	Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie
Superficie (milliers Km2)	2 382	447	164	1 760	1 026
Population 1960 (millions hab.)	11,30	12,36	3,90	1, 432	0,860
Taux de Natalité (pour 1000 hab.)	49,9	50,9	50,7	50,8	49,3
Taux de Mortalité (pour 1000 hab.)	20,5	18,5	22,2	24	20,3
Taux de Mortalité Infantile (pour 1000 hab.)	148,3	138,2	207,4	199,8	128,9
Indice Synthétique Fécondité (enfants/femme)	7,65	7,07	7,04	7,54	6,78
EVN (Hommes, Femmes, années,)	46,1	48,5	42	42,6	43,5
RMM (100 000NV)	NR	631 (1972)	NR	NR	NR

Source : Institut national d'études démographiques [www.ined.fr](http://www.ined.fr), ONU, 2012.

[http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/population\\_graphiques/](http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/population_graphiques/)

Source Maroc : CERED 1997.

**Tableau 2 : Quelques caractéristiques des évolutions socio-sanitaires de ces pays en 2013**

	Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie
Superficie (milliers Km2)	2 382	447	164	1 760	1 026
Population 2013 (millions hab.)	38, 3	33, 0	10,9	6,5	3,7
Taux de Natalité (pour 1000 hab.)	26	22	19	22	35
Taux de Mortalité (pour 1000 hab.)	5	6	6	4	9
Taux de Mortalité Infantile (pour 1000 hab.)	23	28	16	15	73
Indice Synthétique Fécondité (enfants/femme)	3,0	2,7	2,2	2,5	4,8
EVN (Hommes, Femmes, années,)	76/77	69/72	73/77	73/77	60/ 63
RMM (100 000NV)	120	110	60	64	550

Source Ined n° 503 septembre 2013 « Populations § Sociétés »<sup>20</sup>.

Source revue des offices statistiques de ces pays et de nos propres études.

<sup>20</sup> Avec un peu plus de 7 milliards d'habitants en 2013, la population mondiale a été multipliée par 7 au cours des deux derniers siècles, et devrait continuer à croître jusqu'à atteindre 10 à 11 milliards à la fin du XXI<sup>e</sup> siècle. Tous les pays du monde (2013) Gilles Pison.

**Tableau 3 : Caractéristiques socioéconomiques**

	Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie
<b>Superficie (milliers Km<sup>2</sup>)</b>	2 382	447	164	1 760	1 026
<b>Population 2013 (millions hab.)</b>	40,6	33,9	1,2	6,3	4,0
<b>Taux de croissance (pour 1000 hab.)</b>	17,1 (-1,94)	13,2 (-1,56)	10,4 (-3,36)	11,2 (-4,42)	23,6 (0)
<b>RNB/hab. (PPA \$Int)</b>	8110	4400	7810	16 400	1960
<b>DS/PIB %</b>	5,4	5,3	6,4	3	2,6
<b>DS/hab. (PPA \$Int)</b>	437	231	500	502	54
<b>IDH**(2013)</b>	0,717 (93é)	0,617 (129é)	0,721 (90é)	0,784 (55é)	0,487 (161é)
<b>RAC Ménages (% DS)</b>	13,2*	55	40	29,7	38,6
<b>Indice de Gini ***</b>	0,355	0,395	0,358	NR	0,390

Sources : OMS, 2011.

<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques;>

[cartes/population-graphiques/http://www.statistiques-mondiales.com/idh.htm](https://www.statistiques-mondiales.com/idh.htm)

\*Notons que pour l'Algérie, si l'accès aux soins cliniques reste pour l'essentiel « gratuit » ou remboursé, celui des médicaments et des autres dépenses liés aux examens, au transport, à l'hébergement grèvent les budgets des ménages.

\*\* IDH : indice indiquant le niveau de vie d'un pays tenant compte, à parts égales, de l'EVN, du taux de scolarisation et d'alphabétisation des adultes, et du PIB/hab. en ppa.

\*\*\* Indice de Gini: coefficient qui mesure l'inégalité des revenus dans un pays. Le chiffre 0 égale à une égalité parfaite. Le chiffre 1 à une inégalité totale.

<https://www.google.fr/#q=les+programmes+d%27ajustement+structurel+en+afrique+du+nord+>

<http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001013/101383Fo.pdf>

ISSN 1111-2050

# Insaniyat

Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales



## La santé au quotidien dans les pays du Maghreb

Mohamed MEBToul • Houari BENKADA • Abdelkrim HAOUARI  
Abdelmalek ADDA BOUDJELLEL • Marc-Éric GRUÉNAIS • Élise GUILLERMET  
Bouchaib MEJDOUL • Karima ARAOUI • Hocine FSIAN  
Sarrah Samra BENHARRATS • Nawal BOUDECHICHE

### Hommage

Mohamed Brahim SALHI

### VARIA

Faouzi ZERAI

Samira CHOUCHEM, Nadia CHAOUCH, Safouane TRABELSI et Raja AMRI



22<sup>e</sup> année - numéro double 80-81  
avril - septembre 2018

Le Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle, CRASC

Siège : CRASC, Technôpole Usto – Bir El Djir – B.P. 1955  
Oran – El-M'Naouer 31000 – ALGERIE

Tél : (213) (041) 62 06 95

(213) (041) 62 07 05

(213) (041) 62 07 11

Fax : (213) (041) 62 06 98

E-mail : [contact@crasc.dz](mailto:contact@crasc.dz)

Site web : [www.crasc.dz](http://www.crasc.dz)