

Analyse

La transition sanitaire en Tunisie au cours des 50 dernières années

A. Ben Hamida,¹ R. Fakhfakh,¹ W. Miladi,¹ B. Zouari¹ et T. Nacef¹

الانتقال الصحية في تونس على مدى 50 عاماً

عبد المجيد بن حميدة، رضوان فحفيخ، وهيبه ميلادي، بشير زواري، توفيق ناصف

الخلاصة: تستعرض هذه الورقة التحوّلات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية السريعة التي شهدتها تونس على مدى الخمسين عاماً الماضية. أما من الناحية الديموغرافية فقد انخفض معدل الوفيات الإجمالي من 19 وفاة لكل ألف في عام 1956 إلى 5.7 وفاة لكل ألف حالياً؛ كما انخفض معدل وفيات الرضع من 150 وفاة لكل ألف عام 1956 إلى 26.2 وفاة لكل ألف في الوقت الحاضر. وبالمقابل ارتفع مأمول الحياة المتوقع عند الولادة من 50 عاماً إلى 72 عاماً خلال نفس الفترة. أما على الصعيد الاجتماعي والاقتصادي، فإن عدد سكان المناطق الحضرية ارتفع من 25% من إجمالي السكان إلى 62%، كما ارتفع معدل الإلمام بالقراءة والكتابة لدى السكان من 15% إلى 73%، وارتفع دخل الفرد خمسة أضعاف دخله السابق. أما من الناحية الوبائية، فإن الأمراض العدوائية وأمراض الفترة المحيطة بالولادة التي كانت شائعة في عقد الستينات قد انخفضت، في حين ارتفعت معدلات الأمراض المزمنة والأمراض التنكسية. وارتفع ما يُنفق على الصحة من الناتج الإجمالي المحلي خلال الخمسين عاماً الماضية من 3.8% إلى 6.2%. كما ناقشت هذه الورقة وقع هذه التغيرات على النظام الصحي التونسي ومتطلبات التكيف مع الرعاية العلاجية والوقاية من عوامل الاختطار.

RÉSUMÉ Cette étude décrit les principaux aspects des trois types de transition – démographique, socio-économique et sanitaire – observés en Tunisie au cours des 50 dernières années. Sur le plan démographique, le taux brut de mortalité et le taux de mortalité infantile sont passés respectivement de 19 pour 1000 et de 150 pour 1000 en 1956 à 5,7 et 26,2 actuellement, l'espérance de vie à la naissance passant de 50 à 72 ans pour la même période. Sur le plan socio-économique, la population urbanisée est passée de 25 à 62 %, le taux d'alphabétisation des adultes de 15 à 73 % et le revenu par habitant a été multiplié par 5 en termes réels. Au plan épidémiologique, la morbidité prévalente dans les années 60 de type infectieuse et périnatale a régressé tandis que les maladies chroniques et dégénératives ont progressé. Au cours des 50 dernières années, la part des dépenses de santé dans le PNB est passée de 3,8 % à 6,2 %. Les implications futures de ces changements pour le système de santé tunisien et la nécessaire adaptation tant au niveau de la prise en charge thérapeutique que de la prévention des risques y sont discutées.

Health transition in Tunisia over the past 50 years

ABSTRACT We describe the dramatic demographic, socioeconomic and health changes witnessed in Tunisia over the past 50 years. Demographically, the gross mortality rate and the infant mortality rate have gone from 19 per 1000 and 150 per 1000 respectively in 1956 to 5.7 per 1000 and 26.2 per 1000 now, and life expectancy at birth going from 50 to 72 years for the same period. Socioeconomically, the urban population has risen from 25% to 62%, the literacy rate from 15% to 73%, and the per capita income has increased 5-fold in real terms. Epidemiologically, the infectious and perinatal diseases prevailing in the 1960s have decreased whereas chronic and degenerative diseases have risen. The proportion of the GNP related to health expenditure has risen from 3.8% to 6.2%. The implication of these changes on the Tunisian health system and the need to adapt in terms of curative care and prevention of risks are discussed.

¹Faculté de Médecine de Tunis, Tunis (Tunisie).

Reçu : 24/06/02 ; accepté : 07/10/03

Introduction

En ce début du XXI^e siècle et du troisième millénaire, jamais les progrès accomplis par l'homme, en particulier dans le domaine sanitaire et scientifique, n'ont été aussi porteurs de défis et de paradoxes. Ainsi, la réduction parfois spectaculaire de l'incidence et de la charge des maladies transmissibles ainsi que des maladies périnatales dans de nombreuses régions du monde a permis l'allongement de l'espérance de vie à la naissance, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement ; cet état de fait a entraîné la survie d'un nombre croissant de personnes de plus en plus exposées au risque de maladies chroniques non transmissibles – sans oublier la persistance du risque infectieux – associées au développement de nouvelles pathologies, qualifiées de maladies de la « civilisation ».

Qu'il s'agisse des « maladies de dégénérescence » (cardiopathies ischémiques, hypertension artérielle, diabète, cancers, etc.) ou des « maladies de société » (accidents, troubles mentaux, infections sexuellement transmissibles et SIDA, affections associées aux risques professionnels, additifs alimentaires, radiations, etc.), ces affections sont en fait plus chroniques, plus invalidantes et surtout plus coûteuses [1,2].

Ces changements du profil de la morbidité sont associés à des changements d'ordre démographique et socio-économique et sont qualifiés de « transition épidémiologique » (ou « sanitaire »), « transition démographique » et de « transition socio-économique », cette dernière étant notablement accélérée par ce que l'on appelle actuellement la « mondialisation », concept qui repose sur une vision économiste du monde, considérant ainsi la sphère économique au-dessus de la sphère sociale, et recouvre toute une série de réalités nou-

velles (recherche par exemple d'une rentabilité financière accrue de chaque employé, en laissant de côté toute considération humaine d'équilibre ou de bien-être personnel). Ceci va avoir une répercussion sur les modes de vie. Cette « triple transition », qui touche tous les pays du monde, s'inscrit en fait dans un long processus d'ensemble, parti de l'Europe occidentale depuis la révolution industrielle au XVIII^e siècle et qui s'est lentement propagé par la suite aux autres régions du monde, à des moments et à des rythmes différents, selon leur degré d'urbanisation, d'industrialisation et aussi de socialisation (collectivisation des moyens de production) [3].

En Tunisie, pays en développement « intermédiaire », plusieurs changements se sont produits depuis l'indépendance du pays en 1956 [4,5]. Cette étude se propose de décrire les principaux aspects de ces trois types de transition (socio-économique, démographique et sanitaire) observés dans le pays au cours des 50 dernières années, ainsi que leurs implications futures, pour le système de santé, en particulier en termes d'organisation et de coût.

Méthodes

Les années de recensement général de la population ont été choisies comme années de référence, et à défaut, les années les plus proches sont prises en compte.

Les indicateurs ont été choisis en fonction de leur aptitude à refléter chacune des transitions dans les 3 domaines de l'étude. Ainsi, les principaux indicateurs utilisés pour caractériser l'évolution de la situation démographique furent le taux de natalité et les taux de mortalité globale et spécifique avec les corrections usuelles utilisées par l'Institut National de la Statistique (INS).

L'étude de la transition socio-économique s'est basée essentiellement sur l'évolution de quelques indicateurs, témoins de la modification du mode de vie du Tunisien depuis l'indépendance, tels que la consommation alimentaire, les conditions de logement, le revenu par habitant, la scolarisation, l'activité professionnelle, les habitudes de vie (comme le tabagisme).

Quant à l'étude de la transition épidémiologique en Tunisie, elle a porté en particulier sur :

- l'évolution des principales causes de mortalité par groupes de maladies ;
- l'évolution de l'incidence de certaines maladies transmissibles ;
- l'évolution des principaux facteurs de risque cardio-vasculaire, en particulier de la prévalence du diabète et de l'hypertension artérielle (HTA), ainsi que l'évolution de l'incidence de certains cancers, des maladies respiratoires et de la santé mentale.

À côté des diverses publications scientifiques (sources bibliographiques), les données ont été recueillies auprès de différentes sources [6]: les résultats des recensements publiés par l'Institut National de la Statistique, les documents et rapports publiés par le Ministère de la Santé, les rapports des enquêtes menées par différentes institutions, les publications par les organismes des Nations Unies (OMS , PNUD, UNICEF) et la Banque mondiale.

Résultats

Transition socio-économique

Le pourcentage de la population urbanisée est passé de 25 % en 1956 à 62,4 % en 1999 ; celui de l'alphabétisation des adultes, de près de 15 % à 73 % depuis l'indépendance. Une amélioration progressive des conditions de vie a été également

enregistrée avec un taux de raccordement à l'eau courante passant de 14,2 % en 1966 à 68,3 % en 1994 et 75,2 % en 1999 (Tableau 1).

Sur le plan économique, la part de l'emploi agricole est passée de 74,7 % en 1956 à 22,0 % en 1999, celle des services de 7,1 % en 1956 à 43,9 % en 1997. La proportion des femmes actives est passée de 6 % à 25 % depuis 1966. Le PNB par habitant a augmenté, en dinars courants, de TND 74 en 1961 à TND 1850 en 1995 et le taux de pauvreté a diminué de 33 % en 1966 à 4,4 % en 1994.

De même, un changement au niveau des habitudes et du mode de vie est observé avec une évolution vers un modèle alimentaire caractérisé par une ration plus riche en lipides et en protéines d'origine animale ; le rapport « protéines végétales/protéines animales » passe de 85,7/14,3 à 73,8/26,1 entre 1965 et 1996-97.

Transition démographique (Tableau 2)

La population totale du pays a été multipliée par 2,5 depuis l'indépendance, passant de 3,78 à 9,44 millions. La croissance naturelle s'est nettement réduite, passant de 3,2 % en 1966 à 1,45 % en 1999. Le taux brut de natalité en 1999 a été de 16,9 pour mille contre 50 pour mille en 1956. Au niveau de la structure par âge de la population, on note le recul du poids relatif des moins de 15 ans, qui passe de 46,5 % en 1966 à 34,8 % en 1994, en même temps qu'une tendance progressive au vieillissement avec une proportion des personnes âgées de plus de 60 ans de 5,1 % en 1956 contre 9,0 % en 1999.

Le taux brut de mortalité (TBM) et le taux de mortalité infantile (TMI) se sont réduits, passant respectivement de 18-20 à 5,7 pour mille et de 150-200 à 26,2 pour mille entre 1956 et 1999. Le taux de morta-

Tableau 1 Évolution de quelques indicateurs socio-économiques en Tunisie, 1956-1999 [6]

Indicateurs	1956	1966	1975	1984	1994	1999
PNB par habitant (en TND)	70	74 (1961)	1120	1500	1850 (1995)	
Population active par secteur (%)						
Agriculture	74,7	45,9	39,0	28,1	21,9	22,0
Industrie	10,5	19,1	29,9	36,7	34,9	34,1
Tertiaire (services)	7,1	21,9	31,1	35,2	43,1	43,9 (1997)
Urbanisation (en % de la population totale)	≈ 25	40	47,5	52,8	61,0	62,4
Alphabétisation des adultes (%)	15,3	32,1	45,1	53,8	68,3	73,0
Accès à l'eau potable (%)	-	14,2	26,4	49,4	68,3	75,2
Apport en protides alimentaires d'origine végétale/animale (%)	-	85,7/14,3 (1965)	85,5/14,5	80,8/19,2 (1985)	79,2/20,8 (1995)	73,8/26,1 (1996-97)

lité maternelle est passé de 134,2 à 68,9 pour 100 000 naissances vivantes depuis 1966. Enfin, l'espérance de vie à la nais-

sance est passée de 50 ans en 1956 à 72,1 ans en 1999.

Tableau 2 Évolution de quelques indicateurs démographiques en Tunisie, 1956-1999 [6]

Indicateurs	1956	1966	1975	1984	1994	1999
Population totale (en millions)	3,78	4,58	5,61	7,03	8,78	9,44
Structure par âge (%)						
0-4 ans	18,3	18,6	16,0	14,6	11,0	9,0
5-14 ans	24,2	27,9	27,8	25,1	23,8	21,9
15-59 ans	52,4	48	50,4	53,6	56,9	60,1
60 ans et plus	5,1	5,5	5,8	6,7	8,3	9,0
Taux de croissance naturelle par an (%)	2 (1946-1956)	3,2	2,67	2,58	1,8	1,45
Taux brut de natalité (‰)	≈ 50	44	36,6	32,4	22,7	16,9
Taux brut de mortalité (‰)	18 - 20	15	9,9	6,3	5,7	5,7
Taux brut de mortalité infantile (‰)	150 à ≈ 200	140	88 (1976)	51,6 (1985)	30,6 (1995)	26,2
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes		134,2	88,0	-	68,9	-

المجلة الصحية لشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية، المجلد الحادي عشر، العددان ٢/١، ٢٠٠٥

Transition épidémiologique

La proportion des décès infantiles et juvéniles (parmi l'ensemble des décès) est passée respectivement de 31 à 11,7 % et de 21,7 à 2,8 % entre 1966 et 1999, alors que celle des âgés de plus de 50 ans s'élève en même temps de près de 33 % à 70 %. La part de la mortalité attribuable aux maladies cardio-vasculaires passe de 11 % (3^e rang) à 23 % (1^{er} rang) en moins de 30 ans ; celle des tumeurs s'élève de 3 % à 12 % au cours de la même période [4].

En même temps, un changement du profil de morbidité est observé (Tableau 3), marqué d'une part par le recul net voire l'éradication de certaines maladies transmissibles. Ainsi, l'incidence de la tuberculose est passée de 34,8 pour 100 000 habitants en 1970 à 23,6 pour 100 000 en 1997. De même, aucun cas de poliomyélite n'a été enregistré depuis 1992. Nous assistons d'autre part à l'émergence des maladies non transmissibles de type chronique et dégénératif. Ainsi, la prévalence de l'hypertension artérielle chez l'adulte (selon des études menées depuis 1980) varie entre 15 % et 21 %, celle du diabète serait passée de 3,5 % à 10 % en l'espace de 20 ans. Enfin, on note une prépondérance chez l'homme des cancers liés au tabagisme, avec le cancer du poumon largement en tête, dont l'incidence (pour 100 000 habitants) est évaluée en 1994 et 1999 à 27,9/17,5 (Nord/Sud). Le cancer du sein chez la femme est de loin le plus fréquent, représentant en effet plus de 20 % de tous les cancers féminins, son incidence (pour 100 000) variant entre 24,3 au nord et 12,7 au sud du pays.

Discussion

La transition épidémiologique décrite par Omran au début des années 70 se réfère à

des changements complexes des profils de morbidité et de mortalité, observés durant une large période de temps, parmi les populations [1-3]. Cette transition épidémiologique se manifeste en particulier par une modification de la structure d'âge de la mortalité (à partir d'âges jeunes vers des âges avancés) et un changement dans les principales causes de décès (et aussi de la morbidité), marqué par une augmentation progressive des maladies chroniques et dégénératives (ou « de civilisation ») au détriment des maladies transmissibles et de celles de la période périnatale. Ce concept de transition épidémiologique reconnaît en fait, dans sa théorie originelle, certaines propositions de base, en particulier l'existence de plusieurs modèles de transition (au moins trois) se distinguant surtout par une dissemblance du développement socio-économique entre les nations [3]. Le modèle classique ou occidental décrit la transition dans les pays occidentaux au cours des avant-derniers siècles, d'une mortalité élevée et d'un taux élevé de naissances (30-35 %) à un taux bas (inférieur à 20 pour mille)[3]. La transition dans ces pays a été strictement en rapport avec la révolution industrielle et sociale (exemple France et Royaume-Uni). À côté de ce modèle, Omran décrit le modèle accéléré qui caractérise la transition au Japon, en Europe de l'Est et en Union soviétique. Dans ce modèle, la transition de mortalité s'est déroulée pendant une courte période, par opposition au modèle classique. Le modèle retardé (ou « contemporain ») semble décrire la transition du XX^e siècle, incomplète, de la majorité des pays en développement. Pour le modèle retardé, bien que les progrès atteints en survie infantile aient été considérables, les taux de mortalité sont encore relativement élevés. La baisse de mortalité n'a commencé

Tableau 3 Évolution de quelques indicateurs épidémiologiques en Tunisie, 1956-1997 [6]

Indicateurs	1956	1968	1975	1984	1995	1997
Tuberculose						
Risque annuel d'infection (%)	3,02	-	-	0,5	-	-
Incidence ^a	-	34,8 (1970)	48,6	35,9	27,06	23,60
Fièvre typhoïde ^a	-	20,5	11,7	13,8	3,78	1,32
Paludisme	-	5397 cas	-	0	49 cas ^d	23 cas ^d (0,25)
Poliomyélite antérieure aiguë ^a	525 (1959)	0,7	1,9 (1971)	23 (1987)	0	0
Rougeole ^a	-	-	3,5 (1980)	35,6	6,8	4,0
Leishmaniose cutanée ^a	-	0,2 ^e	0,0 (1980)	21,5	11,9	34,7
Hépatites virales ^a	-	13,4	25,2 (1970)	50,8	-	64,30
Infection à VIH ^a	-	-	-	0,7 (1986)	0,9	0,9
Rhumatisme articulaire aigu ^a	-	18 (1967)	-	8,7 (1985)	-	1,95 (1999)
Hypertension artérielle ^b (en milieu urbain)	-	-	9,9 (≥ 3 ans) (1980)	13,56 (≥ 3 ans)	18,8 (≥ 20 ans)	22,6 (35-65 ans)
Diabète ^b (en milieu urbain)	-	-	3,5 (≥ 20 ans)	1,7 (tous âges) (1986)	10,0 (≥ 20 ans)	12,8 (35-65 ans)
Bronchite chronique ^b	-	-	-	10 (20-60 ans)	-	3,8 (≥ 25 ans)
Cancers ^c	-	-	-	12	-	-
Poumon (H)	-	-	-	-	27,9 (N) (1994)	17,56 (S)
Sein (F)	-	-	-	-	24,3 (N) (1994)	12,73 (S)

^aTaux d'incidence déclarée (cas pour 100 000 habitants).

^bPrévalence globale (en %).

^cIncidence standardisée (pour 100 000) selon le Registre du cancer du Nord tunisien (1994) et le Registre du cancer du Sud tunisien (1997).

^dCas non autochtones.

^eCas déclarés de leishmaniose viscérale (1968).

qu'entre la troisième et la cinquième décennie du XX^e siècle. Ce déclin s'est manifesté de manière spectaculaire après la fin de la Deuxième Guerre mondiale ; il s'est opéré

dans de très courtes périodes, par rapport au modèle occidental. Le modèle retardé est caractérisé en outre par l'existence d'un chevauchement des phases de transition,

marqué par l'émergence des maladies non transmissibles et la persistance des maladies transmissibles.

À travers notre étude basée sur l'analyse d'indicateurs socio-économiques, démographiques et sanitaires, approche comportant des limites liées au manque de données valides dans notre contexte de pays en développement, la Tunisie serait dans la situation du modèle de transition épidémiologique « retardée » du fait de la coexistence de maladies infectieuses et périnatales, quoiqu'en recul, avec l'émergence des maladies chroniques et dégénératives.

En effet, dans ce pays, la proportion des décès infantiles et juvéniles (parmi l'ensemble des décès) a reculé de façon considérable au profit de celle des âgés de plus de 50 ans. Parallèlement, la part de la mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires passe du 3^e rang au 1^{er} rang en moins de 30 ans et celle des tumeurs s'élève de 3 % à 12 % au cours de la même période, en raison de la forte réduction de la morbidité périnatale et infantile [4].

En même temps, un changement du profil de morbidité est observé, marqué d'une part par le recul des maladies transmissibles « traditionnelles », considérées de véritables fléaux autrefois (paludisme, bilharziose, trachome, tuberculose, diarrhées infectieuses, etc.), et de celles de la petite enfance (poliomyélite, tétanos néonatal, diphtérie, etc.) grâce surtout aux programmes de lutte de masse, associés à l'évolution socio-économique du pays, et d'autre part par l'émergence des maladies non transmissibles de type chronique et dégénératif, d'étiologie multifactorielle et au coût de prise en charge nettement plus élevé [7,8].

Ainsi, l'étude des facteurs de risque cardio-vasculaire montre un profil comparable à celui des pays occidentaux. La prévalence de l'hypertension artérielle varie

entre 15 % et 21 % et est proche de certains pays occidentaux tels que le Canada (14 %). Notons aussi une prépondérance chez l'homme des cancers liés au tabagisme, avec le cancer du poumon largement en tête, son incidence restant toutefois largement inférieure à celle de certains pays industrialisés, tels que la France ou le Canada (respectivement 55,1 et 82,5 pour 100 000 habitants) [9]. De même, l'incidence du cancer du sein chez la femme, représentant plus de 20 % de tous les cancers féminins, reste bien loin de celle des pays occidentaux, comme la France ou encore le Canada (respectivement 68,2 et 71,7 pour 100 000) [9]. Par ailleurs, les taux de prévalence observés en matière de troubles mentaux (dépressifs notamment) sont comparables à ceux rapportés dans la littérature internationale, avec une prévalence globale de la dépression majeure sur la vie entière de 8,2 % et de la schizophrénie de 0,57 % (Hachemi).

Cette transition épidémiologique serait due en partie aux deux autres types de transition, à savoir la transition socio-économique et la transition démographique.

La transition socio-économique, dont le fait le plus marquant a été le passage d'une économie rurale de subsistance (agriculture et artisanat) à une économie urbaine « de marché », une économie industrielle et la transition ainsi d'une vie rurale à une vie urbaine, fut notablement accélérée par le phénomène actuel de la « mondialisation » (qui date en fait de plusieurs siècles), marquant le début d'une nouvelle ère où tous les pays sont ouverts les uns aux autres. Ce phénomène semble s'étendre en fait pour désigner un concept recouvrant toute une série de réalités nouvelles appelées à transformer profondément les modes de vie à travers un renforcement des interdépendances entre les nations. Elle implique, dans ce sens, la diffusion surtout du modèle de la

modernisation avec ses exigences d'industrialisation, de marchandisation et d'urbanisation [3].

À ce titre, le mode de vie des Tunisiens a beaucoup changé depuis le début du siècle et notamment durant les 40-50 dernières années [10-18] : alors qu'en 1921, seul 1 Tunisien sur 4 vivait en zone urbaine, cette proportion est passée à 1 sur 3 en 1956 et serait de 2 sur 3 en 2015. En 1956, l'alphabétisation ne concernait que 20 % des adultes alors qu'elle est actuellement de 65 % et la quasi-totalité de la population saura lire et écrire dans les 10 à 20 prochaines années. De même, un changement au niveau des habitudes et du mode de vie est observé avec une tendance en particulier à la sédentarité, l'obésité et une évolution vers un modèle alimentaire caractéristique des peuples dits « civilisés », avec une ration plus riche en lipides et en protéines d'origine animale. De plus, urbanisation et élévation du revenu favorisent la propagation de l'habitude tabagique, avec une prévalence globale du tabagisme variant autour de 30 % et excédant même 50 % chez l'homme [5].

Sur le plan économique, on assiste au recul progressif du secteur agricole et minier en faveur des secteurs industriels et surtout tertiaire [19], avec une participation de plus en plus importante de la femme dans le marché de l'emploi [15]. En même temps, on note une amélioration du niveau de vie du Tunisien, avec un revenu moyen par habitant multiplié par 5 en termes réels [15,16] et le taux de pauvreté officiel n'est plus que de 4,4 % à la fin des années 90 contre 33 % en 1966 [18]. Enfin, et dans le cadre de l'ouverture du pays au marché mondial (mondialisation), un plan d'ajustement structurel (PAS) a été adopté en 1986, visant surtout à libéraliser l'économie du pays et à réduire les dépenses publiques [19], avec le risque que cela

peut comporter pour le financement des dépenses sociales dont celles de la santé.

La transition démographique désigne en fait le passage, à l'occasion d'un processus de « modernisation » globale et au bout d'un certain délai, d'un régime traditionnel « d'équilibre » marqué par une mortalité et une fécondité fortes, à un régime « d'équilibre » à mortalité et à fécondité basses [3]. Ce concept reconnaît également dans sa version originale l'influence, en particulier, de l'entrée dans la croissance économique moderne sur le déclenchement de la baisse séculaire de la fécondité. Les démographes tunisiens (Seklani et coll) ont décrit le phénomène en Tunisie depuis les années 60-70. En effet, à l'image des autres pays en développement, la Tunisie a connu dès le début des années 1950-60 un taux d'accroissement démographique important voisin de 3 % (2,7 %), plaçant le pays dans une période transitionnelle sur le plan démographique et aboutissant à un temps de doublement de la population de 25 ans environ. En effet, tandis que la mortalité a commencé à baisser dès le milieu du siècle, passant de 27 pour 1000 en 1920 à 16 pour 1000 en 1966, 13 pour 1000 en 1975 et 6 pour 1000 en 1994, la natalité est restée quant à elle élevée jusqu'en 1966 (47 pour 1000) pour ne commencer à baisser qu'en 1975 (35,8) et descendant sous le seuil de 30 en 1994 avec un indice synthétique de fécondité (ISF) de 2,4 – soit un niveau proche de ceux des pays industrialisés [20]. Ces résultats en matière de fécondité ont pu être obtenus grâce à la conjugaison de plusieurs facteurs, dont la politique de planification familiale et l'amélioration du niveau économique et social de la population en général. Il faut ajouter à cela le recul de l'analphabétisme, l'accès de plus en plus grand des femmes au marché de l'emploi et l'élévation de l'âge moyen du premier mariage [15].

Ce décalage entre la baisse de la mortalité et celle de la fécondité situe la Tunisie dans la deuxième phase de la période de la transition démographique. Cette dernière sera probablement achevée dans les prochaines décennies. Un nouvel état d'équilibre sera alors établi entre la natalité et la mortalité avec une croissance faible de la population. L'une des principales conséquences de cette baisse de la fécondité sera le vieillissement de la population, faisant de sorte que le pourcentage de la population âgée de 60 ans, actuellement plus faible que celle des pays industrialisés (près de 20 %), mais plus importante que celle des pays en développement (près de 7,5 %) [21] serait de 15 % vers l'an 2030 [14].

Dans le contexte de la triple transition précitée, le système de soins a évolué en effet en trois étapes :

- la première étape, celle des deux premières décennies de l'indépendance (années 60-70), a été celle de la formation du personnel de santé et du développement de l'infrastructure dans le secteur public, tant au niveau hospitalier (universitaire notamment), qu'au niveau de la première ligne (campagnes de masse et activités préventives) [22].
- La seconde étape (années 80-90) fut celle de l'accroissement de la couverture sanitaire et des dépenses globales de santé (passant de 3,8 % à 6,2 % du PIB depuis 1980). Cette évolution s'est accompagnée d'une restriction du budget de l'État alloué à la santé publique et d'un développement important, voire anarchique, d'un secteur privé de soins et d'une industrie pharmaceutique dont les prix sont peu contrôlés [22].
- La troisième étape, celle des deux prochaines décennies (2000-2020), devrait être celle de l'amélioration de la qualité des services et de la maîtrise des dépenses de santé et ce, tant au niveau

du secteur public qu'au niveau du secteur privé. En effet, les implications pour une politique future de santé, y compris le choix d'un modèle de réforme éventuelle du système de soins, notamment au niveau du mode de financement, devrait tenir compte des tendances futures résultant de la triple transition en question. En particulier, l'élévation projetée en matière d'urbanisation, d'éducation, etc. serait à l'origine d'un accroissement de la demande de la population en services de santé et surtout en meilleure qualité de ces services ; de même, d'autres tendances socio-démographiques, notamment l'allongement de l'espérance de vie à la naissance, associé à une meilleure prise en charge des personnes âgées, la prévalence relativement élevée de certains facteurs de risque, tels que le tabagisme en particulier, vont très probablement marquer le profil futur des problèmes de santé. Ce dernier serait en effet dominé, à côté d'une morbidité infectieuse persistante, par les maladies de « civilisation » de type chronique et dégénératif (cardiopathies ischémiques, diabète, hypertension artérielle, cancers, maladies rhumatismales, respiratoires chroniques, allergiques, troubles mentaux, séquelles d'accidents, etc.) dont la complexité et le coût de prise en charge préventive et thérapeutique seront manifestement plus élevés que ceux de la période actuelle [22,23].

Conclusion

Au total, la Tunisie passe par une période de transition sanitaire globale depuis l'indépendance, marquée sur le plan épidémiologique par le passage d'une morbidité

infectieuse, dont la prise en charge a un bon rapport coût-efficacité, à une morbidité chronique et dégénérative, dont le coût de prise en charge est nettement plus élevé. Cette transition épidémiologique impose une nécessaire adaptation du système de soins, lui-même en pleine transition ; celle-

ci se révèle en particulier par l'accroissement au niveau de l'offre des services de santé, de la demande en soins de santé et surtout au niveau des dépenses globales de santé, le tout s'inscrivant dans un contexte de restriction du budget pour la santé publique.

Références

1. Bobadilla JL et al. The epidemiologic transition and health priorities. In: Jamison DT et al., eds. *Disease control: priorities in developing countries*. New York, Oxford Medical Publications, 1993: 51-63.
2. Meslé F, Vallin J. Transition Sanitaire: tendances et perspectives. *Revue Médecine/Sciences*, 2000, 16:1161-71.
3. Chesnais JC. La transition démographique : étapes, formes, implications économiques. Études de séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays. *Population*, 1986, 6:1223-8.
4. Njah A et al. Changements socio-démographiques de la population tunisienne et transition épidémiologique. *Maghreb Médical*, 1992, 253:26-9.
5. Fakhfakh R et al. Profil de santé de la Tunisie : État actuel et tendances. *Tunisie Médicale*, 2002, 1:12-17.
6. Miladi W. *Transition épidémiologique et évolution du système de santé en Tunisie* [Thèse Med]. Tunis, Faculté de Médecine de Tunis, 2002.
7. Mosley WH, Bobadilla JL, Jamison T. The health transition: Implications for health policy in developing countries. (Conclusion). In: Jamison DT et al., eds. *Disease control : priorities in developing countries*. New York, Oxford Medical Publications, 1993:673-99.
8. *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé*. Washington, Banque mondiale, 1993 : 500.
9. Hsaïri M et al. Estimation à l'échelle nationale de l'incidence des cancers en Tunisie. *Tunisie Médicale*, 2002, 80:54-64.
10. Ennaceur M. La politique sociale de la Tunisie depuis l'indépendance et sa place dans le développement. *Revue « Travail et Développement »*, 1987, 10: 153-93.
11. Zerab D. La Tunisie. Les clés de la réussite. *Jeune Afrique*, 1995, 1791:27-30.
12. *Recensement général de la population et des logements 1975*. Tunis, Institut National de la Statistique, 1976.
13. *Recensement général de la population et de l'habitat 1994*. Tunis, Institut National de la Statistique, 1995.
14. *Projections au niveau national*. Vol. I. Tunis, Institut National de la Statistique, 1996.
15. *Résultats de l'enquête nationale sur l'emploi de 1997*. Tunis, Institut National de la Statistique, 1999.
16. *Premiers résultats de l'enquête nationale sur les dépenses des ménages 2000. Cinq premiers mois de l'enquête*. Tunis, Institut National de la Statistique, 2001 [en arabe].
17. *Enquête nationale sur le budget, la consommation et le niveau de vie des ménages 1995. Résultats de l'enquête*

- alimentaire et nutritionnelle*. Tunis, Institut National de la Statistique, 1997, Vol B.
18. *Annuaire statistique de la Tunisie 1999*. Tunis, Institut National de la Statistique, 1999, Vol. 42.
 19. Nabli MK et al.. Trade, finance and competitiveness in Tunisia. In: Fanelli JM, Rohinton M, eds. *Finance and competitiveness in developing countries*. London, Routledge, Taylor and Francis Group, 2002:222–56.
 20. Omran AR. The epidemiologic transition theory. A preliminary update. *Journal of tropical pediatrics*, 1983, 29:305–16.
 21. PNUD. *Rapport mondial sur le développement humain 1999*. Genève, Deboeck Université, 1999.
 22. *Études stratégiques : perspectives d'évolution du secteur de la santé (1996-2010). Rapport final*. Tunis, Ministère de la Santé Publique, 1996: 64.
 23. *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.

Statistiques sanitaires mondiales 2005

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) collecte et fait la synthèse d'un grand nombre de données quantitatives dans divers domaines de la santé par le biais de ses bureaux dans les pays, de ses bureaux régionaux et de ses départements au Siège. Elle utilise ensuite ces données pour les estimations, les plaidoyers, l'élaboration des politiques et l'évaluation. Elle les diffuse aussi largement dans le cadre de ses publications officielles ou par des mécanismes plus informels, sous forme électronique ou par des documents imprimés. Dans la présente publication, nous allons nous intéresser à un ensemble de base d'indicateurs sanitaires, retenus en fonction de leur disponibilité actuelle et de la qualité des données. On y trouve également la majorité des indicateurs sanitaires retenus pour suivre les progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Ce groupe n'est pas conçu pour saisir tous les aspects significatifs dans le domaine de la santé ; il tend plutôt à donner un cliché instantané de la situation sanitaire actuelle dans les pays. Enfin, il est important de souligner que cet ensemble n'est pas définitivement fixé : certains indicateurs seront ajoutés au fil des ans ou prendront davantage d'importance tandis que d'autres perdront de l'intérêt. Les indicateurs rassemblés dans les Statistiques sanitaires mondiales reprennent avant tout les estimations les plus récentes pour chaque pays (depuis 1995). Pour des informations sur cette publication, consulter le site Internet des Éditions OMS à l'adresse suivante : <http://www.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?seslan=1&codlan=2&codcol=15&codcch=636>