

République tunisienne

ÉTUDE DU SECTEUR DE LA SANTÉ

MAI 2006



**Département du Développement Humain
Région Moyen-Orient et Afrique du Nord**

La Banque Mondiale

DEVISE UTILISÉE ET RÈGLES DE CONVERSION

Unité monétaire = dinar tunisien (DT)

Taux de change moyen de période (DT par dollar) : 1.42173 (2002)

Exercice budgétaire

1er janvier au 31 décembre

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AMG	Assistance médicale gratuite	GT	Gouvernement tunisien
ASFR	Analyse des taux de fertilité spécifiques par âge	HC	Hôpitaux de circonscriptions
CHU	Centre hospitalo-universitaire	HR	Hôpitaux régionaux
CNAM	Caisse nationale assurance maladie	IDH	Indicateurs de développement humain
CNRPS	Caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale	IEC	Information, éducation, et communication
CNSS	Caisse nationale de Sécurité sociale	IPT	Institut Pasteur de Tunis
CREPF	Centre régional pour l'éducation et la planification familiale	ISP	Institut de Santé publique
CRESS	Centre de recherches et d'études de sécurité sociale	MDT	Millions de dinars tunisiens
CSSB	Centre de soins de santé de base	MOAN	Moyen-Orient et Afrique du Nord
DALY	Année incapacité ajustée de la vie	MSP	Ministère de la Santé publique
DCI	Dénomination commune internationale	MAS	Ministère des affaires sociales
DHM	Durée d'hospitalisation moyenne	ODM	Objectifs de développement du millénaire
DHMPE	Direction de l'hygiène du milieu et de la protection de l'environnement	OMS	Organisation mondiale de la santé
DMSU	Direction de la médecine scolaire et universitaire	PCT	Pharmacie centrale de Tunisie
DPA	Dépenses par personne et par an	PIB	Produit intérieur brut
DSSB	Direction des soins de santé de base	PSI	Parcours de soins intégrés – (<i>integrated care pathways</i>)
DT	Dinar tunisien	PNP	Programme national de périnatalité
EPA	Etablissement public autonome	PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
EPIC	Entreprise publique à caractère industriel et commercial	PPF	Programme de planification familiale
EPS	Etablissement de santé publique	SSP	Soins de santé primaire
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population	TBN	Taux brut de natalité
		TTF	Taux total de fécondité
		TMI	Taux de mortalité infantile
		TMM	Taux de mortalité maternelle
		VA	Visites ambulatoires
		VU	Visites en urgence

Vice-président :

Directeur de Pays pour le Maghreb :

Directeur de Secteur :

Responsable du Projet :

Christiaan J. Poortman

Theodore O. Ahlers

Michal Rutkowski

Sameh El-Saharty

Les résultats, interprétations et conclusions ici présentés n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent aucunement les opinions de membres du Conseil d'Administration de la Banque mondiale ou des gouvernements qu'ils représentent.

El-Saharty, Sameh et al (2006). "*Etude du secteur de la santé en Tunisie*" Département du développement humain, région Moyen-Orient et Afrique du Nord. La Banque mondiale, Washington, DC.

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé par une équipe d'experts tunisiens en collaboration avec des experts de la Banque mondiale.

L'équipe tunisienne était composée du Dr Taoufik Nacef, consultant en santé publique et ancien directeur général au ministère de la santé publique (MSP), du Dr. Khaled Kheireddine, consultant en systèmes de santé et ancien directeur des études et de la planification du MSP et du Dr. Abdelaziz Ghabri, économiste de la santé.

L'équipe de la Banque mondiale était composée du Dr. Sameh El-Saharty, spécialiste supérieur en politique de santé et chef de projet, de Anne Johansen, spécialiste supérieure en santé, de Hugh Waters, économiste de la santé, de Axel Rahola, spécialiste en assurance maladie, de Djordje Gikic, assistant de recherche et éditeur, de Miho Tanaka, analyste de données et de Maissa Ahmed Abdel Rahmane, assistante d'équipe.

Ce rapport a été validé et revu par le Dr. Nouredine Achour, directeur de l'Institut national de santé publique et directeur, par intérim, des études et de la planification du MSP et par le Dr. Sonia Ben Cheikh, professeur assistant à la Faculté de médecine de Tunis.

Ce rapport a été relu par deux experts de la Banque mondiale : Tawhid Nawaz, spécialiste en chef de la mise en œuvre des projets dans le domaine de la santé et Crisitan Baeza, spécialiste supérieur en santé, qui ont fourni des commentaires très utiles. L'équipe a aussi bénéficié des orientations et de la contribution de Akiko Maeda, directrice du secteur de la santé pour la région Moyen Orient et Afrique du Nord de la Banque.

Enfin, ce rapport a été discuté et validé lors d'une réunion organisée en juin 2005 à Tunis, au cours de laquelle les auteurs ont pu bénéficier des commentaires et recommandations de représentants du Ministère de la coopération internationale, du Ministère des affaires sociales, du Ministère de la santé, de la Caisse nationale d'assurance maladie, et de l'Ordre des médecins. Les auteurs voudraient également remercier M. Kamel Ben Rejeb, Directeur Général de la Coopération Financière Multilatérale, Ministère du développement et de la coopération internationale, M. Lassaâd Zarrouk, Directeur Général de la Sécurité Sociale, Ministère des affaires sociales, , et M. Naceur Gharbi, Directeur Général de la Caisse nationale de l'assurance maladie, pour les commentaires écrits reçus du Ministère des affaires sociales, dont il a été tenu compte pour la rédaction de ce rapport.

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITION DES TERMES EMPLOYÉS.....	6
PRÉFACE.....	7
RÉSUMÉ ANALYTIQUE.....	9
1 INTRODUCTION.....	20
2 LA SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE	20
2.1 Pauvreté	21
2.2 Marché du travail.....	23
2.3 Conditions de vie : Approvisionnement en Eau, Hygiène et Electricité.....	24
2.4 Statut des femmes.....	25
3 SITUATION DÉMOGRAPHIQUE ET ÉPIDÉMIOLOGIQUE	26
3.1 Situation Démographique et Tendances	26
3.2 Profil Epidémiologique.....	28
4 UN APERÇU DU SYSTÈME DE SANTÉ	35
4.1. Les Structures et les prestataires de soins.....	35
4.2 La couverture de l'assurance maladie : Eligibilité, contributions et prestations.....	37
4.3 Dépenses de santé	42
4.4 Les produits pharmaceutiques	48
4.5 Le rôle du secteur privé	50
4.6 Comparaisons internationales.....	51
5 PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ	53
5.1. L'efficacité du système de santé	53
5.2. L'équité du système de santé	66
5.3. La Qualité du système de santé.....	68
6. LES RÉFORMES ENGAGÉES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ.....	74
6.1. Les Réformes du secteur de la santé	74
6.2 La Réforme de l'assurance maladie.....	77
6.3 Les Défis des réformes actuelles	81
7. LA STRATÉGIE DU SECTEUR DE SANTÉ	85
7.1 Elaborer un plan de financement du secteur de la santé cohérent et soutenable.....	85
7.2 Stratégie de contrôle des coûts.....	86
7.3 Sélection adverse et protection des pauvres.....	87
7.4 Qualité et performance de l'offre de soins.....	88
7.5 Systèmes d'information	91
7.6 Compétences administratives de la cnam	91
7.7 Prochaines étapes.....	92

Liste des Tableaux

Tableau 2.1. Indicateurs économiques.....	21
Tableau 2.2. Organisation Administratives	21
Tableau 2.3. Indicateurs de pauvreté Tunisiens	22
Tableau 2.4 : Indicateurs de la pauvreté.....	22
Tableau 2.5. Dépense par personne et par an (DPA) selon les régions - 2000.....	23
Tableau 2.6. Taux de chômage des populations cibles (en %) (Période de 1997 à 2001).....	24
Tableau 2.7 : Accès à l'hygiène et à l'eau potable (2004).....	24
Tableau 2.8. Taux d'analphabétisme en Tunisie 1998 –2002.....	25
Tableau 3.1.Répartition proportionnelle des Principales causes de décès 2000.....	28
Tableau 3.2. Prévalence Rapportée de Certaines Maladies Chroniques	33
Tableau 4.1. Couverture et Financement des Soins : Affiliation et Couverture (2003).....	40
Tableau 4.2. Vue d'ensemble des principaux mécanismes de paiement des prestataires	41
Tableau 4.3 Tendances totales et par habitant des dépenses de santé (1990-2003).....	42
Tableau 4.4 Dépenses de santé totales et de l'Etat en pourcentage de PIB	42
Tableau 4.5 Dépenses totales de santé par source de financement (1990-2004)	43
Tableau 4.6. Composition des dépenses de santé et leur pourcentage du budget de l'Etat.....	44
Tableau 4.7. Les parts relatives des sources de financement du MSP (1990-2003).....	44
Tableau 4.8 La part du revenu des ménages dépensée pour l'hygiène et la santé (1985-2000).....	46
Tableau 4.9 Répartition des dépenses des ménages entres différents services de santé en 2000	46
Tableau 4.10 Financement des structures relevant du MSP (en milliers de dinars)	47
Tableau 4.11 Distribution géographique des hôpitaux privés et de la capacité en lits en 2000.....	50
Tableau 4.12. Distribution géographique des médecins privés et taux par population en 2000	51
Tableau 5.1. Coûts par spécialité médicale dans les EPS en DT (2001).....	64
Tableau 5.2. Résultats de l'étude de satisfaction des patients	72
Tableau 6.1 Pourcentage des contributions des bénéficiaires de la CNRPS et de la CNSS.....	77

Liste des graphiques

Figure 3.1. Taux de Prévalence de Contraception pour certains pays de la MOAN, 1995-2003.....	27
Figure 4.1. Tendances globales en dépenses totales de santé	52
Figure 4.2 : Tendances globales pour les dépenses de santé du gouvernement	52
Figure 5.1. Tendance globale d'espérance de vie, 2002	53
Figure 5.2 Tendance globale des taux de mortalité infantile, 2002.....	54
Figure 5.3. Tendance globale des taux de mortalité des moins de cinq ans, 2002	54
Figure 5.4. Tendance globale des taux de mortalité maternelle, 2000.....	55
Figure 5.5 Dépenses de santé totales et taux de mortalité infantile (TMI).....	55
Figure 5.6. Dépenses de santé totales et taux de mortalité des moins de 5 ans.....	56
Figure 5.7 Tendance globale de la capacité en lits, 2003	56
Figure 5.8 Tendance globale du nombre de médecins, 2003.....	57
Figure 5.9. Corrélacion entre la DHM et la capacité de l'hôpital (2002).....	61
Figure 5.10. Corrélacion enter les visites ambulatoires et les admissions.....	63
Figure 5.11. Les coûts des soins ambulatoires par hôpital (en DT).....	65
Figure 5.12 Composition des coûts ambulatoires par hôpital (2001)	66

DÉFINITION DES TERMES EMPLOYÉS

Taux d'utilisation de contraceptif	Le pourcentage des femmes en âge de reproduire qui emploient (ou dont les maris emploient) une forme de contraception.
Taux de natalité brut	Nombre de naissances par an pour 1 000 personnes.
Taux de mortalité brut	Nombre de décès par an pour 1 000 personnes.
Ratio de dépendance	Population de 14 ans ou moins et 65 ans ou plus rapportée à la population entre 15 et 64 ans.
Taux d'instruction Femme/Homme	Pourcentage de personnes de 12 ans et plus sachant lire et écrire.
Taux de mortalité infantile	Décès annuels d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances.
Espérance de vie à la naissance	Nombre d'années qu'un nouveau-né vivrait en tenant compte des taux de mortalité en vigueur à sa naissance.
Poids de naissance faible	Enfants dont le poids à la naissance est inférieur à 2,5 kg.
Taux de mortalité maternelle	Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances et par an, attribuables à la grossesse, à l'accouchement, ou aux suites de l'accouchement.
Taux de croissance de la population	Taux auquel la population augmente (ou diminue) une année donnée en raison de croissance naturelle de la population et du solde migratoire, exprimé en pourcentage de la population initiale.
Taux de fertilité total	Nombre moyen d'enfants qu'aura une femme si l'on tient compte des taux de fertilité par âge en vigueur pendant sa vie. Sert à évaluer le nombre d'enfants par famille.
Taux de mortalité avant cinq ans	Nombre annuel de décès d'enfants de moins de cinq ans pour 1 000 naissances vivantes. Ce chiffre représente la probabilité de décéder entre la naissance et cinq ans.

PRÉFACE

Ce rapport intervient à un moment opportun car il marque la fin d'une période de presque deux décennies d'appui de la Banque mondiale au secteur de la santé dans la République tunisienne. Cette aide visait à renforcer la capacité et à améliorer l'offre de soins dans le secteur public, notamment dans les domaines de la santé reproductive, des soins de santé de base, de la réforme hospitalière et du développement du secteur de la santé.

Conformément aux orientations du IX^{ème} plan de développement quinquennal, le Ministère de la santé a récemment accompli un prêt de développement du secteur de la santé financé par la Banque mondiale. Les objectifs de ce plan étaient d'améliorer l'efficacité dans le secteur de la santé, augmenter la viabilité du système de financement de santé, et d'améliorer la qualité des soins dans le système public. Le projet a eu des objectifs semblables, se concentrant sur les soins secondaires et les hôpitaux régionaux (HR). Douze hôpitaux ont été rénovés, équipés, agrandis et améliorés. En outre, la quantité et la qualité du personnel de santé ont été renforcées, et un certain nombre de réformes ont été effectuées pour améliorer la gestion de ces hôpitaux, leur fournissant une plus grande autonomie, et décentralisant un certain nombre de tâches administratives précédemment gérées par les autorités centrales. La viabilité financière des hôpitaux régionaux a augmenté grâce à l'introduction d'un nouveau système de facturation pour les patients recevant des soins couverts par les caisses de sécurité sociale. Ce système de facturation a abouti à une augmentation importante du budget des HR de 2 à 62% durant cette période. Ceci, parallèlement à d'autres succès, a contribué à la réalisation des objectifs de développement du programme.

Malgré ces succès, un certain nombre de défis demeurent. La viabilité à long terme du système de financement reste un sujet de préoccupation, de même que la qualité des soins et la capacité du système de santé à répondre aux nouveaux besoins liés à la transition épidémiologique que la Tunisie traverse actuellement. Par ailleurs, la question de la croissance continue et non régulée des prestataires de soins privés doit également être traitée tout en contrôlant les dépenses totales de santé et en assurant un accès équitable à des soins de qualité pour tous les citoyens. Ces défis figurent avec d'autres parmi les priorités identifiées dans le X^{ème} plan quinquennal du gouvernement tunisien en cours d'exécution.

En outre, le Gouvernement tunisien s'est engagé dans une réforme fondamentale du système de financement du secteur de la santé y compris l'assurance maladie qui capitalise sur les bons résultats enregistrés au cours des années précédentes.

C'est dans ce contexte que cette étude du secteur de la santé a été préparée en collaboration étroite avec le ministère de la santé publique pour aider le gouvernement tunisien à traiter les problèmes les plus pressants auxquels est confronté le secteur de la santé.

Un certain nombre de données et de sources d'informations ont été utilisées dans cette étude comprenant : l'enquête sur la consommation et les dépenses de ménages 2000 (Institut national des statistiques) ; le Système national d'information de gestion de santé (Centre d'informatique du Ministère de la santé publique) ; les bases de données de la direction des soins primaires ; l'Institut de santé publique ; le Registre national du cancer ; ainsi que le Registre de santé maternelle et infantile.

Ce rapport s'appuie également sur un certain nombre d'articles publiés, ainsi que sur des études scientifiques se penchant sur des questions de santé particulières, comme par exemple les maladies cardio-vasculaires ou leurs facteurs de risque associés (Institut national de santé publique (INSP), 2002). La section sur la qualité inclut également les résultats de l'enquête sur la satisfaction des patients et des fournisseurs, préparée en 2002 par l'INSP, ainsi que le rapport sur la qualité qui a été un sujet de discussion lors d'une conférence de trois jours sur la qualité des soins, tenue à Hammamet, Tunisie en juin 2004.

Et, enfin, parallèlement aux sources de données quantitatives, certaines des informations ont été obtenues par l'intermédiaire d'entretiens avec une grande diversité d'informateurs issus de tous les niveaux du secteur public et privé de santé, y compris des fournisseurs, des directeurs, et des décisionnaires de santé.

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

La performance du secteur tunisien de la santé a été relativement bonne au cours des dernières décennies. Bien que les dépenses annuelles de santé soient toujours inférieures à 150 \$ par habitant, les Tunisiens ont une espérance de vie relativement élevée – estimée à 73 ans en 2004 – un faible taux de mortalité infantile, 19 décès pour 1.000 naissances vivantes, et un taux de mortalité maternelle relativement faible – 70 décès pour 100.000 naissances vivantes. La couverture de santé a été étendue à une large majorité de la population.

Toutefois, la Tunisie fait face à d'importants défis pour renforcer ces succès et garantir la pérennité financière à long terme du système de santé. Le financement de la santé devra considérablement augmenter à l'avenir, avec la disponibilité accrue de technologies relativement coûteuses, alors que les transitions démographiques et épidémiologiques suivent leur cours, et que les Tunisiens attendent davantage de leur système de santé. Plus particulièrement, l'expansion de la couverture – en termes de panier de soins – impliquera des investissements additionnels dans le secteur de la santé.

Ces évolutions impliqueront d'importants ajustements pour améliorer à la fois le financement et la performance du système de santé.

1. Contexte socio-économique

La Tunisie est un pays à revenu intermédiaire, dont le produit intérieur brut (PIB) se situait en 2003 aux environs de 2.000 \$EU, et le taux annuel de croissance à 5,0%. Bien que toujours confronté à un environnement extérieur défavorable, la reprise intégrale et continue de la croissance économique est prévue pour les années à venir. Les données de diverses enquêtes montrent que le nombre absolu de pauvres a nettement diminué, même si certaines inégalités demeurent et que le chômage était toujours élevé, à 13,9% en 2004. En 2001, quelque 77% de la population avaient accès à une alimentation en eau salubre et environ 95% des ménages avaient accès à l'électricité, mais l'accès aux deux services demeure relativement moins important pour les populations rurales.

La Tunisie se distingue comme la nation arabe la plus progressiste sur les questions d'égalité des femmes. Selon le Programme pour la gouvernance dans la région arabe du PNUD, le statut personnel des femmes en Tunisie est, en règle générale, égal à celui des hommes. Ces conditions ont contribué à un environnement de soutien au niveau de la résolution des questions de santé des femmes. Dans l'ensemble, la Tunisie a une perspective relativement positive et stable de développement économique, ce qui s'est aussi traduit par des améliorations régulières des résultats cliniques au cours de la dernière décennie. Parallèlement, le pays fait face à des défis nouveaux et émergents pour répondre aux demandes en évolution des soins de santé et des besoins de la population alors que le pays passe par une phase de transition démographique et épidémiologique. Ces tendances contribueront vraisemblablement à relever le coût des soins de santé, et impliqueront de nouveaux investissements aux différents types de services de santé.

2. Profils démographiques et épidémiologiques

Les profils démographiques et épidémiologiques actuels de la Tunisie reflètent les transitions qui caractérisent la plupart des pays à revenu intermédiaire. Le taux de croissance démographique a

diminué régulièrement au cours des 10 dernières années, et actuellement le taux de fécondité total (TFT) se situe en dessous du taux de remplacement de 2,1. Alors que la population continuera d'augmenter au cours des prochaines décennies en raison de la dynamique démographique, la croissance enregistrera des taux nettement inférieurs, et le pourcentage de la population vieillissante augmentera inévitablement.

En termes de résultats cliniques de base, la performance de la Tunisie est satisfaisante : taux de mortalité infantile (19 pour 1.000 naissances vivantes), ce qui est nettement inférieur à la moyenne pour la région MOAN et à celle d'autres pays à revenu intermédiaire, de tranche inférieure. Le taux de mortalité maternelle (TMM) est estimé aux environs de 70 pour 100.000 naissances vivantes, chiffre qui s'aligne sur celui des pays à niveau similaire de revenu. Toutefois, on constate des écarts importants en matière de résultats cliniques entre les milieux urbain et rural et entre les régions. Comme dans la plupart des pays à revenu intermédiaire, de nombreuses maladies transmissibles, telles que le paludisme, sont sous contrôle, mais des problèmes de santé publique émergents, tels que le VIH/SIDA, posent un nouveau défi.

Le principal défi auquel la Tunisie fait face de nos jours est celui du fardeau croissant des maladies chroniques et des accidents corporels qui représentent 58% de la charge de morbidité. A titre d'exemple, la prévalence des maladies cardiovasculaires est de 16%, l'hypertension d'environ 11%, et le diabète d'environ 9,8%. Et il est prévu que ces taux augmentent. En outre, l'obésité est de l'ordre de 15% parmi les adultes, ce qui souligne un facteur de risque élevé pour le fardeau croissant des maladies non transmissibles. Cette situation appellera des investissements importants.

3. Aperçu du système des soins de santé

Le système de prestation des soins de santé est principalement public, avec une participation croissante du secteur privé. Au niveau national, environ 88% des lits d'hôpitaux appartiennent au domaine public. Le principal prestataire de soins est le Ministère de la santé publique, structuré selon trois niveaux de soins. Le niveau des soins primaires compte quelque 2.028 centres de soins de santé primaires (SSP), hôpitaux de circonscription consistant en de petites installations d'une moyenne de 23 lits par installation, et centres de maternité, qui ensemble s'inscrivent pour environ 14% de la capacité en lits du secteur public. Les soins de santé primaires représentent 27% des dépenses du MSP. Les soins de santé secondaires sont pris en charge par 34 hôpitaux régionaux (HR), consistant d'hôpitaux généraux qui s'inscrivent pour environ un tiers de la capacité totale en lits et des médecins spécialistes du secteur public. Ce niveau absorbe environ 25% du budget du MSP et obtient un financement additionnel par le biais des recettes qu'il génère en propre et des remboursements du système de la sécurité sociale. Le niveau des soins de santé tertiaires est composé d'un réseau de 22 hôpitaux universitaires (EPS – Etablissements de santé publique) d'une capacité variant de 26 à 1.010 lits, et d'une taille moyenne en lits de 390. Ils représentent environ 50% de l'ensemble des lits du secteur public, et les EPS absorbent pratiquement la moitié du budget du MSP.

De plus, le système sanitaire public inclut les polycliniques de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, les structures hospitalières relevant du Ministère de la défense nationale, les structures relevant du Ministère de l'intérieur et du développement local ainsi que celles propres à certaines entreprises.

Le secteur privé des soins de santé se développe : il représente environ 12% de la capacité totale en lits et 70% des services technologiques de pointe. En termes de ressources humaines, il emploie 50% des médecins, 73% des dentistes, et 80% des pharmaciens. Les cliniques privées

sont essentiellement concentrées dans les grandes zones urbaines, dont la moitié dans la capitale. Les prestataires privés sont principalement financés par les dépenses directes des ménages.

3.1. Couverture santé

Plus de 80% de la population tunisienne ont accès aux soins de santé soit dans le cadre d'un régime d'assurance maladie, soit dans celui d'un programme d'assistance médicale. Ce pourcentage est remarquablement élevé pour un pays du niveau de revenu de la Tunisie. Il existe deux grands types de couverture de sécurité sociale pour environ 7 millions de personnes, soit pour 71% de la population. La Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) fournit une couverture de soins de santé à 1,950 million d'affiliés du secteur privé et leurs familles constitués soit des employés, des travailleurs indépendants, et d'autres catégories telles que les étudiants, les handicapés, les travailleurs non salariés du secteur agricole, et les Tunisiens qui travaillent à l'étranger. La Caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale (CNRPS) couvre environ 0,746 million d'employés et de retraités du secteur public ainsi que leurs familles. Les ménages relativement pauvres sont couverts par deux programmes d'assistance médicale subventionnés assurés aux affiliés et à leurs familles. Les plus démunis sont couverts par l'AMG1 (0,17 million d'affiliés en 2005) dans le secteur public, tandis que les moins vulnérables sont couverts par l'AMG2ⁱ (0,548 million d'affiliés), après paiement d'une quote-part annuelle de 10 DT pour la validation de leur carte de soins de santé.

3.2. Dépenses de santé

Les dépenses de santé ont fortement augmenté au cours des deux dernières décennies, avec un taux de croissance annuel moyen de 11,7%. Le financement des dépenses de santé est dérivé de trois sources principales. En 2004, le budget de l'Etat a couvert 21.8%, des dépenses, l'assurance maladie environ 23.3%, les ménages près de 53.6% (sur ces 53.6%, près de 9% sont pris en charge par des assurances de groupe et des mutuelles) et la médecine d'entreprise et du travail près de 1.3%. Pratiquement, la moitié des dépenses des ménages est consacrée aux médicaments et environ un tiers aux soins ambulatoires. Les enquêtes auprès des ménages ont indiqué une hausse de la part du revenu consacrée à la santé, part qui s'est située en moyenne à 10% en 2000.

La hausse des dépenses de santé traduit les dynamiques du système de santé qui sont affectées par la croissance économique, les transitions démographique et épidémiologique, et les avancées technologiques. La hausse des dépenses de santé dépasse la croissance économique du pays et elle est principalement prise en charge par les ménages. Entre 1990 et 2003, les dépenses totales du MSP ont augmenté à un taux moyen de 10%, mais leur part relative dans les dépenses totales de santé a diminué, passant de 80% à 64% au cours de la même période. La dépendance accrue aux dépenses directes des ménages suggère qu'une part de plus en plus importante du financement de la santé découle d'un mécanisme qui ne garantit pas une centralisation adéquate du risque et une protection sociale pour la population.

ⁱ Les termes "d'assistance médicale gratuite" (AMG) ne sont aujourd'hui plus employés. Au lieu de bénéficiaires de l'AMG1 et de l'AMG2, on parle donc désormais de "bénéficiaires du régime de soins gratuits", et de "bénéficiaires des soins à tarifs réduits".

4. Performance du système de santé

4.1. Efficacité

Par rapport à d'autres pays qui ont un niveau comparable de revenu et de dépenses de santé en 2002, la Tunisie a atteint un taux d'espérance de vie nettement supérieur et des taux de mortalité infantile, juvénile et maternelle inférieurs. Au niveau macro, la performance du système de santé de la Tunisie semble relativement satisfaisante, avec des résultats cliniques généralement proportionnés au niveau du revenu, en comparaison avec d'autres pays dans le monde. Cependant, l'analyse de la performance du système au niveau micro indique une marge de manoeuvre considérable pour améliorer l'efficacité allocative et l'utilisation des ressources disponibles, notamment en recourant davantage aux partenariats publics-privés.

La Tunisie a utilisé son réseau public de SSP de manière efficace pour lutter contre les maladies transmissibles et les maladies infantiles, ce qui a nettement contribué à améliorer les résultats cliniques. Le modèle existant des SSP s'est avéré efficace au cours de la phase initiale de transition, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. A l'heure actuelle, le nombre moyen de consultations externes est passé à 1,0 par patient par an, et environ 73% des centres de SSP ne sont ouverts que trois jours seulement par semaine ou moins pour des consultations médicales. La charge de travail des médecins des SSP est relativement peu importante mais variable. Par ailleurs, la durée d'hospitalisation moyenne (DHM) dans les HC était de 3,5 jours et le taux moyen d'occupation est très faible à 36 pour cent seulement. Ces faibles taux d'utilisation indiquent que les centres de SSP ne sont pas utilisés de manière efficace et que la population cherche à obtenir des soins aux autres niveaux du système de santé publique ou dans le secteur privé. Ces inefficacités se constatent aussi au niveau des soins secondaires.

Quoique certaines améliorations aient été enregistrées dans les taux d'utilisation des hôpitaux régionaux, qui se sont traduites par une augmentation importante du nombre des admissions et des journées d'hôpital, le taux d'occupation demeure très faible à 58 pour cent, soit nettement en dessous du potentiel de pleine capacité. Au niveau tertiaire, le taux d'occupation est de 79%, ce qui indique qu'à ce niveau les hôpitaux publics semblent fonctionner à un niveau proche de leur capacité. Les services de soins tertiaires du MSP ont représenté 45% des admissions hospitalières et 61% du total des journées d'hôpital. Ces schémas d'utilisation indiquent que le champ de manoeuvre est suffisant pour améliorer l'efficacité du système des soins de santé en renforçant ses niveaux inférieurs.

En général, on constate des écarts importants dans le coût d'un même service entre différents hôpitaux, ainsi que dans les coûts de service au sein d'un même hôpital, ce qui indique une inefficacité technique.

4.2. Accès et Equité

Plus de 80% de la population tunisienne ont accès aux soins de santé soit dans le cadre d'un régime d'assurance maladie ou d'un programme d'assistance médicale, pourcentage remarquablement élevé pour un pays du niveau de revenu de la Tunisie. En outre, l'infrastructure de santé et les ressources humaines des soins primaires et secondaires sont réparties équitablement sur l'ensemble du territoire. Toutefois, des variations régionales en termes de résultats cliniques et d'utilisation persistent. En milieu rural le TMI (30 pour 1.000 naissances vivantes) est près du double du milieu urbain (16 pour 1.000 naissances vivantes) et le taux de vaccination est six fois supérieur à Nabeul (95%) qu'à Tataouine (15%). Cette inégalité est

aggravée par le fardeau financier croissant sur les ménages, qui contribuent déjà pour près de la moitié aux dépenses totales de santé par le biais des paiements personnels directs.

4.3. Qualité

Dans le cadre de ses initiatives pour améliorer la qualité des soins de santé, la Tunisie a concentré ses efforts sur l'amélioration des intrants, avant de se pencher sur l'amélioration des processus et sur le suivi des résultats. Une attention particulière a été accordée à la réhabilitation des installations de soins secondaires et tertiaires, y compris les services d'urgence, par le biais d'investissements en installations et en équipement. D'importants efforts ont également été déployés pour améliorer les ressources humaines dans le cadre de programmes de formation axés sur le personnel médical, paramédical, de gestion et administratif. Les efforts initiaux pour améliorer les processus des soins de santé et leurs résultats ont porté sur la mortalité maternelle et infantile, ce qui a été à l'origine de résultats significatifs au niveau des naissances. En outre, la division des soins de santé primaires du MSP a fait oeuvre de pionnier pour ce qui est de l'élaboration de directives au niveau des soins primaires pour le traitement des patients atteints de maladies chroniques. En 2003, un nouveau département pour la qualité des soins a été établi au MSP et une Stratégie nationale d'amélioration de la qualité a été lancée. En dépit de ces efforts, l'expérience, basée sur l'anecdote et l'observation indique qu'il y a encore lieu de remédier à de nombreux problèmes au niveau des intrants, des processus, des résultats et de la satisfaction des patients. En 2003, une étude visant à évaluer la perception de la qualité technique et des services des hôpitaux régionaux par les utilisateurs a montré que seuls 50% des usagers étaient satisfaits de la qualité des soins dispensés dans les hôpitaux régionaux.

5. Propositions pour la réforme du système de santé

Les réformes de l'assurance maladie actuellement proposées offrent des opportunités pour améliorer la couverture, l'équité, et le financement du système de santé, tout en renforçant les fonctions essentielles et notamment l'acquisition et la réglementation des services de santé, et l'accréditation des prestataires de services de santé. D'importants enjeux de politique doivent également être abordés dans le court terme alors que la Tunisie procède à la mise en oeuvre des réformes. La pérennité financière du nouveau système de l'assurance maladie est l'une des principales préoccupations – avec la problématique éventuelle d'une sélection adverse des patients et du financement entre les prestataires publics et privés, l'importance des mesures de contrôle des coûts, et la possibilité de mobiliser de nouvelles recettes pour financer l'expansion de la couverture et des indemnités.

Le succès des réformes de l'assurance maladie dépendra aussi dans une large mesure de la capacité de la CNAM et d'autres entités gouvernementales à négocier avec les prestataires, à les réglementer et à les accréditer. Dans le cadre du nouveau système d'assurance maladie, les responsabilités de la CNAM incluront la mise en oeuvre des conventions avec les prestataires des secteurs public et privé, l'accréditation de ces derniers, et la réglementation subséquente des services et de l'information fournis. Que les services soient offerts par des prestataires publics ou privés de soins de santé, la CNAM jouera un rôle important dans la détermination de l'enveloppe des prestations et des tickets modérateurs ainsi que dans la supervision du système.

Les modalités précises des réformes de l'assurance maladie sont actuellement soumises à la concertation auprès des principaux acteurs du système de santé. Elles sont donc susceptibles de connaître des changements sensibles. Dans l'état actuel du projet, les réformes prévoient la création d'un fonds public unique d'assurance maladie (la CNAM) et la possibilité, pour les bénéficiaires, de choisir l'une des trois filières – le régime du secteur public, le régime du secteur

privé, et le régime de remboursement. Chacune de ces filières a sa propre enveloppe de prestations et mesures de contrôle des coûts. Le régime du secteur public donne accès à tous les services fournis par le système de santé publique, y compris les soins ambulatoires et hospitaliers et les procédés et médicaments dans le système hospitalier. Afin d'encourager les bénéficiaires à opter pour ce régime, le ticket modérateur annuel requis sera plafonné à un niveau raisonnable. Passé ce seuil, tous les coûts additionnels seront pris en charge par la CNAM. Comme c'est actuellement le cas, certaines catégories d'employés publics seraient exonérées du ticket modérateur dans le cadre de ce régime.

À l'inverse, le régime du secteur privé permettrait aux bénéficiaires d'obtenir des soins privés. Dans le cadre de ce régime, les bénéficiaires seraient tenus de choisir un prestataire primaire de soins qui ferait fonction de contrôle à l'accès des soins spécialisés (un des mécanismes proposés de contrôle des coûts). L'orientation ne serait pas exigée pour certains types de soins spécialisés, notamment, l'ophtalmologie, la gynécologie, la pédiatrie, et les soins dentaires. Les médecins qui participent au régime devraient accepter les tarifs et tickets modérateurs établis par la CNAM et ils ne seraient pas autorisés à facturer leurs patients pour des charges additionnelles. En d'autres termes, le reste à charge ne sera pas autorisé. Les tickets modérateurs pour les services obtenus dans le cadre de ce régime seraient supérieurs à ceux du secteur public, afin de minimiser les incitations pour les citoyens à choisir cette option.

Le régime de remboursement est très similaire au régime facultatif actuel de la CNRPS. Il permettrait au patient de consulter n'importe quel prestataire de soins, quel que soit la spécialité ou le secteur. En retour, le patient devrait payer pour les soins reçus et ensuite demander le remboursement à la CNAM. Les charges et les tickets modérateurs seraient également déterminés par la CNAM sur la base du service fourni, et le reste à charge ne serait pas autorisé. Enfin, le remboursement (annuel) total serait plafonné à des niveaux inférieurs à ceux du secteur privé.

Le détail des mécanismes de paiement des prestataires et des taux (plafonds compris) devra faire l'objet d'une négociation avec les différents intervenants. Les régimes susmentionnés couvriraient au départ uniquement les soins ambulatoires. Les soins hospitaliers seraient seulement couverts par le secteur public, avec certaines exceptions. La réforme envisage la couverture progressive des hospitalisations, en commençant par le secteur public pour s'étendre par la suite aux bénéficiaires des régimes du secteur privé et de remboursement. Les accords existants pour la couverture de services spécialisés privés—par exemple, pour l'hémodialyse, la chirurgie à cœur ouvert, et autres formes de soins hautement spécialisés—seront maintenus quel que soit le régime choisi.

En termes des mécanismes de financement, les travailleurs actifs (et les indépendants) couverts par la CNAM paieront une cotisation de 6,75% sur leur salaire ou revenu. Pour les employés, cette cotisation sera partagée entre l'employeur et l'employé, le premier contribuant pour 4 % et le second pour 2,75%. Les travailleurs indépendants seront responsables de la totalité de la cotisation. Pour les bénéficiaires de pensions sociales, une cotisation de 4% sera imposée pour financer cette catégorie de bénéficiaires. Ce taux semble relativement bas. Il est important de souligner que pour les travailleurs bénéficiant de la sécurité sociale, ces taux seront introduits progressivement sur une période de trois à cinq ans.

In fine, tous les bénéficiaires de la sécurité sociale (actuellement au nombre de 2,696 millions) et leurs personnes à charge seront couverts au minimum par le régime du secteur public. Afin d'atteindre cet objectif, une méthode progressive serait adoptée pour étendre le plan à toutes les catégories sociales et professionnelles du système de la sécurité sociale. Les premiers concernés seraient les bénéficiaires de la CNRPS (bénéficiaires du secteur public), suivis par les travailleurs

salariés non agricoles de la CNSS. Ces deux groupes représentent actuellement 78% des bénéficiaires potentiels de la sécurité sociale. Au cours de la deuxième année suivant la mise en oeuvre des réformes, le programme serait étendu aux travailleurs non salariés et salariés du secteur agricole amélioré. Au cours de la troisième année, le plan serait étendu aux travailleurs salariés du secteur agricole. Là encore, il ne s'agit, à ce stade, que d'hypothèses de travail soumises à la concertation.

6. Recommandations proposées pour le secteur de la santé

Les réformes proposées ne parviendront peut-être pas à relever tous les défis du système de santé. En outre elles comportent de nouveaux défis auxquels il y a lieu de porter une attention particulière. L'étude a dès lors proposé une série de recommandations pour le secteur tunisien de la santé portant sur ses éléments critiques et notamment le financement de la santé et l'assurance maladie, le système de prestation des soins de santé, la qualité des soins et les systèmes d'information. Les points saillants de ces recommandations sont repris ci-après.

6.1. Financement rationnel et viable du secteur de la santé

Le financement du secteur de la santé en Tunisie a augmenté au cours des dernières années, à la fois en termes absolus et relatifs par rapport à la performance économique globale. Le pourcentage du PIB consacré à la santé est passé de 4,2% en 1985 à 5,6% en 2003. Les dépenses annuelles de santé par habitant ont été multipliées par cinq – de 39 DT en 1985 à 197,7 DT en 2004, ce qui représente un taux de croissance annuel nominal de 10%. Cependant, dans la mesure où la Tunisie continue à traverser une période de transition caractérisée par l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques de plus en plus onéreuses, les besoins en ressources du secteur de la santé vont s'accroître à terme.

Les ressources supplémentaires du système de santé devraient venir de fonds publics et de capitaux privés. Les ménages, qui sont les usagers du système de santé, prennent déjà en charge plus de la moitié (53.6%) du financement du secteur de la santé, le reste étant divisé entre le budget national et la sécurité sociale. Le haut niveau de financement à la charge des ménages représente un problème potentiel en termes de couverture effective par le système et de protection financière de chaque famille. Au fur et à mesure que l'assurance maladie est étendue en termes de prestations, les cotisations devraient constituer l'essentiel des ressources supplémentaires, les tickets modérateurs restant à un niveau modéré afin de maintenir les barrières financières à l'entrée au niveau le plus bas possible.

La mise en place de prélèvements adaptés est essentielle pour assurer le succès de la réforme. Le taux de cotisation doit être suffisamment élevé pour apporter les ressources nécessaires au système de santé, sans pour autant handicaper l'économie tunisienne. Pour les salariés du privé (CNSS), en l'état actuel du projet, les taux devraient progressivement augmenter de 4.75% du salaire en 2005 (1.32% payés par l'employé et 3.43% par l'employeur) à 6,75% en 2007. Pour les retraités de la CNSS, les cotisations (0% en 2005) devraient également augmenter, mais elles seraient plafonnées à 4% du revenu en 2009. Pour les travailleurs bénéficiant de la sécurité sociale, les hausses de taux seraient introduites progressivement sur une période de trois à cinq ans. Pour les salariés du secteur public (CNRPS), les cotisations passeraient de 2 pour cent du salaire au 1^{er} juillet 2005 (1% payé par l'employeur, le Gouvernement, et 1% par l'employé) à 6,75% en 2007 (4% employeur et 2,75% employé).

Il est difficile d'affirmer avec certitude que 6,75% du salaire est le taux de cotisation qui permet d'assurer l'équilibre financier de la CNAM. Le CRESS a conduit une série d'études actuarielles

qui démontrent la soutenabilité financière de ce taux sur une période de 15 ans. Cependant, il est possible qu'un ensemble de pressions à la hausse sur les dépenses, mentionnées plus haut, ne créent un déséquilibre financier pour la CNAM. Il est également impossible de prévoir l'impact du taux de cotisation sur la croissance économique, sans étude approfondie sur ce point particulier.

Par ailleurs, le Gouvernement devra se montrer particulièrement prudent dans la fixation du niveau des cotisations sociales. En effet, en raison de la mobilité assez forte des travailleurs et des entreprises entre les secteurs formel et informel en Tunisie, le fait de rendre l'affiliation au système obligatoire ne garantit pas en soi l'augmentation ou même le maintien à un niveau constant du nombre d'assurés et du montant des ressources. S'il persiste un écart entre les coûts et les prestations tels qu'ils sont perçus par la population, des comportements d'évasion fiscale très importants pourraient se développer en Tunisie, comportements qui pourraient même s'étendre au-delà du secteur de la santé.

Actuellement, 87.4% seulement des personnes qui devraient cotiser à l'assurance maladie cotisent réellement. Il est donc impératif que le Gouvernement tunisien trouve une solution au problème de l'évasion fiscale. Les solutions suivantes pourraient être envisagées : s'assurer que les prestations offertes par l'assurance maladie sont plus attractives que celles de l'AMG ; rendre les soins accessibles aux travailleurs du secteur informel, ce qui n'est peut-être pas toujours le cas en milieu rural ; promouvoir la réforme et communiquer ses avantages ; mettre en place des techniques innovantes afin de recouvrer les cotisations des travailleurs du secteur informel (évaluation de leur revenu sur la base de leurs actifs, paiement d'une contribution forfaitaire à la place d'un pourcentage de leur revenu) ; renforcer le contrôle de l'accès au système de l'AMG.

Par ailleurs, la distribution des bénéficiaires entre les trois filières de remboursement est très difficile à prévoir et elle influencera largement le niveau des dépenses de la CNAM. Pour ces raisons, des études actuarielles additionnelles précises couvrant une série de scénarios pour la réforme proposée sont fortement recommandées – pour évaluer à la fois l'impact financier de la réforme et le niveau du taux de cotisation nécessaire pour couvrir les coûts.

Enfin, il faut également souligner qu'au fur et à mesure de son extension au secteur informel, le système d'assurance maladie pourrait avoir besoin de subventions du budget de l'Etat pour assurer sa viabilité, si les nouveaux assurés étaient plutôt titulaires de revenus faibles. Il sera donc indispensable d'évaluer avec précision et de budgéter les dotations supplémentaires éventuellement nécessaires à l'expansion du système d'assurance maladie.

Enfin, aucun plan de financement ne sera viable sans la définition d'une stratégie ad hoc de contrôle des coûts. Les éléments clés de la stratégie dépendront du contenu de la convention entre la CNAM et les prestataires (niveau des tarifs de références, droits et obligations des prestataires, sanctions éventuelles), de la composition de l'enveloppe des indemnités et du niveau des tickets modérateurs, ainsi que de l'adoption de mécanismes pour l'ajustement éventuel de ces paramètres clés, qui influenceront sur l'utilisation, les coûts et les recettes.

6.2. Sélection adverse et protection financière pour les pauvres

Dans leur configuration actuelle, les réformes pourraient entraîner de sérieux problèmes de sélection adverse entre les différentes filières. En effet, les prestataires de soins privés pourraient être tentés de n'accueillir que les patients les plus fortunés, surtout s'ils estiment que les tarifs de responsabilité ont été fixés à un niveau trop faible. Dans ce cas, ils pourraient, même si cela est interdit par la loi, vouloir demander à leurs patients le paiement de sommes supplémentaires sur

leurs deniers personnels pour compenser ce niveau de rémunération censé trop faible, ce qui, mécaniquement, limiterait l'accès aux plus favorisés. Les patients pauvres auraient ainsi tendance à rester dans le secteur public.

Pour ces raisons et à cause de la complexité administrative liée à l'existence de trois filières de remboursement, il pourrait être opportun de mettre en place le nouveau système d'assurance maladie avec une seule filière. Des tarifs ou des niveaux de ticket modérateur différents pourraient alors être fixés pour certains services, selon qu'ils sont fournis dans le secteur public ou privé. Cette solution serait bien plus simple à mettre en oeuvre et plus flexible que le schéma des trois filières, tout en donnant au Gouvernement la même possibilité d'orienter l'offre de soins.

Par ailleurs, alors que le niveau des dépenses de santé à la charge des ménages est en augmentation par rapport à la part des dépenses socialisées et de tierces parties, des mesures devront être prises pour assurer la protection financière des patients. Cela implique que les individus aient accès aux services dont ils ont besoin, mais aussi que le coût de ces services ne les empêche pas d'effectuer d'autres dépenses indispensables.

6.3. *Qualité et performance du système de prestation du service public*

Garantir la qualité des soins. Pour améliorer la qualité de l'offre de soins, la Tunisie devra trouver une solution aux difficultés liées au fait que la structure et l'organisation du Ministère de la Santé publique ne sont pas optimales. Le système actuel qui combine statut rigide de la fonction publique, mode de décision centralisé (malgré la relative autonomie croissante des hôpitaux de niveaux secondaire et tertiaire) et utilisation d'un système de budget global avec des médecins salariés, ne fournit que peu ou pas d'incitation à assurer des soins de bonne qualité. De plus, il est nécessaire de responsabiliser davantage les prestataires sur la qualité des soins. La mise en place d'un système plus responsabilisant nécessiterait sûrement des réformes organisationnelles, ainsi que des changements dans le mode de paiement des prestataires et, si possible, une modification du statut de la fonction publique. Aucune de ces réformes ne sera facile à mettre en oeuvre.

Développer un schéma directeur national de santé. Un schéma directeur est un outil utile pour planifier et allouer les ressources sanitaires autant pour le secteur public que pour le secteur privé. Il peut porter sur les installations, le personnel et l'équipement médical. Un tel schéma requiert l'instauration de directives et normes nationales de santé, l'analyse de la situation socioéconomique de la population, de ses profils démographique et épidémiologique, ainsi que de ses besoins sanitaires; et l'élaboration d'une carte de l'infrastructure sanitaire existante et de son utilisation afin de reconfigurer les équipements déjà en place et de déterminer la localisation et le niveau des futurs investissements.

Améliorer l'efficacité allocative. La question de l'efficacité allocative, -faire en sorte que les dépenses aient un impact maximal sur les indicateurs de santé publique-, est très liée à l'allocation des ressources et au schéma directeur discutés ci-dessus. Pour améliorer l'efficacité allocative de façon à répondre aux nouveaux besoins de la Tunisie en matière de santé, le secteur hospitalier a également besoin d'être restructuré et rationalisé en termes de taille, niveau et type de services offerts. Les hôpitaux de circonscription représentent 17% du total des lits dans le secteur public avec un taux d'occupation très faible de 35,9%.

Renforcer les systèmes d'information. Actuellement, les prestataires du secteur public ne sont pas bien préparés pour exploiter l'information afin de s'adapter au progrès technologique et aux transitions épidémiologiques et démographiques en cours en Tunisie. Il y a un besoin croissant en

systèmes d'information dans le secteur de la santé. La mise en oeuvre des réformes proposées nécessitera des investissements conséquents en systèmes d'information pour gérer les affiliations et les remboursements mais aussi pour piloter les dépenses et la qualité des soins. Par voie de conséquence, il sera nécessaire d'assurer une formation approfondie aux futurs gestionnaires de l'assurance maladie pour leur permettre de gérer des systèmes d'information relativement complexes.

Assurer une capacité administrative adéquate au sein de la CNAM. Le succès des réformes dépendra pour beaucoup de la capacité administrative de la CNAM. En conséquence, il est fondamental, dès la phase initiale du processus de mise en oeuvre des réformes, de s'assurer que la CNAM possède les compétences nécessaires dans plusieurs domaines clés, dont les mécanismes de paiement, l'expertise actuarielle, et l'examen des demandes de remboursement.

7. Prochaines étapes

Alors que la Tunisie opère la transition de la situation actuelle à la mise en oeuvre des grandes réformes du secteur de la santé, une série d'études complémentaires sera très utile pour prendre des décisions de politique. Les études et étapes préparatoires essentielles devant être entreprises sont les suivantes (chacune est décrite plus en détail au Chapitre 7 du rapport intégral) :

- Réaliser une étude sur l'impact économique des cotisations d'assurance maladieⁱⁱ.
- Réaliser des études actuarielles.
- Analyser les avantages relatifs et les fardeaux financiers du système proposé.
- Définir une stratégie de contrôle des coûts.
- Définir un panier de soins.
- Déterminer les taux de remboursement hospitalier pour encourager la productivité et l'efficacité.
- Traiter la question de la sélection adverse et assurer la protection financière des pauvres.
- Développer un Schéma directeur national pour la santé.
- Renforcer les systèmes d'information.
- Faire en sorte que la CNAM dispose des compétences administratives nécessaires pour faire face aux exigences de la réforme.

ⁱⁱ A cet égard, il faut signaler que le CRESS (Centre de Recherches et d'Etudes en matière de Sécurité Sociale) a procédé à une ébauche d'étude sur l'impact macro économique des taux de cotisation, en particulier sur la croissance et l'emploi.

RÉPUBLIQUE TUNISIENNE

ÉTUDE DU SECTEUR DE LA SANTÉ

1. INTRODUCTION

La performance du secteur de la santé Tunisien est relativement bonne sous divers points de vue, en particulier, par rapport à d'autres pays du Maghreb et de la région, cependant d'importants défis demeurent. Confronté aux problématiques, nouvelles ou héritées du passé, de la phase de transition, démographique, épidémiologique en même temps que sociale et culturelle, le système de santé tunisien est en quête des adaptations nécessaires lui permettant d'affronter les défis posés par cette situation. La population dont l'espérance de vie ainsi que le niveau éducatif ne cessent de s'élever revendique l'assurance de l'accès à des services de qualité, faisant appel aux technologies évoluées de diagnostic et de traitement. Cette demande, notamment engendrée par les maladies chroniques, entraîne une augmentation des coûts et des dépenses de santé d'autant que la courbe de l'offre (médecins et autres corps de santé) du secteur privé est dans une phase ascendante. A l'heure actuelle, plus de la moitié des médecins -généralistes et spécialistes-, 15% des lits d'hospitalisation, la quasi-totalité des officines pharmaceutiques, relèvent du secteur privé ; le rythme de développement du parc d'imagerie médicale y est élevé.

C'est la volonté de répondre à ces nouveaux défis qui est à l'origine de la réforme du système de couverture maladie prévue par la loi du 2 août 2004 portant institution d'un régime unique d'assurance maladie.

La présente revue du secteur de santé préparée par la Banque mondiale et la Tunisie fournit une vue d'ensemble du système de santé Tunisien, évalue ses résultats en termes d'efficacité, de qualité des services fournis et d'accès aux soins ainsi que la viabilité du système de financement. Le rapport identifie et analyse les priorités et défis pour l'avenir y compris ceux liés à la récente réforme de l'assurance maladie. Des options pour de futures améliorations du secteur sont également discutées.

Outre l'introduction (section I), le reste du rapport est divisé en six sections. La section 2 expose brièvement la situation socio-économique de la Tunisie. La section 3 analyse les caractéristiques démographiques de la population et de ses réalités épidémiologiques. La section 4 est une brève revue d'ensemble du système de santé incluant une évaluation et une analyse des dépenses de santé et du système de financement ; la section 5 décrit et analyse la performance du système de santé en termes d'efficience, d'équité, d'accès et de qualité. La section 6 décrit et analyse les différentes réformes engagées au niveau du secteur de la santé y compris la réforme de l'assurance maladie. Enfin, la section 7 présente une stratégie unifiée pour mettre en oeuvre les réformes de l'assurance maladie et améliorer la performance du système de santé.

2. LA SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE

La Tunisie, pays nord africain dont la superficie est de 154530 km² comptait en 2003, une population de 9,9 millions d'habitants, dont 63% vivant en milieu urbain. En dépit des tensions

engendrées par les conflits en Irak et ailleurs dans le Moyen-Orient, le produit intérieur brut de la Tunisie (PIB) a augmenté de 5.0% en 2003, grâce à la croissance de la production agricole et du tourisme. Bien que le pays soit toujours confronté à un environnement extérieur défavorable, une croissance de 6% du PIB est envisagée pour les années à venir, cette estimation est basée sur les perspectives et la consolidation du secteur agricole, la stabilisation du tourisme, et l'augmentation des exportations (en particulier de produits manufacturés et agricoles). Des mesures ont été prises en 2002 en vue d'améliorer le rendement de la fiscalité et d'éviter la détérioration des équilibres financiers face aux chocs externes. En 2003, la consolidation fiscale a été poursuivie afin de diminuer le déficit budgétaire. Les politiques visant à établir l'équité dans le domaine de la fiscalité, tout en libéralisant l'économie et préservant la stabilité sociale, seront poursuivies.

Tableau 2.1. Indicateurs économiques

	1998	2001	2002
Population Totale	9.3 millions	9.7 millions	9.8 millions
Accroissement de la population	1.3	1.1	1.1
PIB en milliards de USD	19.8	20.0	21.0
Evolution du PIB (annuelle en %)	4.8	4.9	1.7
Dette extérieure (% du PIB)	56.5	60.2	61.0
Source : Indicateurs de Développement dans le monde			

La Tunisie se compose de sept régions économiques, qui sont divisées en 24 gouvernorats. Chaque gouvernorat est divisé en délégations qui sont au nombre de 263. Les délégations sont elles-mêmes subdivisées en secteurs, dont le total est de 2067.

Tableau 2.2. Organisation Administratives

Région	Gouvernorats			
District de Tunis	Tunis	Ariana	Ben Arous	Manouba
Nord Est	Bizerte	Nabeul	Zaghouan	
Nord Ouest	Béjà	Jendouba	Kef	Siliana
Centre Est	Sousse	Monastir	Mahdia	Sfax
Centre Ouest	Kairouan	Kasserine	Sidi Bouzid	
Sud Ouest	Gafsa	Tozeur	Kébili	
Sud Est	Gabès	Médenine	Tataouine	

2.1. PAUVRETÉ

2.1.1. L'évolution de la pauvreté en Tunisie

L'appréhension du phénomène de la pauvreté s'effectue à travers le taux de pauvreté, déterminé à partir des enquêtes sur le budget et les dépenses de consommation et le niveau de vie des ménages. Sur la base de cet indicateur, la pauvreté a substantiellement régressé en Tunisie depuis 1980. Les chiffres basés sur les différentes enquêtes montrent, que le nombre de pauvres a connu une baisse relativement accélérée passant de 823 mille en 1980 à 399 mille en 2000.

Au vue de la situation dans les milieux urbain et rural et jusqu'en 1980, les catégories de population pauvres se concentraient dans les zones rurales, représentant à cette période 62.3% de la population totale des pauvres. En 1990, un retournement de tendance a commencé à se profiler et à prendre de l'ampleur. A cette date, le nombre de pauvres a atteint 354 mille dans les zones urbaines, soit 65% du nombre total. Leur part est passée de 69% en 1995 et à 64% en 2000. Quant au taux de pauvreté, il s'est établi à 4.2% en 2000, contre 6.7% en 1990 et 12.6% en 1980. La pauvreté a donc sensiblement diminué au cours de la seconde moitié des années 1990, après avoir

stagné au cours de la période 1985-1990.

Tableau 2.3. Indicateurs de pauvreté Tunisiens

	1995	2000
Le rapport des pauvres vivant avec \$2 par jour (PPP) (pourcentage)	12.7	6.6
Le taux d'écart de la pauvreté a \$2 par jour (PPP) (pourcentage) (Incidence & profondeur de pauvreté) ⁱⁱⁱ	3.1	1.3
Taux officiel de pauvreté tunisien	6.2	4.2

Source.- Enquêtes sur le budget et la consommation des ménages INS., 1995,2000.

Tableau 2.4 : Indicateurs de la pauvreté

	1980	1985	1990	1995	2000
Nombre Total en Milliers			544	559	399
Urbain			354	389	296
Rural			190	170	103
Taux de Pauvreté (en %)	12,9	7,7	6,7	6,2	4,2
Urbain	11,8	8,4	7,3	7,1	4,9
Rural	14,1	7,0	5,7	4,9	2,9

Source.- Enquêtes sur le budget et la consommation des ménages INS.- 1980, 1985, 1990, 1995,2000.

Par ailleurs, concernant l'extrême pauvreté, la part de la population dont les dépenses sont inférieures à un dollar par jour est passée de 1.5% en 1990 à 0.5% en 2000. Quant à la part de la population vivant avec moins de deux dollars par jour, elle s'est stabilisée aux alentours de 6.6% en 2000 contre 12.7% en 1995.

2.1.2. Inégalités économiques et pauvreté

L'examen de l'évolution de la distribution des revenus permet de juger de l'efficacité du processus de croissance économique par rapport à l'objectif national de lutte contre la pauvreté. La dynamique de croissance économique et la répartition équitable de ses fruits a un impact indiscutablement favorable sur l'évolution des revenus et par conséquent sur le profil des inégalités et de la pauvreté.

L'indice de Gini calculé sur la distribution des dépenses de consommation des ménages permet déjà d'éclairer sur l'évolution du taux de pauvreté et sur son profil régional. En effet, le coefficient de Gini s'est maintenu aux environs de 0.4 et les parts de dépenses de chacun des deux déciles les plus pauvres n'ont augmenté que marginalement. Entre 1990 et 1995, le coefficient de Gini pour le milieu urbain s'est légèrement détérioré mais celui pour le milieu rural est resté inchangé. A l'inverse, entre 1995 et 2000, le coefficient de Gini s'est légèrement détérioré en milieu rural, tout en demeurant inchangé en milieu urbain.

L'indice de Gini masque une disparité dans la structure des dépenses, même si avec une valeur de 0.4, il indique une légère concentration des revenus. L'enquête nationale sur le budget et la consommation des ménages de 2000 montre, qu'en terme de distribution des revenus entre les

ⁱⁱⁱ Le taux d'écart de la pauvreté est la principale défaillance de la ligne de pauvreté (ceci en comptant les personnes non pauvres comme ayant un déficit nul) exprimé en tant que pourcentage de la ligne de pauvreté. Cette mesure reflète l'incidence ainsi que l'intensité de la pauvreté).

différentes catégories de population, les 20% les plus riches comptent pour 47.3% de la consommation totale, alors que les 20% les plus pauvres ne représentent que 6.9% du total de la consommation. De plus, la dépense moyenne des 10% les plus riches représente six fois celle des 10% les plus pauvres.

Tableau 2.5. Dépense par personne et par an (DPA) selon les régions - 2000

Région	DPA (en dinars) des 10% les plus riches	DPA (en dinars) des 10% les plus pauvres	Rapport DPA des 10% les plus riches / DPA des 10% les plus pauvre du Centre-Ouest
District de Tunis	3317	584	11,4
Nord-Est	2180	401	7,5
Nord-Ouest	1983	398	6,8
Centre-Ouest	1715	291	5,9
Centre-Est	3005	508	10,3
Sud-Ouest	1827	351	6,3
Est-Ouest	2059	359	7,1
Ensemble	2537	412	8,7

Source: Enquête sur le budget et la consommation des ménages INS 2000.
Remarque : Rappelons que l'indice de GINI mesure le degré de concentration des distributions statistique, sa valeur varie entre 0 et 1, un indice proche de 1 indique une concentration de la distribution (inégalité de distribution).

La dépense moyenne par personne et par an des 10% les plus riches du District de Tunis s'est élevée à 3317 dinars et celle du Centre-Est à 3005 dinars, représentant respectivement 11,4 fois et 10,3 fois la dépense moyenne par personne des 10% les plus pauvres du Centre-Ouest et pratiquement le double des 10% les plus riches de la même région. Ce ratio explique, en partie, les raisons du flux migratoire du Centre Ouest vers les régions côtières.

2.2. MARCHÉ DU TRAVAIL

Le chômage demeure particulièrement important chez les jeunes. En 2004, le taux de chômage total était de 13.9% ; alors que celui des personnes âgées de 15 à 24, serait compris entre 30 à 40%. Pour être plus précis, il est particulièrement élevé (> 40%) chez les individus entre 20 et 24 ans ayant fait des études secondaires ou post-secondaires. Le taux d'emploi des hommes est plus élevé que celui des femmes à l'exception des populations les plus instruites où les femmes surpassent leurs homologues de l'autre sexe. Les régions rurales du centre / sud ouest sont particulièrement touchées par le chômage.

Tableau 2.6. Taux de chômage des populations cibles (en %) (Période de 1997 à 2001)

<i>Selon l'âge</i>				
	1997	1999	2000	2001
15 – 64 ans	15.9	16.2	15.9	15.3
18 – 59 ans	15.7	15.8	15.6	15.0
<i>Selon le lieu de résidence</i>				
	1997	1999	2000	2001
Urbain	15.0	15.1	15.6	15.4
Grande villes	15.3	14.7	15.6	14.4
Autres villes	14.8	15.5	15.6	16.2
Rural	17.5	18.0	16.4	15.1
<i>Selon le sexe et la résidence</i>				
	1997	1999	2000	2001
Femmes	17.4	16.9	16.5	15.9
Hommes	15.5	15.9	15.7	15.1
Hommes Ruraux	17.2	18.2	16.8	15.4
Femme Rurales	18.7	17.4	16.4	14.3
Hommes Urbains	14.5	14.6	15.1	14.9
Femmes Urbaines	16.6	16.7	17.2	16.7

2.3. CONDITIONS DE VIE : APPROVISIONNEMENT EN EAU, HYGIÈNE ET ÉLECTRICITÉ

Globalement, l'accès à l'eau potable (77% de la population est raccordé au réseau public) et à des équipements sanitaires satisfaisants, est inférieur au niveau moyen observé dans la région MOAN, excepté pour les zones urbaines. La population rurale ayant accès à une source d'eau acceptable était en 2002, de 82,6% alors qu'en milieu urbain près de 100% de la population dispose d'une eau saine (le plus souvent par raccordement au réseau public), 96% des installations sanitaires sont conformes aux normes hygiéniques

La consommation totale en eau potable est estimée à 75 litres /habitant/jour dont 20% d'eau à usage domestique soit 15 litres/habitant/jour.

En 2001, 95.4% des ménages ont accès à l'électricité, un léger progrès a été enregistré en 2002, le taux étant de 95.9%. Les ménages qui sont propriétaires de leur logement s'élèvent à 80% et 3% seulement de ces logements sont qualifiés de rudimentaires. L'évacuation des eaux usées n'est pas conforme aux normes hygiéniques (raccordement au réseau ou fosse septique) pour près du quart des logements, particulièrement dans les zones rurales, à habitats dispersés des gouvernorats du Nord Ouest, Centre Sud.

Tableau 2.7 : Accès à l'hygiène et à l'eau potable (2004)

Accès aux services	Tunisie	Mena	Monde
%age de la population ayant accès à l'hygiène	84	85	55
%age de la population rurale ayant accès à l'hygiène	62	72	37
%age de la population urbaine ayant accès à l'hygiène	96	94	81
%age de la population ayant accès à l'eau potable	80	88	81
%age de la population rurale ayant accès à l'eau potable	58	78	71
%age de la population urbaine ayant accès à l'eau potable	92	96	94
Source : Indicateurs de Développement dans le monde 1995			

2.4. STATUT DES FEMMES

Selon le programme UNDP dans la région arabe, le statut personnel des femmes en Tunisie est généralement égal à celui des hommes. Depuis l'indépendance en 1956, le gouvernement Tunisien a cherché à réaliser l'égalité du genre en révisant la législation relative au mariage au divorce, à la garde d'enfant et à l'autonomie sociale des femmes. Les réformes introduites en 1993, avaient pour but de mettre la législation tunisienne en conformité avec les normes internationales en matière de droits de l'homme. Les violences physiques et psychologiques faites aux femmes (ainsi qu'aux enfants et aux autres populations vulnérables), dont l'ampleur est ignorée faute d'études exhaustives, ne sont plus un sujet tabou.

L'espérance de vie à la naissance (75 ans) des femmes est supérieure à celle des hommes. L'espérance de vie postérieure à la naissance du dernier enfant est de 35 ans.

En 2004, Les femmes occupent 15% des postes de niveau ministériel (2 Ministres et 5 Secrétaire d'Etat). En 2003, les femmes occupent 11.5% des sièges du parlement et 20% des postes de conseiller municipal. Elles ont investi les secteurs de l'éducation, de la santé et de la justice. L'alphabétisation des femmes a sensiblement progressé ; néanmoins en 2002, 31% des femmes adultes sont toujours illettrées.

L'objectif du ODM en matière d'éducation primaire universelle est en voie d'être atteinte. 99% des enfants sont scolarisés.

Tableau 2.8. Taux d'analphabétisme en Tunisie 1998 –2002

Taux d'analphabétisme	1998	1999	2000	2001	2002	MOAN 2002	Monde 2002
Femme de 15 ans et +	42	41	39	38	37	45	29
Homme de 15 ans et +	21	20	19	18	17	24	16
Total des H et F de 15 ans et +	32	30	29	28	27	35	22
% des Femme entre 15-24	13	12	11	10	9	25	17
% des Hommes entre 15-24	3	3	3	2	2	13	11
Total des H et F entre 15-24	8	7	7	6	6	19	14

La Tunisie a toujours encouragé la participation des femmes dans la vie active. Le congé de maternité ainsi que certaines mesures visant à la protection de l'emploi des mères ont été institués en 1966.

3. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE ET EPIDÉMIOLOGIQUE

3.1. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE ET TENDANCES

La population ainsi que le profil épidémiologique de la Tunisie sont le résultat des transitions démographiques et épidémiologiques qui caractérisent la plupart des pays à revenus moyens.

Le taux de croissance de la population a sensiblement diminué au cours de la dernière décennie, passant de 1.47% en 1996 à 1.1% en 2003. La diminution du taux de croissance de la population explique en grande partie les changements de la structure par âge de la population. En 2001, 62.0% de la population faisait partie de la catégorie d'âge comprise entre 15 à 59 ans, 28.9% avaient moins de 15 ans, et 9.1% plus de 60 ans (soit près de 900.000 personnes âgés de 60 ans et plus). 56.2% des femmes soit 2.7 millions, étaient en âge de procréer (entre 15 et 44 ans).

3.1.1. Planification de la famille et de la population

Développement de politique. La Tunisie a une longue histoire dans le domaine de la planification de la population et de la protection de la santé des mères et des enfants. Après l'indépendance en 1956, un des premiers actes du Président Habib Bourguiba a été de supprimer la polygamie (en 1957) et, avec l'appui du FNUAP, d'établir un programme de planification familiale (PPF) ce qui a créé une première base pour la planification efficace de la population et de la famille. Ces efforts ont été amplifiés par la mise en œuvre dès les années 1960, de programmes, visant à préserver la santé des enfants et de leurs mères, dont les objectifs et les cibles ont évolué au fur et à mesure des progrès accomplis. La mise en œuvre de l'ensemble de ces programmes (planification des naissances, surveillance prénatale et post-natale, suivi des nourrissons, vaccination...) a engendré une amélioration sensible des indicateurs relatifs à la santé des mères et des enfants ainsi qu'une réduction correspondante de la croissance de la population qui est impressionnante par rapport aux autres pays du Maghreb. Le Maroc, par exemple, dont la population était, en 1960, approximativement semblable, compte aujourd'hui une population triple à celle de la Tunisie.

La planification familiale en Tunisie n'a pas seulement concerné le contrôle de la croissance démographique ; elle cible également tous les aspects de la santé reproductive : soins maternels, surveillance de la santé maternelle et infantile, dépistage des cancers génitaux, infertilité, santé des adolescents. Elle est également considérée comme un mécanisme permettant d'améliorer le statut des femmes.

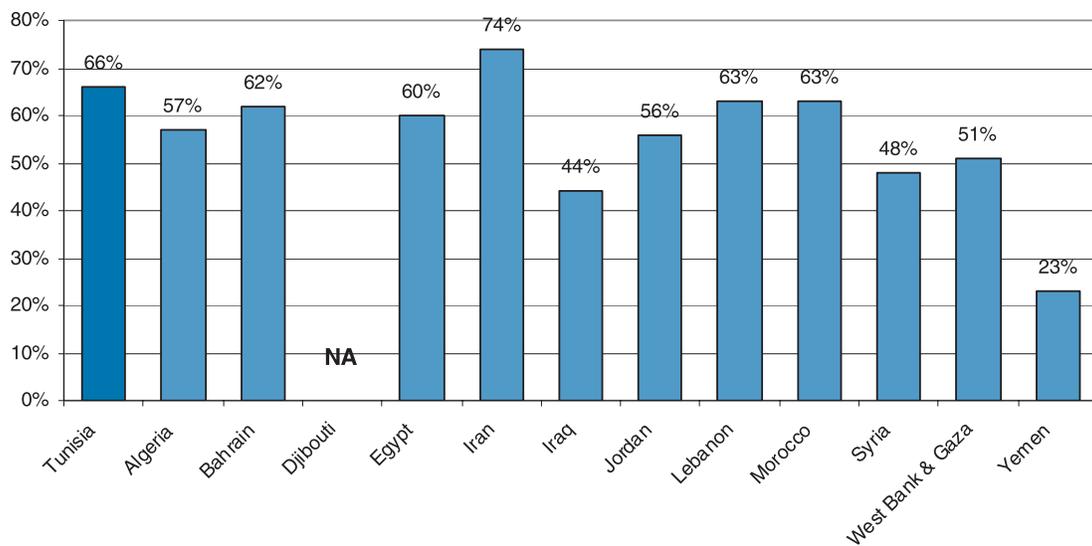
Fourniture de services de planification de famille. Les services de la planification familiale sont typiquement effectués par les sages-femmes travaillant dans le secteur public : Quatre-vingt-dix% de tous les centres de santé de base offrent les services des sages-femmes, de même que les hôpitaux locaux (ces derniers assurent des prestations en gynécologie et en obstétrique). Chaque région compte au moins un centre régional pour l'éducation et la planification familiale (CREPF), ces centres servent d'organisme de référence à l'exécution, au contrôle et à l'évaluation des services ambulatoires de santé familiale y compris les activités d'IEC (information, éducation, et communication).

Le rapport annuel de l'Office National de la famille et de la population pour l'année 2002 indique que 52% de toutes les femmes tunisiennes en âge de reproduction (15 à 45 ans) utilisent des méthodes modernes (DIU, pilule) de contraception et 10% usent d'autres méthodes ; soit un total de 62% de femmes utilisant une méthode contraceptive. Ce taux (de 62%) est parmi les plus élevés dans la région de MOAN.

En raison du succès de ce programme dont la cible était initialement le contrôle et la planification des naissances mais dont les objectifs ont été progressivement élargis aux autres domaines de la santé reproductive, le taux total de fertilité (TTF) a diminué de façon spectaculaire au cours des décennies écoulées, passant de 3,4 en 1990 à 2,5 en 1996 et à 2.0 en 2003. Ce taux est inférieur au TTF requis pour qu'une population se maintienne stable (approximativement 2.1). Cependant, de grandes variations dans le TFR à travers les régions et les gouvernorats sont constatées.

En 2003, le taux brut de natalité (TBN) était 16.7 pour 1.000 alors qu'il était de 19.7 en 1996 et de 25.2 en 1990. Le gouvernorat avec le TBN le plus bas était Tunis, Kasserine avait le taux le plus élevé. Pour ce qui est de la région centre ouest, elle a le plus haut TBN, alors que celle du district de Tunis le plus bas.

Figure 3.1. Taux de Prévalence de Contraception pour certains pays de la MOAN, 1995-2003



Source:– Page électronique de l'UNICEF (DHS, MICS, UN Population Division et UNICEF)

Selon un scénario moyen, le GT prévoit que la population tunisienne atteindra 10.4 millions en 2009, 10.8 millions en 2014 et 11.8 millions de 2029. Quoique le niveau de fertilité ait diminué à un niveau en deçà du seuil du remplacement, la population tunisienne continuera à se développer pendant des décennies principalement car les enfants nés entre 1985 et 1989 vont entrer en âge de reproduction et également en raison de l'augmentation de l'espérance de vie.

Pendant les décennies à venir, l'âge moyen de la population ne cessera d'augmenter, car la proportion des adultes, ainsi que celle des individus du 3^{ème} âge et au delà augmentera sensiblement. Comme le nombre des nourrissons, des enfants et des adolescents ne diminuera pas au cours des quinze années à venir étant donné l'élan de la population, la pression exercée sur le système de santé en vue de la fourniture de santé préventifs et curatifs à ces catégories de populations ne se relâchera pas.

3.2. PROFIL EPIDÉMIOLOGIQUE

3.2.1. Analyse de la Mortalité :

Le tableau ci-dessous (tableau 3.1) fournit une vue d'ensemble des causes de décès les plus fréquentes. De façon générale, les maladies du système circulatoire occupent la première place, avec des taux légèrement supérieurs pour les femmes par rapport à ceux des hommes. La deuxième cause de décès est constituée par les néoplasmes, suivie des décès consécutifs à des actes de violence et à des maladies respiratoires.

Les causes de décès changent selon l'âge : la mortalité périnatale et les malformations accaparent la plus grande part de mortalité des enfants au-dessous de 5 ans. Pour les catégories d'âge comprises entre 5 et 35 ans, les décès violents, principalement ceux en rapport avec des accidents (approximativement 40%) sont la principale cause de décès. Au delà de 45 ans, les cancers et maladies circulatoires sont les causes de décès les plus fréquentes.

Tableau 3.1. Répartition proportionnelle des Principales causes de décès 2000

Les plus fréquentes causes de Décès		
	Hommes	Femmes
Maladie de l'appareil circulatoire	27.0	31.0
Cancers	18.0	14.0
Maladie du système respiratoire	10.5	7.2
Pathologie de la période périnatale	7.8	8.7
Maladies métaboliques et endocrines	7.1	7.2
Décès Accidentels	10.5	7.2
Autres	19.1	24.7
MSP 2000		

Décès des mères et des enfants de moins de 5 ans

Le taux de mortalité maternelle était de 70 pour 100 000 naissances vivantes en 1994 (Il s'agit de l'enquête la plus récente sur la mortalité maternelle). D'après les situations officielles, ce taux serait de 50 pour 100 000 en 2003, (ces données n'ont pas encore été confirmées par une étude). En comparaison avec d'autres pays de la MOAN, ce taux est relativement bas mais pas autant que pour certains pays du golfe. Il serait 2 fois plus élevé en milieu rural, à l'Ouest du pays (> 90/100.000) que dans les régions « côtières ». L'essentiel des décès maternels (70%) surviennent au cours ou dans les suites de l'accouchement.

L'accent mis sur les programmes de prévention et de promotion de la santé de la mère et de l'enfant a eu pour résultat d'améliorer sensiblement des taux de mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans. C'est ainsi que le taux de mortalité infantile (19 par 1.000 naissances vivantes) est inférieur à la moyenne des pays de la région MOAN (43 par 1000 naissances) et à celle (31 par 1.000 naissances) des pays à revenu moyen. Dans le cadre du programme du millénaire pour le développement (Nations Unies / OMS), l'objectif à atteindre serait de parvenir à un taux de mortalité infantile de 13 pour mille, à l'échéance de 2015.

Parallèlement à la diminution de la mortalité infantile, la mortalité infanto-juvénile (entre 0 et 5 ans) a diminué, passant de 52 (pour 1.000 naissances d'enfants vivants) en 1990 à 24 (pour 1.000 naissances d'enfants vivants) en 2003 ; elle est actuellement considérée parmi les niveaux les plus bas dans la région. La Tunisie est sur la voie de la réalisation des objectifs de ODM (taux de mortalité infanto-juvénile de 16 pour mille en 2015). En effet, l'analyse des tendances de la mortalité infanto-juvénile et de ses causes (près des $\frac{3}{4}$ surviennent dans la période périnatale,

50% sont en rapport avec une infection respiratoire ou intestinale) indique que cet objectif est réaliste.

3.2.2. Analyse de la morbidité

Pour la commodité de la présentation des données, cette section est divisée en deux parties : la première partie est une vue d'ensemble des problèmes observés principalement parmi la population des adultes ; et la seconde partie expose la situation de groupes dits vulnérables, tels que la mère, l'enfant, les adolescents et les travailleurs.

3.2.2.1. Vue d'ensemble

1. Maladies transmissibles (hors MST)

Dans le cadre de la stratégie visant à contrôler l'évolution des maladies transmissibles, un système d'alerte de notification, d'intervention de surveillance est mis en place et piloté par la Direction des soins de santé de base (DSSB).

C'est ainsi que pour ce qui est du paludisme aucun cas autochtone n'est enregistré depuis 1979. Quelques dizaines de cas (50 au cours de l'année 2002) importés par des voyageurs tunisiens (sportifs, travailleurs, hommes d'affaires) et étrangers principalement des étudiants originaires des zones d'endémie sont annuellement diagnostiqués et pris en charge.

Quant à la tuberculose qui fait l'objet d'un programme spécifique, incluant la gratuité pour le sujet atteint et son entourage des prestations de soins et de prévention, son incidence – autour de 20 pour 100.000 habitants en 2003 – baisse régulièrement au fil des années ; les formes infantiles sont exceptionnelles, de même que la localisation méningée.

Par ailleurs, le kyste hydatique (200 cas notifiés en 2003), la brucellose (250 cas) et la leishmaniose cutanéomuqueuse (près de 1700 cas) n'ont pas été éradiqués de leurs foyers traditionnels du Centre Ouest et du Sud.

2. MST/SIDA

La lutte contre le SIDA est multisectorielle : elle implique, outre les départements en charge de la santé de base et de la médecine scolaire et universitaire du Ministère de la Santé, des ONG nationales. Un système de surveillance a été mis en place à partir de 1985, année où les premiers cas ont été notifiés. De 1985 à 2002, le nombre de cas cumulés était de 1125 dont 387 sont décédés. 188 nouveaux cas ont été enregistrés en 2002, dont 66 sont Tunisiens - 45 hommes, (68% des cas) 19 femmes (29%) et 2 enfants (3% contaminés par leur mère). Chez les adultes, la voie hétérosexuelle et l'injection de drogue – qui concerne principalement des Tunisiens émigrés à l'étranger – sont les principaux mécanismes de contamination. Bien que, depuis 1990, le nombre de nouveaux cas enregistrés annuellement chez les tunisiens demeure stable (autour de 70), la vigilance s'impose et ce en raison de l'expansion du tourisme – de loisir mais aussi dans certains cas pour des soins - transfrontalier de l'immigration (temporaire, clandestine ou déclarée) de populations originaires de pays d'endémie connue.

3. Problèmes spécifiques de la transition épidémiologique : états morbides et facteurs de risque

Maladies cardio-vasculaires. Plusieurs études ont abordé ces problèmes au fil des 20 années écoulées ; les plus récentes ont été réalisées par l'Institut National de la Santé entre 1996 et 1998

(auprès d'une population d'adultes sur interview et examen clinique individuel) et en 2001 (auprès de familles, par interview d'une personne de « référence », portant sur la morbidité déclarée). Les taux de prévalence rapportés ci-dessous se réfèrent principalement à l'enquête réalisée entre 1996/98.

Hypertension artérielle, (PAS \geq 140 mm de mercure et ou PAD \geq 9 mm). La prévalence de l'HTA est estimée à 38,4% des adultes âgés de 35 à 64 ans, plus élevée chez les femmes, les personnes les moins instruites et celles qui –pour une raison ou une autre- n'exercent pas d'activité professionnelle (41,5%).

Diabète (glycémie à jeun $>$ 7,8 mm/l). 9.8% des adultes de 35 à 64 ans seraient diabétiques avec une prévalence féminine (10,6%) supérieure à celles des hommes (9,1%). Toutefois, les taux relevés par d'autres études oscillent autour de 5%.

Obésité. La prévalence de l'obésité (définie par un indice de masse corporelle – IMC \geq 30 kg/m²) oscille entre 15 à 16% de la population adulte, plus élevée chez les femmes par comparaison aux hommes, et en milieu urbain. La pré obésité (25 $<$ IMC $<$ 30) est encore plus fréquente : 1/3 des plus de 35 ans.

Cancers. 9000 nouveaux cas de cancer sont notifiés par le système d'enregistrement mis en place depuis le début des années 1990 (registres régionaux du Nord, du Centre et de Sud ; registre national à l'INSP) soit : une incidence brute de 103 pour 100.000 habitants chez l'homme et de 78 chez la femme, et une incidence standardisée de 127,5 chez l'homme et de 93 pour la femme.

Selon le registre du Nord pour lequel on dispose de données fiables pour la période écoulée entre 1995 et 1998, les localisations les plus fréquentes sont : chez l'homme : le poumon (22%), la vessie (10%) et la prostate (6,6%), la peau (6,2), l'estomac (5,1), le larynx (5,1) les LNH (4,5), le cavum (3,2), le rectum (3%) et le colon (3%).

Chez la femme : le sein (28%) et le col (6%), la peau (5%), les ovaires (4%), l'estomac (4%), le colon (4%), les LNH (4%), la thyroïde (3,6%), la vésicule (3,4%) et le rectum (3,4%).

La prévalence du cancer augmente avec l'âge : elle est maximale à 75 ans ; elle double entre 55 et 60 ans et une nouvelle fois entre 60 et 75 ans. Chez l'enfant (3% du total des cancers), les leucémies, les tumeurs du système nerveux central, ainsi que les lymphomes non hodgkiniens sont les atteintes les plus fréquentes.

Maladies chroniques de l'appareil respiratoire. La prévalence des bronchopathies chroniques parmi les adultes de plus de 25 ans, 5 – 6 fois plus élevée chez les hommes, oscille, selon les enquêtes, entre 4 et 10% dont le quart serait obstructive, donc invalidante à des degrés divers. Des alternatives à l'hospitalisation répétée, parfois de longue durée pour les cas les plus graves (oxygénothérapie à domicile), commencent à se mettre en place avec comme conséquence l'augmentation prévisible des dépenses de santé affectées à ces pathologies.

Quant à l'asthme, la prévalence est diversement appréciée, selon les populations étudiées et les critères adoptés pour le diagnostic. Les taux rapportés varient entre 1,7 et 6,5%. 1,3% des décès (soit 400 cas) lui sont imputés.

Santé mentale ; troubles psychiatriques. Parmi les études à visée épidémiologique, qui se sont intéressées à la santé mentale et aux états psychiatriques, celle réalisée en 1995 sur un échantillon représentatif de 3000 individus par H. Zouhaier et en collaboration avec l'OMS est celle à laquelle les spécialistes font le plus souvent référence. Selon cette enquête nationale 8,8% des

personnes interrogées ont présenté au cours de leur vie un épisode dépressif majeur et 26% au moins 3 symptômes dépressifs de façon concomitante.

La prévalence des plaintes se rapportant à la santé mentale est plus élevée chez les femmes, 3,1% et 1,9% chez les hommes. Parmi les autres facteurs de risque, l'âge (fréquence plus élevée chez les adultes entre 15-65 ans), le faible niveau d'éducation, des difficultés dans le parcours professionnel, la maladie organique chronique (47% des individus suivis pour une pathologie chronique autre que la maladie psychiatrique présentent des symptômes d'altération de leur santé mentale) sont à relever.

Chez l'enfant et l'adolescent, la fréquence de l'autisme serait de 4 à 5 pour 10.000 et l'anorexie mentale autour de 2 pour mille. Quant à la démence du 3^{ème} âge, avec l'allongement de l'espérance de vie (EVN = 73 ans), il est vraisemblable que la Tunisie sera de plus en plus confrontée aux problèmes liés à ce type de pathologie dont la prévalence est en Europe de 1% entre 65 et 69 ans et supérieure à 30% après 90 ans.

Tabagisme. Le tabagisme est un important facteur de survenue ou d'aggravation de nombreux états pathologiques. En Tunisie, les résultats des études les plus récentes effectuées à la fin des années 1990 confirment le succès relatif des efforts en matière de sensibilisation aux dangers de l'habitude tabagique et des politiques de hausse des prix du tabac. Néanmoins, un tiers de la population adulte (61.9% des hommes et 7,7% des femmes) continue à fumer ; les jeunes en situation d'exclusion, les hommes ayant les niveaux d'éducation les moins élevés sont particulièrement à risque. Parmi les fumeurs, une femme sur deux, et deux hommes sur trois consomment plus de 20 cigarettes par jour.

Dans le contexte tunisien, le tabagisme constitue un facteur de risque significatif associé avec un bon nombre de maladies comprenant les maladies cardiovasculaires, pulmonaires endocrines et métaboliques. Les néoplasies sont la deuxième cause de mortalité en Tunisie, alors que de nombreuses études démontrent que le tabac cause le cancer du poumon et d'autres organes, tels que la vessie, le rein, le larynx, la bouche, le pancréas et l'estomac. Les fumeurs ont aussi eu des taux d'hypertension trois fois plus élevés que les non fumeurs ou ceux qui ont arrêté de fumer.

Le tabagisme est plus répandu dans le nord et les régions de l'est du pays, et c'est également dans ces régions que la prévalence des maladies associées est la plus élevée. Les hommes y représentent 96.9% des fumeurs et 62.9% vivent en région urbaine. Plus de 50% des fumeurs sont des hommes entre 25 et 44 ans et 58.6% sont des ouvriers. De même, les fumeurs ont généralement des niveaux d'éducation plus bas, avec environ 60% d'entre eux n'ayant qu'une éducation primaire. Le taux de femmes qui fument est alarmant, et est en augmentation en milieu urbain. Les enfants exposés à la fumée ont des risques plus élevés de contracter l'asthme alors que les adultes exposés peuvent dans une certaine mesure développer des maladies associées.

Les cigarettes sont la plus fréquente forme de tabac en Tunisie. Le début du tabagisme se fait habituellement avant l'âge de 20 ans pour les hommes, mais plus tard pour les femmes. L'utilisation du traditionnel narguilé (ou pipe à eau) est à la hausse ; surtout chez les jeunes. Les programmes anti-tabac existent en Tunisie et sont soutenus par le ministère de la santé. Quoiqu'il en soit, des efforts plus intensifs sont requis pour diminuer l'utilisation du tabac chez les jeunes hommes ainsi que diminuer et prévenir le taux croissant chez les femmes.

3.2.2.2. Groupes particuliers de population

Santé de la mère et de l'enfant. Les programmes de vaccination et de surveillance de la santé maternelle et infantile mis en place ont permis de maîtriser l'évolution de certaines maladies infectieuses. Les acquis marquants sont notamment pour les maladies cibles des programmes de vaccination :

- L'éradication de la polio et de la diphtérie
- Le recul très important de la rougeole et du tétanos néonatal (0 cas en 2002 et 2003).

L'incidence de la malnutrition proteino-calorique est de 3,7% entre 3-5 mois et de 1,8% entre 12-23 mois : il s'agit dans la majorité des cas de MPC modéré. Signalons que près de 1% des enfants âgés de 1-2 ans ont un poids excessif.

Près de 1% des enfants verraient leur développement entravé du fait d'un handicap, qui affecterait la parole dans 1/3 des cas, la motricité (21%), l'audition (16%), la vue (16%), 10% sont arriérés mentaux.

Quant à l'anémie, les enquêtes effectuées à différentes périodes – la dernière en l'an 2000- par l'INNTA montrent que sa prévalence n'a pas diminué. Près du tiers des femmes, un quart des enfants de moins de 5 ans seraient affectés. La grossesse est une période particulièrement à risque ; les formes sévères sont rares (1% des cas).

Santé des adolescents. Selon une enquête réalisée en 1995 sur un échantillon représentatif de 4500 lycéens, les plaintes formulées par les adolescents sont généralement indifférenciées et de nature psychosomatique (fatigue : douleurs du dos, céphalée ; règles douloureuses, troubles du sommeil...). Certains comportements à risque sont plus fréquents que dans le reste de la population : violences (en particulier à l'école), conduite de véhicules motorisés non autorisée pouvant entraîner des traumatismes graves pour le conducteur ou pour d'autres victimes, états d'ébriété (20% des adolescents ont consommé au moins une fois de l'alcool).

Handicapés. La prévalence du handicap – dont l'éventail des causes varie d'une source à l'autre – serait comprise entre 0,91% (enquête population emploi de l'INS en 1999) et 1,7% (statistiques du Ministère des Affaires Sociales sur la base du nombre de cartes d'handicapés délivrées entre 1982 et 2000). Toutes ces sources convergent vers le fait que la fréquence du handicap est plus élevée dans les régions de l'Ouest du pays et du Nord Est, en milieu rural ; parmi les individus dont l'âge est compris entre 15 et 20 ans (2/3 des cas) et au delà de 50 ans (22%). Près de la moitié des handicapés le sont depuis la naissance, 36% à la suite d'une maladie chronique, et 17% consécutivement à un accident.

Santé des travailleurs

Un total de 50.262 accidents de travail (soit 1 AT pour 40.000 salariés) dont 275 mortels a été enregistré au cours de l'année 2002, avec pour conséquence 1,6 million de journées de travail perdues. Les incidences les plus élevées (supérieures à 50 pour mille salariés) sont notées dans les secteurs du bâtiment et de l'industrie de transformation. Près de 2/3 de ces AT sont d'origine traumatique (choc, chute...) et ont pour siège les membres et particulièrement la main (31%) et le pied (16,5%).

Par ailleurs, autour de 400 cas (405 en 2002) de maladies professionnelles sont annuellement déclarés ; les motifs sont principalement la surdité (30%), les troubles musculo-squelettique puis (23%), le saturnisme (15%), les maladies respiratoires (12%) et cutanées (12%).

Tableau 3.2. Prévalence Rapportée de Certaines Maladies Chroniques

Maladies	Prévalence Totale (%)	Prévalence des femmes (%)	Prévalence des Hommes (%)
Maladies Cardiovasculaires	16	20	12
Hypertension	11	15	7
Endocrine et maladies métaboliques	12	16	7
Diabète (20+ans)	4.4	5	3.7
Bronchial	3.1	2.6	3.5
Asthme	1.4	1.4	1.4
Source: Statistiques du MSP			

Les données du tableau 3.2 suggèrent qu'une partie importante du fardeau des maladies est à attribuer aux maladies chroniques, surtout en considérant que seulement 9% de la population avait plus de 60 ans en 2001. Ceci a été confirmé par une étude du fardeau des maladies en Tunisie qui a montré qu'il y a 1.45 million de DALY perdues, sur lesquels 52% sont dus aux hommes et 48% aux femmes. Sur le total de DALY, 53% sont dus aux morts prématurées alors que le reste est dû aux incapacités, montrant que celles-ci jouent un rôle majeur dans le fardeau des maladies en Tunisie. 58% du fardeau est dû à des causes non infectieuses et aux accidents, ce qui est typique pour un pays à revenu intermédiaire traversant une transition épidémiologique. Il est important de noter que cette étude analyse des données un peu vieilles (1992) sur la mortalité et l'invalidité, et devraient être prises avec soins. Cependant, les conclusions qualitatives devraient toujours être valides, en fait la situation pourrait même être pire aujourd'hui, au vu de l'augmentation des maladies chroniques dues à la transition démographique.

3.2.3. Défis en matière de santé publique

Synthèse épidémiologique

Il peut être déduit de ce qui a été présenté ci-dessus que les priorités en matière de santé sont :

- Les maladies du système circulatoire dont les facteurs de risque métaboliques, acquis ou innés (diabète, hyper cholestérolémie, obésité) et comportementaux (tabagisme, sédentarité) sont répandus dans la population tunisienne ;
- Les cancers dont les plus fréquents touchent l'appareil génital chez la femme et les poumons chez l'homme
- Les affections de la période périnatale avec des conséquences néfastes (en raison de la mortalité et de l'invalidité) pour la santé de la mère et du nourrisson.
- La pathologie courante du nourrisson, le plus souvent d'origine infectieuse, à localisation respiratoire ou digestive, dont la répétition peut entraver le développement physique, psychomoteur et mental de l'enfant ;
- Les accidents et les violences, qui en dehors de leurs conséquences mortelles, particulièrement chez l'adolescent et l'adulte jeune, empêchent de façon momentanée leurs activités et peuvent être source d'invalidité permanente ;
- Les maladies respiratoires chroniques, particulièrement l'asthme qui touche tous les âges et dont la prévalence croît en liaison avec la modification des modes de vie et avec la pollution ambiante ;
- La pathologie psychosomatique et psychiatrique souvent liée au stress, particulièrement chez les adultes- jeunes, citadins obligés de concilier les obligations de la vie professionnelle, les charges familiales, l'épanouissement du couple, et l'éducation des enfants ;
- Les maladies infectieuses endémiques dans un passé récent et (potentiellement) réempruntées, telles que le paludisme, la brucellose, voire la leishmaniose ;
- Les maladies dites émergentes (infectieuses, virales) dont les flambées sont constatées de façon cyclique ;

- Les maladies sexuellement transmissibles et de façon particulière le SIDA dont de nouveaux cas sont enregistrés chaque année ; l'effort en matière de surveillance (migrants, femmes enceintes...) et d'IEC (notamment au lycée) ne doit pas être relâché, sinon intensifié.
- La pathologie bucco-dentaire, principalement chez l'enfant et l'adolescent (caries, malpositions...) et l'adulte âgé (édentation, gingivopathies) ;
- Les TIAC dont la surveillance doit être vigilante, dans un pays où l'activité touristique constitue une source de revenus relativement importante pour l'économie.

Une attention particulière doit être portée aux populations les plus exposées à des risques spécifiques. De ce point de vue, on peut dire que les habitants des zones rurales, particulièrement les femmes et les nourrissons sont les plus fortement exposés à toutes sortes de risques.

Entre « Transition » et « Emergence »

Invoquer à propos du cas tunisien, le concept de « transition », nous renvoie en premier lieu au constat suivant : nombre de maladies, autrefois endémiques, nécessitent, bien que sous contrôle, le maintien de mesures de vigilance éco-épidémiologiques et/ou de surveillance de populations à risque : voyageurs, migrants, groupes d'âge particuliers, certaines catégories professionnelles. C'est le cas par exemple pour le paludisme, le SIDA, la poliomyélite, voire la bilharziose. Par ailleurs, pour les activités traditionnelles des services – telles que la vaccination, la surveillance de la santé de la mère et du nourrisson, la médecine scolaire, ou la prise en charge des affections courantes – un haut niveau de performance et de technicité doit être ciblé.

L'autre caractéristique de la « transition », qui s'applique à la Tunisie, est « l'émergence » de problèmes de santé, jusque là plus ou moins méconnus ou délaissés, et de façon concomitante de l'exigence de la part des citoyens, de prestations (voire de résultats) de qualité. Le terme « émergence » reflète en fait une réalité complexe résultant de l'intrication de faits épidémiologiques, d'évidences démographiques, d'évolutions sociétales et des comportements individuels.

Dans ce contexte, les attentes concernent:

- La prise en charge de « maladies » au long cours, cardiovasculaires, respiratoires (particulièrement l'asthme), cancéreuses, rhumatismales, oculaires, sexuellement transmissibles (SIDA). Cette prise en charge inclut le dépistage, le suivi et la mise à disposition de traitements efficaces dans le délai optimal. Elle nécessite la mise en œuvre de stratégies adéquates et des moyens accrus.
- La mise en œuvre de mesures de vigilance et de prévention de risques particuliers liés à l'importation de certaines maladies dites « émergentes », souvent d'origine virale, parfois graves (tels que le SRAS, la grippe aviaire, la fièvre de la vallée du Nil...) dont la menace pèse de façon cyclique sur la vie des citoyens, ne tolérant plus d'être exclus du bénéfice de la connaissance et du progrès.
- La sécurité alimentaire, qui englobe tous les niveaux de la chaîne : matières premières (ex : viande et maladie de la vache folle), produits semi finis (ex : OGM), repas consommés dans des lieux de restauration publique.
- La prise en charge et la réinsertion des handicapés.
- La mise en place de formules et de réseaux de prise en charge, notamment à leur domicile, des sujets âgés – de plus en plus nombreux – nécessitant, en raison d'handicaps et/ou de leur isolement, une assistance quotidienne.

4. UN APERÇU DU SYSTÈME DE SANTÉ

4.1. LES STRUCTURES ET LES PRESTATAIRES DE SOINS

Dès l'indépendance, l'aspect « santé publique » des problèmes sanitaires est abordé à travers la mise en place de campagnes de masse et d'un réseau de dispensaires de soins curatifs, autours desquels vont progressivement s'organiser les soins de santé de base avec des programmes nationaux à partir de 1981, suite à la conférence d'Alma Ata (1978).

Le système d'offre de soins du ministère de la santé publique est divisé en trois parties comme suit:

Le premier niveau, ou secteur de première ligne, est celui des Soins de Santé de Base. Il comprend 2028 Centres de Soins de Santé de Base (CSB) répartis sur tout le territoire (1 CSB/4822 habitants en 2002). 90% de la population est à moins de 5 Km d'un CSB. Ce secteur comprend aussi 118 hôpitaux de circonscription et maternités autonomes (périphériques). Le fonctionnement de ces structures est organisé au sein de 203 circonscriptions sanitaires, entités définies territorialement et gérées collégialement par les équipes sanitaires de terrain. Le nombre de lits total pour ce niveau est de 2650, ce qui représente environ 16.5% de la capacité totale pour le secteur public.

Exercent dans le secteur (en 2002) 1559 médecins généralistes, 10365 paramédicaux, 223 médecins dentistes, 91 pharmaciens. La répartition de ces personnels est relativement bien équilibrée sur tout le territoire et le secteur est un facteur fondamental d'équité. Il intègre sur le terrain une vingtaine de programmes nationaux gérés à l'échelle centrale par la DSSB, la Direction de la Médecine Scolaire et Universitaire (DMSU), la Direction de l'Hygiène du Milieu et de la Protection de l'Environnement (DHMPE) et l'ONFP. Il est chargé de toute la politique préventive et réalise environ la moitié des consultations médicales du pays, 20% des admissions hospitalières et 20% des accouchements.

Le potentiel des Hôpitaux de circonscription est insuffisamment exploité en raison de la faiblesse de leurs plateaux techniques, qui limite le champ des prises en charge diagnostiques et thérapeutiques. Le financement du secteur est assuré par ses recettes propres (30% du budget de fonctionnement hors salaire) et une subvention de l'Etat. Il faut également signaler que les caisses d'assurance maladie versent directement au Trésor public, en contre partie des soins prodigués aux assurés sociaux, un forfait annuel sensé couvrir les soins dispensés dans les hôpitaux de circonscription et les centres de santé de base. Les autres structures sanitaires publiques (établissements publics de santé et hôpitaux régionaux) sont payées par les caisses dans le cadre du système de facturation. Le premier niveau n'absorbe que 27% environ de l'ensemble des dépenses de santé du pays mais fait preuve d'une grande vitalité dans la coordination de la gestion des problèmes de santé. On lui doit par ailleurs, pour une grande part, l'amélioration drastique des indicateurs sanitaires sur les dernières années, notamment pour la santé maternelle et infantile et les maladies transmissibles. Le capital de connaissances et de savoir-faire acquis par le personnel en matière de santé publique et d'approche « populationnelle », en fait un cadre opportun pour la prise en charge efficiente des questions sanitaires liées à la transition (maladies chroniques, dégénératives, cancers, santé des jeunes, ménopause, gériatrie...), d'autant que le secteur développe un programme innovant d'assurance qualité des soins et s'engage dans une dynamique de promotion d'une « médecine de famille » qui devrait s'accompagner d'une réforme de la formation de base en médecine générale et d'une valorisation de cet exercice.

Le deuxième niveau de soins est constitué par 33 hôpitaux régionaux généralement situés aux chefs lieu de gouvernorat. Ils sont absents dans les villes de facultés (Tunis, Sousse, Monastir, Sfax) et disposent de 5750 lits (33.8% de la capacité hospitalière du secteur public) et 600 médecins spécialistes environ (soit 30% des médecins spécialistes du secteur public). Malgré des plateaux techniques globalement satisfaisants, la productivité du secteur est affectée par le manque de médecins spécialistes, plus attirés par les carrières hospitalo-universitaires ou de libre pratique dans les régions de Tunis ou du Centre Est. Ce 2^{ème} niveau ne peut pas jouer effectivement son rôle de référence pour la première ligne. Il absorbe environ 25% des dépenses de santé du secteur public, et la quasi-totalité de son financement provient de recettes propres et de la facturation des prestations aux caisses de sécurité sociale. Les salaires sont à la charge de l'Etat.

Le troisième niveau est le plus haut niveau de référence. Il s'agit du pôle universitaire, qui comprend 11 hôpitaux généraux et 23 instituts et centres spécialisés, avec 8596 lits (50.6% des lits du secteur public et 44.4% de la capacité nationale totale), qui sont des établissements publics de santé (EPS) localisés dans les villes de faculté. Il dispose de 70% des médecins spécialistes du secteur public et les plateaux techniques sont performants. Bien qu'ils concentrent l'essentiel de l'équipement lourd du secteur public, ces hôpitaux sont moins bien pourvus que le secteur de libre pratique. Le troisième niveau est chargé de la formation des cadres médicaux et « juxta médicaux ». Les niveaux de compétence sont élevés, mais le secteur souffre de l'encombrement des consultations, dû à la faiblesse du deuxième niveau, et d'une tendance de plus en plus vive à la fuite des compétences vers le secteur de libre pratique qui propose des niveaux nettement plus élevés de revenus. Cette évolution fait craindre une dégradation de la qualité de l'encadrement et de la formation des futurs praticiens. Le financement des établissements est assuré par les recettes propres et la facturation aux caisses. Les salaires sont la charge de l'Etat.

Le secteur parapublic est peu développé et reste secondaire. Il comprend les 6 polycliniques de soins ambulatoires de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (C.N.S.S.), les services médicaux autonomes de certaines entreprises nationales, et les services médicaux de médecine du travail à vocation préventive.

Le secteur privé est en plein essor depuis les années 1990. Le secteur emploie 83% des pharmaciens du pays, 72% des médecins dentistes et seulement 7% des paramédicaux. Il dispose d'une part importante de l'équipement lourd du pays. Il est financé essentiellement par les ménages, absorbe environ la moitié des dépenses totales de santé, et son développement va sans doute s'accroître avec la réforme de l'assurance maladie.

Au total, la répartition des moyens matériels et humains est grevée de disparités régionales, en défaveur des régions Ouest et Sud du pays. Le secteur de libre pratique suit la demande solvable et s'installe dans le grand Tunis, le Centre Est et les autres régions côtières. Le niveau hospitalo-universitaire concentre la grande part des moyens de références spécialisés dans le Centre Est et le Grand Tunis, et les hôpitaux régionaux ne peuvent actuellement jouer pleinement ce rôle de référence pour les régions de l'intérieur.

4.2. LA COUVERTURE DE L'ASSURANCE MALADIE : ÉLIGIBILITÉ, CONTRIBUTIONS ET PRESTATIONS

4.2.1. Les organismes d'assurance maladie

Le système de financement de santé tunisien est caractérisé par la diversité des sources. En effet, en 2004, les ménages sont la source la plus importante de financement de la santé (53,6%, dont 9% remboursés par l'intermédiaire de contrats d'assurance de groupe ou de mutuelles) suivis par l'assurance maladie (23.3%), le budget général de l'Etat (21.8%), et les entreprises, dans le cadre de la médecine d'entreprise et du travail (1.3%).

Sous le système actuel de financement, qui va être réformé (voir section 6 pour une description et une analyse de la réforme proposée), deux types de couvertures sociales existent incluant environ 7,8 millions de personnes (environ 78% de la population).^{iv} La CNSS fournit une assurance maladie à 1 949 700 affiliés employés, employeurs (actifs ou retraités) du secteur privé, et à certaines autres catégories telles que les étudiants et les handicapés). La CNRPS couvre environ 745 600 employés et retraités du secteur public (voir tableau 4.1)

Les indigents, qui ne sont pas affiliés à un des régimes légaux de l'assurance sociale sont couverts par un des deux régimes de l'assistance publique appelée " Assistance Médicale Gratuite" (AMG) qui a été créée en 1958 et a été réorganisée par une loi en 1991 et deux décrets en 1998. Deux types de couvertures d'AMG sont offerts, selon le revenu et la taille de la famille. Les plus démunis bénéficient de la gratuité totale des soins, alors que les moins pauvres reçoivent les soins aux honoraires considérablement réduits. Les deux régimes sont financés par le budget de l'Etat et garantissent seulement des soins dans les établissements de la santé publique. En 2002, il y avait approximativement 160 900 bénéficiaires (AMG1) recevant les soins gratuits, et 547 500 (AMG2) recevant les soins à tarif réduit.

Bénéficiaire de la gratuité des soins et de l'hospitalisation dans les structures sanitaires publiques relevant du Ministère de la Santé Publique, les familles et les personnes nécessiteuses bénéficiaires de l'aide permanente dans le cadre du programme National d'Aide aux Familles Nécessiteuses, du programme d'aide aux handicapés incapables de travailler et du programme d'aide aux personnes âgées nécessiteuses.

Les critères d'éligibilité à ces programmes sont les suivants :

- l'absence de couverture sociale ;
- un revenu moyen (par personne) annuel égal ou inférieur au seuil de pauvreté fixé par l'Institut National des statistiques ;
- l'absence de soutien parmi les membres de la famille.

Le nombre de bénéficiaires du régime des soins gratuits, comme il a été précédemment indiqué, s'élève en 2005 à 170 000 familles bénéficiaires.

Bénéficiaire des tarifs réduits des soins et d'hospitalisation dans les structures sanitaires publiques les personnes appartenant à une famille dont le revenu annuel ne dépasse pas :

^{iv} Sources: CRESS

- un montant égal au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) des différentes professions si le nombre des membres de la famille ne dépasse pas deux personnes ;
- un montant égal à une fois et demi le SMIG si le nombre des membres de la famille varie entre trois et cinq personnes ;
- un montant égal à deux fois et demi le SMIG si le nombre des membres de la famille dépasse cinq personnes.

Le bénéficiaire des soins à tarifs réduits ne doit pas être affilié à l'un des régimes de la sécurité sociale et sa situation ne doit pas lui permettre de s'affilier à la sécurité sociale.

Le nombre de bénéficiaires de ce régime de soins s'élève en 2005 à 548 000 ménages bénéficiaires.

Une banque de données concernant ces bénéficiaires a été mise en place au niveau du Ministère des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Etranger. Cette banque de données a pour objectifs essentiels la révision périodique et continue des listes des bénéficiaires de soins à tarifs réduits et le suivi de la population concernée en vue d'une meilleure orientation vers les programmes d'insertion économique et l'amélioration de la couverture sociale de cette population.

Puisque les différentes filières CNSS, CNRPS ainsi que AMG1 et AMG2 couvre les affiliés ainsi que leurs conjoint(e)s (si ceux-ci ne sont pas déjà couverts par un autre régime de protection contre le risque maladie) et leurs enfants (jusqu'à l'âge de 16 ans, sauf pour les étudiants et les handicapés) le nombre actuel d'assurés est beaucoup plus grand que le nombres de personnes enregistrées. En l'absence d'un système d'information personnalisé sur les bénéficiaires, il est difficile de déterminer le nombre exact de personnes couvertes. De plus, les assurés de l'AMG ne sont en théorie éligibles pour cette couverture, que s'ils ne sont pas assujettis à la sécurité sociale. Cependant, en pratique, beaucoup de personnes couvertes par l'AMG2, sont aussi assujettis à l'assurance maladie mais préfèrent le système de l'AMG2 parce qu'il est moins onéreux. Cette préférence pour la filière AMG, est probablement en partie, la raison qui explique que seulement 87.4% des personnes éligibles pour la sécurité sociale sont en effet enregistrées (100% dans le secteur public, mais seulement 84% dans le secteur privé). Néanmoins, il faut mentionner que l'enregistrement dans les filières de sécurité sociale a doublé depuis 1987, en partie à cause de l'expansion de l'éligibilité a de nouveaux groupes.

4.2.2. Contributions

L'affiliation à la CNSS et à la CNRPS s'effectue moyennant une cotisation calculée sur la base du salaire de l'employé. Les employés non-agricoles payent une cotisation de 4,75% du salaire brut (1.32% payé par l'employé et 3.43% payé par l'employeur). Les autres assurés contribuent avec des taux de cotisation variables, selon la catégorie, mais typiquement moins que les 4,75% des employés non-agricoles. Parmi les indépendants, il existe un problème de sous-déclaration du revenu et donc des contributions.

Les assurés actifs de la CNRPS ainsi que leurs employeurs payent chacun une cotisation de 1% du salaire alors que les retraités payent 1% de leurs pensions de retraite pour une couverture obligatoire de base (quel que soit l'option choisie). Les assurés actifs de la CNRPS qui choisissent une couverture supplémentaire payent une cotisation supplémentaire de 3%, alors que l'employeur contribue avec 1,5% du salaire.

4.2.3. Prestations

Les assurés de la CNSS ont trois types de couverture : soins dans le secteur public sur présentation du carnet de soins ; soins dans une des six polycliniques de la CNSS ; et soins dans le secteur privé (et public) pour certains types de soins spécialisés (hémodialyse, chirurgie à cœur ouvert). Les tickets modérateurs sont adaptés pour chaque type de soins.

Pour les assurés de la CNRPS, plusieurs choix sont possibles. S'agissant des longues maladies et interventions chirurgicales, tous les assurés sont couverts par un régime de base obligatoire. Ce régime donne à l'assuré le choix entre des soins dans le secteur public uniquement, sur présentation du carnet de soins, et des soins dans le secteur public ou privé pour les assurés optant pour le "régime de remboursement". Tout assuré affilié à la CNRPS a un droit d'option annuel entre ces deux filières. Les patients couverts par la filière du secteur public payent des tickets modérateurs pour les services reçus, alors que les patients de la filière remboursement (longues maladies et chirurgie) sont remboursés à 80% pour les frais de consultation et visites et à 100 pour cent pour toutes les autres dépenses, y compris pour les achats de médicaments. Ce remboursement s'effectue sur la base des tarifs officiels. Cependant, les tarifs officiels pour les services n'ont pas été ajustés durant les quinze dernières années. Durant cette période, les tarifs du secteur privé ont au moins quadruplé. C'est ainsi que le taux réel de remboursement est bien plus bas que 80%. Par exemple, un assuré peut payer 30-40 DT pour une consultation chez un gynécologue mais ne sera remboursé que 4 DT par la CNRPS.

En plus du régime de base, les assurés de la CNRPS qui ont choisi la filière "remboursement" peuvent choisir une couverture optionnelle supplémentaire qui couvre des services non couverts par la filière de base. Les soins peuvent être obtenus dans les secteurs public et privé. Seuls 15% de tous les assurés choisissent cette couverture supplémentaire à cause des coûts élevés et des possibilités de remboursement limitées. De plus, les prestations sont plafonnées à 200 DT par ménage. Les assurés ayant opté pour l'option de base dans le secteur public, quant à eux, sont couverts pour l'ensemble des prestations, en particulier celles relatives au traitement des maladies courantes. De ce fait, ils ne peuvent adhérer à l'option supplémentaire sus citée.

Enfin, les assurés de la CNRPS, comme les assurés de la CNSS, sont éligibles pour la couverture de certains services spécialisés dans le secteur privé ou public.

En plus des sources de couverture déjà discutées, un bon nombre d'employeurs du secteur privé fournissent une assurance maladie privée à leurs employés. Ces employeurs subventionnent une portion considérable des primes d'assurance, qui sont en moyenne de 4 à 7% du salaire. Cette couverture est typiquement limitée aux grands employeurs. En 1996, dernière année où les données sont disponibles, il y avait seulement environ 1500 contrats d'assurance privée qui couvrent 220 000 assurés. Mises à part les assurances maladies privées, plus de 60 mutuelles couvrent environ 130 000 affiliés dans les secteurs publics et privés.

Tableau 4.1. Couverture et Financement des Soins : Affiliation et Couverture (2003)

Organisme d'affiliation	CNSS	CNRPS			AMG année 2002		
		Secteur public : Employés publics et retraités			L'AMG1	L'AMG2	
Secteur d'activité et catégorie socio-professionnelle	Secteur privé : (actifs +retraités) Employés privés, employeurs, indépendant, étudiants et autres.	Régime de remboursement	Régime de prestation en nature dans le secteur public	Couverture optionnelle			
Nombre estimé d'affiliés	1.857.830	690.190			160.000	160.000	550.000
Prime ou autres paiements	4.75%	1% + 1%	1% + 1%	1.5% + 3%	exonération totale	10 TD par an	
Limitations avantages de la consommation	Pas de plafonnement dans le secteur public à la limite des disponibilités	Dans le secteur privé : 80% d'honoraires des médecins sur le tarif pratiqué dans le secteur public. * max. 100 TD par an en produits pharmaceutiques. Limitation et plafonnement pour les actes de radiologie et de laboratoire	Aucune dans le secteur public à la limite des disponibilités	80% d'honoraires des médecins sur le tarif pratiqué dans le secteur public. ; max. 200 TD par an en produits pharmaceutiques . Limitation et plafonnement pour les actes de radiologie et de laboratoire	Pas de plafonnement dans le secteur public à la limite des disponibilités	Pas de plafonnement dans le secteur public à la limite des disponibilités	
Types de prestataires médicaux couverts	Public et les polycliniques de la CNSS	Public et privé	Public seulement	Public et privé	Public seulement	Public seulement	
Avantages couverts	Soins : consultations, hospitalisation, produits pharmaceutiques , actes de laboratoire et de radiologie et certains soins fortement spécialisés ou d'appareillage + soins thermaux et à l'étranger	Soins: consultations, hospitalisation, produits pharmaceutiques, actes de laboratoire et de radiologie et certain soins fortement spécialisés ou d'appareillage + soins thermaux et à l'étranger	Soins : consultations, hospitalisation, produits pharmaceutiques, actes de laboratoire et de radiologie et certains soins fortement spécialisés ou d'appareillage + soins thermaux et à l'étranger	Une partie ou la totalité des frais engagés	Soins: consultations, hospitalisation, produits pharmaceutiques , actes de laboratoire et de radiologie et certain soins fortement spécialisés ou d'appareillage + soins thermaux et à l'étranger	Soins: consultations, hospitalisation, produits pharmaceutiques , actes de laboratoire et de radiologie et certains soins fortement spécialisés ou d'appareillage + soins thermaux et à l'étranger Soins de	

4.2.4. Méthodes modes de paiement des prestataires

Différentes méthodes de paiement (les méthodes modes utilisées par les payeurs/financeurs pour payer les prestataires de soins) sont associées avec différents encouragements pour ou contre

l'efficacité, l'équité, la qualité et le contrôle des coûts. Il est donc important de comprendre quelles méthodes modes de paiement sont utilisées et quels encouragements sont implantés dans le système de santé. Cette section examine les différents modes de paiement utilisés en Tunisie et analyse les encouragements qui y sont associés.

Comme le montre le tableau 4.2 ci-dessous, plusieurs modes de paiement sont utilisés par différents financeurs de soins. Le Ministère de la Santé Publique, par exemple, finance les hôpitaux régionaux et universitaires sur la base d'une dotation budgétaire de fonctionnement pour les dépenses non-salariales. Ces dotations sont négociées chaque année sur la base des coûts d'admission réels et projetés. Les centres de santé de base et hôpitaux de circonscription sont financés par un budget par poste. Les employés du secteur public de la santé sont payés sur le budget de fonctionnement du MSP sur une base salariale.

Tableau 4.2. Vue d'ensemble des principaux mécanismes de paiement des prestataires

Prestataire Financier	Secteur privé	Poly-cliniques CNSS	CSB/HL publics	Hôpitaux régionaux	Hôpitaux universitaires
Individu Hors AMG	Paiement à l'acte	N/A	Paiement tarif public	Paiement tarif public	Paiement tarif public
Bénéficiaire AMG1	Paiement à l'acte	N/A	0	0	0
Bénéficiaire AMG 2	Paiement à l'acte	N/A	Ticket modérateur forfaitaire réduit	Ticket modérateur forfaitaire réduit	Ticket modérateur forfaitaire réduit
Etat	N/A	N/A	Budget** global	Budget** global	Budget** global
CNRPS Filière « secteur public »	Honoraires négociés pour certains services uniquement	N/A	Forfait versé au budget de l'Etat	Tarification à la pathologie simple***	Tarification à la pathologie simple***
CNRPS Filière « remboursement »	Paiement à l'acte	N/A	Paiement à l'acte	Tarification à la pathologie simple***	Tarification à la pathologie simple***
CNSS	Honoraires négociés plafonnés	Ticket modérateur forfaitaire	Forfait versé au budget de l'Etat	Tarification à la pathologie simple***	Tarification à la pathologie simple***

Note : Dépenses de fonctionnement uniquement

N/A=Non applicable

* Uniquement applicable au personnel des polycliniques de la CNSS

** Budgets globaux négociés, basés sur l'activité et les coûts

*** Montants différents facturés pour différents types d'admissions, mais budget global plafonné.

Pour les titulaires de carnets de soins de la CNRPS et les assurés de la CNSS, le même système de facturation s'applique en cas de soins dispensés à ces assurés par des hôpitaux régionaux ou universitaires. Ce système de facturation est basé sur des forfaits arrêtés par spécialité d'admission pour les hospitalisations et par contact du malade avec la structure hospitalière pour les soins ambulatoires. Le montant payé par les caisses à ce titre est plafonné annuellement. Un protocole d'accord est conclu chaque année entre le ministère des Affaires Sociale de la Solidarité

et des Tunisiens à l'Etranger et le Ministère de la santé publique. Ce protocole fixe notamment les tarifs applicables et le montant global de l'enveloppe annuelle.

En conclusion, les mécanismes de paiement des prestataires du secteur de la santé tend à être dominé par le paiement à l'acte, les salaires et les budgets globaux, ce qui a d'importantes conséquences pour la performance du système de santé comme décrit dans le chapitre 5.

4.3. DÉPENSES DE SANTÉ

4.3.1. Évolution des dépenses de santé

Comme dans beaucoup d'autres pays de niveau économique similaire, les dépenses de la santé en Tunisie ont augmenté de manière considérable au cours des deux dernières décennies. Sur la période 1990 à 2003, les dépenses totales de santé se sont multipliées par 3,15 passant de 578 à 1814,6 Millions de Dinars (MDT). L'analyse de l'accroissement annuel moyen montre qu'il a été de 10,2% entre 1990-1995 pour se situer à 9,7% durant la période 1995-2003.

Les dépenses de santé annuelles par habitant sont passées de 72 DT en 1990 à 184,5 DT en 2003, soit une multiplication par 2,5 et un accroissement annuel moyen de 11,8%. Le tableau 4.3 ci dessous indique le volume des dépenses de santé de 1990 à 2003.

Tableau 4.3 Tendances totales et par habitant des dépenses de santé (1990-2003)

	1990	1995	2000	2003
Dépenses totales de santé (MDT)	578	938	1489	1814,6
Dépenses par habitant (DT)	72	105	156	184,5
SOURCE: MSP/MDE Note financement de la santé				

La part du PIB consacrée à la santé est passée de 5,34% en 1990 à 5,6% en l'an 2003. La part de la participation de l'Etat aux dépenses globales de santé s'est stabilisée autour de 2% du PIB pour la période (1990-1995) ; puis a baissé à 1,7% en 2000 et à 1,4% en 2003 sous l'effet d'une intervention plus importante des Caisses de Sécurité Sociale en raison de l'augmentation substantielle du taux de la couverture sociale qui est passé de 53% en 1987 à 86,1% en 2003, diminuant considérablement ainsi le nombre des indigents pris en charge par le budget de l'Etat.

Le tableau 4.4 ci dessous retrace l'évolution de la part des dépenses de santé dans le PIB, dont celle financée par le budget de l'Etat.

Tableau 4.4 Dépenses de santé totales et de l'Etat en pourcentage de PIB

	1990	1995	2000	2003
Dépenses totales de santé / PIB	5,3%	5,5%	5,6%	5,6%
Budget de l'Etat / PIB	2%	2%	1,7%	1,4%
SOURCE : MSP/MDE Note financement de la santé				

4.3.2. Le financement des dépenses totales de santé

Le financement des dépenses de santé a trois origines majeures :

- Le financement par le budget de l'Etat : malgré l'augmentation des sommes allouées par l'Etat aux soins de santé, sa part relative dans le financement diminue passant de 38% en 1990 à 26,4% en 2003.

- Le financement à travers les caisses de sécurité sociale : entre 1990 et 2003, la part relative des caisses dans le financement de la santé est passée de 15% en 1990 à 24% en 2003.
- Le financement privé comprend les dépenses individuelles, qu'elles soient remboursées ou non par des assurances privées ou des mutuelles et les dépenses de médecine du travail ou curative des entreprises. Il est à noter que la plus grosse part de ces dépenses reste effectuée directement par les ménages et que la faiblesse de l'information sur les dépenses des assurances et des mutuelles ne permet pas de les individualiser. De 1990 à 2003, la part des dépenses privées est passée de 47% à 49,4%.

Le tableau 4.5 ci dessous relate l'évolution des dépenses de santé, selon les sources de financement, en termes absolus et relatifs :

Tableau 4.5 Dépenses totales de santé par source de financement (1990-2004)

Agence/Source de financement	1990		1995		2000		2004	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Budget de l'Etat	209.9	36.6	342	35	447.1	31.4	426.7	21.8
Caisses	85.6	14.9	150.2	15.4	280.5	19.7	457.4	23.3
Ménages	273	47.6	475.6	48.6	678.5	47.7	1049.6	53.6
Médecine d'entreprise et du travail	5	0.9	10	1	16.9	1.2	25.6	1.3
Dépenses Totales (Million DT)	573.5		938		1423		1959.3	

Si on considère l'ensemble des dépenses publiques de soins (celles financées par l'Etat ajoutées à celles financées par les Caisses), on note une diminution progressive, d'année en année, des dépenses publiques, remplacées par un accroissement de la part des dépenses privées. En effet, les dépenses publiques passent de 51.5% des dépenses totales de santé en 1990 à 45.1% en 2004.

Par ailleurs, cette diminution de la part des dépenses publiques est accompagnée de l'amorce d'un nouveau partage des charges entre l'Etat et les Caisses. En effet, sur l'ensemble des dépenses publiques, la part de l'Etat diminue passant de 36.6% en 1990 à environ 21.8% en 2004, remplacée par une augmentation consécutive de la part des caisses de sécurité sociale, due notamment à leur participation au financement de deux programmes d'investissement sur les VIII^{ème} et IX^{ème} plans et surtout à la mise en œuvre d'un système de facturation des soins des assurés sociaux dans les hôpitaux publics de 2^{ème} et 3^{ème} niveau à partir de janvier 1996.

4.3.3. Le budget du Ministère de la santé publique et des structures sanitaires publiques rattachées

4.3.3.1. Evolution du budget total

La période 1990 à 2003, le budget total du Ministère de la santé publique qui est destiné à financer les structures sanitaires publiques y rattachées est passé de 271 à 920,6 million DT. Ainsi a-t-il été multiplié par environ 3,4 fois en 13 ans. La part du budget « santé » dans le budget général de l'Etat s'est stabilisée à 7%, au cours de la même période. Le tableau 4.6 ci dessous retrace, de 1990 à 2003, l'évolution des montants des budgets de fonctionnement et d'investissement ainsi que la part de la santé dans le budget général de l'Etat.

Tableau 4.6. Composition des dépenses de santé et leur pourcentage du budget de l'Etat

Unité : MDT	1990	1995	2000	2003
Budget de fonctionnement	242	392	651	845,1
Budget d'investissement	29	53	82	75,5
Budget total	271	445	733	920,6
Budget santé / Budget Etat	6,93%	6,85%	6,95%	7%
Source: MSP et MF				

4.3.2.2. Financement du budget global du MSP

De 1990 à 2003, le financement du budget global du Ministère de la santé publique (fonctionnement et investissement) a été marqué par :

- Une subvention du budget de l'Etat, croissante en valeur absolue, mais dont la part relative est passée de 80% en 1990 à 63,6% en 2003.
- Une contribution croissante des caisses de sécurité sociale dont la part relative est passée de 11% en 1990 à 22,2% en 2003.
- Des recettes propres des établissements de santé, provenant essentiellement de dépenses directes non remboursables des ménages, dont la part relative est passée de 10% en 1990 à 14,2% en 2003. Le tableau 4.7 ci dessous relate l'évolution des parts relatives des sources de financement principales du budget du Ministère de la Santé.

Tableau 4.7. Les parts relatives des sources de financement du MSP (1990-2003)

Agence/Source de financement	1990	1995	2000	2003
Budget de l'Etat	80%	78%	73%	63,6%
Caisses	11%	14%	15%	22,2%
Ménages	10%	8%	12%	14,2%
Source: MSP				

4.3.3. Les évolutions influençant les dépenses de santé et le partage des charges

Certaines évolutions du système de soins ainsi que certaines mesures réglementaires et conventionnelles ont contribué à modifier le volume des dépenses de santé et leur répartition entre les principales sources de financement. Nous en citerons les plus significatives ci-après :

- Pendant cette période, le secteur de la santé a connu une forte croissance de l'offre de soins, notamment dans le secteur privé, tant au niveau ambulatoire que surtout au niveau de l'hospitalisation privée. A titre indicatif, le nombre de cliniques privées est passé de 28 (956 lits) en 1987 à 70 (2350 lits) en 2003, alors que le nombre de médecins de libre pratique est passé de 1374 à 3644. Il faudra rappeler que l'accessibilité financière de la population au secteur privé de prestations de soins reste relativement limitée et se base essentiellement sur les dépenses directes non remboursables des ménages.
- Par ailleurs et dans un souci de limitation des soins à l'étranger et parallèlement aux actions entreprises par les caisses de sécurité sociale et les structures sanitaires publiques, des conventions particulières de prise en charge de frais de soins lourds dans les établissements sanitaires privés ont été conclues, améliorant l'accessibilité financière des

prestataires privés aux assurés sociaux. Il en est ainsi des interventions de chirurgie cardiovasculaire et des actes de tomodensitométrie et de lithotripsie dont la prise en charge a été introduite depuis 1994, sans compter l'hémodialyse, financée depuis longtemps par les caisses de sécurité sociale.

- Les hausses des montants des tickets modérateurs payables aux structures sanitaires publiques, intervenues successivement en 1991, 1993, 1994 et 1998 et l'instauration d'une participation des malades aux frais des actes de diagnostic et de traitement qui leur sont prodigués, d'abord pour les bénéficiaires de régimes de sécurité sociale (1994), puis pour les bénéficiaires des tarifs réduits (1998).
- Les hausses des tarifs des malades payants dans les structures sanitaires publiques, intervenues en 1991, 1993 et 1996.
- La révision des tarifs de la nomenclature des actes professionnels : 1996
- La décision du Gouvernement, en 1995, d'augmenter la participation des caisses au Trésor au titre des soins de santé dans les structures sanitaires publiques.
- En 1996, un protocole d'accord a été conclu entre le MSP et le Ministère des affaires sociales, instaurant un système de facturation des hospitalisations des assurés sociaux dans les hôpitaux universitaires, érigés en EPS.
- En 1997, le protocole susmentionné a été étendu aux consultations externes et aux urgences dans les mêmes structures sanitaires.
- A partir de 1999, le même système de facturation des hospitalisations et des soins ambulatoires a été instauré progressivement dans les hôpitaux régionaux, pour les concerner en totalité à partir de 2001 ?
- Ces protocoles d'accord ont été conclu chaque année, à partir de 1996, en augmentant progressivement le montant consacré par les deux caisses à cette opération de facturation et en adaptant les tarifs unitaires des unités d'œuvre et les procédures de mise en œuvre.
- En 1998, les pouvoirs publics ont décidé de la révision des conditions et des modalités d'octroi et de retrait de la gratuité des soins à la population pauvre ainsi que de la fixation des catégories de bénéficiaires des tarifs réduits de soins et d'hospitalisation dans les structures sanitaires publiques relevant du Ministère de la santé publique ainsi que des modalités de leur prise en charge et des tarifs auxquels ils sont assujettis. Ces révisions qui ont pour objectifs de mieux cibler les populations concernées, en fonction de critères préalablement établis au niveau national n'ont pas permis de réduire le nombre des bénéficiaires contrairement aux objectifs assignés.
- Le nombre des bénéficiaires de la gratuité totale AMG1 est passé de 120 000 à 160 000 représentant 8% des familles ; et le nombre des bénéficiaires des tarifs réduits dans le secteur public AMG2 à l'instar des assurés sociaux est passé de 500 000 à 560 000 représentant 28% des familles.
- Ces chiffres s'ajoutent aux 2 500 000 affiliés aux caisses de sécurité sociale sont censés couvrir de loin toute la population moyennant des mécanismes de ciblage des bénéficiaires qui éviteraient la double couverture et permettraient d'éviter à certaines familles de se retrouver sans aucune couverture.

4.3.5. Répartition des dépenses de santé par nature

Les enquêtes de consommation-ménages montrent une progression du poste réservé à l'hygiène et la santé qui représente actuellement 10% des dépenses des ménages.

Tableau 4.8 La part du revenu des ménages dépensée pour l'hygiène et la santé (1985-2000)

	1985	1990	1995	2000
Hygiène - Santé	7%	8.7%	9.6%	10%

Source : Enquête nationale sur la consommation des ménages, 2000 INS

Les dépenses de santé des ménages qui représentent 55% du total de la rubrique hygiène et soins sont réservées essentiellement aux médicaments et aux consultations ambulatoires (tableau 4.8).

Tableau 4.9 Répartition des dépenses des ménages entres différents services de santé en 2000

Produits pharmaceutiques	33.3 DT	47%
Soins ambulatoires	22.7 DT	32%
Hospitalisations	9.8 DT	13.8%
Examens complémentaires	3.7 DT	5.2%
Autres	1.4 DT	2%

Source : Enquête nationale sur la consommation des ménages, 2000 INS

Selon certaines estimations prises en compte pour la budgétisation des établissements publics de santé, les dépenses réalisées par le secteur public sont réparties à égalité entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers.

Les dépenses des médicaments représentent le tiers des dépenses de fonctionnement des établissements hors personnels ; soit 15% du total des dépenses engagées par les structures de prestation des soins dépendant du MSP.

Le recul relatif du rôle de l'Etat dans le financement de la santé publique se traduit par une baisse des subventions (en %) aux établissements de santé. En valeur absolue, le montant global des subventions est en progression d'une année à une autre. Cependant en analysant la répartition des sources de financement par niveau de structure de santé, il apparaît clairement (cf. tableau ci-dessous) que les subventions de l'Etat servent plus à financer les structures de premières lignes. En revanche, les hôpitaux universitaires et régionaux comptent de plus en plus sur le paiement des factures par les caisses de sécurité sociale et sur les recettes propres constituées principalement par les tickets modérateurs.

Tableau 4.10 Financement des structures relevant du MSP (en milliers de dinars)

Année	2002					2004				
	Subv	CSS	RP	Total	Total (en %)	Subv	CSS	RP	Total	Total (en %)
EPS	28 807	80 000	56 484	165 291	56%	15 995	103 000	30 400	149 395	47,7
HG*	3 127		2 698	5 825	2%	2 690		3 050	5 740	1,8
HR	1 532	40 000	23 703	65 235	22%	2 000	62 000	28 000	92 000	29,5
HC	21 684		15 349	37 033	13%	24 215		17 530	41 747	13,4
GS	14 711		6 597	21 308	7%	16 300		7 515	23 815	7,6
Total	69 861	120 000	104 831	294 692	100%	61 200	165 000	86 495	312 695	100
% Total	24%	41%	36%	100%		20%	53%	28%	100%	

Source : MSP 2005.

Les hôpitaux universitaires (EPS et HG) consomment pratiquement la moitié du budget de fonctionnement des structures publiques de santé hors personnels.

Le personnel représente 60% du budget total des structures.

Les structures de première ligne consomment 21% du budget et les hôpitaux régionaux consomment 30% du budget.

4.3.6. Conclusions

L'évolution des dépenses de santé et de leur financement traduit des transformations au sein du système de santé, subissant des transitions socioéconomiques, démographiques et épidémiologiques. Cette évolution a été marquée par une augmentation rapide des dépenses, associée à une maîtrise de leur part par rapport au PIB. Ces transformations ont abouti à une croissance extensive du secteur de la santé, marquée par un développement important de l'offre de soins, notamment au niveau du secteur privé. Elles ont abouti aussi à une modification de la demande de soins, tant en quantité qu'en qualité.

En conséquence des variations profondes ont été constatées au niveau du financement des frais de soins, marquées surtout par une sollicitation de plus en plus importante du citoyen malade pour financer tout ou partie de ces frais aboutissant au nouveau partage des charges financières du secteur de la santé qui s'est dessiné au cours des vingt dernières années.

Conscient de l'iniquité générée par ce nouveau partage des charges et de la nécessité de promouvoir les performances du système de santé, les pouvoirs publics ont engagé des réformes visant d'abord à améliorer l'efficacité du secteur public de prestations et les modes de réglementation des prestations de soins dans le secteur privé. Ils ont aussi décidé d'une réforme de l'assurance maladie des régimes de sécurité sociale dont les études de mise en œuvre sont en cours. L'objectif principal de cette réforme est d'améliorer l'accessibilité financière de l'assuré social aux prestataires de soins, public et privé en lui assurant une qualité de prise en charge adéquate à un coût supportable par la collectivité nationale.

4.4. LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Le secteur pharmaceutique tunisien présente des spécificités uniques de fonctionnement et d'intervention d'acteurs publics et privés. Les principales caractéristiques de ce secteur sont les suivantes :

- Encadrement du secteur par différentes structures publiques de réglementation et de contrôle aux compétences bien définies ;
- Centralisation de l'importation des médicaments et des vaccins par des établissements publics d'approvisionnement (Pharmacie Centrale de Tunisie et Institut Pasteur) ;
- Production locale des médicaments en forte croissance depuis le début des années 1990 réalisée par des firmes privées (Investisseurs locaux et étrangers) ;
- Distribution des médicaments par un réseau étoffé de petits grossistes répartiteurs privés.
- Existence d'un réseau officinal privé développé et décentralisé.

4.4.1. La Fabrication locale des médicaments

Environ 8% de la valeur de la consommation était couverte par la fabrication locale en 1987. En 2001, l'industrie pharmaceutique tunisienne comportait 29 unités de production et le taux de couverture du marché national avait atteint 45% en valeur. Cette évolution n'a pas été linéaire dans le temps.

4.4.2. La centralisation de l'importation

Tous les médicaments font l'objet d'une importation exclusive en Tunisie par deux établissements publics : l'Institut Pasteur de Tunis (IPT) pour les vaccins, sérums, allergènes et produits sanguins, et la Pharmacie Centrale de Tunisie (PCT) pour tous les autres types de médicaments.

Les produits sanguins, les vaccins, les sérums et les allergènes ne constituent qu'environ 5% de la valeur des importations. En conséquence, l'essentiel de l'importation des produits pharmaceutiques est réalisé par la PCT.

Le renchérissement du coût des importations en dinars est très important, avec un accroissement de 67% en dix ans ; par contre, le coût des importations en dollars reste quasiment constant. Cette évolution des coûts en dinars n'est pas due à une augmentation des quantités puisque les volumes importés sur la période ont diminué (chapitre sur la fabrication locale) mais s'explique par la dépréciation de la devise tunisienne par rapport aux principales devises internationales, notamment le dollar, et par la forte augmentation des prix des médicaments sur le marché mondial, en particulier pour les traitements nouveaux.

4.4.3. Consommation et utilisation rationnelle des médicaments

La consommation pharmaceutique en Tunisie est évaluée pour l'année 2001 à environ 400 millions de Dinars, ce qui représente moins de 0,1% du marché mondial estimé en 2001 à 364,2 milliards de dollars.

La consommation pharmaceutique par habitant a progressé de 40% entre 1995 et 2001, passant en six ans de 30 dinars à près de 42 dinars. Cette dépense est relativement faible, comparée à celle des pays industrialisés (elle est environ 12 fois moins élevée qu'en France par exemple).

Cette consommation reste marquée par l'importance de l'utilisation des médicaments destinés au traitement des maladies infectieuses. Leur consommation s'élevait à un chiffre de 19,6 millions de dinars en 1990 ; elle avait triplé en dinars courants en 2000, avec une dépense atteignant 63,5 millions de dinars, ce qui représentait près de 22% du marché pharmaceutique total.

Encadrement de la prescription

Le Ministère de la Santé Publique a établi des listes officielles de médicaments disponibles dans les secteurs hospitalier et officinal, afin de favoriser la prescription et l'usage rationnel des médicaments.

La nomenclature officinale comporte également un nombre limité de présentations (environ 1730). Le nombre de médicaments disponibles dans le secteur officinal privé tunisien est ainsi relativement réduit comparé aux nombres de prestations disponibles en officines dans la plupart des pays européens (en France par exemple, près de 7250 présentations correspondant à plus de 4000 médicaments différents sont commercialisées en officine).

Les médicaments inscrits à la nomenclature sont réévalués régulièrement. Par ailleurs, la limitation des possibilités de prescription en fonction des structures concernées (centres de soins primaires versus établissement hospitaliers) ou des qualifications des praticiens (médecin généralistes versus spécialistes) permet également de diminuer les risques de mauvaise utilisation des médicaments.

Encouragement à l'utilisation et à la production locale de médicaments génériques.

La part du marché en valeur des médicaments génériques reste globalement stable depuis plusieurs années ; elle a même régressé assez sensiblement à l'hôpital au cours des cinq dernières années. Le secteur hospitalier est le principal utilisateur de génériques : en 2001, 37,6% en valeur des médicaments dispensés à l'hôpital étaient des génériques (contre 16,4% en officines). En unités, la part des produits génériques utilisée à l'hôpital dépasse 50%.

La Tunisie a mis en place depuis plusieurs années une politique d'encouragement à l'utilisation des médicaments génériques par des mesures réglementaires, des incitations sectorielles à la fabrication locale de génériques et par l'usage d'appels d'offre internationaux pour l'approvisionnement en médicaments de source interchangeable, y compris pour le secteur officinal privé.

Cette politique d'encouragement à la production locale de médicaments, et en particulier de génériques grâce au mécanisme de la corrélation, a contribué à ce qu'en 1997, environ deux tiers des médicaments de production locale soient des génériques. Cependant le médicament générique n'a pas à ce jour connu l'essor souhaité par les pouvoirs publics. Les raisons en sont les suivantes :

- l'absence du droit de substitution par le pharmacien privé officinal;
- Les mécanismes de contrôle des prix qui rendent assez faible le différentiel de prix entre les médicaments originaux et leurs génériques ;
- La culture de prescription en nom de marque et non en dénomination commune internationale (DCI) ;

- La rémunération des grossistes répartiteurs et des pharmaciens d'officine est un pourcentage du prix des ventes, celle-ci est donc moins élevée si le prix de vente est plus bas.

4.4.4. Les Activités de stockage et de distribution

Le circuit de distribution pharmaceutique en Tunisie assure la disponibilité du médicament sur tout le territoire de la République. L'application d'un système de création des officines se basant sur le nombre d'habitants par région (*Numerus Clausus*) et le chiffre d'affaires par région, garanti une distribution équitable et équilibrée des officines sur l'ensemble du territoire.

L'évolution du nombre des pharmacies depuis 1987 et la répartition des créations par gouvernorat, ainsi que leur répartition par tranche d'âge, témoignent des encouragements dont bénéficie ce secteur. Il en est de même pour le secteur auxiliaire de l'information médicale et scientifique.

En 2002, le nombre d'officines était de 1272 pharmacies dites de jour, et de 153 pharmacies ouvertes exclusivement la nuit. Le nombre de pharmacies a augmenté de 44% entre 1990 et 2000. La distribution en gros est assurée en partie par la PCT en ce qui concerne les médicaments d'origine essentiellement chimique et par l'IPT pour les vaccins, les sérums et les dérivés du sang, mais aussi par le réseau de grossistes distributeurs privés.

La PCT a l'exclusivité de la distribution des médicaments pour le secteur public, mais celle-ci se fait essentiellement par les grossistes répartiteurs pour le secteur privé.

4.5. LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ

Ce secteur qui consomme la moitié des dépenses de santé comprend 50% des médecins, 73% des dentistes, 80% des pharmaciens.

L'hospitalisation privée, bien qu'elle soit à ses débuts (12% des lits), accapare pratiquement 70% des équipements lourds.

Les équipements lourds, l'hémodialyse et la thalassothérapie sont soumis à autorisation du Ministère de la santé et soumis à une certaine normalisation. Les cliniques et les professions paramédicales ne sont soumises, quant à elles, qu'à un cahier de charge.

Les cliniques privées sont concentrées dans les grandes zones urbaines et la moitié dans la capitale, alors que les centres d'hémodialyse soumis à la carte sanitaire, sont équitablement répartis entre les régions.

Tableau 4.11 Distribution géographique des hôpitaux privés et de la capacité en lits en 2000

	Nombre clinique	capacité	Centres hémodialyse	
			Nombres	Machines
Tunis	43	1297	30	316
Centre Est	15	512	24	248
Reste du Pays	23	570	45	422
TOTAL	81	2379	99	986

Source: MSP- Carte de Santé 2000

Le corps médical libre dans ses choix du lieu d'installation reste encore inégalement reparti. La moitié des médecins spécialistes se retrouvent dans la capitale.

Tableau 4.12. Distribution géographique des médecins privés et taux par population en 2000

	Med. Spec.	Indice	Med. Gen.	Indice
Tunis	1096	1/1950	1013	1/2100
Centre Est	465	1/4700	672	1/3200
Reste du Pays	445	1/15000	950	1/7000
TOTAL	2006	1/4930	2635	1/3750
Source : Etude Nationale sur la consommation des ménages, 2000 INS				

Les soins des étrangers dans le pays commencent à se développer au cours des dernières années suite à la loi N°94 du 7 Août 2001 instituant les cliniques off Shore et la décision de la récupération de la taxe sur la valeur ajoutée.

Les soins prodigués aux Tunisiens sont, dans une proportion importante, à la charge des malades. Les assurances groupes et les mutuelles prennent en charge une part des soins prodigués dans les cliniques et en ambulatoire mais ne concernent qu'une part réduite des assurés sociaux.

Le régime facultatif de la CNRPS rembourse une part dérisoire des frais des soins fournis dans le privé.

Les caisses de sécurité sociale prennent en charge la quasi totalité des soins fournis dans le cadre de la chirurgie cardiovasculaire, de la greffe de rein ou de moelle osseuse et certains actes ou examens complémentaires (IRM, Scanner, Lithotripsie) et la totalité de la dialyse rénale.

Malgré cette situation, ce secteur continue à se développer moyennant des investissements privés importants et un encouragement de la part de l'Etat, il est préféré par la population pour la rapidité de ses interventions malgré des réclamations de plus en plus importantes contre les abus de tarification.

Le Ministère de la santé contrôle ce secteur grâce à un corps de médecins inspecteurs, mais n'a pas de droit de regard sur les tarifs des honoraires des médecins qui sont fixés par le conseil de l'ordre des médecins. Les tarifs appliqués par les cliniques privées sont libres, la clinique n'est obligée qu'à l'affichage de ses prix publics.

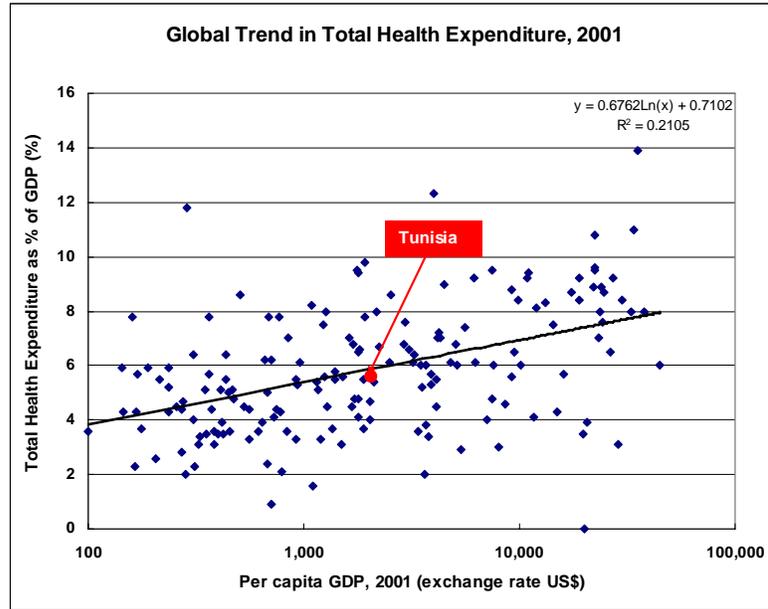
Cette situation pose des problèmes de maîtrise des coûts dans le secteur de libre pratique.

4.6. COMPARAISONS INTERNATIONALES

On estime que les dépenses de santé par habitant en Tunisie sont de USD 126. D'après les calculs de la Banque mondiale, ce nombre se situe dans la moyenne des pays du MOAN pour l'année 2002.

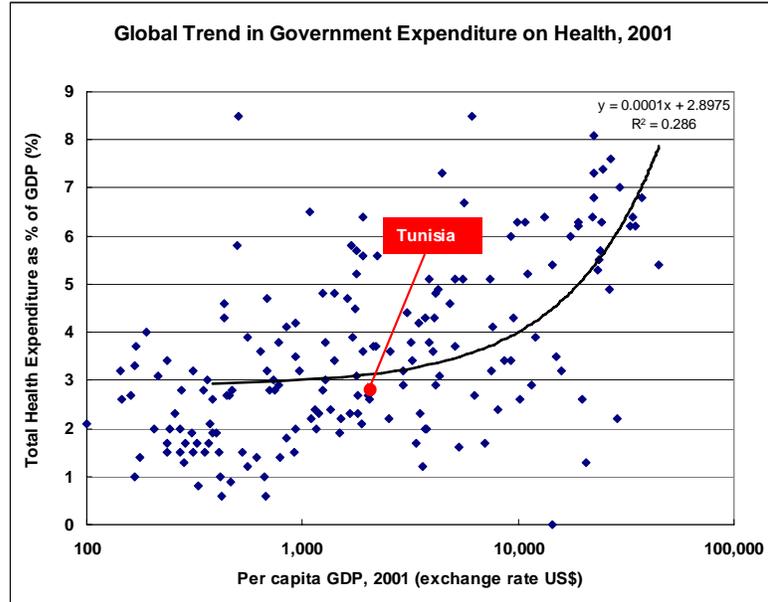
On estime que des dépenses de santé, comme en pourcentage de PIB, sont 5.6 pour cent de PIB, ce qui est aussi semblable à la moyenne du MOAN avec 5.5%. En termes de tendances globales, les dépenses par habitants en pourcentage de PIB en Tunisie s'alignent sur les tendances globales (figure 4.1)

Figure 4.1. Tendances globales en dépenses totales de santé



Quant aux parts publiques des dépenses globales de santé, elles représentent 50 pour cent de toutes les dépenses de santé en Tunisie en 2002. Ceci est légèrement plus bas que la moyenne de MOAN qui est de 57 pour cent, ce qui indique que la contribution du secteur privé est plus grande que dans la moyenne de la MOAN. L'analyse des tendances globales des dépenses de santé du gouvernement indique également que les dépenses du secteur public sont un peu plus réduites que dans d'autres pays avec un niveau de PIB par habitant similaire (figure 4.2).

Figure 4.2 : Tendances globales pour les dépenses de santé du gouvernement



En termes de ressources, le nombre de médecins (pour mille habitants) est comparable à d'autres pays avec des niveaux de revenus similaires. Cette tendance est identique pour le nombre de lits d'hôpital (pour mille habitants).

5. PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Dans ce chapitre, la performance du système de santé sera analysée en terme de :

- L'efficacité
- La qualité
- L'équité

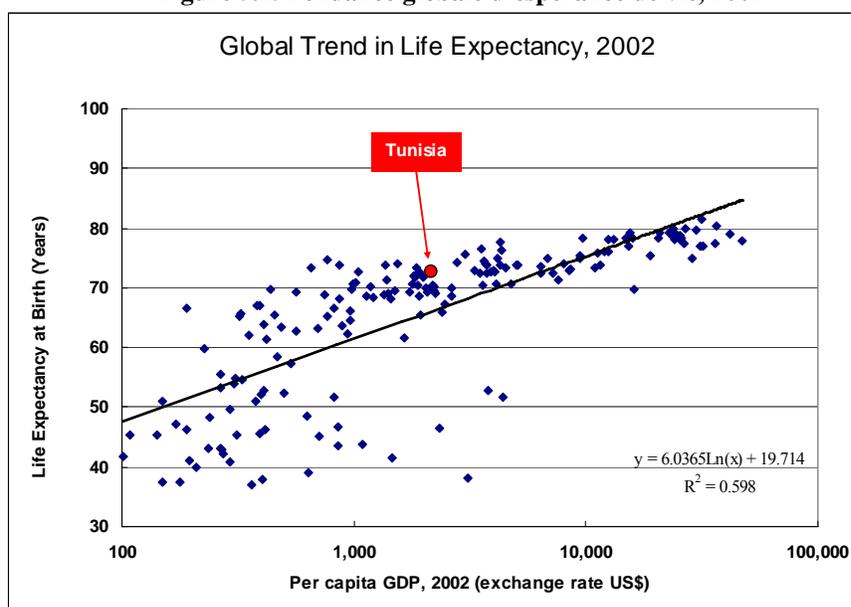
5.1. L'EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

5.1.1. L'efficacité globale : efficacité macroéconomique

Au cours de la dernière décennie, la Tunisie a accompli des progrès significatifs au niveau de la santé, compte tenu de son niveau de dépense qui se situait autour de 5,5% du PIB et de dépenses de santé par habitant d'environ \$150.

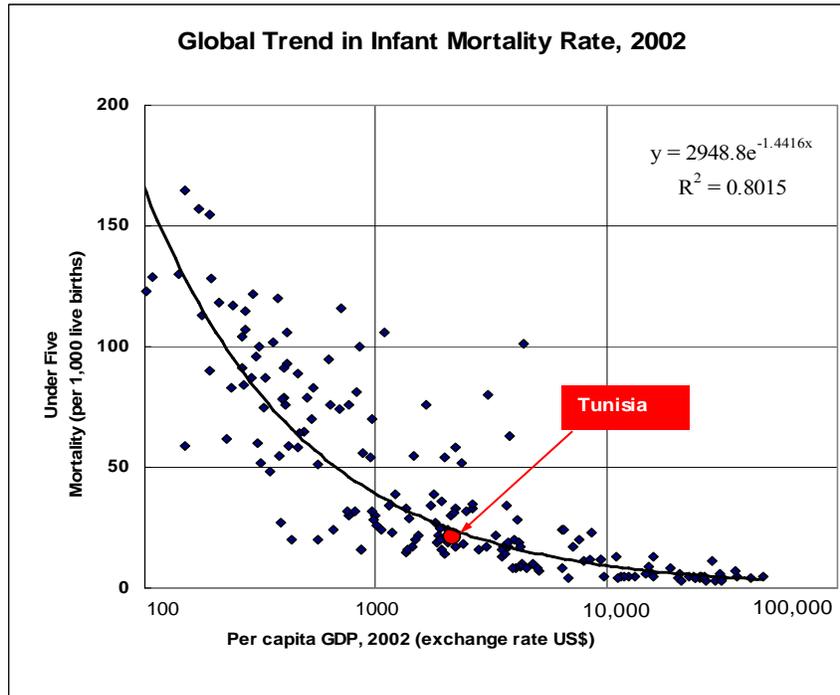
Comparé à d'autres pays aux niveaux de revenus et de dépenses de santé similaires en 2002, la Tunisie a atteint un niveau d'espérance de vie plus élevé, et des taux plus bas de mortalité infantile et de mortalité maternelle (Figures 5.1, 5.2, 5.3 et 5.4).

Figure 5.1. Tendence globale d'espérance de vie, 2002



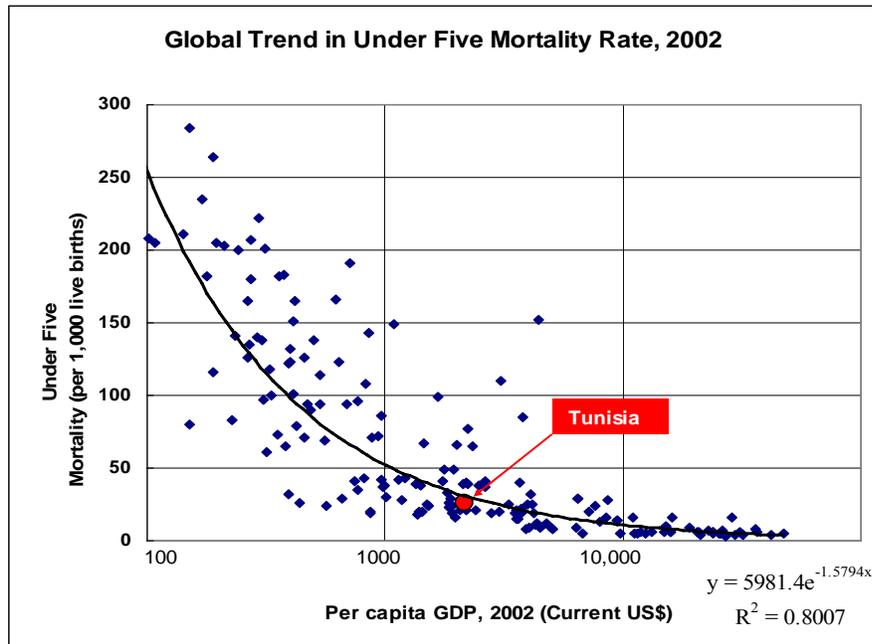
Source: World Development Indicators 2004

Figure 5.2 Tendence globale des taux de mortalité infantile, 2002



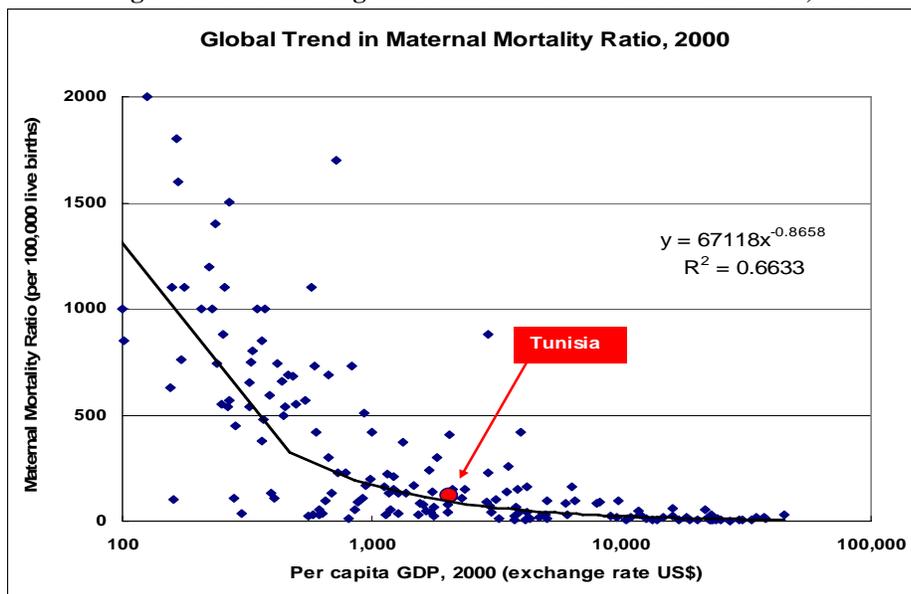
Source: World Development Indicators 2004

Figure 5.3. Tendence globale des taux de mortalité des moins de cinq ans, 2002



Source: World Development Indicators 2004

Figure 5.4. Tendence globale des taux de mortalité maternelle, 2000



Source: WHO/UNFPA/UNICEF

L'analyse de l'efficacité des dépenses de santé montre que la Tunisie obtient des résultats de santé proportionnels à son niveau de dépense en comparaison avec d'autres pays dans le monde, ce qui implique un bon équilibre entre les dépenses et les résultats de santé (Figures 5.5 & 5.6). Ces figures suggèrent cependant qu'il est possible d'accroître l'efficacité des dépenses de santé en améliorant l'allocation et l'utilisation des ressources disponibles et en augmentant la collaboration entre les secteurs public et privé.

Figure 5.5 Dépenses de santé totales et taux de mortalité infantile (TMI)

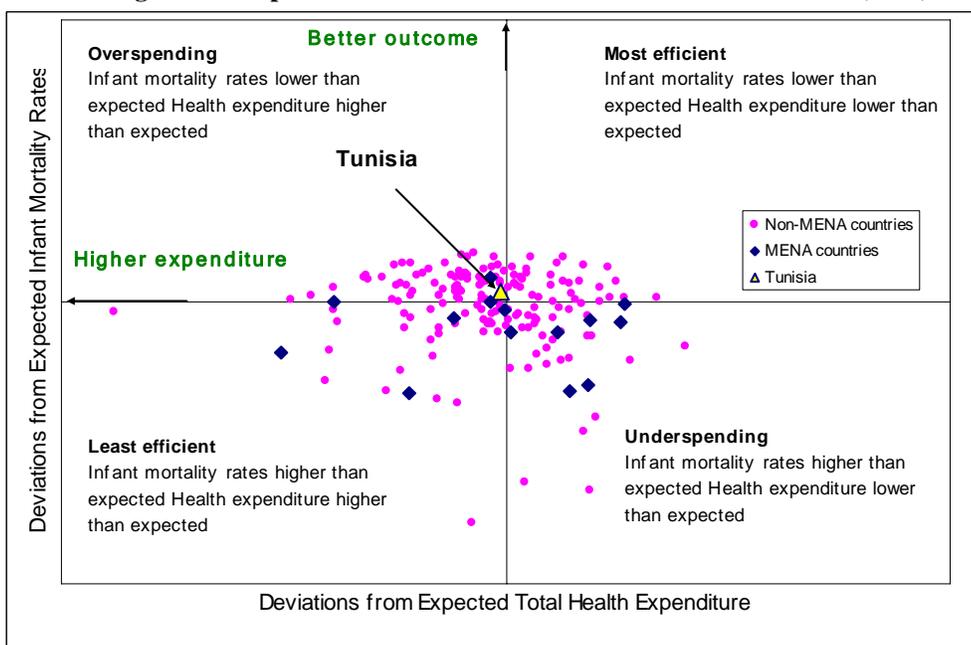
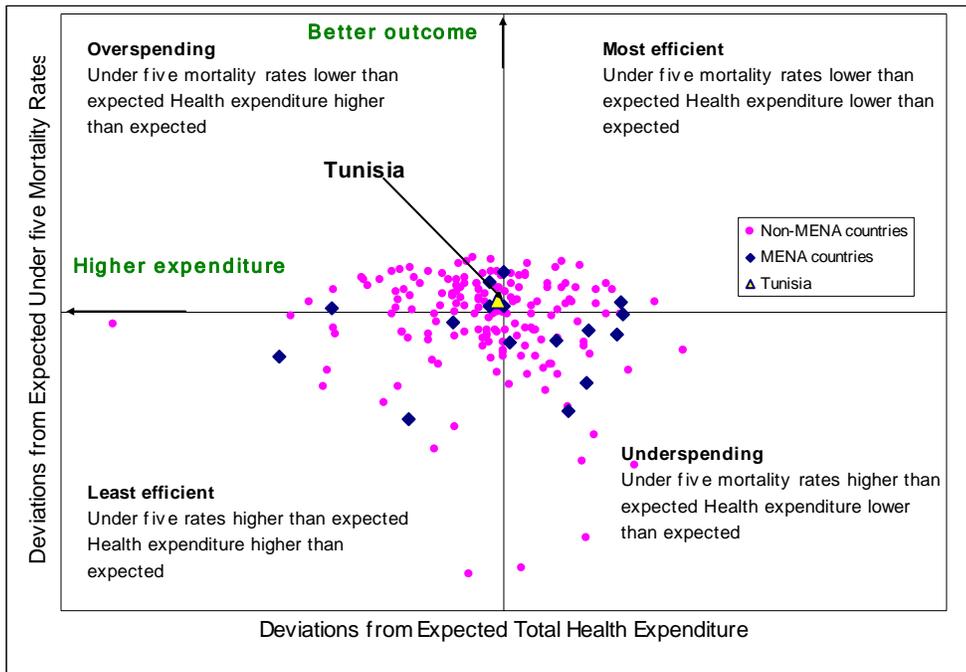
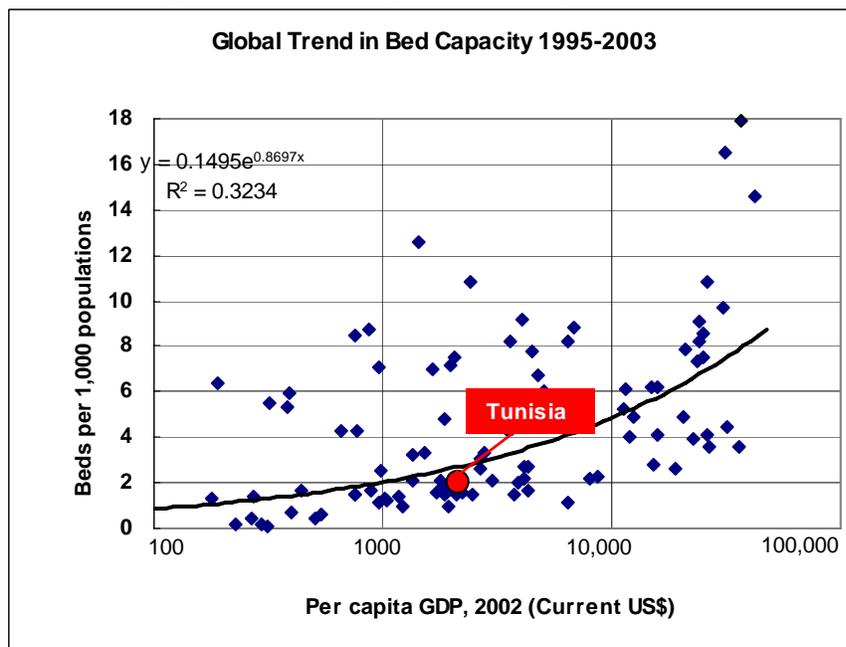


Figure 5.6. Dépenses de santé totales et taux de mortalité des moins de 5 ans



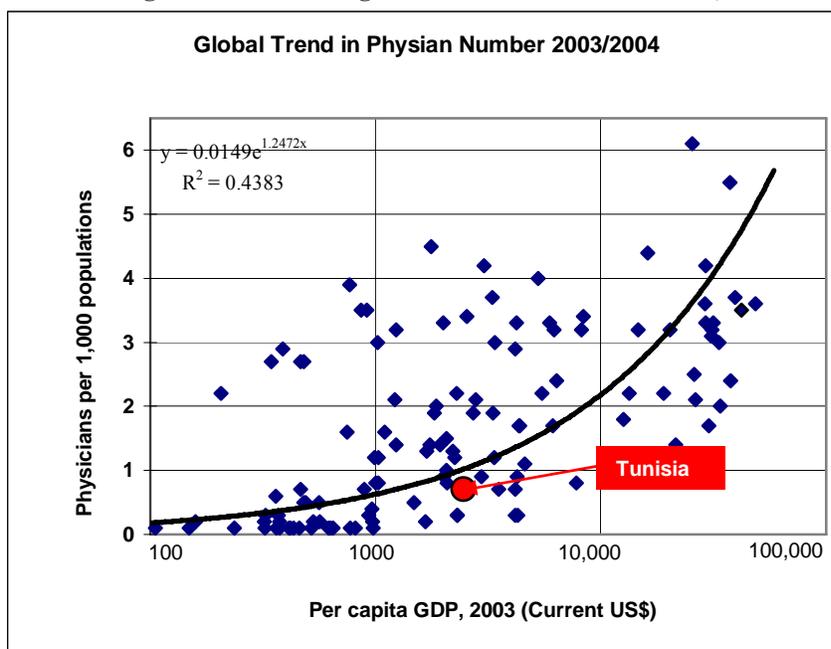
Un autre aspect de l'efficacité est illustré par les graphiques suivants. Au niveau national, la Tunisie compte 2 lits et 0,7 médecins pour 1000 habitants, ce qui est inférieure par rapport à d'autres pays avec un niveau de revenu comparable comme le montre la figure 5.7 et 5.8.

Figure 5.7 Tendence globale de la capacité en lits, 2003



Source: World Development Indicators 2005, World Bank estimate of Iraq GDP

Figure 5.8 Tendence globale du nombre de médecins, 2003



Source: World Health Organization (1995), OECD and, World Bank estimate for ECA countries

5.1.2. L'efficacité des composantes du système : efficacité microéconomique

La présente section analyse l'efficacité des différentes composantes de l'offre de soins du MSP.

Les questions relatives à l'efficacité technique des infrastructures du MSP (ou microéconomique) sont examinées en détail. Cette analyse est un premier pas dans un processus qui devrait mener à un compte-rendu régulier et une analyse détaillée des coûts à tous les niveaux de soin pour améliorer la capacité de décision. L'analyse de l'efficacité des prestataires de soin du secteur privé est également importante en particulier par rapport à la réforme de l'assurance maladie et pour la détermination des tarifs que les assurances payent aux prestataires privés. L'analyse de la structure des tarifs n'entre cependant pas dans le cadre de cette étude à cause de manque de données.

5.1.2.1. Les centres de santé de base:

Visite ambulatoire et santé reproductive. Les visites ambulatoires au CSB (consultations médicales), en excluant les visites reproductives (planning familial, visites pré et post-natales), ont assuré en 2002, 8 720 509 actes ambulatoires soit 0,89 consultation/ habitant. Le nombre moyen de visites ambulatoires varie entre les régions et les gouvernorats de 0,63 dans le district de Tunis à 1,06 dans la région du Nord-Est. Si on compte tous les contacts (y compris les visites liées à la santé reproductive), le nombre total des contacts se situe seulement à 1 619 506 soit 1,06 contact / habitant. C'est un taux qui est considéré comme bas pour le premier niveau de soins et montre que la population en général ne consulte pas les médecins et les infirmières ou qu'elle obtient des soins à d'autres niveaux du système de santé. Une des raisons principales pour expliquer ce problème pourrait être que 45% des centres de santé de base ne sont ouverts pour les visites ambulatoires qu'un jour ouvrable sur 6. En fait, environ 73% des centres assurent des

consultations par des médecins 3 jours par semaine ou moins. Pour les soins liés à la santé reproductive, les CSB sont ouverts encore moins souvent : 54% sont ouverts un jour par semaine et 83% sont ouverts trois jours par semaine ou moins.

Le nombre moyen de visites ambulatoires par CSB était de 4300 en 2002 avec le nombre le plus bas dans la région du Sud-Est (2904) et le taux d'utilisation le plus haut dans le district de Tunis (8377). La différence du nombre moyen de visite annuelle par CSB est difficile à calculer puisque les jours ouvrables varient selon les CSB. Cependant, en admettant que tous les CSB sont ouverts 52 semaines par année, le nombre moyen de visites ambulatoires par jour ouvrable était environ 33 avec un minimum de 25 pour le Sud-Ouest et un maximum de 41 pour la région du Nord-Est. Bien que ces résultats doivent être interprétés avec prudence, il est clair qu'il y a de grandes variations régionales de productivité entre les CSB, soit dues à un nombre de jours ouvrables différents soit à un niveau de productivité différente. Quoi qu'il en soit, les raisons pour ces variations devraient être explorées si des gains de productivité doivent être atteints.

Personnel et charge de travail. En 2002, il y avait 1251 médecins de CSB à plein temps et 308 médecins dans les cliniques des hôpitaux de circonscription qui entreprenaient occasionnellement du travail de proximité dans le CSB. La proportion d'habitants par médecin à plein temps varie de 6154 dans le district de Tunis à 12,176 dans la région du Centre-Ouest. En admettant que les médecins des CSB voient tous les patients ambulatoires, la charge de travail par médecin serait d'environ 7000 visites par médecin en 2002. Si un médecin travaille 300 jours par année en moyenne, le médecin peut voir 23 patients par jour, ce qui est une charge de travail raisonnable. Cependant, il y a de larges différences entre les régions. Les médecins des CSB dans le district de Tunis voient seulement 3900 patients par année (13 par jour), alors que ceux dans la région Centre-Ouest en voient plus de 11000 (37 par jour). Ces estimations de charge de travail sont généreuses puisque les médecins basés dans les hôpitaux de circonscription ne sont pas inclus dans ces estimations et parce que beaucoup de visites sont effectuées par des infirmières ou du personnel paramédical. C'est ainsi qu'en réalité la charge de travail des médecins de CSB est probablement plus basse, et il y a de la place pour des gains d'efficacité, en analysant les différences régionales des charges de travail et en réorganisant le travail.

5.1.2.2. Les Hôpitaux de circonscriptions

Comme précédemment décrit dans le chapitre 4, il y a 113 hôpitaux de circonscription (HC) qui assurent l'hospitalisation en 1^{er} ligne dont 13 centres de maternités périphériques. Le chiffre moyen variait considérablement en 2002, avec des extrêmes allant de 3 à 75 lits. Le chiffre moyen est de 23 lits, avec un nombre médian de 20 lits, ce qui est relativement petit, même pour des hôpitaux de circonscription. Les maternités sont particulièrement petites, avec un nombre de lits variant de 3 à 8, mais il y a aussi des HC avec 4 lits.

Les services hospitaliers

Les 100 hôpitaux de circonscription ont accueilli 91 102 patients en 2002 assurant un taux moyen d'occupation de 35,9% et une durée d'hospitalisation moyenne de 3,5 jours. Quant aux 13 maternités périphériques, elles n'étaient occupées qu'à 12,4%, représentant 3124 patients. Même si ces durées d'hospitalisation semblent raisonnables, il y a de larges variations avec des durées maximales de 6.8 jours et un minimum de 0.6 jour. Pour les maternités, ces chiffres vont de 1.7 jour à 0.3 jour. Ces faibles taux d'occupation sont les résultats d'une surcapacité ou d'une sous utilisation, ou encore d'une combinaison des deux. Seulement deux institutions ont des taux d'occupation au-dessus de 75%. Les variations régionales de durée moyenne d'hospitalisation sont basses et vont de 25,9% dans le district de Tunis à 39,9% dans la région du Centre Ouest.

Les visites ambulatoires et en urgence. En 2002, les 108 HC et maternités qui avaient des données sur les visites ambulatoires (VA) et en urgence (VU) ont reporté un total de 4 053 138 visites ambulatoires et 1 268 799 visites en urgence. Par institution, cela représente une moyenne de 37 529 VA et 12 318 VU. En admettant qu'en moyenne les cliniques des HC et maternités sont ouvertes six jours par semaine pendant 5 heures par jour (8 :00-13 :00) durant 52 semaines, le nombre moyen de VA par jour ouvrable est de 24. Ce chiffre semble raisonnable puisque en principe il indique que 4 à 6 cliniques ambulatoires (dans chaque HC) seraient utilisées d'une manière optimale pendant une année, en supposant quatre visites par heure. Le nombre de visites en urgence représente le tiers des visites ambulatoires. Si ces institutions sont également ouvertes 5 heures par semaine pendant 6 jours par semaine et 52 semaines par année, cela signifierait une charge de travail de 8 visites par jour. Compte tenu du fait que les urgences sont généralement ouvertes pendant plus de 5 heures par jour, en réalité la charge de travail des urgences serait plus faible.

Personnel et charge de travail. Au total 798 médecins (748 généralistes et 50 spécialistes) étaient basés dans les HC en 2002. Ceci est en moyenne 0,31 médecin par lit d'hôpital. Il y a de grandes variations entre les régions avec 1,02 médecin par lit dans le district de Tunis et 0,22 dans la région du Nord Ouest. Le nombre de médecins pour mille habitants est 0.08 (0.075 généralistes et 0.005 spécialistes), ce qui est très bas en comparaison avec d'autres pays. Cependant, la charge de travail spécifique pour les médecins est difficile à évaluer, compte tenu du fait que des médecins travaillent dans les HC et les CSB. Le nombre d'infirmières/infirmiers attachés au HC n'est pas mentionné dans la carte sanitaire 2002 et n'a ainsi pas pu être analysé.

5.1.2.3. Les Hôpitaux Régionaux.

Les services hospitaliers.

Les hôpitaux régionaux (HR), au nombre de 34 en 2002, ont assuré l'admission de 282 597 patients et réalisé 1 235 353 journées d'hospitalisation. En 1998, 31 HR ont admis 232 920 patients, représentant 1 068 039 journées d'hospitalisation au total. Le nombre total d'admission a donc augmenté de 21,3% et 15,7% entre 1998 et 2002. Durant cette période, la durée moyenne d'hospitalisation a diminué de 4.6 à 4.4 jours, alors que le taux d'occupation a légèrement augmenté de 54,4% à 57,4%, et ce malgré l'augmentation du nombre de lits.

La durée moyenne d'hospitalisation des HR est comparable à celle des hôpitaux généraux (avec quelques services spécialisés) dans des pays avec un niveau de développement similaire à la Tunisie. Il y a cependant, là aussi, des variations importantes selon les hôpitaux, avec la moyenne la plus élevée de 6.8 jours dans l'HR de Beja et la plus faible à 2.1 jours à Ben Arous. Il y a une corrélation positive, quoique réduite, entre le nombre de lits d'hôpital et la durée moyenne de séjour, ce qui n'est pas surprenant compte tenu du fait que bon nombre de spécialités et de cas compliqués requièrent des séjours plus longs et sont généralement pris en charge par les grands hôpitaux.

Il y a également une très faible corrélation positive entre le nombre de lits d'hôpital et les taux d'occupation. En fait, si l'on sépare les hôpitaux en deux groupes : les 17 hôpitaux les plus petits (moins de 124 lits) d'un côté et les 17 hôpitaux les plus grands de l'autre, les taux d'occupation varient (de 50% pour les plus petits et de 64% pour les plus grands), mais au sein de chaque groupe le nombre de lits n'influence pas le taux d'occupation. Ceci peut signifier qu'il existe un seuil au delà duquel les HR deviennent plus efficaces en terme de taux d'occupation. Lorsque la même analyse est effectuée avec des données de 1998, on voit apparaître la même tendance. Il y a une corrélation positive faible entre le nombre de lit d'hôpital et le taux d'occupation. Cependant, en utilisant une analyse de régression, les 16 hôpitaux les plus petits (jusqu'à 130 lits)

maintiennent un taux d'occupation autour de 43% et les 16 hôpitaux les plus grands ont un taux d'occupation d'environ 57%. La conclusion générale est toujours valable, c'est à dire que les plus grands hôpitaux (plus de 130 lits) semblent être plus efficaces.

Les HR sont relativement petits en termes de capacité litière (la médiane est de 127 lits par HR) compte tenu du fait qu'il sont prévus pour opérer comme un hôpital général avec quelques spécialités. Cela ne mène pas à des opérations hospitalières plus efficaces. De plus, basée sur les taux d'occupation observés, Il y a de la marge pour gagner encore en efficacité puisque ces taux, bien que meilleurs que ceux dans la région, sont bien inférieurs aux taux internationalement reconnus de 75 à 80% considérés comme nécessaires à une utilisation efficace du capital et des ressources humaines investis. En 2002, seuls 3 des 34 HR avaient des taux d'occupation au-dessus de 75%. Les importantes variations de durée moyenne d'hospitalisation pourraient aussi être examinées avec plus d'attention pour savoir si les HR avec les durées les plus basses sont plus efficaces que ceux qui ont des durées élevées et pour établir la relation entre ces résultats et la qualité des services.

Les visites ambulatoires et en urgence. En 2002, il y a eu un total de 1.531.541 visites ambulatoires et 1.210.423 visites en urgences enregistrées dans les 34 HR, ce qui représente une augmentation respective de 23,4% et 16,5% depuis 1998. Ceci correspond à une moyenne de 45.045 visites ambulatoires et 35.601 visites en urgences par HR, par année. En admettant que les cliniques ambulatoires sont ouvertes six jours par semaine, pendant 5 heures (8 :00-13 :00) durant 52 semaines, le nombre moyen de visites ambulatoires par heure ouvrable, par HR est de 29, compte tenu du fait qu'il peut y avoir de 4 à 6 cliniques par hôpital.

Le nombre de visites en urgence paraît élevé, en comparaison aux visites ambulatoires. Il n'est pas très clair si ce nombre élevé est dû à un mauvais enregistrement des données, puisqu'une visite aux urgences peut résulter en une admission. La même visite peut ainsi être enregistrée comme une visite en urgence et une admission, résultant en un bon nombre de double-enregistrements. Compte tenu du fait que les coûts d'opérations des urgences sont en général bien plus élevés que ceux d'une clinique ambulatoire, des gains d'efficacité significatifs pourraient être réalisés en réorganisant les services des HR dans ce domaine. Une autre raison pour justifier le nombre élevé de visites en urgences est que c'est peut-être le seul moyen de se faire soigner l'après midi, le soir et la nuit. Les CSB sont fermés l'après midi et il n'y a pratiquement pas de visites ambulatoires l'après midi non plus. Bien que des efforts aient été entrepris pour changer cela dans les cinq dernières années, peu de succès sont obtenus, apparemment à cause de la difficulté de changer les habitudes culturelles.

Personnel et Charge de travail. En 2002, deux tiers des médecins des 1098 HR étaient des spécialistes. Ceci représente 0,19 médecin par lit d'hôpital, mais ce taux varie entre les hôpitaux, allant de 0,09 à un maximum de 2,17 médecins par lit. Comparés aux chiffres internationaux, ces taux sont relativement bas. Ceci est peut-être un des obstacles prévenant des taux d'occupation plus élevés.

Le nombre d'infirmières dans les HR était de 6058, ce qui correspond à une moyenne de 1,04 infirmière par lit d'hôpital et 5.51 infirmières par médecin. Cette dernière valeur semble raisonnable vu du fait que les pays occidentaux comptent environ 5.52 infirmières par médecin.

Coûts Unitaires. Une analyse détaillée des coûts unitaires utilisant une approche par centre de coûts dépasse le cadre de cette étude. Les coûts non-salariaux, récurrents (pour 2002) ont été utilisés à la place pour effectuer une analyse de variation entre les hôpitaux. Des études empiriques montrent que pour les hôpitaux généraux une journée d'hospitalisation coûte environ

autant que trois visites ambulatoires. En utilisant cette approche pour les HR, le coût moyen par unité de traitement (une visite ambulatoire=0,33 journée d'hospitalisation) était calculé à 8,90 DT en 2002, variant d'un minimum de 4,99 DT à un maximum de 18,10 DT.

Une autre manière d'estimer la relation entre les activités et les coûts est d'effectuer une analyse de régression des paramètres clés. En utilisant le nombre de journées d'hospitalisation et le nombre combiné de visites en urgences et les variables explicatives, une régression linéaire des coûts récurrents indique que 91,5% de la variation des coûts peut être expliquée par des variations en journées d'hospitalisation et le nombre combiné de VA et VU. Ces deux résultats sont statistiquement significatifs selon un intervalle de confiance de 95% (p-value < 0,05).

5.1.2.4. Les EPS et CHU

Analyse de l'activité

Services hospitaliers. En 2002, les 22 Hôpitaux Universitaires comptaient 8590 lits, variant de 22 à 1010 lits avec une moyenne de 390 lits. En 2002, ces hôpitaux ont enregistré 305 248 admissions (45% de l'ensemble des admissions du secteur public) et 2 485 733 journées d'hospitalisation (61% du total du secteur public). Ceci représente une augmentation du nombre d'admissions de 47 751 et une augmentation du nombre de journées d'hospitalisation de 55 000 depuis 1994.

La durée moyenne de séjour était de 7,66 jours en 2001, mais cette valeur ne révèle pas les grandes variations entre les hôpitaux et entre les spécialités dans chaque hôpital. L'institut ophtalmologique de Tunis avait une durée moyenne de séjour de 4.1 jours, alors que celui de l'hôpital spécialisé de psychiatrie de Mannouba était de 29 jours. La différence de la durée est en partie expliquée par les spécificités de chaque groupe de maladies différentes dans diverses institutions. Les grands hôpitaux généraux, Sahloul Sousse avec 519 lits et Charles Nicolle de Tunis avec 1010 lits ont enregistré des durées de séjour moyennes plus élevées. Ceci est reflété dans la figure 5.9, qui indique qu'il existe une corrélation positive et significative entre la taille des hôpitaux et la durée moyenne de séjour. Comme les hôpitaux universitaires représentent 36% de la capacité nationale totale et presque la moitié des journées d'hospitalisation (45%), il serait utile de faire une analyse plus détaillée du fonctionnement de ces hôpitaux.

Figure 5.9. Corrélation entre la DHM et la capacité de l'hôpital (2002)

Une augmentation relativement faible de la capacité des hôpitaux universitaires combinée avec une augmentation assez importante du nombre de journées d'hospitalisation a résulté en une amélioration du taux d'occupation de 79,3% en 2002, ce qui indique une meilleure utilisation. Cependant, cette tendance varie grandement entre les institutions, avec les chiffres les plus bas observés à Razi Manouba et le plus haut (102,5%) à l'institut de Neurologie de Tunis. En 2002, 6 hôpitaux avaient un taux d'occupation supérieur à 90%. Apparemment, des taux d'occupation très élevés ne sont pas rares dans certains services.

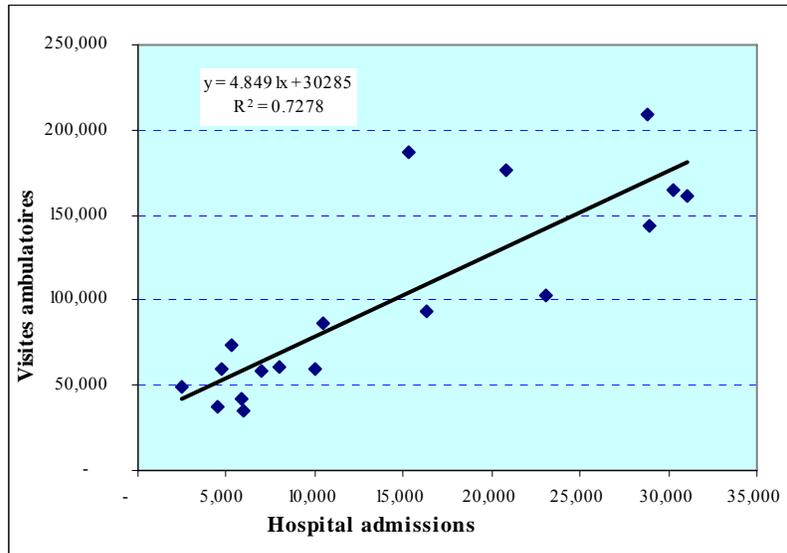
En 2001, pour ne citer qu'un exemple, le taux d'occupation enregistré dans les services d'orthopédie des hôpitaux Charles Nicolle, Aziza et Kassab étaient 11%, 117% et 116% respectivement, impliquant que les hôpitaux doivent parfois résoudre des problèmes de sous-capacité en mettant deux patients par lit, en plaçant des matelas sur le sol, en rajoutant des lits de manière non officielle ou en utilisant d'autres unités. Quelque soit l'explication, lorsque la

capacité maximale est atteinte, la qualité des services en souffre. Une ré-allocation de l'infrastructure et des ressources pourrait réduire la pression et ramener les taux d'occupation à des niveaux plus faciles à prendre en charge pour les services et hôpitaux débordés, mais aussi améliorer l'utilisation de ceux qui sont actuellement sous-utilisés. Une autre approche serait de déterminer si certains des cas traités par les hôpitaux universitaires pourraient être pris en charge à des niveaux de soins moindres, ou tout simplement être évités (les amputations de membres des diabétiques peuvent être complètement évitées). De récentes estimations en Tunisie indiquent qu'environ 75% de toutes les amputations sont liées au diabète, ce qui suggère de potentielles économies).

Les consultations externes et d'urgence. Les soins ambulatoires et en urgence constituent une part très importante des activités des hôpitaux universitaires. Les admissions doivent être ordonnées par un médecin durant une consultation ambulatoire, sauf pour les urgences. De plus, les hôpitaux universitaires reçoivent de patients transférés d'autres gouvernorats soit pour consultation pour des examens diagnostiques complémentaires, soit pour admission.

En moyenne, les hôpitaux universitaires ont un taux de 7 visites ambulatoires pour une admission. Les visites en urgence représentent 25% de l'activité ambulatoire et en moyenne 11% de toutes les visites ambulatoires (consultations ou urgences) se terminent par une admission. La figure 5.10 ci-dessous montre la corrélation importante entre le nombre de visites ambulatoires et les admissions.

Figure 5.10. Corrélation entre les visites ambulatoires et les admissions



Coût unitaire

Services hospitaliers. En 2001, le coût moyen d'une journée d'hospitalisation dans un hôpital universitaire (EPS) s'élevait à 113 DT. Considérant une durée de séjour moyenne de 7.7 jours, le coût moyen d'une admission était de 862 DT. Ces coûts moyens se réfèrent aux 130 services différents identifiés dans les 17 EPS, y compris 14 à Tunis et 3 autres dans la métropole de Sousse-Monastir. L'ampleur et la diversité des spécialités médicales offertes par les différents EPS rendent l'analyse des coûts difficile, et surtout du fait que les coûts calculés varient d'un hôpital à l'autre, et d'un service à un autre.

Le coût moyen le plus bas par journée d'hospitalisation était dans le service département de psychiatrie de l'hôpital RAZI de Mannouba (21 DT) et dans le service d'hématologie de l'hôpital Rabta (27 DT). A l'autre extrême, il existe des services aux coûts unitaires très élevés : Les services de soins intensifs de l'hôpital Sahloul Sousse (984 DT), diagnostic cardiologique à l'hôpital Rabta (940 DT) et les services ophtalmologiques de l'hôpital Charles Nicolle (925 DT). En comparaison avec ces cas extrêmes, le coût moyen d'une journée d'hospitalisation est bien plus modeste. Par exemple, une journée dans l'unité de soins intensifs à l'hôpital Mongi Slim de la Marsa coûte 509 DT, ce qui est presque la moitié du coût à l'hôpital Sahloul Sousse. Avec des coûts unitaires si élevés, les séjours hospitaliers deviennent rapidement très chers, à moins que la durée de séjour ne soit très courte. Il y a 15 types de services en Tunisie. En général, les spécialités médicales sont les moins onéreuses, alors que les soins intensifs sont les plus coûteux, comme mentionnées ci-dessous.

Le tableau 5.1 contient une analyse détaillée des coûts unitaires par service. Il n'est pas surprenant de constater que cette analyse montre les larges différences entre les coûts pour les mêmes services entre les différents hôpitaux, ainsi que de larges différences de coûts pour des soins dans différents services du même hôpital. Dans l'hôpital Rabta par exemple, le coût moyen pour un examen cardiologique est de 940 DT, alors qu'un examen de cardiologie pédiatrique n'est seulement que 65 DT. Les différences dans la distribution des coûts entre les différentes catégories varient considérablement. Ceci reflète probablement les différentes techniques médicales ainsi que les politiques de prise en charge des ressources et des patients.

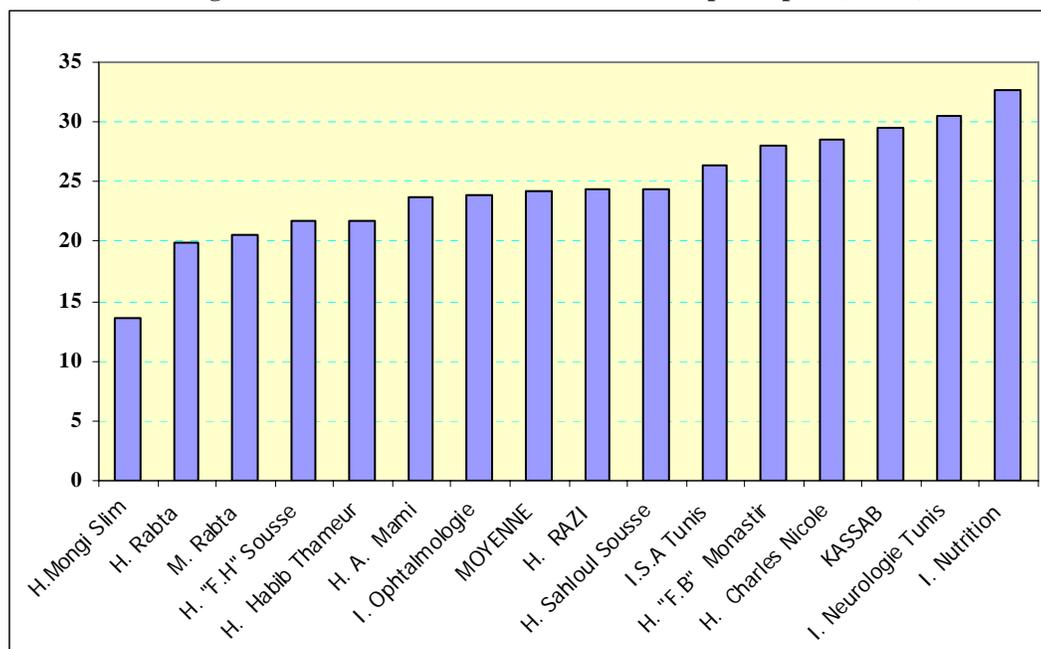
Le tableau 5.1 fournit aussi des informations sur la structure des coûts (personnel, autres coûts récurrents et personnel). Il est intéressant de noter que les coûts liés au personnel ne représentent qu'environ un tiers des coûts totaux des hôpitaux, alors que les coûts de fonctionnement non-salariaux représentent 55% des coûts totaux. Ceci est une distribution assez inhabituelle des coûts, puisque les coûts du personnel sont typiquement d'environ 50 à 60% des coûts totaux, alors que les autres coûts récurrents sont une partie moindre du total. Si le taux de dépréciation n'est en général pas très élevé, il l'est cependant plus que dans certains pays.

Les consultations externes et d'urgence. Le coût moyen d'une visite ambulatoire (comprenant tous les services) est estimé à 24 DT. Cette estimation est composée d'un coût de fonctionnement (60%), qui inclut les coûts techniques (55%), les médicaments (17%) et les coûts administratifs (15%). Les coûts du personnel représentent un tiers du coût moyen total des consultations (34%). L'allocation pour les équipements et la dépréciation des biens immobiliers et des équipements est de 6%.

Tableau 5.1. Coûts par spécialité médicale dans les EPS en DT (2001)

Département sanitaire	Coût par patient/jour	DHM	Coût moyen d'une entrée à l'hôpital	Nombre de lits	Coûts personnels/patient/jour	Autres dépenses récurrentes/patient/jour	Dépréciation de coûts/patient/jour	Coûts personnels en %	Autres dépenses récurrentes en %	Dépréciation des coûts en%
Psychiatrie	34	26.7	912	644	14	18	2	40%	53%	7%
Carences alimentaires	75	8.8	665	61	29	43	3	38%	57%	5%
Rhumatologie	85	12.8	1,087	94	34	38	13	40%	45%	15%
Pédiatrie	90	6.0	539	479	32	47	10	36%	53%	12%
Gynécologie	91	3.7	339	640	33	51	6	36%	57%	7%
Pneumologie	91	14.0	1,271	366	31	46	14	34%	51%	15%
Orthopédie	100	8.7	869	320	31	63	6	31%	63%	6%
Néonatalogie	102	12.5	1,273	72	44	51	6	44%	50%	6%
Endocrinologie	103	9.6	992	80	36	41	27	35%	39%	26%
Hématologie	107	4.8	511	66	18	78	11	17%	73%	10%
Physiologie médicale	108	29.0	3,142	46	31	67	10	29%	62%	9%
Urologie	113	7.6	860	201	37	59	17	33%	53%	15%
Neurologie	114	8.8	1,001	110	48	59	7	42%	52%	6%
Médecine interne	119	11.7	1,388	441	37	69	12	31%	58%	10%
Gastro-entérologie	122	11.7	1,428	161	41	53	28	34%	43%	23%
Cardiologie	125	9.3	1,157	355	32	78	15	25%	63%	12%
Maladies infectieuses	135	12.8	1,726	62	42	49	43	31%	36%	32%
Chirurgie générale	138	6.4	887	620	45	74	20	32%	53%	14%
ORL	140	6.0	841	234	52	64	24	37%	45%	17%
Pédiatrie	142	5.6	799	178	60	71	10	43%	50%	7%
Neurochirurgie	148	10.4	1,543	117	44	91	14	30%	61%	9%
Dermatologie	160	15.5	2,485	129	72	56	32	45%	35%	20%
Ophthalmologie	170	4.7	801	205	55	94	20	32%	56%	12%
CVT	172	12.2	2,100	93	38	111	23	22%	65%	13%
Soins intensifs	332	8.9	2,966	128	118	185	29	35%	56%	9%
Total	113	7.66	862	6,030	38	62	13	34%	55%	12%

Figure 5.11. Les coûts des soins ambulatoires par hôpital (en DT)

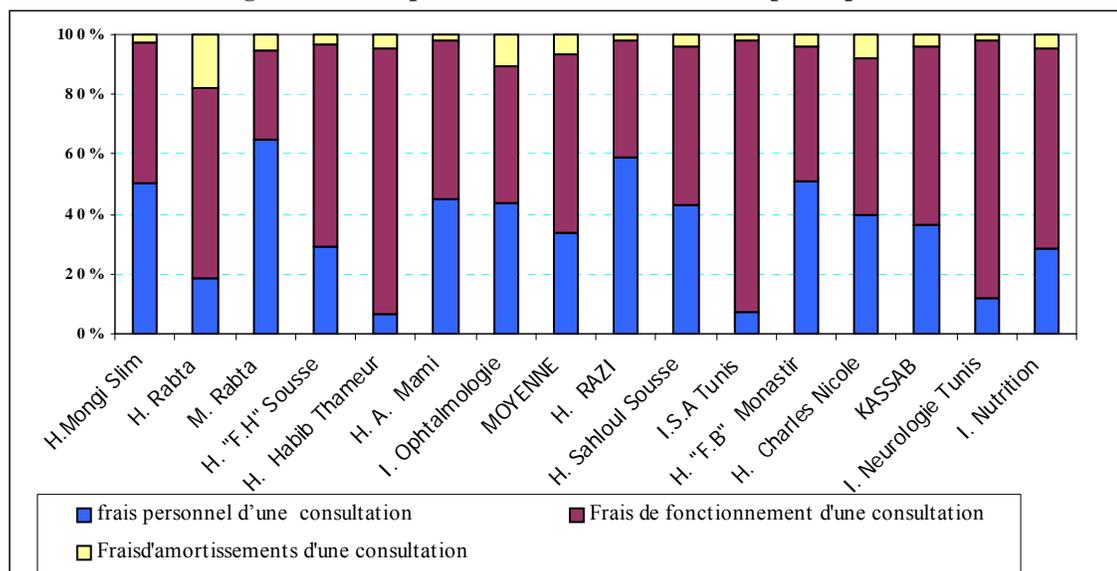


Les 24 DT par visite ambulatoire ne révèlent pas les variations considérables entre les hôpitaux (dont les données sont disponibles). Comme le montre la figure 5.9, l'hôpital Mongi Slim à La Marsa avait les coûts ambulatoires reportés les plus bas (13,6 DT), alors que l'institut de Neurologie de Tunis (30,6 DT) et l'institut de la nutrition (32,7 DT) avaient les coûts les plus hauts. Tous les autres hôpitaux avaient des coûts situés entre 20 et 30 DT. La structure des coûts à l'hôpital Mongi Slim à La Marsa requiert une attention particulière pour comprendre les facteurs qui contribuent à son contrôle efficace des coûts.

Une analyse de régression des différents paramètres potentiellement associés avec les coûts ambulatoires n'a pas fourni de résultats utiles. Par contre, il est intéressant d'étudier la structure des coûts, qui comme le montre la figure 5.12, varie beaucoup entre les hôpitaux. Il est remarquable que l'hôpital Mongi Slim, avec les coûts moyens les plus bas, a des coûts de personnel de 50%, alors que l'institut de la nutrition à Tunis, qui a un des coûts ambulatoires les plus élevés, a des coûts de personnel autour de 30%.

Ces coûts moyens sont similaires ou égaux aux tarifs du secteur privé. La qualité de l'accueil des patients dans un cabinet ou polyclinique privée n'est pas forcément meilleure que dans le secteur public (dans les hôpitaux universitaires). Par conséquent, si l'on soustrait les coûts de fonctionnement non-salariaux (médicaments, laboratoire, etc.) et les dépenses techniques qui sont en général en moyenne 14,4 DT (sur les 24 DT par visite ambulatoire), le coût moyen pour une visite ambulatoire dans un hôpital universitaire est moins de 10 DT (9,8 DT), ce qui représente un tiers des tarifs des médecins privés. Ce chiffre peut dès lors servir de base pour négocier les tarifs futurs des prestataires privés dans le cadre de la nouvelle assurance maladie.

Figure 5.12 Composition des coûts ambulatoires par hôpital (2001)



Source: Calculs de l'auteur basés sur des données des MSP et MF

5.2. L'ÉQUITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

La question relative à l'équité sera abordée sous deux aspects :

- L'accessibilité
- L'équité dans la contribution aux frais de soins

5.2.1. L'accessibilité :

Si, sur le plan de l'accessibilité, il est considéré que celle-ci est équitable pour les structures de 1^{er} ligne et de 2^{ème} ligne du secteur public puisque la répartition de celle-ci couvre tout le pays (1 CSB pour 4300 habitants, 1 hôpital de circonscription dans chaque délégation et au moins un hôpital régional par gouvernorat), il n'en demeure pas moins que cette répartition équitable des structures ne fournit pas la même gamme de services pour les populations concernées entraînant une iniquité dans l'accès aux soins. Pour illustrer ces iniquités, l'accent sera mis sur la répartition des personnels et sur la répartition des lits à travers le pays.

Concernant les lits, même excluant ceux du secteur privé (environ 20% de la capacité totale) qui sont installés quasiment à 100% dans les zones côtières les plus favorisées, il y a lieu de constater que les différentes régions sont inégalement dotées en lits publics. Les zones universitaires où les hôpitaux ont une vocation nationale ne figurent pas dans cette comparaison. Compte tenu de cette restriction, la capacité en lits varie beaucoup d'une région à l'autre. Les taux les plus bas sont :

- 0,76 pour Sidi Bouzid
- 0,8 pour Kasserine
- 1,1 pour Siliana
- 1,15 pour Kairouan

Ces régions les plus mal dotées sont les régions les plus pauvres du pays.

Concernant la répartition du personnel, le nombre d'habitants par médecin généraliste varie de 1560 à Tunis à 3989 à Sidi Bosuzid. Les régions les plus défavorisées comptent là aussi le moins de médecins :

- Kasserine avec 3717 Habitants/ médecin
- Kairouan avec 3858 Habitants/ médecin
- Jendouba avec 4294 Habitants/ médecin

Pour ce qui est des spécialistes : le nombre d'habitants par spécialiste (compte non tenu des zones universitaires) varie de 13009 pour Kasserine, 11081 pour Sidi Bouzid à 4249 à Bizerte ou 3902 à Nabeul. Ces iniquités de répartition sont encore plus graves lorsque l'accent est mis sur les spécialistes du secteur libéral uniquement. Les extrêmes sont de 16050 à Tozeur à 2968 à Nabeul. Il est à noter que cette répartition est inversement proportionnelle à la prévalence des problèmes de santé. Telle que la diarrhée infantile dont la fréquence exprimée en nombre d'épisode est de 4,17 à Kasserine contre 1,09 à Nabeul, ou le taux d'accouchement non assisté qui est de 1,2% à Nabeul contre 50,5 à Kasserine. L'accès inéquitable aux services de santé a ainsi mené à de grandes disparités régionales en termes de résultats de santé.

Ces résultats peuvent cependant cacher d'importante disparités régionales qui peuvent être révélées par :

- Le taux de mortalité infantile, qui était de 24 pour 1000 en 2000, mais avec un taux de 16 pour mille pour les régions urbaines, comparé à 30 pour mille dans les régions rurales.
- Le taux de mortalité des moins de cinq ans, qui était de 30 pour mille en moyenne, avec un taux de 15 pour mille pour les régions urbaines, comparé à 40 pour mille pour les régions rurales.

Ces disparités peuvent être expliquées en grande partie par une couverture différente par les soins de base, qui varient de manière significative entre les régions, par exemple :

- Les taux d'immunisation complète varient de 15% à Tatouine à 94% à Nabeul.
- La proportion des accouchements non assistés varie de 51.3% à Kasserine à 0% à Tunis.
- Le taux de couverture par 4 visites prénatales varie de 98.7% à Nabeul à 10.6% à Tatouine.

Le défi en ce qui concerne l'équité de répartition peut être énoncé ainsi :

Cibler la politique de répartition des ressources publiques vers les régions ou les zones les moins loties et qui présentent les indicateurs d'état de santé et de couverture les plus bas.

5.2.2. L'équité du financement : la contribution équitable

En théorie, le financement des soins de santé devrait se limiter soit au budget de l'Etat soit au système d'assurance maladie. Le paiement direct ne concernerait que les tickets modérateurs (contribution au frais de soins car en théorie toujours tous les bénéficiaires de soins sont soit couverts par l'assurance maladie obligatoire quelque soit leurs statuts professionnels sont couverts par un des régimes de l'assurance médicale gratuite.

En pratique et en raison du fait que :

- L'assurance maladie obligatoire ne permet pour l'essentiel que l'accès aux services fournis par les structures hospitalières et sanitaires publiques et sauf exception au secteur privé.
- Les soins fournis dans ces structures publiques sont souvent incomplets particulièrement ceux fournis par les structures ambulatoires en plus d'un jugement souvent négatif de la part des bénéficiaires sur la qualité des prestations.

Ces raisons entraînent un comportement des consommateurs caractérisé par le recours aux services de santé libéraux et le paiement des frais de soins sans possibilité de remboursement. Ainsi, si le financement est théoriquement équitable puisque la prise en charge des frais des soins des pauvres est garantie par l'Etat, en pratique, cette équité n'est que très relative comme le montrent les données disponibles sur les dépenses engagées par les ménages. En effet, et pour l'année 2003 le financement est assuré à concurrence de :

- 26,6% par le budget de l'Etat
- 24% par le système d'assurance maladie obligatoire
- 49,4% contribution directe des ménages; ce pourcentage inclut aussi bien les dépenses non remboursées que celles remboursées par le système d'assurance maladie facultative.

La principale source d'iniquité est constituée par les 49,4% des dépenses qui sont consenties par les bénéficiaires indépendamment de leur capacité de payer puisque l'analyse des dépenses des ménages (enquête budget consommation des ménages) qui classe les bénéficiaires en 3 groupes :

- Groupe 1 : Ceux qui ne bénéficient d'aucune assurance
- Groupe 2 : Ceux qui ont une assurance obligatoire et une ou plusieurs assurance facultative (régime facultatif de la CNRPS ou assurance groupe privée ou mutuelle privée)
- Groupe 3 : Ceux qui bénéficient uniquement d'une assurance obligatoire

Cette enquête montre que les dépenses directes par habitant pour le poste médicaments qui constitue l'essentiel des dépenses, s'établissent à :

- 20,847 DT / an pour le groupe 1
- 32,002 DT / an pour le groupe 2
- 23,120 DT / an pour le groupe 3

5.3. LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

5.3.1. Aperçu de la qualité des soins en Tunisie

Toute nation, y compris la Tunisie qui s'investit dans la qualité des soins, se doit de confronter le fait que les données les plus faciles à suivre et à manipuler, c'est à dire les intrants, ne sont pas forcément celles qui garantissent les résultats désirés. Cependant, il n'est pas rare que des pays commencent par se concentrer sur l'amélioration des intrants, et ne se penchent sur l'amélioration des processus et le suivi des résultats que plus tard. L'historique de l'amélioration de la qualité en Tunisie reflète exactement ce dernier schéma.

Depuis la fin des années 1980, la qualité des soins est une priorité déclarée du gouvernement Tunisien, comme en attestent les divers plans de développement quinquennaux. Une attention considérable a été portée à l'amélioration des infrastructures des niveaux secondaires et tertiaires à travers des investissements en infrastructure et équipements. Des efforts importants ont également été entrepris pour améliorer tous les types de ressources humaines par des programmes de formation pour les professions médicales, paramédicales, directoriales et administratives. La Banque mondiale qui a financé des prêts pour le secteur de la santé, a aussi inclus des améliorations significatives en ce qui concerne la gamme de spécialités médicales au niveau des HR, ainsi qu'une variété d'investissements pour améliorer les soins en urgence pré et intra hospitaliers (même au niveau des HR) et au développement d'une stratégie nationale pour les services médicaux d'urgences.

Malgré ces efforts, des données factuelles suggèrent des problèmes substantiels au niveau des moyens. Les HC et les centres de maternité n'ont pas reçu la même attention que les institutions secondaires et tertiaires. En conséquence, leurs établissements ne sont généralement pas aussi bien développés, et leurs taux d'utilisation bas suggèrent un mécontentement significatif des patients par rapport à la qualité des services qui sont prodigués dans des institutions.

De plus, il y a toujours des plaintes à propos des niveaux secondaires et tertiaires qui sont souvent liées au manque de moyens : équipements hors service, insuffisante réserve de médicaments et le manque de personnel qualifié. Dans une étude récente sur la satisfaction des patients au niveau des HR, les patients ont déclaré avoir observé de nombreuses améliorations, mais une majorité reste mécontente en ce qui concerne certains aspects de la qualité des soins. Malgré ces lacunes, beaucoup de ces institutions sont surpeuplées, ce qui reflète le boycott des institutions du premier niveau par les patients qui croient que la qualité y est moins fiable.

Les efforts visant à améliorer les processus de soins et les résultats de santé, ont d'abord commencé à se concrétiser au début des années 1990, lorsque l'amélioration de la mortalité maternelle et infantile devint une priorité nationale. Un programme national de périnatalité (PNP) a été établi afin d'améliorer les soins aux mères et aux nourrissons. Sur la base des résultats de l'enquête nationale entreprise par le PNP, un certain nombre de programmes et de stratégies politiques a été mis en oeuvre par la DSSB. Par exemple, les soins pour les mères et les enfants ont été intégrés dans les soins de santé de base et des protocoles ont été développés pour les soins périnataux en étroite collaboration avec les associations professionnelles concernées. De plus, une politique a été instaurée pour enquêter tous les décès maternels dans les hôpitaux publics. Ces investigations ont mené à l'établissement de nouvelles mesures pour corriger les déficiences identifiées de manière continue.

Bien que ces efforts aient abouti à de bons résultats en ce qui concerne la naissance dans le secteur public, beaucoup de défis subsistent encore, puisque les accouchements dans le secteur privé sont rarement affectés par les excellents efforts de la DSSB. Par ailleurs, il existe des communautés où les accouchements non assistés restent un problème.

La DSSB a aussi été une pionnière en terme de développement de directives au niveau des soins de santé de base pour le traitement des maladies chroniques. Par exemple, les soins liés au diabète sont maintenant basés sur un protocole détaillé (et documentés sur le dossier du patient) pour assurer que les traitements appropriés soient prodigués. Malheureusement, malgré ces protocoles, les soins des patients diabétiques demeurent insatisfaisants d'après les données limitées qui sont disponibles. Par exemple, une enquête nationale réalisée en 2001 a révélé des taux significativement plus élevés de diverses morbidités chez les patients diabétiques, ce qui suggère des problèmes de qualité dans ce domaine. De plus, des rapports informels de différents hôpitaux

à Tunis suggèrent qu'une large proportion des amputations est effectuée chez des patients diabétiques, et qu'un large pourcentage de patients sous hémodialyse est diabétique. Puisque les amputations, et l'insuffisance rénale sont les deux complications qui résultent d'un mauvais contrôle métabolique long terme, ce qui est un indicateur bien établi de mauvaise qualité de soins, ceci suggère que les efforts pour améliorer les soins spécifiques aux diabétiques devraient être renforcés.

En plus de tous les efforts de la DSSB, des encouragements divers ayant pour but d'améliorer la qualité des soins se sont multipliés durant les dix dernières années. Le centre national de transfusion sanguine a été récemment certifié ISO et les examens de laboratoire dans les centres tertiaires sont assujettis à des efforts d'amélioration similaires. Cependant, ces efforts ont été les résultats d'individus entreprenants, plutôt qu'une stratégie prioritaire au niveau national, qui était inexistante jusqu'à récemment. Avec l'instauration d'une unité de qualité des soins au sein du MSP et le lancement de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité en octobre 2003, le MSP a initié pour la première fois des efforts d'amélioration de la qualité de manière systématique.

Pour atteindre cet objectif, une conférence sur la qualité des soins, co-sponsorisée par le MSP, la Banque mondiale et l'OMS, a été tenue en juin 2004. La conférence a reconnu que beaucoup d'excellentes initiatives ont déjà été accomplies en Tunisie, mais a souligné le besoin d'établir une culture de qualité des soins qui se concentre sur les résultats ainsi que les processus (et les structures). Plus particulièrement, les participants à la conférence ont recommandé le développement de nouveaux fichiers cliniques, ainsi qu'une meilleure utilisation des sources de données existantes. Par exemple, le registre du cancer du sein indique que les patientes se présentent typiquement au troisième stade de la maladie (ce qui est assez avancé), ce qui est beaucoup plus difficile à traiter avec succès. De la même manière, les décès intra-utérins, qui sont un indicateur sur la qualité des soins obstétricaux, sont enregistrés mais rarement exploités dans une perspective d'amélioration des résultats. En effet, les bons résultats de plusieurs hôpitaux pourraient servir de référence pour les hôpitaux qui ont de mauvais résultats.

En conclusion, bien qu'il y n'y ait pas de données systématiques pour évaluer la qualité des soins en Tunisie, les documents disponibles suggèrent qu'en dépit des nombreux efforts réussis et initiatives pour améliorer la qualité des soins, il y a une grande marge pour des améliorations. En particulier, la récente croissance du secteur privé suggère que la population est mécontente de la qualité des soins dans le secteur public, même si les patients se basent habituellement sur la disponibilité des entrées (*input*) et la qualité des services non médicaux et non sur la justesse de la pratique clinique et de la prise de décision. Ceci implique que les efforts récents pour améliorer la qualité du secteur public devraient se renforcer. De plus, puisque peu de documentation existe sur la qualité des soins dans le secteur privé, il serait souhaitable de commencer à collecter de telles données, afin d'évaluer les efforts d'amélioration de la qualité dans ce secteur.

5.3.2. L'analyse de la qualité des soins basée sur la satisfaction des patients.

Afin d'évaluer la qualité des soins dans les HR, le MSP Tunisien et l'institut national de la santé publique (INSP) ont conduit une étude pour mesurer la perception de la qualité technique et clinique dans les HR par les utilisateurs eux-mêmes. Au total 4130 patients fréquentant sept différents hôpitaux ont été étudiés. Les utilisateurs ont reçu des soins aux urgences, en ambulatoire et ainsi que pendant les transferts. Leurs maladies variaient de critiques à non critiques. La durée d'hospitalisation moyenne était entre 8,5 et 12 jours.

Cette étude a évalué la satisfaction perçue par les utilisateurs en fonction des aspects suivants: réception, aménagement de la chambre d'hôpital, compétence du personnel, soins reçus, relation patient-soignant et soins ambulatoires. L'étude a aussi abordé l'avis des patients sur l'impact de la réforme hospitalière en matière de qualité de soins.

La qualité du service. Le niveau de la qualité du service variait entre les HR. En réponse à une question sur le niveau de l'information reçue avant l'hospitalisation et sur la raison et la durée probable du séjour, 33,8% des personnes interrogées se considéraient bien informées, 25,7% étaient informées, 15,8% jugeaient n'avoir reçu que peu d'information et 24,7% se disaient pas informés du tout. De considérables différences de perception existent entre les différents hôpitaux étudiés. A Gabès par exemple, 59,7% des patients se disaient très bien informés alors que dans d'autres hôpitaux 4,8 à 11,1% seulement des personnes interrogées se considéraient bien informées.

La qualité de tous les aspects de la réception des patients était considérée comme importante pour plus de 90% des patients interrogés. En jugeant la qualité de leur réception, 56% la jugeaient plutôt satisfaisante, et 8,6% la jugeaient très satisfaisante, 29% ont répondu moins que satisfaisant et 6,4% l'ont jugée insatisfaisante. La proportion de ceux qui étaient mécontents de leur réception variait de 14,3% à 58,2% entre les différents hôpitaux. Les formalités administratives étaient jugées plutôt satisfaisantes par 50% des personnes, très satisfaisantes par 7,5%, peu satisfaisantes par 32,9% et insatisfaisantes par 9,6%. Les conditions d'attente avant l'hospitalisation étaient jugées très satisfaisantes par 5,2%, plutôt satisfaisantes par 42,8%, peu satisfaisantes par 40,1% et insatisfaisantes par 11,9%. La qualité de l'information reçue au bureau des admissions avant l'admission était considérée comme étant très satisfaisante pour 5,9% et plutôt satisfaisante par 53,2% des patients.

La plupart des familles ont apporté des repas pour leurs proches hospitalisés. En moyenne, seul 40% des patients ont pris des repas préparés par l'hôpital. Parmi ceux-ci, 21,6% ont jugé que les repas étaient servis à une température correcte, 36,8% étaient satisfaits de la quantité servie et 48,3% étaient satisfaits des heures de repas. Dans au moins un hôpital, 92,1% des patients ont pris les repas préparés par l'hôpital.

En ce qui concerne le confort des chambres d'hôpital, 51% étaient satisfaits des conditions (48,2% plutôt satisfaits et 4,8% très satisfaits). La propreté des chambres était jugée satisfaisante par 48,1% (44,2% plutôt satisfaits et 3,9% très satisfaits). La qualité des équipements de la chambre était jugée satisfaisante par seulement 35% des patients (35% plutôt satisfaits et 3% très satisfaits). Nabeul avait le taux de satisfaction le plus haut avec 61,2% de patients satisfaits de l'équipement. Le chauffage de la chambre était considéré satisfaisant par 62,7% (58,1% plutôt satisfaisant et 4,6% très satisfaits). Les heures de nettoyage des chambres satisfaisaient 58% des patients (54,6% plutôt satisfaits, 4,6% très satisfaits).

La qualité technique. Dans la majorité des hôpitaux étudiés, l'attitude des infirmières était perçue négativement. Seulement 17,6% des patients étaient satisfaits et 2,3% très satisfaits. Le nombre de visites effectuées par les infirmières était jugé satisfaisant par 39,1% et très satisfaisant par 3,2%. La réponse des infirmières aux besoins des patients était jugée satisfaisante par 46,9% et très satisfaisant par 3,7%. En ce qui concerne la compétence des infirmières présentes, 47,3% étaient plutôt satisfaits et 4,3% très satisfaits. Une majorité de patients (68,9%) étaient satisfaits du respect de leur confidentialité par les infirmières. Les explications fournies par les infirmières aux patients étaient jugées satisfaisantes par 38,4%. La rapidité des réponses par les infirmières était jugée satisfaisante dans 42,8% des cas et très satisfaisante dans 4,5% des cas. La facilité d'obtention des médicaments par les infirmières au moment opportun était jugée plutôt

satisfaisante par 46,6% et très satisfaisante par 4,5%. La gentillesse avec laquelle les soins infirmiers étaient prodigués était plutôt satisfaisante dans 59,2% des cas et très satisfaisante dans 7,6% des cas.

Le comportement des médecins lors du premier contact avec le patient était jugé plutôt satisfaisant par seulement 25,5% des patients et 4,6% le jugeaient très satisfaisant. D'autre part, 73,4% des patients étaient satisfaits par le niveau de respect qui leur est accordé par le médecin. En ce qui concerne la compétence des médecins, 69,9% la jugeaient plutôt satisfaisante et 10,7% très satisfaisante. La qualité des explications fournies par le médecin était jugée plutôt satisfaisante par 48,6% des patients et très satisfaisante par 6,5%. Le nombre de visites au patient par le médecin était jugé plutôt satisfaisant dans 37,5% des cas et très satisfaisant dans 4,3% des cas. La capacité de contacter le médecin était plutôt satisfaisante dans 34,9% des cas et très satisfaisante dans 3,8% des cas.

Les patients ont reçu une assistance satisfaisante pour soulager leur douleur dans 70% des cas, et 80% des cas à Nabeul. Pour la fièvre, une assistance satisfaisante était reportée dans 52,8% des cas alors que le soulagement d'autres symptômes était satisfaisant selon 49,7% des patients. 46,6% des patients ont déclaré une nette amélioration de leur état de santé après leur hospitalisation ; 46,6% d'entre eux considéraient cette amélioration comme étant modérée et 5,7% n'ont pas senti d'amélioration, alors que 1,1% pensent que leur état de santé s'est aggravé.

Une petite majorité de patients (52,3%) était globalement satisfaite par les conditions hospitalières (48,3% étaient satisfaits et 4,0 très satisfaits). Le niveau de satisfaction de patients était associé de manière significative avec l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le type de couverture, l'établissement hospitalier et les perceptions du patient par rapport à la sévérité de la maladie. Les personnes de plus de 55 ans en particulier les hommes, avec des niveaux d'éducation très bas, bénéficiant de la gratuité des soins et ceux avec une perception de la sévérité de la maladie plus pessimiste étaient les patients les plus satisfaits.

Tableau 5.2. Résultats de l'étude de satisfaction des patients

Satisfaction de la qualité des services d'urgence		
	Satisfait	Très Satisfait
La Réception	51.5	4.4
Exécution des formalités administratives	47.7	4.0
Relation avec les prestataires	53.3	4.0
Durée d'attente pour consulter le médecin	35	2.6
Durée de l'examen médical	41.7	1.8
Compétences du médecin	58.4	4.9
Explications fournies par le médecin	39.6	2.3
Procédures de services de laboratoires	56.8	2.4
Procédures de services de radiologie	57.6	2.4
Satisfaction de la qualité des services ambulatoires (consultations externes)		
	Satisfait	Très Satisfait
Exécution des formalités administratives	37.1	3.1
Durée d'attente	22.9	1.4
Politesse des prestataires	55.0	2.9
Durée de l'examen médical	41.3	1.8
Compétences du médecin	65.1	4.4
Explications fournies par le médecin	43.4	2.7
Procédures de services de laboratoires	54.8	2.9
Procédures de services de radiologie	54.8	3.0

majorité des patients hospitalisés (81%) ont reçu un rendez-vous hospitalier suite à une consultation externe. Dans 80,3% des cas, les rendez-vous d'hospitalisation ont été tenus. Sur les personnes interrogées, 62,7% ont jugé que la période d'attente entre l'attribution du rendez-vous et la date du rendez-vous en question était acceptable.

Les médicaments prescrits durant les consultations ambulatoires étaient disponibles dans 59,9% des cas en moyenne. La disponibilité des médicaments varie entre les HR de 39,5% et 88,8%.

La perception de la réforme des hôpitaux. La majorité des patients interrogés ont perçu une amélioration suite au projet de réforme des hôpitaux. Ces améliorations ont été constatées par 70% des interrogés. La réception (73,7%), l'aspect extérieur de l'hôpital (80,2%) le chauffage dans les chambres d'hôpital (73,5%), le traitement respectueux des patients par les infirmières (70,5%) et par les médecins (70,7%), l'amélioration des chambres 56,4%, le nombre de médecins par hôpital (63,4%), le nombre de spécialistes médicaux (52,7%), le nombre d'infirmières (50,5%), le respect pour les patients et leur entourage (68,9%), l'organisation générale de l'hôpital (57,6%), l'organisation de la programmation de l'hôpital (55,8%), les délais dans la programmation d'examen complémentaires (4,8%) et la présence d'infirmière de service (50,9%).

Quoiqu'il en soit, certains aspects étaient jugés avoir été amélioré en deçà de 50% : la qualité de la nutrition (39,9%), la provision des médicaments (46,9%), la diminution de l'engorgement des urgences (26,2%), la présence de médecins de service (45,6%), les explications fournies par les infirmières (44,8%) et la diminution des transferts de patients dans d'autres hôpitaux (39,4%).

Au total, 49,8% des patients hospitalisés âgés de plus de 15 ans étaient satisfaits des conditions de séjour à l'hôpital.

Les patients étaient les plus satisfaits avec la compétence des médecins (70%) et avec le respect pour le patient (73,4%). Par contraste, d'autres aspects non médicaux des soins hospitaliers évoquent du mécontentement, en particulier les conditions d'attente et l'équipement des chambres. Il y avait également un net mécontentement au sujet de la qualité de l'attitude du personnel soignant (médecins et infirmières) envers le patient et les soins en urgence et en ambulatoire.

Les patients ont identifié la majorité des déficiences en tant que problèmes d'organisation et de formation du personnel soignant en matière de relation avec les patients. Cette étude a conclu que la réforme des hôpitaux a eu un impact positif sur l'infrastructure et la logistique. Une meilleure coordination avec les CSB et un nombre plus grand de centres intermédiaires a contribué à soulager l'engorgement des services d'urgence et de consultations ambulatoires. Afin d'améliorer la qualité des relations soignant-patient, il est fortement recommandé de procéder à la formation du personnel par des spécialistes dans ce domaine.

Cette étude était considérée comme une autoévaluation, ce qui constitue un pas important dans le processus continu d'amélioration de la qualité. En résumé, cette étude a démontré un niveau global de satisfaction des utilisateurs par rapport à la qualité des soins dans les HR de 49,8%. Le taux de satisfaction pour la réception était de 49,5%. La qualité des repas a obtenu le résultat le plus bas pour la qualité perçue avec 19,7%, les équipements des chambres d'hôpital avec 47,8%, le comportement et la disponibilité des infirmières à 54,5% et pour les médecins à 60,5%, les soins aux urgences avec 48,6% et les soins ambulatoires avec 62,9%. De plus, 42,2% des patients interrogés ont perçu une amélioration dans tous les aspects de la qualité des soins durant les deux dernières années, ce qui coïncide avec la mise en œuvre de la réforme de gestion des hôpitaux.

6. LES RÉFORMES ENGAGÉES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

6.1. LES RÉFORMES DU SECTEUR DE LA SANTÉ

L'origine des efforts. La Tunisie a toujours attaché une grande importance au développement humain et, depuis l'indépendance, la Tunisie a inclus des efforts pour développer et réformer les secteurs sociaux dans ses plans de développement économique. Durant les trois premiers plans quinquennaux (1962-64; 1965-68 ; 1969-72) des investissements dans la santé ont été effectués afin de combattre la pauvreté. Une attention particulière a été placée sur le développement de l'habitat, des installations sanitaires, de l'accès à l'eau potable, ainsi que sur la prévention des maladies (immunisations, soins prénataux et maternels) et planification familiale. Même si les efforts de planification étaient censés contrôler la croissance de la population, la planification était aussi perçue comme un moyen d'améliorer l'état de santé des mères et des enfants. En termes d'offre de soins, des régions sanitaires ont été créées et les hôpitaux ont été classés en trois catégories selon le niveau de soins ; primaire, secondaire ou tertiaire. Le but de ces efforts à cette époque était d'augmenter la disponibilité des lits d'hôpitaux à 1 pour 1000 habitants.

Durant les années 1970, les quatrième et cinquième plans de développement (1973-76 ; 1977-81) se sont concentrés sur le développement de politiques pour améliorer la formation des médecins, infirmières et autre personnel de la santé. Les années 1980 ont connu une poussée pour l'amélioration de l'accès aux soins de santé de base à travers le pays. Cette décennie a aussi vu deux autres importants développements. Tout d'abord, des efforts initiaux pour commencer la décentralisation ont été entrepris avec la création de directions régionales de santé. Ensuite, en 1983, les tickets modérateurs ont été requis pour la première fois pour modérer la consommation et mobiliser des fonds pour le système de santé publique qui connaissait une pression financière croissante, et que les mécanismes de financement de l'époque ne suffisaient pas à combler.

En 1986, le projet de construction d'un nouvel hôpital en site pilote géré comme un établissement à caractère industriel et commercial ne s'est pas concrétisé.

La réforme du secteur de la santé en 1990 et au-delà. En 1987, il était clair que le secteur de la santé était en crise. Le gouvernement a alors entrepris une analyse exhaustive des problèmes auxquels faisait face le système de santé et sur la base de celle-ci, une nouvelle stratégie a alors été développée. Cette stratégie avait trois objectifs principaux :

1. Le développement continu des soins de santé de base à travers un programme pour consolider l'offre de soins de santé de base.
2. L'amélioration des soins hospitaliers par une réforme des aspects structureaux et institutionnels des hôpitaux universitaires.
3. La réforme de la législation sur les prestataires des soins privés.

Cette stratégie et les mesures d'accompagnement étaient censées résoudre les nombreux problèmes auxquels était confronté le secteur de la santé, dont les plus importants étaient : une augmentation importante des dépenses de santé (une croissance annuelle de plus de 11%), des fonds publics insuffisants pour faire face aux besoins croissants du secteur de la santé, une offre des soins (publique) peu efficiente en raison de la rigidité des procédures administratives et budgétaires, un système hautement centralisé, un manque de cadres qualifiés et des données insuffisantes pour de bonnes prises de décision. La qualité des soins est aussi devenue un problème explicite pour la première fois.

Ces efforts de réformes ont été en grande partie couronnés de succès. Un programme national de périnatalité a été établi pour améliorer les soins et la santé de la mère et de l'enfant. En conséquence, les soins pour la mère et l'enfant ont été intégrés au niveau du système des soins de base et des efforts additionnels pour analyser les causes de mortalité maternelle ont été déployés. Les programmes nationaux ont été élargis pour commencer à s'intéresser aux maladies chroniques et essentiellement au diabète, à l'hypertension artérielle, à la santé mentale, à la santé des adolescents et à la santé des personnes âgées qui ont commencé à représenter une part de plus en plus importante dans l'activité des soins de santé de base. Ces efforts se poursuivent jusqu'à ce jour.

Pour ce qui est des hôpitaux universitaires, une nouvelle entité légale a été établie, les établissements publics de soins (EPS), qui donne moins d'autonomie que l'EPIC mais plus que l'EPA. Une conséquence de la réforme a été la création de 20 EPS, chacun avec son propre conseil d'administration et un directeur général.

Afin d'assister les directeurs d'hôpitaux, un système de gestion informatisé a été développé, ainsi qu'un registre de procédures standardisées de gestion. Le système informatique était utilisé pour analyser les coûts unitaires, ce qui servait de base pour un nouveau système de facturation. Ce système de facturation a permis aux EPS de recevoir des remboursements directs pour des services rendus aux assurés de la sécurité sociale. Les EPS étaient donc capables d'augmenter la proportion de leur budget couvert par les paiements des soins fournis aux assurés. La participation des caisses de sécurité sociale couvrait pratiquement la totalité du budget de fonctionnement de ces établissements hors personnel, ce qui faisait partie des objectifs de la réforme.

En plus de ces changements, la réforme du secteur de la santé incluait des améliorations de l'infrastructure et de équipements des EPS, ainsi que la formation des directeurs, du personnel médical et paramédical ainsi que du personnel gestionnaire.

Dans l'ensemble, le neuvième plan de développement (1997-2001) a continué à s'intéresser aux problèmes de viabilité financière, d'efficacité du secteur de la santé et de qualité des soins, avec une attention particulière pour les HR. Comme mentionné précédemment, ce plan a été largement mis en œuvre grâce à un projet financé par la Banque mondiale (de 1998-2003), et qui a porté en grande partie sur le développement des infrastructures, de l'équipement et du personnel des HR. En plus, un certain nombre de réformes a été mené à bien pour augmenter l'autonomie des HR, réformer leur organisation et la structure de direction et introduire un système de facturation comme celui des EPS afin d'améliorer les contributions des fonds de la sécurité sociale dans les budgets hospitaliers.

En plus de ces améliorations, l'informatisation de tous les HR et leur connexion au système d'information du MSP (CIMSP) ont également été un succès. Par ailleurs, un système informatisé de gestion médicale a été initié dans des sites pilotes par le MSP durant ce projet. Un des intérêts particuliers du neuvième plan se portait sur la qualité des soins, en particulier dans les domaines des soins en urgence pré et intra hospitaliers. Une stratégie nationale pour l'amélioration de la qualité des soins a été développée, et il en a été de même qu'une stratégie pour les soins d'urgence. Ces deux stratégies sont en cours d'exécution.

D'autres succès méritent d'être mentionnés telles qu'une amélioration de la base sur laquelle les budgets des hôpitaux sont élaborés et négociés. Les systèmes informatisés de gestion instaurés dans les HR ont permis le développement de budgets basés sur les coûts et l'activité. Ceci a

assuré une plus grande efficacité et un meilleur contrôle des coûts associés à des gains de productivité significatifs dans les HR.

Les réformes prévoyaient aussi une amélioration de la disponibilité des médecins (spécialistes) au niveau des HR, ce qui a entraîné des investissements importants, en termes quantitatifs et qualitatifs, au niveau du personnel des HR. Finalement, les réformes ont inclus une révision du système de soins gratuits (AMG1 et 2) et une révision des tickets modérateurs pour mieux cibler cette population et la gestion de l'attribution de ces cartes a été transférée du MSP au MAS.

Les efforts du neuvième plan de développement et le prêt de la Banque pour le secteur de la santé ont été dans une grande mesure couronnés de succès pour réduire le taux d'augmentation des coûts de la santé (de 15% par année à la fin des années 1980 à 10% par année à la fin des années 1990). Beaucoup d'efforts ont été déployés durant ce plan pour étudier de possibles options pour la réforme de l'assurance maladie. Comme expliqué ci-dessous, ces efforts ont mené le 2 juin 2004, à l'approbation d'une loi de réforme de l'assurance maladie aux objectifs multiples (voir 6.3.2).

Le dixième plan de développement (2002-2006) reprend beaucoup de points des plans précédents. Plus spécifiquement il prévoit de:

- Poursuivre la consolidation des soins de première ligne et des soins préventifs et promouvoir les comportements sains et la protection de l'environnement.
- Œuvrer à l'amélioration de l'accessibilité aux soins spécialisés et à la mise en œuvre de la Stratégie Nationale des Urgences ;
- Développer les spécialités vitales et des pôles d'excellences en matière de soins lourds ;
- Promouvoir l'assurance qualité par le développement des ressources humaines, le renforcement de la maintenance de l'infrastructure des installations et des équipements et l'introduction des notions d'évaluation et d'accréditation ;
- Renforcer la décentralisation et la capacité de gestion du système.

L'élément nouveau survenu en 2004 est la promulgation d'une nouvelle loi sur l'assurance maladie qui consacre:

- Les principes de solidarité et d'égalité des droits ;
- L'insertion de ce régime dans un système sanitaire qui englobe les prestations fournies dans les secteurs public et privé de la santé ;
- L'introduction de relations conventionnelles entre les caisses et les prestataires de soins qui doivent déterminer, notamment :
 - Les outils de maîtrise des dépenses de santé ;
 - Les outils de garantie de la qualité des services,

Ceci établit ainsi un lien quasi-organique entre la réforme du financement et celle, inévitable, du système de soins en Tunisie.

6.2. LA RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE

La première caisse d'assurance maladie, la CNRPS, a été établie en 1951. Depuis, ce système a subi de nombreux changements et élargissements. En 1960, la CNSS a été créée pour fournir une couverture pour les employés des secteurs privés agricole et non-agricole et en 1982, son champ d'action était à nouveau élargi pour inclure les travailleurs indépendants. En 1995, la CNSS est devenue responsable de l'administration de l'assurance accident du travail et maladies professionnelles. Finalement, en 1996, des efforts pour réformer le système actuel furent entrepris. Après de longues et difficiles négociations avec tous les acteurs du secteur de la santé, et après de nombreuses modifications à la réforme proposée, une version préliminaire de la réforme de la loi sur l'assurance maladie a été approuvée par le conseil des ministres le 2 juin 2004. Elle a par la suite été approuvée par le parlement en juillet 2004. Une description des filières de l'assurance maladie et les détails de la couverture figurent dans la section 4.

6.2.1. Les Insuffisances du Système Actuel :

Plusieurs problèmes majeurs relatifs au système actuel d'assurance maladie ont été identifiés, notamment :

- **La multiplicité des intervenants**

L'assurance maladie est gérée par des législations différentes selon les caisses sans coordination ni harmonisation. Compte tenu des insuffisances du système de sécurité sociale, plusieurs employeurs ont souscrit des assurances complémentaires au profit de leurs personnels qui s'ajoutent aux initiatives de plusieurs mutuelles entraînant des doubles voir des triples couvertures pour le même risque de santé.

- **Les menaces sur les équilibres des caisses :**

Les dépenses des caisses de sécurité sociale ont enregistré une évolution très importante. Le taux d'accroissement annuel des dépenses est de l'ordre de 15% au cours de la dernière décennie, menaçant sérieusement les équilibres des caisses. En effet, les taux actuels des cotisations n'arrivent plus à couvrir les dépenses annuelles enregistrées au niveau du régime obligatoire de la CNRPS et couvre à peine celle de la CNSS. Par ailleurs, les taux de cotisations diffèrent fortement entre les actifs du secteur public et ceux du secteur privé.

Tableau 6.1 Pourcentage des contributions des bénéficiaires de la CNRPS et de la CNSS

	Secteur Public	Secteur Privé
Salariés	2%	4.75%
Retraités	1%	0%

Source: Statistiques du Ministère des Affaires Sociales

- **L'insatisfaction des affiliés :**

Le secteur public, débordé par une demande de plus en plus exigeante pour les délais et la qualité des prises en charge, n'arrive plus à satisfaire les besoins exprimés par la population du fait d'une contribution insuffisante de la part des caisses de sécurité sociale qui ne financent que 23% du budget du Ministère de la Santé Publique alors que les affiliés aux caisses représentent la moitié de la clientèle des établissements publics.

Cette situation a entraîné le développement de structures parallèles au profit de certaines catégories d'assurés sociaux et la création par la CNSS de ses propres polycliniques (au nombre de six). Par ailleurs, le secteur de libre pratique manifeste ses inquiétudes devant l'expansion d'une offre de soins privés sous exploitée par l'absence d'une couverture par les caisses de sécurité sociale.

L'échec pour couvrir tous les travailleurs éligibles du secteur privé (et leurs proches) est en partie dû à l'attrait relatif du programme de l'AMG2. Ceci est peut-être lié à l'obligation pour les indépendants et non agricoles de payer la totalité de la contribution fixée à 4,75%. Dans le meilleur des cas, ceux qui s'inscrivent à la CNSS ne déclarent vraisemblablement qu'une partie de leur revenu.

De plus, il y a certains problèmes dans le secteur public qui peuvent avoir un impact sur l'avenir de sa place dans le système de santé ; la réforme de l'assurance maladie risquant de mettre en péril les acquis de plusieurs années d'investissement visant le développement d'une politique de santé de base et de soins hospitaliers rapprochés de la population:

- L'inadéquation qualité des soins dans le secteur public due en grande partie à une insuffisance dans l'intéressement et la motivation des professionnels de santé et à une lourdeur dans les procédures de gestion handicapant les capacités de réaction des établissements publics
- L'inadéquation allocation des ressources, particulièrement pour la prise en charge de pathologies de plus en plus lourdes et coûteuses, aux programmes de prévention et de promotion de la santé
- L'existence d'un problème au niveau de la répartition des ressources humaines pour satisfaire les besoins prioritaires dans les endroits qui en ont le plus besoin. Cette difficulté est due en partie à la féminisation croissante du corps médical et paramédical.

6.2.2. Les principes de la réforme

C'est un conseil ministériel, tenu le 16 Février 1996, consacré à l'assurance maladie qui a fixé les principes de la réforme du financement du système de santé basé sur un système d'assurance sociale (contrairement à un système financé par les impôts généraux). Le choix d'assurance maladie était lié à l'engagement historique de la Tunisie à financer les services de soins de santé à travers l'assurance sociale. Le principe consistant à développer l'assurance maladie dans le cadre du système de sécurité sociale, au lieu d'une assurance ne couvrant que la santé, a aussi été maintenu dans les efforts de réforme.

Après de longues et difficiles négociations avec tous les intervenants dans le secteur de la santé et après de nombreuses modifications à la réforme proposée, une version préliminaire de la réforme de la loi sur l'assurance maladie a été approuvée par le parlement en juillet 2004.

Un rapport récent du ministère des affaires sociales au sujet de la réforme proposée, décrit les principes de la réforme comme suit :

- La poursuite du rapprochement entre les régimes actuels afin de parvenir progressivement à un régime de base obligatoire et unifié s'étendant à tous les secteurs et assurant une couverture suffisante du risque maladie.
- Le maintien du principe d'existence d'un régime complémentaire facultatif à côté du régime de base tout en évitant le double emploi entre ces deux régimes en matière de

couverture : l'administration de ces régimes pouvant être assurée par les caisses de sécurité sociale et par les compagnies d'assurance.

- La séparation progressive entre les organismes de financement des soins de santé et les structures dispensatrices de ces soins.
- L'organisation des relations entre les caisses de sécurité sociale et les établissements hospitaliers et sanitaires dépendant du Ministère de la Santé Publique sur la base de la facturation et la prise en charge par les caisses de sécurité sociale du coût réel des soins prodigués aux assurés sociaux tels que fixés par des accords entre les deux parties.
- La rationalisation des relations entre les caisses de sécurité sociale et le secteur privé de manière à renforcer le rôle de ce secteur dans la satisfaction des besoins des citoyens en matière de santé, dans le cadre d'un système sanitaire national cohérent.
- La mise en place des règles pour la maîtrise des dépenses de santé en définissant la responsabilité de toutes les parties et leur contribution à la compression des coûts, qu'il s'agisse des structures médicales et sanitaires publiques des médecins et cliniques privés ou du consommateur des soins.

6.2.3. Les caractéristiques du régime proposé

Afin de clarifier le rôle de chaque intervenant et assurer une équité entre les diverses catégories d'assurés sociaux, la réforme va s'efforcer de mettre en place un régime de base obligatoire unique pour tous les assurés sociaux qui sera géré exclusivement par la CNAM.

Ce régime qui sera ouvert aux secteurs public et privé couvre tous les risques affectant la santé de l'affilié et de ses ayants droit. A côté de ce régime de base, des régimes complémentaires facultatifs seront constitués pour couvrir les prestations non couvertes par le régime de base ou la partie non remboursée par ce régime. Ces régimes complémentaires facultatifs seraient gérés par les compagnies d'assurances privées ou les mutuelles. Il n'est pas exclu que la CNAM intervienne dans la gestion de ces régimes pour garantir à l'ensemble des assurés la possibilité d'accéder à une couverture adéquate.

Les objectifs de la réforme soulignent le fait que l'amélioration de la couverture sanitaire de la population passe par deux stratégies complémentaires: mise à niveau de l'offre de soins et amélioration de la couverture devant le risque maladie. L'objet de la présente réforme concerne le volet "amélioration de la couverture devant le risque maladie"; le volet concernant la rénovation de l'offre de soins est en cours depuis le début des années 90, en partenariat avec la Banque mondiale.

6.2.4. Contenu et financement de la nouvelle réforme

La réforme de l'assurance maladie se trouve actuellement sous forme d'un texte de loi^v. Cette loi se compose essentiellement de huit points fondamentaux qui définissent l'essence de cette réforme. Ces points ont fait l'objet d'un consensus général auprès des partenaires de la négociation.

- Instituer un régime de base obligatoire. Ce régime garantit d'une part la prise en charge totale des actes médicaux lourds et coûteux et les maladies de longue durée. D'autre part, il assure une prise en charge modulée pour le reste des prestations de soins. Les prestations à caractère esthétique ou de confort sont totalement exclues du panier du régime de base.

^v Loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie –JORT n° 63 du 06 août 2004

- Pour ce qui est de la gestion du régime de base, elle sera confiée exclusivement à une nouvelle institution dont la création est prévue par le présent projet de loi, dite «la Caisse nationale d'assurance maladie» (CNAM). Les régimes légaux de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, gérés actuellement par la CNSS, seront confiés à la CNAM.
- Parallèlement au régime obligatoire, on prévoit un régime complémentaire et facultatif qui assurera la prise en charge des prestations non couvertes par le régime de base. La gestion de ce régime sera, en principe, assurée par les compagnies d'assurances et les mutuelles. Il n'est pas exclu qu'éventuellement, la CNAM serait impliquée dans la gestion du régime complémentaire.
- S'agissant du financement du régime obligatoire d'assurance maladie, il est convenu que pour les actifs une cotisation 6,75% (4% à la charge de l'employeur et de 2,75% à la charge de l'assuré) peut assurer l'équilibre financier de la CNAM.
- Concernant les affiliés bénéficiaires d'une pension, le taux de cotisation à charge est fixé à 4%. Ce taux semble relativement élevé. A ce stade, il est envisagé d'augmenter le taux de cotisation de façon progressive, sur une période allant de 3 à 5 ans selon le régime d'affiliation. Il ne s'agit toutefois que d'un projet qui doit être négocié avec les différentes parties concernées. Il est donc susceptible de connaître d'importantes modifications.
- A moyen terme, les affiliés sociaux (2.700.000 actuellement) et leurs ayants droit seront tous couverts, au moins par le régime obligatoire. Pour ce faire, une démarche progressive sera adoptée pour l'étendre aux différentes catégories socioprofessionnelles. En effet, dans un premier temps la réforme s'occupera des affiliés de la CNRPS (les affiliés du secteur public) et les salariés relevant du régime des salaires non agricoles auprès de la CNSS. Ces deux régimes comptent à eux seuls actuellement près de 4/5 des affiliés (78%), soit 2.109.000 assurés sociaux. Il est prévu une extension du nouveau régime d'assurance-maladie aux travailleurs non salariés et aux salariés du secteur agricole amélioré à partir de la deuxième année de la mise en œuvre de la réforme. A partir de la troisième année, la présente réforme, s'étendra au régime des salariés agricoles. Enfin, les catégories non couvertes durant la première phase d'application de la réforme, continueront à bénéficier des avantages et des prestations fournies aux bénéficiaires des régimes de cotisations actuellement en vigueur.
- Dans le cadre de ce projet de loi, il est aussi prévu d'instituer un Conseil national d'assurance maladie regroupant les différentes parties concernées. Cette nouvelle structure sera chargée du suivi et de l'évaluation du fonctionnement du régime d'assurance maladie et de proposer les mécanismes nécessaires afin de garantir son équilibre financier. Il sera confié également à ce Conseil le pilotage du reste des régimes obligatoires d'assurance maladie et l'octroi des indemnités de maladie et d'autres pensions servies dans ce domaine par les régimes légaux de sécurité sociale en vigueur.
- En dernier lieu, la loi prévoit le maintien des droits acquis pour certaines catégories socioprofessionnelles bénéficiant de régimes particuliers ou de contrats d'assurance groupe ou de mutuelles.

Ce texte de loi définit les grandes orientations de la réforme. Pour les aspects procéduraux, techniques et réglementaires, les parties concernées ont pris un délai supplémentaire pour mieux s'organiser et coordonner leurs efforts afin de garantir la réussite de cette réforme tant attendue.

6.2.5. Filières de Soins et Mode de Paiement

Pour ce qui est des modes de couverture prévus dans le cadre de la nouvelle réforme, le dernier rapport relatif à ce projet, prévoit l'instauration de 3 filières de soins. Ce projet est actuellement soumis à la concertation auprès des principaux acteurs du système. Il est donc susceptible de connaître des changements significatifs.

En l'état actuel du projet, l'affilié social peut choisir entre :

- La filière «publique »
- La filière « privée »
- La filière « remboursement »

Chacune de ces filières contient des avantages et des mesures de maîtrise des coûts.

La filière « publique ». Le choix de cette option permet à l'assuré de bénéficier de toute forme de prestations de soins de santé fournies par les structures publiques de santé, sur la base du système de facturation en vigueur. Par ce mode de tiers payant (CNAM), les prestations prises en charge couvrent en plus des soins ambulatoires et d'hospitalisation et les actes techniques, la fourniture des médicaments compris dans la nomenclature hospitalière. Pour encourager les affiliés à choisir cette filière de soins, le montant global annuel du ticket modérateur est plafonné à deux mois de salaire. Au-delà de ce seuil, la CNAM prendra en charge la totalité des frais engagés par l'assuré. En outre, certaines catégories, telles que les employés de la Santé Publique et les agents des forces de l'Intérieur seront exonérées du paiement du ticket modérateur s'ils choisissent la filière publique de soins.

La filière « privée ». En vertu de cette option, l'affilié choisit son médecin généraliste qui doit être conventionné. Dans l'objectif d'éviter le « nomadisme médical » et pour mieux maîtriser les dépenses de soins, on prévoit l'obligation de passage par le médecin traitant avant tout recours aux soins chez les spécialistes, à l'exception de certaines spécialités telles que l'ophtalmologie, la gynécologie ou la pédiatrie. Comme, pour la première filière, il est prévu un système de tiers payant. Cependant le ticket modérateur qui reste à la charge de l'assuré ne sera pas plafonné comme il est le cas pour la filière de soins public.

La filière « remboursement ». Cette dernière filière est très proche du régime optionnel en application actuelle pour les affiliés de la CNRPS. En cas d'option pour ce régime, l'affilié doit avancer la totalité des frais de soins. Par la suite, le remboursement ne couvre qu'une partie de ces frais. La part définitive payée (ticket modérateur par l'assuré dépend de la nature des soins. Un plafonnement est prévu pour le remboursement et plus particulièrement pour les soins prodigués par le secteur privé.

Plusieurs détails concernent les modes de paiement, les délais et *le plafonnement* vont faire l'objet de négociations et de conventionnement entre les parties concernées. Les filières ci-dessus ne couvriraient dans un premier temps que les services ambulatoires. La réforme envisage une instauration progressive des hospitalisations du secteur privé, qui seraient alors accessibles aux assurés de la filière privée et de la filière de remboursement. Les accords existants pour certains services spécialisés (hémodialyse, chirurgie à cœur ouvert et autres services hautement spécialisés) continueraient à être couverts quelque soit la filière choisie.

6.3. LES DÉFIS DES RÉFORMES ACTUELLES

6.3.1. La préservation des acquis

Comme l'a montré ce rapport, les performances du système de santé tunisien sont plutôt bonnes, comparativement à d'autres pays à un stade de développement comparable. C'est pourquoi, il est essentiel de préserver ces acquis.

Conscient de cette nécessité, le gouvernement tunisien envisage de faire entrer progressivement en vigueur la réforme pour ne pas déstabiliser brutalement le système. En particulier, la possibilité d'accéder au secteur privé ne devrait être ouverte que de façon graduelle en commençant par le traitement des pathologies pour lesquelles les hôpitaux publics sont saturés. En conséquence, le taux de cotisation serait augmenté de façon parallèle. Reste à définir de façon précise un scénario de montée en charge.

6.3.2. La multiplicité des objectifs

La réforme cherche à atteindre simultanément plusieurs objectifs, pour certains contradictoires :

- une augmentation des ressources globales du système par l'augmentation des taux de cotisation
- un financement plus équitable du système par l'alignement des taux de cotisations du public et du privé et par la mise à contribution des retraités
- une solvabilisation du secteur privé
- une participation du secteur privé à l'offre de soins conforme aux besoins du pays
- un soutien pour le développement du secteur public
- un désengorgement de certains services de l'hôpital public
- un choix plus grand de prestataires proposé aux assurés sociaux
- une modification du partage des dépenses entre les différents financeurs : augmenter la part des dépenses socialisées (la part des dépenses directes des ménages ayant atteint 50%) et diminuer le poids de l'Etat par rapport à l'assurance maladie
- une rationalisation du système par la création d'une caisse unique d'assurance maladie, la limitation du rôle des assureurs privés à la fourniture d'une couverture complémentaire par rapport à la couverture de base et la séparation des fonctions de gestionnaires de l'assurance maladie et de gestionnaires de polycliniques

Atteindre tous ces objectifs à la fois risque de s'avérer particulièrement délicat et de nécessiter un « fine tuning » dans la mise en œuvre de la réforme. A titre d'exemple, on peut ainsi relever les contradictions potentielles suivantes :

- entre la volonté de décharger certains services des hôpitaux publics, mais sans les déstabiliser par une baisse trop importante de leur fréquentation et tout en laissant aux assurés le libre choix des prestataires
- entre la volonté de solvabiliser le secteur privé et la nécessité d'assurer l'équilibre financier du système

6.3.3. La question des filières de remboursement

Le succès de la réforme dépendra pour beaucoup de la façon dont les assurés sociaux se répartiront entre les trois filières de remboursement. Or, le choix de l'une de ces filières est laissé à la discrétion des assurés et ceux-ci devraient avoir la possibilité de changer de filière une fois par an. Simplement, afin d'orienter leur choix dans un sens conforme aux objectifs de la politique de santé du Gouvernement, des incitations de nature financière sont prévues (modalités de remboursement plus ou moins favorables en fonction de la filière choisie).

Dès lors, il est assez difficile d'anticiper la façon dont les assurés se comporteront face à ces incitations.

La mise en place de trois filières de remboursement est particulièrement complexe sur le plan administratif (problèmes de système d'information, de traitement des remboursements...).

L'existence de trois filières au sein d'un régime unique va engendrer des transferts financiers d'une filière à l'autre. En effet, si la CNAM doit veiller à équilibrer ses comptes, chaque filière prise séparément n'a pas d'obligation d'équilibre. Dès lors, comment être certain que ces mécanismes de subventions croisées bénéficieront à ceux qui en ont le plus besoin ?

6.3.4. La question de la soutenabilité financière

D'une manière générale, La réforme va accroître le montant des ressources disponibles, ce qui devrait mécaniquement entraîner une hausse des dépenses. Une attention particulière devra donc être accordée à la question du contrôle des coûts.

Pour la première fois, les dépenses effectuées auprès des prestataires de soins privés seront partiellement couvertes par l'assurance maladie. Dès lors, la fixation des tarifs de responsabilité sur la base desquels les dépenses seront remboursées et le montant des tickets modérateurs constituent des enjeux essentiels tant pour l'assurance maladie que pour les prestataires privés.

Enfin, en ce qui concerne les ressources, deux questions majeures se posent : le taux envisagé de 6,75% pour les actifs est-il de nature à assurer l'équilibre du système ? Est-il supportable pour l'économie tunisienne ? Ne risque-t-il pas d'engendrer des comportements « d'évasion sociale » sachant que d'ores et déjà on estime que seules 87.4% des personnes qui devraient être assujetties à l'assurance maladie le sont réellement ? Dans ce cas, quelle stratégie est prévue pour éviter ce type de comportement ?

6.3.5. Les questions liées à la gestion du système

La mise en œuvre de la réforme nécessitera le développement de systèmes d'information perfectionnés pour gérer les affiliations et les remboursements et contrôler les dépenses et la qualité. Des besoins importants en la matière restent à satisfaire.

La question des compétences techniques des futurs gestionnaires du système se pose également. Le personnel actuel de la CNSS et de la CNRPS est-il en mesure de gérer un système aussi complexe que celui envisagé ?

6.3.6. Le rôle de la CNAM comme gestionnaire de couverture maladie complémentaire

Il est prévu dans la loi d'août 2004 que la CNAM pourra « en cas de besoin et à titre exceptionnel assurer la gestion d'un régime complémentaire » (art. 20). Ces dispositions posent plusieurs questions importantes : quels sont les cas envisagés ? Le fait de confier un rôle d'assureur complémentaire à la CNAM ne risque-t-il pas de détourner une partie significative de ses moyens de sa tâche principale de gestionnaire du régime de base au risque de l'empêcher de remplir correctement cette tâche ?

6.3.7. Les problèmes liés à l'offre de soins

Un des problèmes majeurs du système tunisien identifié tout au long de ce rapport tient à l'importance des inégalités régionales en matière d'offre de soins. Or, la résorption de ces déséquilibres ne sera pas favorisée par la réforme qui ne prend aucune mesure pour favoriser l'installation des prestataires dans les régions défavorisées.

Un autre déséquilibre important en matière d'offre de soins tient à la relative inadaptation du système public d'offre de soins tunisien aux nouveaux besoins engendrés par la transition épidémiologique. Les besoins en équipements sophistiqués sont de plus en plus importants et l'importance traditionnellement donnée aux centres de soins primaires ne permet pas d'y répondre. Dès lors se posent les questions de la répartition de ces équipements et de l'adaptation des structures de soins publics à ces nouveaux défis (comment structurer l'accès aux soins pour en permettre l'accès à l'ensemble de la population ? Comment organiser de façon rationnelle l'articulation entre les différents niveaux de prise en charge, sachant qu'il n'est évidemment pas envisageable de doter chaque hôpital régional de tous les équipements les plus sophistiqués ?)

Enfin, a été également relevée la performance parfois médiocre de certains prestataires de soins publics (problèmes de moyens, de motivation du personnel...), expliquant en grande partie l'important développement du secteur privé observé ces dernières années. Là encore, la façon dont la réforme va permettre de répondre à ces défis mériterait d'être clarifiée. En effet, l'apport de ressources supplémentaires obtenues grâce à une hausse des cotisations, ne résoudra pas ce problème de façon « automatique ».

7. LA STRATÉGIE DU SECTEUR DE SANTÉ

La performance du système de santé tunisien est très satisfaisante. Bien que les dépenses de santé soient toujours inférieures à \$150 par personne, les citoyens tunisiens jouissent d'une espérance de vie élevée et d'un taux de mortalité infantile relativement bas. De plus, la couverture maladie a été étendue à une large majorité de la population. Cependant, la Tunisie est aujourd'hui confrontée à d'importants défis pour améliorer encore ses performances en matière de santé et assurer la soutenabilité financière du système à long terme. La réforme en cours de l'assurance maladie donne l'opportunité de répondre à ces défis. Mais elle pose également une série de questions auxquelles il faudra apporter des réponses à court terme, au moment même où la Tunisie se lance dans la mise en œuvre de la réforme.

Dans cette section, nous résumons les principales difficultés que doit affronter le secteur de la santé tunisien et nous formulons des recommandations ciblées sur l'assurance maladie, le financement, la couverture, l'amélioration de la performance du système de santé publique, la qualité des soins et les systèmes d'information.

7.1. ÉLABORER UN PLAN DE FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ COHÉRENT ET SOUTENABLE

Les ressources dédiées au secteur de la santé tunisien se sont accrues au cours des dernières années, que ce soit en termes absolus ou relatifs. La part du PIB dédiée à la santé a augmenté de 4.2% en 1985 à 5.6% en 2003. Les dépenses annuelles par personne ont quadruplé, passant de 39 DT en 1985 à 184.5 DT, soit une croissance annuelle nominale de 10%. Cependant, dans la mesure où la Tunisie continue à traverser une période de transition épidémiologique caractérisée par l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques de plus en plus onéreuses, les besoins en ressources du secteur de la santé vont s'accroître au cours du temps.

Les ressources supplémentaires du système de santé devraient venir de fonds publics et de capitaux privés. Les ménages, qui sont les usagers du système de santé, prennent déjà en charge près de la moitié (49.4%) du financement du secteur de la santé, le reste étant divisé entre le budget national et la sécurité sociale. Le haut niveau de financement à la charge des ménages représente un problème potentiel en termes de couverture effective par le système et de protection financière de chaque famille. Au fur et à mesure que l'assurance maladie est étendue en termes de prestations, les cotisations devraient constituer l'essentiel des ressources supplémentaires, les tickets modérateurs restant à un niveau modéré afin de maintenir les barrières financières à l'entrée au niveau le plus bas possible.

La mise en place de prélèvements adaptés est essentielle pour assurer le succès de la réforme. Le taux de cotisation doit être suffisamment élevé pour apporter les ressources nécessaires au système de santé, sans pour autant handicaper l'économie tunisienne. Pour les salariés du privé (CNSS), les taux vont progressivement augmenter de 4.75% du salaire en 2005 (3.43% payés par l'employeur et 1.32% par l'employé) à 6.75% en 2007. Pour les retraités de la CNSS, les cotisations (0% en 2005) vont également augmenter, mais elles seront plafonnées à 4% du revenu en 2009. Les modalités de hausse des cotisations doivent être négociées avec les partenaires sociaux. En l'état actuel du dossier, il est envisagé pour les travailleurs et les retraités bénéficiant de la sécurité sociale, des hausses de taux progressivement sur une période de 3 à 5 ans. Pour les salariés du secteur public (CNRPS), les cotisations passeraient de 2% du salaire au 1^{er} Juillet 2005 (1% payés par l'employeur, le gouvernement, et 1% par l'employé) à 6.75% en 2007 (4% employeur et 2.75% employé). Pour les retraités du secteur public, les cotisations (1% en 2005) vont également augmenter, mais elles seront aussi plafonnées à 4% du revenu en 2009.

Il est difficile d'affirmer avec certitude que 6.75% du salaire est le taux de cotisation qui permet d'assurer l'équilibre financier de la CNAM. Le CRESS a conduit une série d'études actuarielles qui démontrent la soutenabilité financière de ce taux sur une période de 15 ans. Cependant, il est possible qu'un ensemble de pressions à la hausse sur les dépenses, -mentionnées plus haut-, créent un déséquilibre financier pour la CNAM. Il est également impossible de prévoir l'impact du taux de cotisation sur la croissance économique en l'absence d'étude approfondie sur cette question. Enfin, il est très difficile de prédire la répartition des assurés entre les trois filières de remboursement, ce qui influencera significativement le niveau des dépenses de la CNAM. Pour ces raisons, des études actuarielles supplémentaires à partir de différents scénarios de réforme sont hautement recommandées, afin d'évaluer l'impact financier de la réforme et le taux de cotisation nécessaire pour couvrir les coûts.

Par ailleurs, le gouvernement devra se montrer particulièrement prudent dans la fixation du niveau des cotisations sociales. En effet, en raison de la mobilité assez forte des travailleurs et des entreprises entre les secteurs formel et informel en Tunisie, le fait de rendre l'affiliation au système obligatoire ne garantit pas en soi l'augmentation ou même le maintien à un niveau constant du nombre d'assurés et du montant des ressources. S'il persiste un écart entre les coûts et les prestations tels qu'ils sont perçus par la population, des comportements d'évasion fiscale très importants pourraient se développer en Tunisie, comportements qui pourraient même s'étendre au-delà du secteur de la santé.

Actuellement, seules 85% des personnes qui devraient cotiser à l'assurance maladie cotisent réellement. Il est donc impératif que le gouvernement tunisien trouve une solution au problème de l'évasion fiscale. A cet égard, des mesures sont en cours d'application (renforcement des conditions d'octroi des cartes de soins gratuits et des cartes de soins à tarif réduit). Les solutions suivantes pourraient également être envisagées : s'assurer que les prestations offertes par l'assurance maladie sont plus attractives que celles de l'AMG ; rendre les soins accessibles aux travailleurs du secteur informel, ce qui n'est peut-être pas toujours le cas en milieu rural ; promouvoir la réforme et communiquer sur ses avantages ; mettre en place des techniques innovantes afin de recouvrer les cotisations des travailleurs du secteur informel (évaluation de leur revenu sur la base de leurs actifs, paiement d'une contribution forfaitaire à la place d'un pourcentage de leur revenu) ; renforcer le contrôle de l'accès au système de l'AMG.

Par ailleurs, la gestion de l'AMG et celle de l'assurance maladie sont actuellement séparées. Il pourrait donc être envisagé, à moyen terme, de confier la gestion de l'AMG à la CNAM pour réaliser des économies d'échelle et mieux traiter le cas des individus qui échappent à l'assurance maladie pour bénéficier de l'AMG.

Enfin, il faut également souligner qu'au fur et à mesure de son extension au secteur informel, le système d'assurance maladie pourrait avoir besoin de subventions du budget de l'Etat pour assurer sa viabilité, si les nouveaux assurés étaient plutôt titulaires de revenus faibles. Il sera donc indispensable d'évaluer avec précision et de budgéter les dotations supplémentaires éventuellement nécessaires à l'expansion du système d'assurance maladie.

7.2. STRATÉGIE DE CONTRÔLE DES COÛTS

Pour assurer le succès de la réforme, il sera essentiel de définir une stratégie de contrôle des coûts. En effet, la plupart des systèmes d'assurance maladie dans le monde connaissent de graves problèmes de maîtrise des dépenses. A cet égard, la négociation de conventions avec les

prestataires de soins est une fonction clef dont dépendra pour beaucoup la viabilité du nouveau système. D'une part, la négociation des tarifs de références aura une importance critique. Ils devront être fixés à un niveau compatible avec l'équilibre du budget de la CNAM, tel que déterminé par de solides études actuarielles. En effet, les expériences étrangères suggèrent qu'une fois que les tarifs sont fixés, ils peuvent augmenter mais jamais diminuer.

D'autre part, il sera important d'utiliser les conventions de manière stratégique pour définir un ensemble de droits et obligations pour les prestataires qui soit en accord avec les intérêts du système : un bon niveau de rémunération contre l'obligation de se soumettre à certaines règles (respect des bonnes pratiques médicales, obligation de partager l'information, de prescrire des génériques, de respecter un budget global...). Si ces règles ne sont pas respectées, des sanctions effectives devraient être appliquées (pénalités financières, décongestionnement...). Cette approche « donnant-donnant » fait souvent défaut dans les pays avec des organisations similaires, ce qui peut expliquer une partie de leurs difficultés à réguler le système (par exemple en France).

Enfin, une attention particulière devra être apportée à la composition des paniers de soins, au niveau des tickets modérateurs, ainsi qu'à l'instauration de mécanismes d'ajustement éventuel de ces paramètres déterminants à la fois pour les coûts et les ressources. L'augmentation du ticket modérateur dans le secteur public de soins risque d'handicaper l'accès aux soins des plus démunis et nuire ainsi à l'équité du système. Un tel phénomène constituerait un recul par rapport à la situation actuelle et serait en rupture avec la philosophie du système qui a toujours privilégié l'équité.

Par ailleurs, la part prise en charge par la CNAM pour les prestations du secteur privé, une fois qu'elle est décidée et appliquée, risque de ne plus pouvoir être remise en question, pour des raisons sociales et de crédibilité des décideurs. Il faut être prudent à ce niveau et envisager une montée en charge progressive permettant de disposer du temps nécessaire pour collecter les informations sur le comportement des assurés et des professionnels à l'égard des nouvelles dispositions de la réforme. D'après la loi, cette tâche relève de la responsabilité du gouvernement.

7.3. SÉLECTION ADVERSE ET PROTECTION DES PAUVRES

Dans leur configuration actuelle, les réformes pourraient entraîner de sérieux problèmes de sélection adverse entre les différentes filières. En effet, les prestataires de soins privés pourraient être tentés de n'accueillir que les patients les plus fortunés, surtout s'ils estiment que les tarifs de responsabilité ont été fixés à un niveau trop faible. Dans ce cas, ils pourraient vouloir demander à leurs patients le paiement de sommes supplémentaires sur leurs deniers personnels pour compenser ce niveau supposé trop faible, ce qui mécaniquement limiterait l'accès aux plus favorisés. Les patients pauvres auraient ainsi tendance à rester dans le secteur public.

Pour ces raisons et à cause de la complexité administrative liée à l'existence de trois filières de remboursement, il pourrait être opportun de mettre en place le nouveau système d'assurance maladie avec une seule filière. Des tarifs ou des niveaux de ticket modérateur différents pourraient alors être fixés pour certains services, selon qu'ils sont fournis dans le secteur public ou privé. Cette solution serait bien plus simple à mettre en oeuvre et plus flexible que le schéma des trois filières, tout en donnant au gouvernement la même possibilité d'orienter l'offre de soins.

Par ailleurs, alors que le niveau des dépenses de santé à la charge des ménages est en augmentation par rapport à la part des dépenses socialisées, des mesures devront être prises pour assurer la protection financière des patients. Cela implique que les individus aient accès aux

services dont ils ont besoin, mais aussi que le coût de ces services ne les empêche pas d'effectuer d'autres dépenses indispensables.

Aujourd'hui, on sait peu de choses sur le poids relatif des dépenses de santé en Tunisie par rapport à la richesse des ménages. En d'autres termes, on ne sait pas à quelle hauteur les ménages les plus riches et les plus pauvres contribuent au système, - en valeur et par rapport à leurs revenus-, et on ne sait pas non plus vraiment quantifier ce que chacun de ces segments de la population retire du système de santé. Afin d'améliorer le système de l'AMG, de concevoir de nouvelles mesures destinées à limiter les dépenses supportées directement par les ménages et d'assurer l'accès au système de soins pour les plus pauvres, il sera donc important d'effectuer des études supplémentaires sur la contribution au système en fonction du niveau de revenus et sur les éventuelles barrières à l'entrée en matière d'accès aux soins (cf. section 7.6, ci-dessous).

7.4. QUALITÉ ET PERFORMANCE DE L'OFFRE DE SOINS

7.4.1. Qualité des soins

Pour améliorer la qualité de l'offre de soins, la Tunisie devra trouver une solution aux difficultés liées au fait que la structure et l'organisation du ministère de la santé publique ne sont pas optimales. Le système actuel qui combine statut rigide de la fonction publique, mode de décision centralisé (malgré la relative autonomie croissante des hôpitaux de niveaux secondaire et tertiaire) et utilisation d'un système de budget global avec des médecins salariés, ne fournit que peu ou pas d'incitation à fournir des soins de bonne qualité. De plus, il est nécessaire de responsabiliser davantage les prestataires sur la qualité des soins. La mise en place d'un système plus responsabilisant avec des primes au mérite, nécessiterait sûrement des réformes organisationnelles, ainsi que des changements dans le mode de paiement des prestataires et, si possible, une modification du statut de la fonction publique. Aucune de ces réformes ne sera facile à mettre en oeuvre.

Puisqu'une partie significative des soins est fournie dans le secteur privé, le gouvernement devra également développer des mécanismes visant à responsabiliser les prestataires et à les inciter à améliorer la qualité des soins dans ce secteur. La difficulté sera alors de développer des mécanismes de réglementation et d'accréditation des prestataires adaptés. L'accréditation nécessite l'instauration de normes définissant le minimum acceptable pour les prestataires de soins leur permettant de signer des conventions avec la CNAM. Ces normes pourraient inclure des critères relatifs à un nombre minimum de lits ou l'existence de services de traumatologie ou de transfusion sanguine par exemple. La CNAM, devra développer un contrat-type pour chaque niveau de prestation de soins. En plus de l'accréditation initiale, il sera essentiel de réaliser des audits périodiques des prestataires pour s'assurer que les normes sont respectées sur le long terme.

Compte tenu du fardeau grandissant représenté par les maladies chroniques, la Tunisie doit également s'efforcer d'améliorer la continuité des soins dans la prise en charge de ces pathologies. Actuellement, la collaboration et la coordination entre les différents niveaux de soins et les différents prestataires sont limitées. La difficulté consiste donc à mieux intégrer les niveaux primaire, secondaire et tertiaire, ce qui va sûrement nécessiter une réorganisation du ministère de la santé publique et des prestataires du secteur public (suivant la méthode décrite plus loin). Il sera aussi nécessaire d'améliorer les relations entre le ministère et les organisations professionnelles de médecins dans le but de mettre en place des répertoires de bonnes pratiques médicales pertinents. Les efforts fructueux accomplis pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant peuvent servir de modèle pour de futures collaborations.

7.4.2. Un schéma directeur national

Un schéma directeur est utile pour planifier et allouer les ressources sanitaires autant pour le secteur public que pour le secteur privé. Il peut porter sur les installations, le personnel et l'équipement médical. Un tel schéma requiert : l'instauration de directives et normes nationales de santé ; l'analyse de la situation socio-économique de la population, de ses besoins sanitaires ainsi que de ses profils démographique et épidémiologique ; l'élaboration d'une carte de l'infrastructure sanitaire existante et de son utilisation afin de reconfigurer les équipements déjà en place et de déterminer la localisation et le niveau des futurs investissements.

La Tunisie dispose d'une bonne carte sanitaire qui peut servir à élaborer les directives nationales de santé et un schéma directeur national de santé. Cependant, le manque d'informations relatives au secteur privé représente une lacune importante. La taille de la population tunisienne (un peu moins de 10 millions d'habitants) laisse supposer que le nombre d'hôpitaux tertiaires (et probablement secondaires) est peut-être trop important afin d'assurer un volume suffisant de soins dans chaque hôpital pour permettre une qualité optimale pour beaucoup d'actes médicaux. Une plus grande régionalisation de certaines spécialités pourrait être politiquement difficile. Elle apparaît néanmoins nécessaire pour permettre une amélioration de la qualité des soins.

Par ailleurs, les centres de soins de santé de base jouent un rôle vital dans la prévention des maladies et peuvent ainsi avoir un impact à long terme sur la réduction du coût de prise en charge des maladies, notamment les coûts liés à l'utilisation de prestataires de niveau supérieur, y compris les admissions hospitalières. En effet, ils peuvent permettre de réduire l'incidence ou la sévérité de diverses pathologies. La Tunisie a utilisé son réseau de centres de soins de base de façon efficace pour combattre les maladies infectieuses et les maladies affectant la mère et l'enfant, ce qui a permis une amélioration significative des résultats.

Ce modèle qui repose principalement sur les soins primaires était efficace au début de la période de transition épidémiologique. Cependant la situation a évolué depuis lors. Aujourd'hui, le nombre moyen de visites ambulatoires est de 1.06 par personne avec de grandes variations entre régions. 73% des centres ne sont ouverts à la consultation que 3 jours par semaine ou moins. Etant donné le fardeau grandissant que représentent les maladies non transmissibles, ce modèle centré sur les soins de base doit être redynamisé et le rôle des centres de soins de santé doit être étendu à la prévention et au traitement d'une plus large variété de maladies non transmissibles. Ceci va nécessiter la formation des prestataires de soins sur la base de nouveaux protocoles ainsi que l'amélioration de l'efficacité des modalités d'accès aux différents niveaux de soins. Même si la filière du secteur public de l'assurance maladie ne requiert pas de passer par un médecin référent, les assurés des deux autres filières vivant en milieu rural ou dans des régions reculées, où les prestataires de soins privés se trouvent en nombres limités, peuvent dépendre des prestataires de soins publics au niveau des centres de soins pour accéder à des niveaux supérieurs de soins.

7.4.3. Efficience allocative

La question de l'efficience allocative, -faire en sorte que les dépenses aient un impact maximal sur les indicateurs de santé publique-, est très liée à l'allocation des ressources et au schéma directeur discutés ci-dessus. Pour améliorer l'efficience allocative de façon à répondre aux nouveaux besoins de la Tunisie en matière de santé, le secteur hospitalier a également besoin d'être restructuré et rationalisé en termes de taille, niveau et type de services offerts. Les hôpitaux de circonscription représentent 17% du total des lits dans le secteur public avec un taux d'occupation de 35.9%. Ceci est peut-être révélateur d'un excès de capacité en lits ou d'une sous-utilisation des services hospitaliers ou des deux à la fois.

Les hôpitaux de circonscription fonctionnent en pratique comme des cliniques ambulatoires spécialisées avec des services hospitaliers onéreux. Certains de ces hôpitaux pourraient donc se limiter à fournir des soins ambulatoires spécialisés alors que d'autres pourraient être convertis en hôpitaux de « basse intensité ». Les options suivantes pourraient être envisagées :

- Convertir les petits hôpitaux de circonscription qui ont 15 lits ou moins en polycliniques de soins de base spécialisées qui fourniraient seulement des services ambulatoires, y compris une sélection de spécialités médicales.
- Convertir certains hôpitaux de circonscription en hôpitaux de basse intensité. Il est important de se pencher sur la capacité d'une mesure de transformation de certains hôpitaux de circonscription visant à fournir des services de réhabilitation pour les patients sortis tôt des hôpitaux régionaux, en menant une étude pilote.
- Transformer les hôpitaux de circonscription les plus grands et les mieux utilisés en hôpitaux régionaux (HR), là où il n'y en a pas déjà à proximité.

Les HR et les établissements publics de soins (EPS) représentent plus de 80% du total des lits du secteur public. Malgré une amélioration notable au cours de ces dernières années, les performances de ces hôpitaux ne sont pas optimales. Le nombre d'admissions et de journées d'hospitalisation des 34 HR tunisiens ont augmenté, tandis que la durée d'hospitalisation moyenne (DHM) a diminué pour s'établir à 4,4 jours. Leur taux d'occupation, bien qu'il ait augmenté, n'atteint que 57.9%, bien au-dessous du taux d'occupation de 80% considéré sur le plan international comme le taux minimum pour une utilisation efficiente des capitaux investis et des ressources humaines à ce niveau. Les 22 EPS représentent 45% du total des admissions et 61% du nombre total de journées d'hôpital dans le secteur public hospitalier. La DHM est de 7,7 jours, avec un taux d'occupation de 79.3%.

Les hôpitaux de circonscription ont des taux d'utilisation très faibles et pourraient être convertis pour fournir des soins aux patients sortis d'un EPS ou d'un HR. Cependant, ceci nécessitera le développement des compétences des infirmières dans les HC afin de pouvoir prendre en charge les cas qui nécessitent une rééducation. Une autre approche qui change le modèle de prise en charge clinique consiste à utiliser un « Parcours de soins intégrés » (PSI), appelé également « voie de rétablissement anticipé ». Le PSI précise par avance le plan de soins détaillé qui doit être accompli pour une pathologie particulière, y compris le calendrier des différents examens, procédures et événements clef, comme la sortie de l'hôpital. Le personnel soignant peut alors suivre le plan de près, noter les divergences et faire des recommandations pour des efforts continus d'amélioration de l'efficacité et de la qualité. En Tunisie, l'approche PSI peut être pertinente pour les EPS, particulièrement si elle est liée au programme d'amélioration de la qualité.

Par ailleurs, l'audit d'utilisation est une technique d'audit clinique et de gestion développée pour s'assurer que l'admission était nécessaire, que le séjour pré chirurgical n'a pas été long et que le séjour n'a pas été prolongé inutilement. En Tunisie, une telle approche pourrait être expérimentée dans des EPS ou des services avec des taux d'occupation excessifs, susceptibles d'affecter la qualité des soins.

Une autre manière d'améliorer l'efficacité allocative est d'utiliser des mesures de « reste à charge » (ticket modérateur...) pour tenter d'inciter les patients à recourir au système de soins de façon plus rationnelle et moins onéreuse. Pour les soins hospitaliers, un système efficace de facturation aux usagers devrait être capable d'empêcher les admissions non justifiées, sans entraver celles qui le sont. Des restes à charges différenciés peuvent ainsi réorienter une partie de l'utilisation des services hospitaliers vers les centres de soins. Ils peuvent également permettre de rationaliser l'usage des ressources entre les différents niveaux d'hôpitaux (entre HR et HC) et au sein des hôpitaux (entre spécialistes et généralistes). Au total, cela peut permettre d'améliorer l'efficacité des hôpitaux. Des orientations similaires pourraient être envisagées pour l'AMG. Pour les visites ambulatoires et les soins hospitaliers de base, les bénéficiaires de l'AMG1 pourraient devoir acquitter une participation modique s'ils consultent un EPS. En revanche, les prestations seraient gratuites au niveau des HR ou en dessous. Ceci libérerait des fonds, ce qui permettrait aux EPS de prendre en charge davantage de cas graves et compliqués.

7.5. SYSTÈMES D'INFORMATION

Actuellement, les prestataires du secteur public ne sont pas bien préparés pour exploiter l'information afin de s'adapter au progrès technologique et aux transitions épidémiologiques et démographiques en cours en Tunisie. Il y a un besoin croissant en systèmes d'information dans le secteur de la santé.

La mise en oeuvre des réformes proposées nécessitera des investissements conséquents en systèmes d'information pour gérer les affiliations et les remboursements mais aussi pour piloter les dépenses et la qualité des soins. En conséquence, il sera nécessaire d'assurer une formation approfondie aux futurs gestionnaires de l'assurance maladie pour leur permettre de gérer des systèmes d'information relativement complexes.

Au minimum, les systèmes d'information devraient inclure : 1) un fichier des assurés ; 2) un système de gestion (avec des données sur les revenus, les prestataires, les remboursements, les médicaments, les engagements) ; 3) les activités du système d'assurance maladie ; 4) des informations sur la demande de soins. La mise en place d'un système pour surveiller les données relatives à l'assurance qualité sera aussi importante, une fois que le nouveau système sera opérationnel.

7.6. COMPÉTENCES ADMINISTRATIVES DE LA CNAM

Le succès des réformes dépendra pour beaucoup de la capacité de la CNAM à appliquer la nouvelle législation. En conséquence, dans le processus de mise en oeuvre des réformes, il est fondamental de s'assurer de façon précoce que la CNAM possède les compétences nécessaires dans les domaines suivants :

- *Recouvrement des cotisations, remboursement des assurés et paiement des prestataires.* La nouvelle loi prévoit que la CNPOS et la CNSS continueront à recouvrer les cotisations, avant de les transférer à la CNAM. Il y aura donc un grand fonds géré par la CNAM, à partir duquel tous les assurés et prestataires seront payés. La CNAM aura la responsabilité d'assurer son équilibre financier. Elle devra également négocier avec la CNSS et la CNRPS les conditions de transfert des cotisations, et mettre en place les circuits financiers appropriés avec ces institutions. Enfin, les transferts effectifs de fonds à destination des assurés et des prestataires de soins pourront être gérés de manière électronique, en fonction notamment des informations transmises par les prestataires (cf. section 7.5 sur les

systèmes d'information) ou reposer sur l'exploitation de factures transmises avec les pièces justificatives nécessaires.

- *Mécanismes de paiement.* La CNAM devra prendre une série de décisions portant sur les mécanismes d'achat et de paiement à mettre en place lors de l'extension de la couverture et de l'addition de nouveaux prestataires dans le réseau des prestataires agréés (voir section 4.2.4 Méthodes de Paiement des Prestataires). Dans les phases initiales, les relations d'achat seront principalement basées sur des méthodes de remboursement du type « paiement à l'acte » en fonction des factures soumises par les prestataires. Etablir et mettre en place des mécanismes de remboursement adéquats nécessitera une certaine expertise pour fixer les niveaux de remboursement, examiner les demandes de remboursement et régler l'offre de soins. Dans le futur, la CNAM pourrait combiner un type de remboursement à l'acte avec un type de paiement par cas ou par capitation. Ceci permettra des combinaisons plus sophistiquées de mécanismes agissant sur l'offre de soins, le contrôle des coûts et la qualité des soins. Cela demandera également des besoins en matière d'information plus conséquents.
- *Expertise actuarielle.* Celle-ci est essentiellement destinée à réaliser des projections sur des ratios de coûts et de pertes, établir les niveaux de cotisation et les niveaux de remboursement des prestataires. Ces fonctions sont peut-être les plus difficiles que la CNAM aura à remplir et elles nécessiteront du personnel avec une expertise et des connaissances actuarielles très importantes.
- *Bilan des demandes de remboursement.* Faire le bilan d'un échantillon de factures soumises par les prestataires sera une fonction clef de la CNAM, et sera intimement liée à la régulation, au contrôle des coûts et à la garantie de la qualité. Les factures devraient être examinées sur un modèle aléatoire, en prenant par exemple 2% des factures au hasard, afin d'assurer une certaine objectivité.
- *Assurer la séparation de fonctions clefs au sein de la CNAM.* Les fonctions de contrôle qualité, paiement et réglementation devraient toutes être administrativement séparées au sein de la CNAM afin de garantir que chacune de ces fonctions clefs soit remplie de manière indépendante.

7.7. PROCHAINES ÉTAPES

7.7.1. Processus de mise en oeuvre de la réforme

La transition de la situation actuelle à la mise en oeuvre complète de la réforme de l'assurance maladie pose de nombreux défis au gouvernement tunisien. De façon générale, l'Etat reste le garant du système et doit donc veiller à ce que le fonctionnement de l'assurance maladie permet d'atteindre les objectifs ultimes du système de soins (qualité, équité,...). A cet égard, l'Etat *devrait* se mettre en situation pour assurer au mieux la tutelle de la CNAM, la fixation de la nomenclature des actes, et la fixation du niveau des tickets modérateurs. Les plus importantes questions techniques, financières, institutionnelles et politiques qui devront être traitées sont les suivantes :

- *Définir une stratégie de contrôle des dépenses.* La difficulté à maîtriser les dépenses constitue un problème majeur dans la plupart des pays qui ont un système d'assurance

maladie. Il sera donc indispensable de mettre en place une stratégie de contrôle des coûts. Les éléments clé de cette stratégie seront le contenu de la convention entre la CNAM et les prestataires de soins (niveau des tarifs de référence, droits et obligations des prestataires, régime de sanctions), la composition du panier de soins et le niveau des tickets modérateurs, ainsi que la mise en place de mécanismes d'ajustement de ces paramètres qui influenceront la demande de soins, les coûts et les ressources.

- *Définir le panier de soins.* Il existe plusieurs questions à traiter concernant à la définition du panier de soins. La première consiste à s'assurer qu'il est cohérent, sur le plan actuariel, avec l'équilibre financier du nouveau système. De plus, il est nécessaire d'homogénéiser les paniers de soins des différents « sous-systèmes », ex-CNSS et CNRPS en particulier.
- *Mettre en place des mécanismes de financement des hôpitaux qui favorisent la productivité et l'efficacité.* Afin de développer la concurrence entre les prestataires de soins publics et privés, il sera nécessaire d'introduire des mécanismes de paiement qui récompensent l'efficacité et sont basés sur la production de soins.
- *Traiter les problèmes de sélection adverse.* En raison de problèmes éventuels de sélection adverse et en raison de la complexité administrative imposée par les trois filières, il pourrait s'avérer préférable de démarrer la réforme avec une seule filière.
- *Mettre en place un schéma directeur national.* Un schéma directeur national est un outil utile pour planifier et allouer les ressources dans les secteurs privé et public. Il peut porter sur les installations, le personnel et les équipements médicaux. Un tel plan nécessite d'établir des directives nationales de santé et des normes, d'analyser la situation socio-économique, épidémiologique et démographique de la population et d'établir une carte des infrastructures de santé avec leur degré d'utilisation, afin de pouvoir reconfigurer les équipements existants et identifier les endroits où de futurs investissements seront nécessaires, ainsi que leur niveau.
- *Renforcer les systèmes d'information.* Au minimum, ils devront comporter : 1) un fichier des assurés ; 2) un système de gestion (avec des données sur les revenus, les prestataires, les remboursements, les médicaments, les engagements) ; 3) les activités du système d'assurance maladie ; 4) des informations sur la demande de soins. La mise en place d'un système pour surveiller les données relatives à l'assurance qualité sera aussi importante, une fois que le nouveau système sera opérationnel.
- *Faire en sorte que la CNAM dispose des compétences administratives nécessaires.* Il est fondamental de s'assurer d'une façon précoce que la CNAM possède les compétences nécessaires dans les domaines suivants: (1) recouvrement des cotisations, remboursement des assurés et paiement des prestataires; (2) mécanismes de paiement; (3) expertise actuarielle; et (4) bilan des demandes de remboursement.

7.7.2. Travaux préparatoires

Alors que la Tunisie commence à mettre en oeuvre la réforme de l'assurance maladie, il serait utile de mener une série de travaux préparatoires pour aider à la prise de décision. Les principales études qui pourraient être réalisées sont les suivantes:

- *Une étude de l'impact économique de la hausse des cotisations maladie.* Il est actuellement prévu de fixer le taux des cotisations d'assurance maladie à 6,75%. Il serait souhaitable d'analyser l'impact de cette hausse sur les performances macroéconomiques, le taux de chômage et l'évasion fiscale, avant de prendre une décision définitive sur ce taux de cotisation.
- *Des études actuarielles.* Des études actuarielles ont montré qu'un taux de cotisation de 6,75% permettait d'assurer l'équilibre financier du système sur une période de 15 ans. Cependant, il est possible qu'un ensemble de facteurs agissent sur les dépenses et les ressources du système pour créer un déséquilibre (facteurs démographiques et épidémiologiques, évasion fiscale..). C'est pourquoi, il est recommandé de réaliser des études actuarielles supplémentaires, aussi précises que possible, couvrant plusieurs scénarios. Ceci permettra d'évaluer l'impact financier de la réforme et le taux de cotisation nécessaire pour assurer l'équilibre financier du système.
- *Analyse de la répartition des charges et des prestations entre les différents segments de la population.* Aujourd'hui, on sait peu de choses sur le poids relatif des dépenses de santé en Tunisie par rapport à la richesse des ménages. En d'autres termes, on ne sait pas à quelle hauteur les ménages les plus riches et les plus pauvres contribuent au système, - en valeur et par rapport à leurs revenus-, et on ne sait pas non plus vraiment quantifier ce que chacun de ces segments de la population retire du système de santé. Afin d'améliorer le système de l'AMG, de concevoir de nouvelles mesures destinées à limiter les dépenses supportées directement par les ménages et d'assurer l'accès au système de soins pour les plus pauvres, il sera donc important d'effectuer des études supplémentaires sur la contribution au système en fonction du niveau de revenu et sur les éventuelles barrières à l'entrée en matière d'accès aux soins.

Afin de mieux estimer l'impact de la réforme sur les plus pauvres et le besoin de subventionnement de l'assurance maladie par le budget de l'Etat, il sera également important d'étudier la destination des ressources du budget de l'Etat et de l'assurance maladie et de chercher à savoir qui bénéficie des services financés. Ces analyses pourraient être menées en utilisant à la fois des données sur la consommation de soins des ménages, l'activité des organismes de soins et des données sur les dépenses publiques, afin d'estimer quelle partie de la population utilise tel ou tel type de service.