

**RAPPORT SUR LE FINANCEMENT DE LA SANTE
EN TUNISIE**

Le financement de la santé en Tunisie

*Pr Ali MTIRAOUI, Directeur Laboratoire de recherche
« Qualité des soins & Management des services de santé »,
Faculté de médecine, Université de Sousse*

La Tunisie peut se prévaloir de disposer d'un système de santé s'appuyant sur un réseau important de structures de santé notamment en première ligne publique couvrant l'ensemble du pays et assurant des soins à l'ensemble de la population tunisienne. Bien qu'il a réussi à enregistrer des indicateurs acceptables de l'état de santé de la population (amélioration de l'espérance de vie, réduction de la mortalité dans ces différentes formes, maîtrise de la morbidité liée aux pathologies infectieuses...), il est en crise depuis quelques années: la qualité des soins se dégradent, la coordination entre les différents composants du système est à son plus bas niveau, etc.

Par ailleurs, le système de santé n'est pas épargné par **le rythme rapide des changements et transformations** qui constituent un élément essentiel de la mondialisation. La situation économique de plus en plus difficile à l'échelle globale, caractérisée par la rareté et la concentration des ressources dans l'environnement des organisations de soins de santé, l'accélération de l'évolution technologique et son impact sur la consommation des soins de santé sont autant d'éléments qui imposent la rationalisation au niveau de l'utilisation des ressources du système de santé. En plus les crises tant économiques que politiques remettent en question le rôle de l'Etat et des institutions en matière de garantie d'accès, de prestation et de financement. Il est aussi confronté **à de nouveaux défis**, que ce soient épidémiologiques, avec le changement de profil de morbidité (augmentation des maladies chroniques), ou technologiques, avec l'arrivée de nouveaux moyens diagnostiques ou thérapeutiques, ou sociale, avec les inégalités en matière d'accessibilité des soins (régions nanties/régions défavorisées, riches/pauvres, villes/campagnes...).

Quels que soient les défis, nous devons les relever, car chaque jour qui passe fait courir le risque d'affaiblir encore plus notre système de santé, de diminuer la qualité de nos soins, de les rendre plus difficilement accessibles et **le principe de solidarité sur lequel est bâti le système disparaîtra** aggravant ainsi les problèmes sociaux qui se sont déjà installés. **La pro-**

tection financière contre le risque maladie est le meilleur exemple ; elle reste insuffisante et fragmentée, avec des entorses à la solidarité inhérentes à la multiplicité des filières et à l'exclusion : entre **un et deux millions de tunisiens ne bénéficient d'aucune forme de protection financière contre la maladie et 38% des dépenses courantes de santé sont déboursées de la poche des ménages** sans possibilité de remboursement, engendrant, dans certains cas, un renoncement aux soins et pour d'autres de basculement dans la pauvreté. Outre la contribution très élevée des ménages dépassant le seuil des dépenses 'catastrophiques', d'autres aspects du financement du système de soins comme les dépenses excessives par rapport à la croissance du pays ainsi que la dérive marquée de la politique sociale de la CNAM, en faveur du secteur privé doivent être analysés pour la survie de notre système de santé.

Ainsi, le système de santé doit être repensé, sans tabou, pour contribuer efficacement au **droit à la santé reconnu par la constitution** et son corollaire la **couverture sanitaire universelle (CSU)** (*Objectifs de développement durable, ODD 3, programme prôné par le système des nations unies et signé par la Tunisie*). La CSU se définit comme le fait « *d'assurer à l'ensemble de la population d'une population une protection financière contre les coûts liés à l'utilisation des services de santé, tout en leur permettant d'obtenir les services de santé dont ils ont besoin, d'une qualité suffisante pour être efficaces* ». Cette définition englobe trois objectifs de politique spécifiques: 1) **équité** en matière **d'utilisation** des services de santé ; 2) **qualité des soins** ; et 3) **la protection financière**.

Le présent document rentre dans ce cadre ; il a pour objet de fournir des éléments d'orientation en vue d'une **analyse de la situation concernant le système de financement de la santé et de juger sa capacité de mettre en œuvre la Couverture Sanitaire Universelle (CSU)**.

Le document commence par un exposé des concepts de base (système de soins, système de santé, son fonctionnement et sa régulation, en passant par le comportement des consommateurs et des professionnels ...). Les facteurs contextuels sont traités avant d'aborder l'examen des formes que prennent les dépenses de santé et ce qu'elles impliquent. L'analyse de l'architecture du système et son mécanisme de financement (chapitre 3 & 4) a pour objet de fournir un « point de départ » pour une réforme du système de financement de la santé. Un des points saillants relevés est que « **le système de prise en charge reconnaît des gaspillages de ressources et devient inefficace dans le cas où le parcours de soins n'est pas explicite et le référencement des malades n'est pas respecté** ». Les services prestés coûteront plus cher dès lors que les malades recourent à la 2ème ou la 3ème ligne (généralement en contournant l'accès à ces structures en passant par les urgences), alors qu'ils pourraient être pris en charge dans des structures de 1ère ligne dont les coûts des soins sont moins chers.

Une telle analyse de situation a pour objet de passer en revue les questions si le système en place est performant ou non, d'établir un diagnostic des raisons qui expliquent ces résultats et d'identifier les défis qu'on doit relever pour progresser vers la CSU.

L'analyse du financement et de l'évolution des dépenses des soins (chapitre 5) fournit des éléments d'orientation sur la façon de procéder (sources et régimes de financement des dépenses courantes, les dépenses courantes par prestataires et par types de services ...) en faisant ressortir les principaux points à traiter et certaines des questions spécifiques à aborder. Il

s'agit plutôt de décrire les éléments du système actuel et d'évaluer celui-ci de façon critique sur la base d'une bonne compréhension de la politique de financement de la santé, des objectifs associés à la CSU ainsi que de comparaisons pertinentes établies avec d'autres pays et d'enseignements que ceux-ci ont pu tirer de leur expérience en la matière.

La dernière section a été consacrée à **une analyse critique des dispositifs de financement de la santé, et de l'influence qu'ils exercent sur les résultats obtenus**. Des pistes de réflexion ont été suggérées pour aider les décideurs (et autres détenteurs de pouvoirs) à analyser comment l'organisation et la mise en œuvre de leurs dispositifs de financement de la santé contribuent à rendre le système de santé insuffisamment performant au regard des buts de la CSU et des objectifs intermédiaires compte tenu des contraintes liées au contexte.

En somme, ce document a permis de dégager **une vue d'ensemble du fonctionnement du système de santé, son architecture de financement, l'évolution des dépenses ainsi que les sources de financement des dépenses courantes** (par prestataires, par services,...). Les analyses présentées permettent en fin de parcours de « baliser » **la manière d'évaluer les dispositifs de financement de la santé et la réalisation des buts et des objectifs de la CSU**.

RAPPORT SUR LE FINANCEMENT DE LA SANTE EN TUNISIE

1. INTRODUCTION

Partout dans le monde, les systèmes de santé connaissent de nombreux bouleversements depuis le début des années 80 qui peuvent s'expliquer par les transitions socioéconomiques, démographiques et épidémiologiques qui se sont produites dans ces pays (World bank 2018). En conséquence, des variations profondes ont été constatées au niveau du financement des frais de soins. Ainsi, la croissance des dépenses de santé est un phénomène qui pose des problèmes majeurs de financement dans beaucoup de pays et il est devenu classique de parler d'explosion des dépenses de soins. (E. Kerak, S. Barrijal ,2010).

L'histoire du système de santé en Tunisie ne remonte pas à aujourd'hui, le 8ème siècle a connu l'école Kairouanaise de médecine, avec Ibn Al Jazzar qui a rédigé plusieurs ouvrages de médecine dénotant un souci social peu commun à l'époque, notamment avec son ouvrage de médecine destiné aux pauvres.

Au 14ème siècle, la Tunisie a connu les « Al-Tabib Al-Skolli » qui enseignaient la médecine à la Zeitouna et exerçaient au « Moristan » au profit des pauvres et démunis (Amira Yaakoubi ,2021) .

Au 16ème siècle, on retient la lutte contre le maraboutisme via la création de structures sanitaires comme l'hôpital Aziza Othmana, premier exemple d'hôpital psychiatrique dans le contexte tunisien, initialement logé dans la rue des « Azza-fins » (les musiciens), où les patients recevaient à leur sortie, des sommes d'argent compensant leur durée d'inactivité due à l'hospitalisation et où des musiciens jouaient de la musique pour égayer l'esprit des malades.

Au cours de la colonisation, le système de santé tunisien a connu la création de nouvelles structures sanitaires pour les « *indigènes* » ainsi que pour la recherche comme l'institut Pasteur. Les structures de santé n'avaient été développées que dans les régions ayant un intérêt économique pour la France.

Après la 2ème guerre mondiale, la construction du système de santé tunisien a commencé avec la mise en place de structures sanitaires de proximité avec de nombreux hôpitaux régionaux et de circonscription et la conception et la mise en place de programmes nationaux de prévention et de santé reproductive.

Dans les premières années de l'indépendance, le système de santé Tunisien a été concentré sur la prise en charge des maladies transmissibles et la lutte contre les

épidémies. Malgré d'importants acquis en matière de santé réalisés depuis l'indépendance, une partie importante de la population rencontre des difficultés d'accès à des soins de qualité et ne jouit pas concrètement du droit à la santé, ce droit à la santé qui est reconnu par la Constitution tunisienne dans son article 38 et par plusieurs instruments juridiques internationaux ratifiés par la Tunisie.

Arfa et Elgazzar soulignent que « la Tunisie figure parmi les pays qui ont mis en œuvre une politique de santé visant à assurer l'accès aux soins à toute la population sans distinction. » (Kolster J, Orna D. Zondo Sakala,2014). La Tunisie est aujourd'hui le pays du Maghreb où le système d'assurance maladie est le plus largement étendu. Les comparaisons internationales montrent que la part du produit intérieur brut allouée au secteur de la santé en Tunisie tend ainsi vers des ratios de pays développés. Malheureusement le système de santé tunisien a souffert pendant ces dernières décennies d'une mauvaise gouvernance qui a aggravé les inégalités sociales et régionales d'accès aux soins ; Confronté aux défis de la double transition démographique et épidémiologique et soumis à la politique de désengagement de l'État et depuis la révolution de décembre 2010-janvier 2011, la situation, non seulement ne s'est pas améliorée, mais s'est même dégradée.

En Tunisie, le problème de la croissance des dépenses de santé dérive une inquiétude de grande ampleur. Donc, la maîtrise de cette évolution est devenue un enjeu majeur de politique de santé pour les décideurs. Aujourd'hui, les chiffres des indicateurs classiques de santé, le volume et la qualité des prestations offertes, et les 7,1 % du PIB qu'elle consacre à la santé et qui situaient la Tunisie au meilleur niveau des pays intermédiaires ne sont plus suffisant, il apparaît que la Tunisie n'échappe pas au problème de financement des dépenses de santé accrues de plus en plus sur la base des informations de l'Institut national de la statistique. Au cours des dernières années, le financement du secteur de la santé a augmenté en Tunisie, à la fois en termes absolus et relatifs par rapport à la performance économique globale.

Le pourcentage du PIB ne reflète pas la part de ménages. Le rythme accéléré de l'augmentation des dépenses de santé fait alourdir le poids de ces dépenses sur les ménages. Par ailleurs, en Tunisie, la progression des dépenses de santé fait introduire des déficits pour les caisses de la sécurité sociale. Ces deux faits attirent beaucoup l'inquiétude des Tunisiens. Ainsi, en Tunisie, la réforme a été menée pour faire face à l'augmentation des dépenses de santé qui était inquiétante à double titre ; d'une part en raison d'un rythme qui laissait craindre une véritable explosion de ces dépenses dans le futur proche et l'apparence des déficits récurrents pour les caisses de la sécurité sociale et d'autre part, par le fait que cette augmentation se faisait principalement aux dépens des ménages. En fait, la rationalisation des dépenses de santé vise à corriger le sous-financement du secteur public, à réduire substantiellement la part supportée directement par les ménages, en Tunisie.

Face à une telle situation, le médecin doit comprendre que la santé est aujourd'hui et de plus en plus un champ économique ce qui ne remet en aucune façon la noblesse de la profession médicale ni son élan humanitaire, mais elle impose une

rigueur et une démarche pour une plus grande maîtrise des dépenses relatives à la santé ; cela doit passer par une compréhension des rudiments de la branche de l'économie qui s'intéresse à la santé et qui s'appelle économie de la santé ou plus précisément économie des soins médicaux. Mais, bien avant il convient de commencer par bien comprendre la dynamique profonde qui anime les système de santé, puis d'analyser les modalités de financement et de paiement des ressources ainsi que les coûts du système et leur évolution dans le but de déterminer les leviers sur lesquels il est possible d'agir pour infléchir l'ensemble du système afin de lui permettre de rencontrer plus efficacement ses finalités

2. METHODOLOGIE

La méthodologie suivie pour la réalisation de ce rapport s'est effectuée selon deux approches :

- qualitative avec une revue documentaire des travaux et des rapports nationaux et internationaux et des textes législatifs relatifs au financement de la santé et à la protection sociale en Tunisie,
- quantitative avec une analyse les différents flux financiers qui circulent dans le système de santé tunisien pour les années 2012, 2013 et 2014 réalisée par l'équipe des comptes de la santé en utilisant un nouvel outil préconisée par l'OMS pour la production des comptes de la santé (HAPT¹) communément appelé SHA² 2011.

La nouvelle méthodologie SHA 2011 a pour objectif de proposer :

- 1) un cadre pour les principaux agrégats (Dépenses courantes de santé, dépenses de formation brutes de capital, dépenses totales de santé) à la comparaison internationale des dépenses de santé ;
- 2) un outil qui permet de produire des données utiles au suivi et à l'analyse du système de santé ;
- 3) des délimitations des soins de santé harmonisées au plan international pour le suivi des dépenses et de la consommation.

Le SHA2011 est axé sur un système quadri-axial pour l'enregistrement des dépenses de santé : les classifications des fonctions de soins, les classifications des prestataires de soins de santé, les classifications des sources de financement et les classifications des régimes de financement de la santé. Ces principales classifications répondent aux questions fondamentales : Quels types de biens et services de santé sont consommés ? Quels prestataires de soins de santé fournissent ces biens et services ? Quel régime de financement prend en charge ces biens et services ?

¹ C'est un logiciel développé par health system 20/20, financé par l'USAID avec la participation et le soutien des équipes de pays LNH et les intervenants clés tels que l'Organisation Mondiale de Santé et la Banque Mondiale, l'OCDE.

² System of Health Accounts

Quelle source finance ces biens et services ? De plus, d'autres dimensions peuvent être incluses dans l'analyse telles que : les maladies, le genre, l'âge, la région, etc.

3. COMPRENDRE LA DYNAMIQUE DU SYSTÈME DE SANTÉ

3.1. Description du système de santé

Système de soins où système de santé ? Ces deux appellations sont souvent prises l'une pour l'autre. Il s'agit d'une confusion de certains préjugés puisque santé est assimilée à soins. Or la santé est bien plus qu'une affaire de soins.

On appellera donc "système de soins" ou "système des services de santé" l'ensemble des ressources humaines et matérielles organisées en services techniques, donnés par des professionnels en vue de restaurer la santé des individus malades et de protéger celle des populations à risque.

Le système de santé réfère quant à lui, à l'ensemble des ressources économiques sociales, culturelles (dont le système de soins) pour restaurer, protéger, et promouvoir la santé de la population générale. Il peut être défini comme l'interaction au sein d'un environnement de deux sous-systèmes: le circuit des états de santé et le système des services de santé (ou système de soins). (Mtiraoui Ali 2019)

Cette définition place les problèmes de santé de la population et leur modification au centre de l'analyse. Ce sont en effet ces problèmes et la capacité du système de services de santé à les corriger qui légitiment son existence et son importance. Il faut, également préciser que par état de santé nous entendons à la fois la notion d'équilibre physique et mental de l'individu avec son environnement et la notion d'équilibre des relations sociales entre les individus dans un environnement donné.

Le circuit des états de santé porte principalement sur l'apparition des problèmes de santé ou des problèmes sociaux, c'est-à-dire de l'influence sur la santé des trois grandes catégories de risques auxquelles une population est soumise. Il s'agit des risques qui affectent la biologie humaine, ceux qui sont liés à l'environnement physique et social, dans lequel vit et travaille la population, et enfin ceux qui sont associés aux habitudes de vie de chaque individu.

Le circuit des états de santé est aussi concerné par l'efficacité (ainsi que par des effets iatrogéniques) des services de santé (système de soins), c'est-à-dire par l'influence qu'ont ces services sur l'état de santé d'une population.

On parle de circuit des états de santé à cause de la nature du phénomène à l'étude. La santé est en effet un état essentiellement dynamique. Chaque problème de santé ou problème social suit une évolution dans le temps qui va de son apparition à un moment donné (temps t_0) jusqu'à sa disparition (guérison, rémission, stabilisation du cas) (temps t_1). (Contandriopoulos, 2008)

Les services de santé ont, dans ce processus dynamique, comme rôle principal d'altérer le processus naturel d'évolution des problèmes de santé, et des problèmes sociaux, de les raccourcir, d'en changer l'issue. Ils ne peuvent donc pas, en général, prévenir l'apparition de ces problèmes.

A ce premier élément de circularité, il faut aussi en ajouter un autre. Celui-là est associé à la définition et à la mesure des problèmes de santé ou des problèmes sociaux. Le "Codage" de ces problèmes n'est pas unique, il dépend de celui qui le fait : l'individu, le système des services de santé et la société. Il n'est pas non plus indépendant de l'efficacité réelle ou supposée des services ainsi que des attentes de la population et du système des services de santé et des services sociaux en ce qui a trait à la santé et au bien-être. Plus l'efficacité perçue d'un service s'accroît, plus la définition de ce qui constitue un problème s'élargit et plus le système des services de santé est justifié de se développer. Le développement technologique joue dans cette dynamique un rôle multiplicateur très important.

Le système des services de santé est constitué par l'ensemble des connaissances et des ressources tant humaines que physiques et financières qui sont structurées de façon à fournir des services de santé à la population dans le but explicite de restaurer, de maintenir et d'améliorer son état de santé. Le système des services de santé vise essentiellement un résultat : la santé et le bien-être de chaque personne. En ce sens, sa finalité première doit consister à promouvoir la santé et le bien-être. (Mtiraoui Ali ,2001)

Encadré 1 : Distinction entre dépenses de soins et dépenses de santé

La santé n'est pas simplement l'absence de maladie diagnostiquée et diagnostic able. C'est aussi l'absence de facteurs de risque et la présence de facteurs de protection liés aux comportements et aux modes de vie.

Les déterminants de la santé sont:

- Le système de soins
- Le mode de vie & comportements
- La biologie humaine
- L'environnement physique et social

Toute dépense effectuée dans le cadre du système de soins pour protéger ou pour restaurer la santé est une dépense de soins. Toute dépense effectuée dans le cadre des autres déterminants (mode de vie, environnement etc.) pour promouvoir la santé est une dépense de santé

Mtiraoui A (2001)

Il faut alors tout naturellement se demander dans quelle mesure les ressources que la société affecte au système des services de santé sont réellement utilisées efficacement pour atteindre le résultat attendu. Il faut aussi se demander si le niveau de ces ressources est adéquat, si les ressources sont employées de façon productive et aussi si l'accessibilité aux services est suffisante et équitable.

D'une façon plus spécifique, on peut aborder ces questions par l'analyse des coûts des services de santé et par l'analyse des mécanismes de financement du système de santé et de ses composantes ainsi que par l'analyse des modalités de paiement des ressources. Les coûts des services de santé correspondent simultanément à la valeur des ressources employées et à celle des biens et services produits. L'allocation des sommes affectées à la santé, entre les différentes ressources et les différents services, dépend des mécanismes de paiement des ressources et des services qui eux-mêmes sont influencés par les mécanismes de financement existants.

Ces mécanismes de financement, par ailleurs, ont aussi une influence en aval sur tous les autres éléments du système des services de santé. Ils sont, avec les modalités de paiement des ressources et des services, les véhicules par les incitatifs qui les caractérisent, des intentions des administrateurs, des planificateurs, des producteurs et plus généralement des pouvoirs publics et de la population en ce qui a trait aux objectifs réels du système de santé.

Leur analyse permettra donc de révéler quels sont les incitatifs qui influencent les preneurs de décision et la population. Elle permettra aussi de porter un jugement sur la cohérence qui existe entre ces modalités de financement et de paiement et les finalités officielles du système. Leur analyse permettra de plus identifier quelles sont les modalités qui sont les plus cohérentes avec les objectifs poursuivis. Avant de recommander l'adoption de telle ou telle modalité de financement et de paiement, il faudra toutefois s'assurer de son acceptabilité, c'est-à-dire de sa cohérence avec le contexte culturel, social, politique, économique, dans lequel se situe le système de santé.

Le contexte culturel, social, politique, économique, technologique au sein duquel le système de santé s'inscrit entretient en effet avec ce dernier un ensemble très large d'interactions. D'une part, le contexte influence le fonctionnement et les orientations du système de santé. Mais d'autre part, le système des services de santé et des services sociaux, par sa taille et son importance, a une influence sur de nombreux aspects du contexte, ce qui en retour, peut provoquer des retombées sur lui-même.

L'analyse sus-jacente du système de santé que nous avons fait reste essentiellement statique. Il faut maintenant en présenter la dynamique.

3.2. Le fonctionnement dynamique du système de santé

L'utilisation des services de santé est au centre du système de santé. Pour interpréter la dynamique de ce système, il faut donc comprendre comment se forme l'utilisation des services de santé. Pour cela, il faut identifier les principaux agents qui interviennent, saisir les relations qui existent entre ces agents et savoir quelles sont leurs motivations.

L'interaction centrale est celle qui s'établit entre un individu souffrant et un professionnel de la santé. Elle constitue la charnière entre le circuit des états de santé et le système des services de santé. Par le fait même, elle justifie aussi l'existence de ce

dernier. Pour simplifier notre présentation, nous nous limiterons à l'interaction médecin-patient.

C'est la rencontre entre un patient et son médecin qui déclenche le processus d'utilisation des services de santé; c'est elle qui est le rouage de base du fonctionnement du système des services de santé. Nous commençons par en faire l'analyse puis, nous décrivons les mécanismes qui assurent la régulation de ce processus. Ces mécanismes montrent l'importance des agents, entre autres, les pouvoirs politiques et les organismes payeurs.

3.2.1. Le comportement du consommateur

Le consommateur quand il ressent un malaise, une douleur, une inquiétude qu'il considère comme anormale, c'est-à-dire quand il perçoit un écart suffisamment important entre sa santé recherchée ou souhaitée et ce qu'il ressent, peut, après avoir recherché des informations supplémentaires dans son environnement familial et social, décider de rencontrer un professionnel de la santé. Cette démarche devient une demande de soins quand l'individu surmonte les obstacles que constitue l'accessibilité au système de soins.

La demande de soins dépend ainsi de trois facteurs :

- Le premier est lié aux problèmes de santé ressentis ou pressentis par l'individu qui sont eux-mêmes dépendants des facteurs de risque auxquels l'individu est soumis.
- Le deuxième facteur est associé à ce que l'individu considère comme un état de santé souhaité.
- Le troisième facteur est associé au degré d'accessibilité du système de soins, c'est-à-dire à l'ensemble des efforts et des sacrifices que l'individu doit faire pour que son désir de soins se concrétise en un recours réel à des soins.

C'est à partir du moment où l'individu surmonte le manque d'accessibilité au système de soins que la demande de soins s'exprime réellement. A partir de ce moment, le comportement des professionnels de la santé entre formellement en jeu, et il y a utilisation des services.

Il est important à ce stade-ci de bien comprendre que la demande de soins exprimée par le consommateur est d'une nature différente de celle qu'il exprime pour la plupart des autres biens et services disponibles.

Lors de sa rencontre avec un professionnel de la santé, le consommateur exprime ses inquiétudes et ses douleurs. Il est dans une situation d'incertitude à la fois sur le choix du service qu'il doit recevoir pour régler son problème et sur l'effet de ce service de santé sur son état de santé. Cette double incertitude conduit le consommateur à déléguer sa rationalité: il fait confiance au médecin à la fois sur le choix du service et sur l'effet de ce dernier sur l'amélioration souhaitée de sa santé.

Encadré 2 : Facteurs déterminant la demande de soins

La consommation de soins médicaux est conditionnée par trois grandes catégories de facteurs dont les effets se chevauchent:

- Le besoin ressenti ou plutôt exprimé par un sujet de se faire soigner pour une raison donnée grave ou bénigne objectivable ou simplement subjective. Les cas graves sont les moins nombreux; mais, comparativement au petit risque, ils absorbent une grande part du budget consacré à la santé. La consommation de soins varie en fonction de l'âge, du sexe, du niveau socioéconomique, quant à sa nature et à sa fréquence.
- Influence du sexe: dans une étude tunisienne faite dans deux CSB tunisiens l'un urbain, l'autre rural a montré que les 2/3 des consultants au cours de l'année sont des femmes. Dans un des dispensaires où les enfants étaient reçus, 50 % des consultants sont des enfants.
- Influence de l'âge : en général les âges extrêmes sont les plus forts consommateurs parce qu'ils sont les plus touchés par la maladie. En France, le nombre de consultations par an pour les personnes âgées de plus de 70 ans et, de moins de 3 ans est trois fois plus grand, que celui enregistré pour les jeunes âgés de 10 à 19 ans.
- Influence du milieu et du niveau socio-économique: en Tunisie, pour les CSB déjà cités, chaque consultant en milieu rural consulte en moyenne 1.1 fois par an ; en milieu urbain la moyenne est de 3 fois. On constate en effet que le recours aux services de santé n'est pas systématique en cas de maladie. Certains sujets consultent d'autres négligent de le faire dans tous les cas ou seulement pour certains épisodes morbides. Ces différences d'attitudes influent sur le volume des dépenses de santé.
- Les facteurs psychosociologiques : ils sont divers : - Catégorie socioprofessionnelle (ruraux < citadins) - Eloignement par rapport au centre de soins - Temps disponible pour recourir aux soins médicaux - Niveau d'instruction générale et niveau d'information médico-sanitaire - Structure de ménage (en Europe, par ex, les membres de ménages, de 2 personnes consomment 2 fois plus de soins par personne que les membres de ménage de 5 à 9 personnes.
- Les facteurs économiques c'est à dire les ressources des parties et les prix des services qui interviennent à un degré élevé dans le où les revenus sont bas, où la couverture par les systèmes d'assurances sociales quels qu'ils soient n'est pas satisfaisante et où les services médico- sanitaires sont mal répartis et souvent éloignés de la population.

Mtiraoui A (2001)

3.2.2. Le comportement du professionnel

Le professionnel de la santé, face à cette demande de soins, commence par établir un diagnostic en confrontant le problème de santé qui lui est apporté à ses connaissances. Il peut faire appel, en cas de besoin, à des examens complémentaires ou à des consultations. Il propose ensuite un traitement qu'il peut exécuter totalement ou en partie lui-même. L'utilisation des services de santé découle ainsi de la demande de soins et du déroulement du processus clinique.

Si le diagnostic pouvait être déterminé sans ambiguïté et si à chaque diagnostic correspondait une stratégie optimale reconnue de traitement qui conduise à un résultat bien déterminé et objectivable (c'est-à-dire si le professionnel agissait dans un univers de certitude parfaite) son rôle professionnel serait simple, mais en même temps il serait en quelque sorte nié. En effet, si ces connaissances existaient, le consommateur souffrant pourrait y avoir accès et il pourrait après avoir fait appel à un expert pour diagnostiquer son problème et lui indiquer le traitement à suivre, décider en tout état de cause jusqu'à quel point la valeur qu'il accorde à sa santé justifie de s'engager dans un processus de soins.

Or, et c'est là un élément essentiel des services de santé, les relations existantes entre un problème de santé ressenti, son diagnostic, le traitement prescrit et l'amélioration de la santé sont largement incertaines. Cette indétermination du produit des services de santé pose, de façon tout à fait particulière, la question de la relation qui peut s'établir entre un malade et un médecin. Cette incertitude justifie que le médecin soit plus qu'un expert détenant un certain champ de compétence, le patient cherche plus que l'information, il faut qu'il fasse confiance au professionnel qui le soigne. C'est donc cette nécessaire confiance qui donne au professionnel de la santé le rôle central qu'il occupe dans le système de soins.

La possibilité pour les professionnels de la santé d'avoir des comportements différents, face à un problème de santé donné, dépend directement de l'incertitude existant sur le diagnostic et une fois le diagnostic établi sur les traitements possibles, c'est-à-dire sur l'absence d'une norme unique de traitement.

On conçoit ainsi facilement que l'utilisation des services, et par conséquent le coût des services de santé et des services sociaux, est influencée par les comportements des professionnels de la santé et des services sociaux. Le coût est donc en partie déterminé par les facteurs qui affectent ces comportements : c'est-à-dire, les caractéristiques personnelles et professionnelles des producteurs, les modalités organisationnelles qui structurent leurs activités, en particulier la façon dont ils sont payés, et de façon plus générale le contexte culturel, social, organisationnel, économique qui prévaut.

Encadré 3 : Facteurs déterminant l'offre de soins

Ces facteurs sont également pour une partie d'entre eux du moins, des déterminants de la demande de soins:

- Le progrès scientifique et technique : que ce soit dans le domaine diagnostique ou dans le domaine thérapeutique, la médecine a fait au cours des 50 années passées, plus d'avancées qu'au cours de l'ensemble des siècles précédents. Même si les innovations sont réellement utiles, c'est à dire celles qui font progresser l'espérance de vie, celles qui améliorent la qualité de la vie, ne sont pas très nombreuses, les découvertes scientifiques et techniques sont aujourd'hui largement médiatisées. La pression de la demande que cette médiatisation induit oblige l'offre à les proposer, fut-ce au prix fort.
- L'encouragement par le secteur privé ou par le pouvoir public, de la recherche technologique, est un facteur de croissance économique et donc de développement à l'intérieur des frontières nationales et d'expansion sur le marché mondial.
- Les politiques de formation des personnels de santé selon qui elles encouragent ou, au contraire, freinent la croissance démographique de ces personnels, vont soit accroître l'offre soit la restreindre.
- La socialisation du financement des dépenses de santé, facteur qui encourage la demande, encourage également l'offre, puisque les professionnels sont assurés d'avoir une demande financièrement solvable.
- Les considérations politiques poussent les élus locaux (conseillers municipaux, députés) à demander toujours plus pour leur population, même si les besoins réels ne justifient pas un développement de l'offre (exemple des lits d'hôpitaux).

Mtiraoui A (2001)

Ainsi pour résumer, la principale articulation entre le système des services de santé et le circuit des états de santé est le processus d'utilisation. Ce processus dépend bien entendu de l'importance des problèmes de santé de la population mais aussi, dans une large mesure, des caractéristiques du système de soins, c'est-à-dire que l'on doit tenir compte du comportement des professionnels, du niveau des ressources disponibles et de l'accessibilité aux services de santé, des modalités de paiement des ressources et des modalités de financement du système et de ses composantes. De plus, l'utilisation dépend du contexte environnemental, entre autres des attentes de la population envers la santé, de l'importance du concept d'équité d'accès aux soins et à la santé, du dynamisme du développement technologique et de façon plus générale de la situation économique et sociale.

Soumis à toutes ces forces, comment le système de santé est-il régulé ? Quels mécanismes permettent qu'il conserve un certain équilibre tant interne que par rapport aux autres secteurs de l'activité économique de la société ?

3.3. Les mécanismes de régulation du système des services de santé

Le processus qui mène à l'utilisation des services de santé, même s'il met en relation une demande de soins et un appareil de production destiné à offrir des services de santé, ne peut être compris dans sa totalité à partir du schéma d'interprétation que constitue pour les économistes, le marché. Les mécanismes d'auto-régulation qui fonctionnent quand un marché concurrentiel existe, ne peuvent pas servir à réguler

l'ensemble du processus d'utilisation des services de santé. Pour comprendre cette affirmation, il faut rappeler les particularités fondamentales des services de santé.

Les services de santé constituent un bien, au sens économique du terme, qui a des caractéristiques propres à ce point différentes de celles de la plupart des autres biens, que l'allocation des ressources dans ce secteur ne peut être confiée au marché. L'intervention réglementaire des pouvoirs publics est indispensable. Le marché concurrentiel tel qu'il existe dans d'autres secteurs ne peut être retenu comme le système optimal d'allocation des ressources dans le système de santé. Les caractéristiques fondamentales et intrinsèques aux services de santé sont, d'après Evans :

- **L'incertitude liée à l'occurrence de la maladie** et donc à l'état de santé futur de chaque individu.
- **Le déséquilibre d'information** qui existe entre l'individu malade et le professionnel. Ce déséquilibre est important non pas à cause de la complexité technique des services de santé, mais à cause de l'indétermination qui existe concernant les effets des services médicaux. Ainsi, l'individu malade est incapable d'apprécier avec suffisamment de certitude l'utilité que lui procureront les services pour décider seul de leur utilisation. Il doit déléguer à un professionnel, qui est lui-même souvent en situation d'incertitude, son pouvoir de décision.
- **Les externalités**, c'est-à-dire le fait que l'utilisation par un individu d'un service de santé procure de la satisfaction à d'autres personnes qu'à lui-même. Il peut s'agir d'externalités physiques c'est-à-dire que l'utilisation par un tiers d'un service, la vaccination contre des maladies infectieuses par exemple, protège les autres en limitant les possibilités de diffusion de la maladie. Il peut aussi s'agir d'externalités plus larges qui portent sur l'importance que chacun accorde au droit universel et absolu d'être soigné en cas de maladie ou encore à être en bonne santé. L'élargissement de la notion d'externalité a bien entendu des conséquences importantes sur les politiques de santé qui en découlent. Plus la notion d'externalité est large, plus les réponses réglementaires nécessaires pour en tenir compte sont importantes.

Chacune de ces trois grandes caractéristiques fait en sorte que l'allocation des ressources dans le domaine de la santé, ainsi que la distribution des services, ne peuvent être confiées aux règles du marché. Chacune de ces caractéristiques entraîne des réponses institutionnelles qui complètent ou se substituent aux mécanismes de marché.

Les réponses institutionnelles qui ont été proposées dans tous les pays pour tenir compte des particularités fondamentales des services de santé sont:

- **Des mécanismes d'assurance** pour tenir compte des incertitudes associées à l'occurrence de la maladie;

- **Le professionnalisme et l'instauration d'organisations à but non lucratif** pour éviter les abus que le déséquilibre d'information associé à l'indétermination des effets des services de santé pourrait engendrer.
- **Une intervention réglementaire** pour tenir compte des externalités.

Tous les systèmes de santé sont ainsi caractérisés par l'existence d'une très importante réglementation dont l'objet est de s'assurer que les abus et les problèmes de fonctionnement d'un marché libre pour les services de santé soient corrigés. Ce qui différencie les systèmes de santé entre eux, ce sont les modalités organisationnelles que les différents pays ont choisi, modalités qui, en influençant les comportements des acteurs, vont avoir des effets divers sur le niveau d'utilisation des services sur le coût des services de santé et ultimement sur la santé des populations.

Le défi consiste donc, pour le planificateur de la santé, non pas à éliminer la réglementation, ce qui nierait les caractéristiques intrinsèques des services de santé, mais bien à tenter d'établir quelle serait la structure réglementaire la plus propice à améliorer la santé de la population tout en tenant compte des contraintes propres aux services de santé et à l'environnement culturel, économique, social qui existe à un moment donné dans une société donnée.

C'est pour porter un jugement sur les modalités organisationnelles qui structurent le système de santé en Tunisie, et en particulier les modalités de financement du système et de paiement des ressources, que nous présentons dans la section suivante un aperçu du système de santé Tunisien avec un état des lieux du système de soins, une revue de l'architecture du financement de la santé, de ses différents acheteurs et prestataires, des méthodes de paiement et du panier de soins.

Encadré 4 : Particularités de l'économie médicale par rapport à l'économie de marché

L'économie des soins médicaux a pour objet d'étude, les soins préventifs et curatifs visant à préserver ou à restaurer la santé des individus et des groupes.

Au sens strict, il ne peut y avoir « d'économie de la santé », puisque la santé est un état dont on peut jouir ou ne pas jouir, mais qu'on ne peut pas produire, échanger ou acheter. Dans le même ordre d'idées, on parlera de dépenses de "soins" et non pas de dépenses de santé. On appelle marché un lieu - physique ou abstrait - où se rencontrent producteurs de biens et de services désireux de vendre leurs produits et consommateurs cherchant à acquérir ces produits pour satisfaire leurs besoins.

Les caractéristiques d'un vrai marché sont les suivantes:

- Libre accès des vendeurs et des acheteurs ; aucune réglementation n'intervient pour délimiter cet accès
- Liberté de choix de l'acheteur qui peut s'adresser au vendeur qu'il désire, les vendeurs travaillent en concurrence les uns avec les autres
- Fixation des prix par le jeu de l'offre et de la demande
- Recherche par les vendeurs de la maximisation de leurs revenus: ils vendent autant qu'ils peuvent si le prix leur convient.

Les caractéristiques de l'économie médicale:

- Économie "hors marché": en raison de l'ignorance du consommateur. Celui-ci dépend du fournisseur pour l'appréciation de la quantité et de la nature des soins que la satisfaction de ses besoins nécessite; l'avis des professionnels est au départ indépendant des considérations financières. Le consommateur ne sait pas quel risque il court, la probabilité qu'il a de guérir, le traitement qui lui est nécessaire. Il est libre de choisir le médecin. La limitation de la libre concurrence: l'accès au marché de production est réglementé (diplômes, ordres professionnels). La publicité est interdite. Les prix ne sont pas totalement libres. On ne peut pas critiquer les confrères devant les malades.

- Orientation générale vers un but non lucratif.

- Économie de services: les gains de productivité sont beaucoup moins importants que dans les économies de biens, et même dans les autres économies de service (banques...) les coûts de main d'œuvre sont prépondérants. Les coûts augmentant de façon non corrélée avec l'augmentation des résultats.

- Économie en rapport avec la satisfaction d'un besoin particulier : certains considèrent les soins médicaux comme la quatrième nécessité, après l'alimentation, l'habillement et le logement. Le tiers - payant pousse à consommer sans regarder à la dépense ni à la nécessité.

- Caractère aléatoire de la survenue de la maladie: pour un individu donné, le risque morbide est impossible à calculer avec précision. Les dépenses éventuelles étant élevées, il y a tendance à la couverture en commun des risques. Les soins préventifs n'étant pas aléatoires, on ne peut pas les inclure dans une assurance classique.

- Difficultés de distinguer entre l'aspect de consommation et l'aspect d'investissement de ces dépenses; c'est à dire si l'argent dépensé pour les soins est improductif ou productif.

Mtiraoui A (2001)

4. LE SYSTÈME DE SOINS EN TUNISIE

4.1. État des lieux

Le système de soins tunisien est composé des deux secteurs, public et privé (le tableau 1 donne un aperçu des types de prestataires publics et leurs nombres). Le tableau 2 et les figures 1 et 2 montrent l'évolution des prestataires de soins dans le secteur privé conventionnés avec la CNAM de 2005 à 2009.

Tableau 1 : Composition et effectif des prestataires de soins publics (2017)

Type de prestataires	Nombre
CSB (GSSB)	2135
Hôpital de Circonscription	110
Hôpital Régional	35
Etablissement Public de Santé	23
Nombre des médecins généralistes installés en privé	3087
Nombre des médecins spécialistes installés en privé	5006
Cliniques privées	98
Polyclinique de la CNSS (statut parapublic)	6
Hôpitaux militaires	2
Hôpital des forces de la sécurité intérieure	1

Tableau 2 : Evolution du nombre total des médecins de libre pratique conventionnés avec la CNAM 2015-2019

Année	2015	2016	2017	2018	2019
Total médecins	8201	8486	8864	9295	9679

Figure 1: Evolution du nombre total des médecins conventionnés avec la CNAM par catégorie 2015-2019

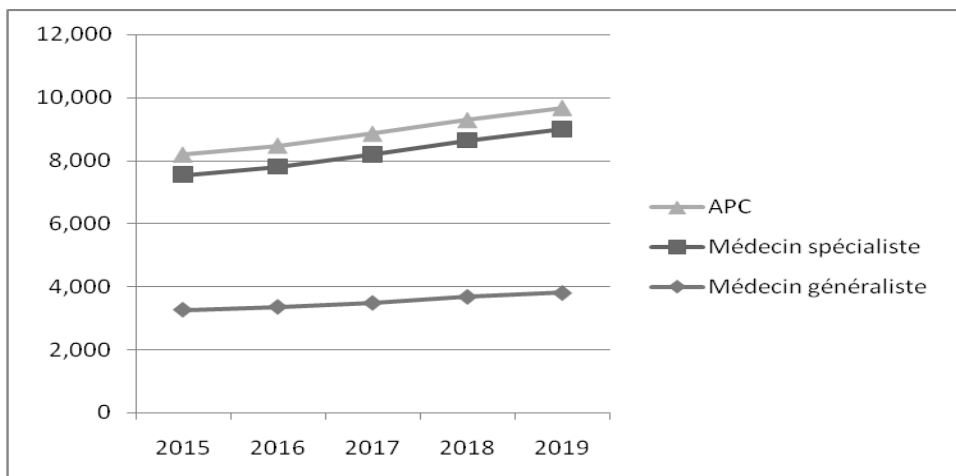
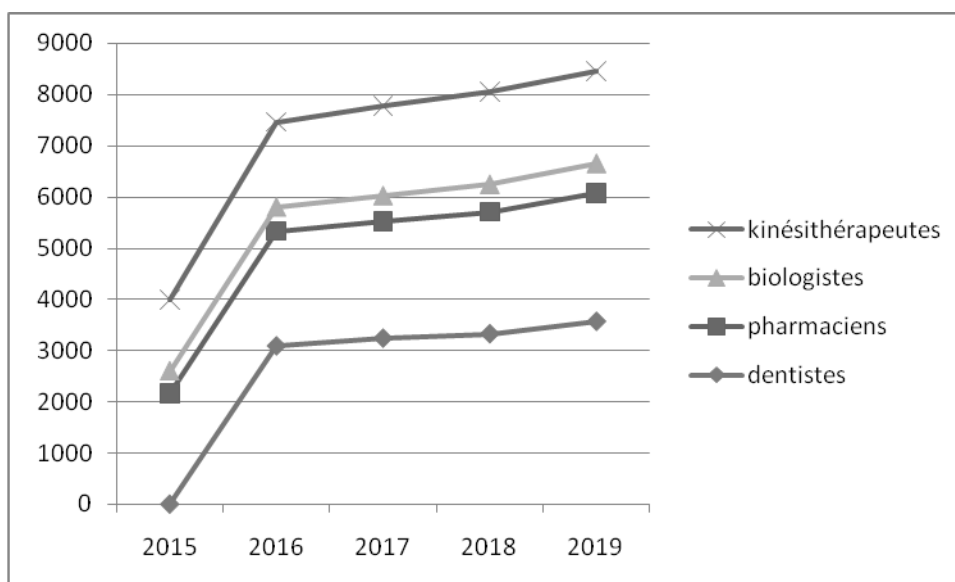


Figure 2: Evolution du nombre total des prestataires de soins libéraux conventionnés avec la CNAM par catégorie 2015-2019



Le secteur public est composé de trois lignes :

La 1ère ligne comporte les structures de santé primaire : les 2135 centres de santé de base (CSB) et les 110 hôpitaux de circonscription (HC). Ces structures sont les plus nombreuses et les mieux réparties géographiquement, donc les plus accessibles. Ce niveau primaire assure des prestations préventives et curatives ainsi que d'éducation sanitaire. L'activité des CSB est essentiellement ambulatoire.

Les hospitalisations et les accouchements sont assurés par les HC.

La 2ème ligne est composée de 35 hôpitaux régionaux (HR). Ils assurent aussi bien les soins de première ligne pour la population de proximité et reçoivent les ma-

lades référés par les CSB et les HC qui ont besoin d'une prise en charge spécialisée. Le taux d'occupation moyen des lits reste en deçà des attentes avec seulement 61,6%.

La 3ème ligne assure les soins de référence spécialisés et hyperspécialisés en plus des soins des premiers et seconds niveaux pour la population de proximité. Ce niveau de soins est composé de 23 Établissements Publics de Santé (EPS) et 9 centres et institutions spécialisés, et qui sont situés sur le littoral où se trouvent les 4 facultés de médecine. Ils ont réalisé 434822 admissions pour un nombre de lits de 9608 et avec un taux d'occupation moyen de 72% avec des valeurs maximales atteignant 102% dans certains hôpitaux (toutes les statistiques sont issues des rapports d'activités des structures hospitalières (DEP) (OMS , 2020) .

Malgré la bonne répartition géographique de la première ligne, le problème d'accès reste persistant tant que les heures d'ouverture demeurent inadaptées et restreintes à quelques heures ou matinées. En effet, la majorité des CSB (66%) offraient deux journées de consultations médicales ou voire moins par semaine et seulement 9,5% des CSB offraient des consultations quotidiennes (6/6) (ATDDS, 2016) en 2016. En plus, les CSB souffrent d'un manque grave de médicaments et de ressources humaines et matérielles.

Les hôpitaux régionaux (HR), constituant la 2ème ligne, sont également bien répartis à travers le pays. Ils souffrent aussi d'une mauvaise répartition des ressources humaines et des équipements. Les urgences des EPS restent « la porte d'accès » la plus sollicitée pour des services spécialisés, ceci laisse ces structures encombrées et surchargées et détériore la qualité de leurs prestations. Les équipements lourds des hôpitaux tels que les équipements d'imagerie, IRM, Scanner, les laboratoires, les salles d'opération, salles de cathétérisme cardiaque etc., manquent dans certaines structures, et même s'ils sont disponibles, il existe un problème d'inadéquation entre les besoins réels et l'attribution de ces équipements. Ceci donne lieu à un rationnement implicite, par indisponibilité de ressources, frappant essentiellement les plus démunis. En effet, quand les équipements lourds tombent en panne leur réparation est imputée à la ligne budgétaire de l'investissement (l'amortissement des équipements n'est pas inclus dans le budget de fonctionnement), donc pour payer / financer les réparations, le gestionnaire de la structure a besoin d'un accord du Ministère de la Santé ce qui peut prendre plusieurs mois.

En conséquence, la structure est obligée d'orienter certains patients vers le secteur privé. Ce qui engrange un manque à gagner pour ladite structure car l'utilisation des équipements lourds est génératrice d'engagement de ressources financières supplémentaires pour les patients assurés par la CNAM.

Une mise à niveau du secteur public a été exigée depuis la mise en place de l'assurance maladie et dont la mise en œuvre a été prévue pour 2011. Cette mise à niveau avait pour objectifs de développer la performance du système de santé,

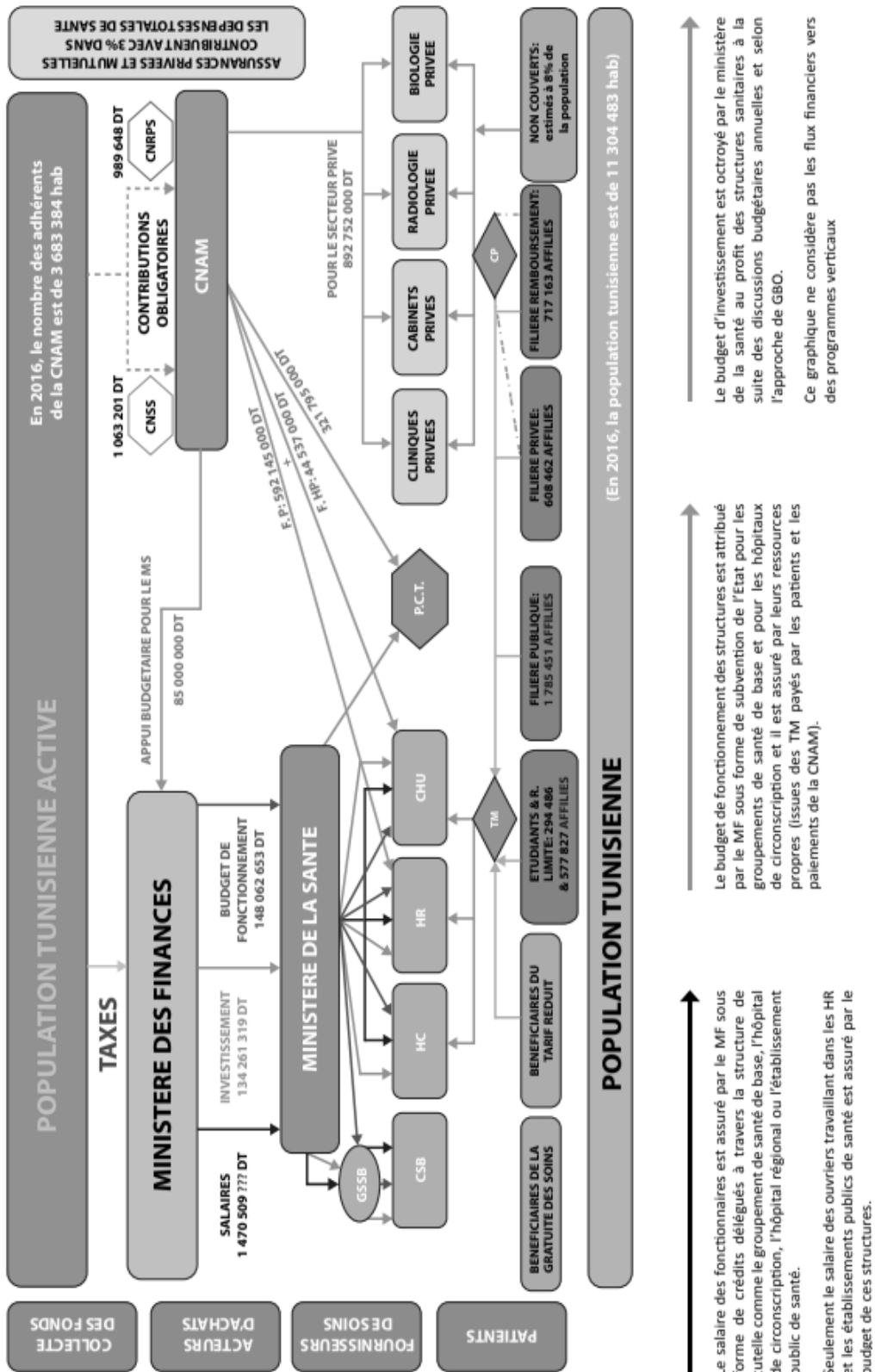
d'améliorer la qualité et la sécurité du malade, améliorer sa réactivité aux attentes des usagers et de renforcer son rôle comme un facteur clé de développement durable. Cette mise à niveau n'a pas eu lieu jusqu'à présent.

L'offre privée se montre bien développée, le nombre de cabinets médicaux et de cliniques privés ne cesse d'augmenter. Le nombre des cliniques privées est passé de 72 cliniques avec 3200 lits en 2010 à 98 cliniques avec 5603 lits, en 2017, la majeure part de ces cliniques sont installées sur le littoral tunisien, soit 89% des cliniques avec 92% du nombre total des lits. Le secteur privé accapare une part importante de ressources humaines (52% des médecins généraliste, 56% des médecins spécialistes, 81% des médecins dentistes et 76% des pharmaciens) et des équipements médicaux (plus que 80% des équipements lourds), ces équipements lourds existent surtout dans le littoral (selon les statistiques de 2017, 83% des scanners, 85% des IRM et 87% des salles de cathétérisme cardiaque sont installés dans les régions côtières), ce qui crée une iniquité d'accès géographique importante entre les régions.

4.2. L'architecture du financement de la santé

Le système de financement de la santé en Tunisie est fragmenté du fait qu'il est caractérisé par la coexistence de différents mécanismes de financement et de couverture du risque maladie. Le schéma suivant (figure 3) illustre les différentes sources de financements, les acheteurs et prestataires des services de santé en Tunisie.

Figure 3 : aperçu du système de financement et les régimes de couvertures



Les principaux fonds du financement de la santé sont constitués par le budget de l'Etat accordé à la santé, gérés par le Ministère de la Santé et ses structures. En 2019, une nouvelle taxe de 1 % sur les professions de santé privées à l'exception des centres d'hémodialyse a été appliquée. Cette mesure vient renforcer les ressources du fond de solidarité pour la santé qui été institutionnalisée en 2017, abrogée en 2019, et mise en application après mars 2019 par les décrets 2019-381 et 2019-383 (LF 2019).

Le système de couverture du risque maladie est fondé sur un régime de base unique caractérisé par la coexistence de deux régimes explicites.

- **L'assurance maladie obligatoire** couvrant les travailleurs du secteur formel et leurs ayants droit par trois filières optionnelles (filière publique: donnant accès aux prestataires publics, filière privée: donnant accès aux prestataires privés et système de remboursement, sans tiers payant, c'ad le patient peut accéder aux soins à travers tout prestataire conventionné en se faisant rembourser après par la CNAM). Ce régime est géré par la CNAM qui couvre 68% de la population totale. Les cotisations sociales des employeurs et des employés des secteurs publics sont versées directement à la CNAM. Celles du secteur privé sont versées à la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) puis transférées à la CNAM au titre de l'assurance maladie obligatoire. Les affiliés de la CNAM peuvent contribuer aussi aux régimes facultatifs tels que les mutuelles et les assurances privées (mutuelles à travers des cotisations et assurances groupe à travers les primes) dont la couverture est considérée de nature complémentaire au régime obligatoire.

- **L'assistance médicale gratuite (AMG)** pour les bénéficiaires de tarifs réduits et de la gratuité des soins (TRGS), couvre les soins dans les Structures de Soins Publiques pour deux groupes de population (environ 24% de la population totale). Ce régime couvre deux catégories de populations : les plus démunis (pauvres) ont accès à la catégorie AMG1 qui bénéficient d'une gratuité totale des soins (GS) sans paiement du TM et les moins démunis (vulnérables) ont accès à la catégorie AMG2 qui bénéficient d'un accès aux soins à un tarif réduit (TR) avec le paiement d'un TM (Ticket Modérateur).

A ces deux régimes explicites s'ajoutent d'autres gratuités légales ou conventionnelles dans les structures sanitaires publiques (militaires, policiers, personnel de santé...). Malgré l'existence d'un régime de couverture de base, autour de 8% de la population reste exclue de tout type de couverture selon les données du Ministère des Affaires Sociales 2011. D'autres sources telles que le recensement général de la population de 2014, (INS, 2014) et l'enquête de consommation des ménages (2015) de l'INS évaluent cette proportion à 18,5% et 17,2% (17,2% est répartie comme suit: 16,2% non couverts et 0,5% non déclarés.)La population non couverte se compose principalement de citoyens sans activité économique formelle (qui exercent dans le secteur informel). Leur exposition aux risques des dépenses catastrophiques de santé et à l'appauvrissement constitue de véritables contraintes au passage vers la couverture sanitaire universelle.

Le risque financier de la maladie est mis en commun par des mécanismes différents pour différents groupes de la population. Cette couverture est caractérisée par une fragmentation selon les trois filières de la CNAM à cause de différences dans les mécanismes d'achat et des paniers de soins. La mise en œuvre de ces trois filières génère d'importantes iniquités d'accès entre affiliés de la filière privée et remboursement bénéficiant d'un meilleur accès au secteur privé par rapport à la filière publique. Par conséquent, à un même taux de cotisation les assurés des trois filières ont accès à différents paniers de soins ce qui se reflète aussi dans des dépenses moyennes par filière différentes.

Par contre, la population pauvre bénéficiant des tarifs réduits ou de la gratuité des soins se trouve dans un autre « pool » de protection du risque financier et dont la couverture n'a pas de financement spécifique ou explicite. La première et la deuxième ligne des prestataires publics reçoivent des allocations budgétaires étatiques, par lesquelles l'accès des affiliés du régime des tarifs réduits ou gratuité des soins est implicitement financé.

4.3. Acheteurs, prestataires et méthodes de paiement

L'achat de services de santé se fait par deux grands acteurs, le ministère de la santé et la CNAM. Les assurances volontaires et les mutuelles représentent une part très faible (moins de 3% des dépenses courantes de santé). Les ménages, par les paiements directs (tickets modérateurs, co-paiement ou le paiement total de leurs soins) achètent également des soins de santé, mais ils ne sont pas considérés comme acheteurs institutionnels vu qu'ils sont des acteurs individuels qui ne peuvent pas opérer comme un acheteur stratégique.

La figure 4 présente les acheteurs, l'ensemble des flux financiers et des méthodes de paiement associées aux différents types de prestataires (Tableau 3).

Le ministère de la santé achète les services en appliquant les règles d'allocation budgétaire en vigueur. Il reçoit des fonds de la part de l'État (Ministère des finances) y compris un transfert par la CNAM au trésor public au titre du ministère de la santé pour les soins offerts en 1ère ligne (OMS, 2020) d'un montant de 85 MDT. Le ministère de la santé se charge ensuite de les allouer à ses structures (aux hôpitaux de circonscription et les groupements de soins de santé de base). Annuellement, ces structures du ministère de la santé reçoivent un budget qui décrit les sommes allouées pour chaque crédit délégué ou ligne budgétaire. Ces allocations budgétaires aux structures publiques servent à assurer les soins à tous les usagers y compris les bénéficiaires du régime des tarifs réduits ou gratuité des soins ainsi que les payants. Or, il semble que le montant transféré annuellement au trésor public demeure insuffisant. En plus, il n'y a pas de lien entre coût de soins des affiliés de la CNAM et les dépenses supportées par les structures publiques. Ce mode de financement n'est pas en adéquation avec le développement de leur activité.

Figure 4 : Présentation des acheteurs, prestataires, méthodes de paiement

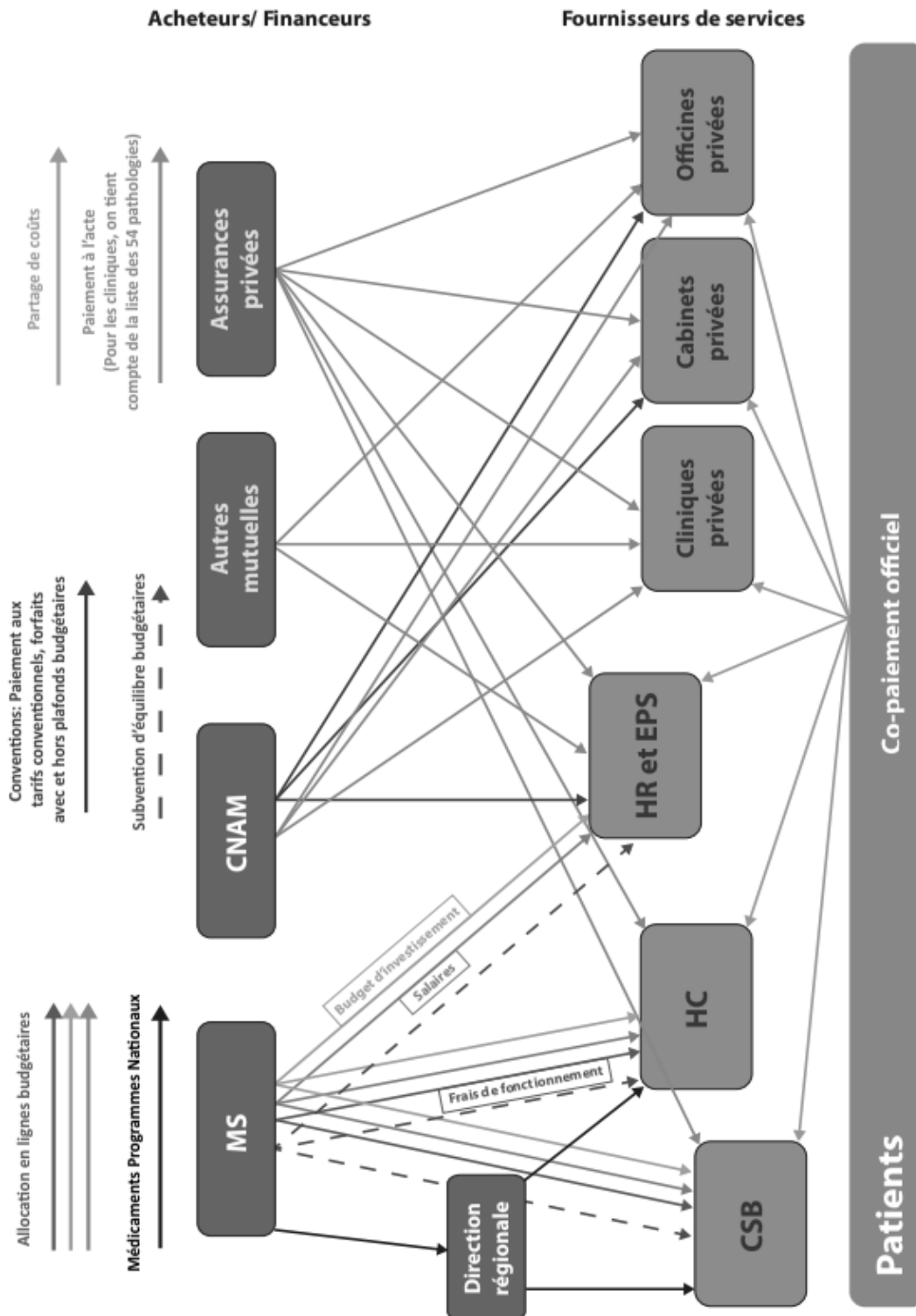


Tableau 3 : Mécanismes de paiement des prestataires

Organisme d'affiliation	CNAM			AMG (TRGS)		Population sans couverture	Couverture Complémentaire
	Filière publique	Filière privée	Filière remboursement	Gratuité des soins	Tarifs réduits	Pas de régimes	Assurances groupe et mutuelles
GSSB	Transfert budgétaire du MS Allocation budgétaire aux Groupement de SSB			Allocation budgétaire		Paiement à l'acte	Paiement à l'acte avec remboursement selon taux en vigueur
HC	Transfert budgétaire du MS Recettes propres (ticket modérateur)			Allocation budgétaire Recettes propres (ticket modérateur)		Paiement à l'acte	Paiement à l'acte avec remboursement selon taux en vigueur
HR et CHU	Facturation : - Ambulatoire : paiement par acte, selon une liste de tarification (négocié entre CNAM et les prestataires) - Hospitalisation : forfait (environ 230 GHM) Recettes propres (ticket modérateur)			Allocation budgétaire		Paiement à l'acte	Paiement à l'acte avec remboursement selon taux en vigueur
Structures Privées		Paiement forfaitaire à l'acte par patient (Tiers payant)	Paiement à l'acte et remboursement selon taux en vigueur	Paiement à l'acte par l'hôpital public sur bon de commande si le bénéficiaire est transféré par l'hôpital public		Paiement à l'acte avec si le bénéficiaire est transféré par l'hôpital public	Paiement à l'acte avec remboursement selon taux en vigueur
Poly-clinique CNSS	Pas d'accès	Ticket modérateur		Pas d'accès		Pas d'accès	Paiement à l'acte avec remboursement selon taux en vigueur

Source: OMS (2014) : Analyse du système de financement de la santé en Tunisie. Rapport technique (basé sur l'approche OASIS), Tunis : OMS.

La CNAM achète les soins de santé au profit des assurés par un mix de méthodes de paiement, sur la base d'une contractualisation et des conventions négociées avec les prestataires publics ou privés (conventions). Pour ce but, une convention cadre et des conventions sectorielles sont signées entre la CNAM et les différents prestataires de soins privés (médecins de libre pratique, dentistes, pharmaciens...). Au niveau des structures publiques de 2ème et 3ème ligne et des structures privées, il y a un système de facturation. Les procédures d'achats de services par la CNAM aux différentes structures de soins (public et privé) sont donc caractérisées par une complexité importante et un traitement différencié du remboursement en fonction du type de structure (publique ou privée).

Pour bien utiliser le potentiel pour un achat plus stratégique à travers des méthodes de paiement plus efficaces, le prestataire doit jouir d'un certain degré d'autonomie financière. Or les centres de santé de base et les hôpitaux régionaux ne disposent pas d'une autonomie financière, tandis que les établissements publics de santé (EPS) disposent (théoriquement) d'une petite marge de manœuvre. Pour des changements dans l'utilisation des allocations à travers plusieurs rubriques, il faut avoir un accord préalable, soit du ministère de la santé dans le cas des centres de santé de base, hôpitaux de circonscription et hôpitaux régionaux, soit du conseil d'administration de l'hôpital (EPS) et du ministère de la santé. Le tableau 4 résume les différents éléments déterminant le degré d'autonomie financière.

Tableau 4 : degré d'autonomie financière des établissements de soins publics

	Flexibilité entre les rubriques du budget de fonctionnement	Nécessité d'un accord du MS (DGSSP)	Nécessité d'un accord du conseil d'administration de l'établissement	Rémunération des ouvriers
GSSB	Non	-	-	MS (subventions)
HC	Non	-	-	MS (subventions)
HR	Oui	Oui	-	Recettes propres (RP)
EPS	Oui	-	Oui	Recettes propres (RP)

4.4. Panier de soins

Les articles 35 et 36 de la loi n°91-63 stipulent la prise en charge des soins de santé et d'hospitalisation à titre gratuit et à tarif réduit pour les indigents, conjoints et enfants à charge par les structures sanitaires publiques. Les bénéficiaires des tarifs réduits et gratuité des soins ont accès aux services disponibles dans les structures sanitaires publiques (consultation, hospitalisation, urgence et les médicaments de la nomenclature hospitalière). L'article 6 de la loi 2004, fixe la prise en charge, par la CNAM, des frais des soins délivrés dans les structures publiques et privées pour les assurés et leurs ayant droits. Les tableaux 5-8 ci-dessous donnent une idée sur le panier de soins couvert pour les différents groupes de couverture

Tableau 5 : Soins ambulatoires : type de prestations couvertes

Soins	CNAM	Bénéficiaires TRGS	Payants
Soins préventifs dans le secteur public (1 ^{ère} ligne)	NON	OUI	OUI
Soins curatifs dans le secteur public	Tous les soins disponibles avec paiement d'un TM	Tous les soins disponibles Bénéficiaires GS : gratuité totale Bénéficiaires TR : paiement de TM	Tous les soins disponibles Paiement total
Soins curatifs dans le secteur privé	OUI Tous les soins ambulatoires + grossesse ; Consultations liées aux 24 APCI : prise en charge intégrale par la CNAM ; Actes médicaux et paramédicaux (radiologie, biologie, consultations...) ; Soins liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ; Plafond de 200 D/ personne, avec 50 D pour chaque membre additionnel des ayants droit, jusqu'à 400 D (affilié et 4 membres ayant droit).	NON	OUI Paiement total
Dans les polycliniques	Seulement affiliés de la CNSS		

Tableau 6 : Soins hospitaliers : type de prestations couvertes

	CNAM	Bénéficiaires TRGS	Payants
Hospitalisation dans le secteur public	Tous les actes disponibles Facturation à la CNAM TM pour le patient (le TM payé par le patient est plafonné à hauteur du prix d'une nuitée d'hospitalisation ainsi que l'ensemble des examens complémentaires sont plafonnés aussi à hauteur du prix d'une nuitée d'hospitalisation)	Tous les actes disponibles Bénéficiaires GS : gratuité totale. Bénéficiaires TR : TM pour le patient (le TM payé par le patient est plafonné à hauteur du prix d'une nuitée d'hospitalisation pour les hospitalisations et l'ensemble des examens complémentaires)	Tous les actes disponibles Paiement selon arrêté conjoint des Ministres des finances et de la de la Santé du 7 juillet 2008
Hospitalisation dans le secteur privé	54 actes conventionnés facturés à la CNAM selon les tarifs conventionnels et les patients doivent payer le reste à leur charge. Les accouchements Hospitalisations liées aux 24 APCI : prise en charge intégrale par la CNAM Paiement total par rapport aux actes non conventionnés.	Pas de couverture	Tous les actes disponibles Paiement total

Tableau 7 : Couverture de l'achat des médicaments et des dispositifs médicaux

Médicament	CNAM	Bénéficiaires TRGS	Payants
Dans le secteur public	Les médicaments sont fournis par la structure publique selon la disponibilité (nomenclature hospitalière)		Les médicaments prescrits sont achetés par le patient dans les officines privées
Dans le secteur privé	Médicaments prescrits remboursés sur la base des tarifs conventionnels du médicament générique le moins cher. Avec le même plafond soit 200 D pour les soins ambulatoires La fourniture des produits pharmaceutiques, de l'appareillage sous réserve d'un accord préalable et des frais de transport sanitaire dans les structures sanitaires publiques ou privées.	Pas de couverture	Paiement total
Dans les polycliniques CNSS	Les affiliés à la CNSS. En plus, les patients porteurs de maladies cancéreuses nécessitant une chimiothérapie (dans ce cas c'est la CNAM qui achète ces médicaments et les mets à la disposition de ses affiliés dans les cliniques de la CNSS)		
APCI : dans le secteur public & privé	Prise en charge intégrale des maladies chroniques 100% du tarif de référence (prix du générique le moins cher)	Prise en charge intégrale dans les structures sanitaires publiques	NA

Tableau 8 : Prise en charge des médicaments pour les assurés CNAM selon la filière

	Filières publiques	Filières privées	Filières de remboursement
Paiement des médicaments	Fournis par les structures publiques sans TM (si disponibles)	Le patient paie le TM (30% de la facture) et le reste est pris en charge par la CNAM, comme suit :	Le patient paie la totalité de la facture puis il sera remboursé plus tard du montant du TM par la CNAM, comme suit :
		100% pour médicament vital du tarif de référence 85% pour médicament de base du tarif de référence 40% médicament intermédiaire du tarif de référence	

Les régimes de couverture offrent un panier de soins unique, défini de manière explicite, théoriquement « généreux ».

Le panier de soins répond théoriquement à des principes d'équité dans l'accès aux soins pour les couverts : accès large et peu coûteux à tous les soins disponibles dans les structures sanitaires publiques aussi bien pour les bénéficiaires de tarifs réduits et gratuité des soins que pour les affiliés de la CNAM. Le cadre légal (convention entre le ministère de la santé et le ministère des affaires sociales : la CNAM avec les prestataires publics et privés) stipule l'exhaustivité de l'offre de soins, mais un rationnement implicite des services existe causé par une insuffisance de l'offre publique (indisponibilité de service, disponibilité irrégulière, insuffisance des médicaments et des dispositifs médicaux...) donnant lieu à de longues listes d'attente (des rendez-vous trop éloignés arrivant parfois jusqu'à 6 mois). Par ailleurs, malgré que le niveau de co-paiement des services de santé reste abordable dans les structures publiques, aussi bien pour les assurés de la CNAM que pour les bénéficiaires des tarifs réduits, les patients supportent des dépenses directes supplémentaires causés par l'achat de médicaments (bien que les prix des médicaments importés soient compensés par la Pharmacie Centrale) et le recours aux soins complémentaires privés à cause de leur indisponibilité dans le secteur public.

Théoriquement le panier de soins devrait être identique pour les bénéficiaires des tarifs réduits et gratuité des soins et les affiliés de la CNAM (filière publique), mais en pratique, il est différencié.

Pour les bénéficiaires des tarifs réduits et gratuité des soins, la prise en charge des soins de santé ne s'étend pas au secteur privé (voir encadré 5).

Encadré 5: Exemples des différences dans l'accès aux soins entre un CNAMiste et un bénéficiaire de tarifs réduits et gratuité des soins

Exemple 1 : un CNAMiste dialysé bénéficie de 3 séances par semaine dans le secteur privé. Alors que le bénéficiaire des tarifs réduits et gratuité des soins, dialysé, dans le secteur public, risque de ne bénéficier que de deux ou même d'une séance par semaine à cause de l'encombrement ou du manque d'équipements (machines de dialyse), de moyens humains ou même à cause de la difficulté d'accès (les centres d'hémodialyse privés disposent de moyens de transport pour faire venir leur patients le matin, ceci n'existe que dans quelques centres publics).

Exemple 2 : si les services ne sont pas disponibles et que le patient est hospitalisé dans une structure publique (affiliés CNAM ou les bénéficiaires de tarifs réduits et gratuité des soins) cette dernière est dans l'obligation de lui garantir les soins nécessaires s'il faut l'envoyer à une autre structure publique de niveau supérieur ou même dans certains cas dans une structure privée (ceci se voit surtout quand il s'agit de cas nécessitant une réanimation néonatale ou pédiatrique surtout vu le manque de lits), (transfert effectué avec un bon de commande du directeur de l'hôpital).

Le panier de soins dans les structures publiques (HR et EPS) reste différencié et donc parfois limité vu que la prestation des soins de certaines pathologies ne sont pas prises en charge par la CNAM dans certaines structures hospitalières tandis qu'elles le sont dans d'autres. En effet, en 2019, il y a eu un élargissement de ce panier de soins à de nouvelles pathologies dans de nouvelles, structures avec de nouveaux forfaits (le montant du forfait à partir des études de coûts), comme listé dans le Tableau 9.

Tableau 9 : Elargissement du panier de soins en 2019

Pathologies	Structures de PEC avant 2019	Structures de PEC à partir de 2019
Leucémie et greffe de moelle osseuse	H. Aziza Othmana	H. Farhat Hached (Sousse), H. Fatouma Bourguiba (Monastir) H. Hedi chaker (Sfax)
- Embolisation et de la trombectomie en neurologie - Traitements des coagulations des anastomoses vasculaires entre les 2 circulations fœtales sous fœtoscopie - Fécondation in vitro	Pas de PEC	H. Aziza Othmana
Maladie d'Alzheimer	Pas de PEC	H. Razi (hôpital du jour)
Détresses respiratoires néonatales par l'utilisation du surfactant	Pas de PEC	Dans tous les services de néonatalogie

Les prestations des soins pour les assurés de la CNAM dans le secteur privé sont limitées à des pathologies sélectives.

Le panier de soins de l'hospitalisation dans le secteur privé est limité par une liste de 54 pathologies qui sont prises en charge selon des tarifs conventionnels arrêtés par la CNAM. Les dépenses d'hospitalisation ne sont pas entièrement prises en charge, le patient doit rajouter un co-paiement considérable surtout en matière d'hôtellerie et de services connexes à l'intervention, ce qui augmente encore plus ses paiements directs. En plus, pour les services ambulatoires la prise en charge annuelle est plafonnée à 300 DT pour l'affilié, en ajoutant 75 DT par membre de famille pour atteindre un plafond maximal de 600 DT pour l'affilié, le conjoint et 3 enfants maximum, un plafond qui a été révisé en 2020 et dont l'application a débuté à partir de janvier 2021, mais reste toujours assez bas et vite atteint devant l'augmentation des prix des médicaments et la rémunération des prestataires.

On constate que le panier de soins couvert par la CNAM ne contient pas les soins préventifs et de promotion de la santé, ce qui mène (indirectement) à des coûts plus élevés.

L'investissement dans la prévention pourrait être très bénéfique et faire économiser beaucoup de dépenses surtout qu'il est démontré que 63% des dépenses courantes de santé sont consommées par le traitement des maladies non transmissibles qui sont évitables moyennant des mesures préventives (exemple : les complications du diabète ou de l'hypertension artérielle...). Ces maladies peuvent être traitées dans les structures de 1ère ligne.

Le système de prise en charge reconnaît des gaspillages de ressources et devient inefficace dans le cas où le parcours de soins n'est pas explicite et le référencement des malades n'est pas respecté.

Les services prestés coûteront plus cher dès lors que les malades recourent à la 2ème ou la 3ème ligne (généralement en contournant l'accès à ces structures en passant par les urgences), alors qu'ils pourraient être pris en charge dans des structures de 1ère ligne dont les coûts des soins sont moins chers.

Malgré les efforts effectués pour faciliter l'accès à l'information et vulgariser le fonctionnement du système d'assurance maladie pour les affiliés (site web CNAM), la complexité du système de remboursement et des co-paiements, restent difficiles à comprendre par l'affilié.

L'affilié est sensé connaître l'étendue du panier de soins, l'évolution de la consommation de son plafond, les tarifs de référence pratiqués lors du remboursement, le montant du co-paiement en cas de soins ambulatoires. Pour les hospitalisations il est sensé également connaître les structures conventionnées et les actes pris en charge par la CNAM, etc. Or, généralement les affiliés ne comprennent pas sur quelle base est effectué leur remboursement et ont tendance à imaginer que toutes leurs factures sont prises en charge à 100% à la hauteur de leur plafond, ce qui n'est pas le cas. Et même en cas de besoin d'explication, il est difficile de trouver l'information à la CNAM.

En effet, la coexistence de deux secteurs public et privé mis en concurrence (Ces secteurs sont soumis à des règles et des missions incompatibles, mission sociale du service public et mission lucrative ou commerciale pour le secteur privé), n'est en faveur, ni du système dans sa globalité (fragmentation du financement) ni du patient (ou assuré) en particulier, qui, malgré une cotisation au même taux (pour les trois filières), bénéficie d'un accès à des prestations différentes et supporte un niveau de co-paiement important (surtout dans le privé).

5. FINANCEMENT ET EVOLUTION DES DEPENSES DE SOINS EN TUNISIE

En se basant sur une analyse contextuelle de l'évolution des dépenses totales de santé et leur mode de financement dans leurs diverses composantes, ce travail se propose de faire une lecture approfondie des principaux indicateurs de santé et de présenter un rapport descriptif des dépenses courantes de santé et leur ventilation par : prestataire de soins, type de service, facteur de prestation et par maladie, dans l'objectif de contribuer à éclairer les décideurs sur les défis auxquels ils auront à faire face pour répondre aux besoins de la population dans un contexte de transitions socioéconomiques, démographiques, épidémiologiques et plus récemment politiques

5.1 .Vue d'ensemble

En Tunisie, les Dépenses Totales de Santé en 2014 s'élèvent à **5715,5 Millions de dinars**, soit une augmentation de 6.6% en dinar courant, par rapport à 2013.

Sur la période 2005 -2010, on observe un accroissement rapide des DTS par habitant en dinar constant (figure 5), favorisé par l'avènement de la caisse unifiée d'assurance maladie pour les assurés sociaux, la CNAM, opérationnelle depuis 2007 : +48% entre 2005 et 2010 contre +14% entre 2010 et 2014.

La consommation des services de santé du tunisien en 2014 a augmenté de 135,4% par rapport à 2005.

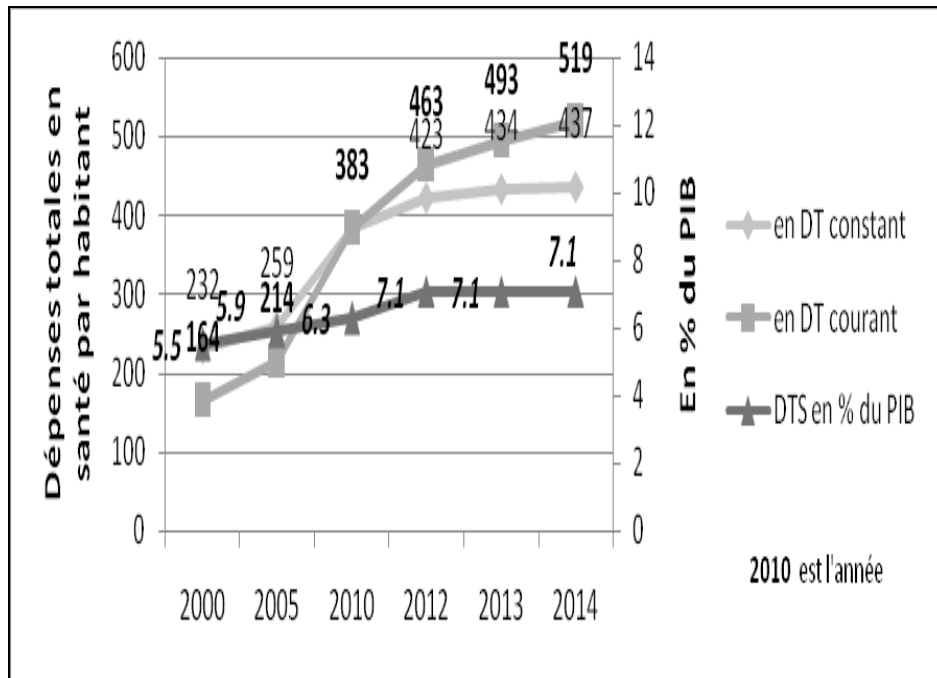
Le tunisien a consommé en 2014 en moyenne pour les services de santé: 519 dinars contre 493 dinars en 2013(+5.4% par rapport à 2013), (Tableau 10).

Tableau 10: Evolution des principaux agrégats 2000 - 2014

Indicateurs	2000	2005	2012	2013	2014
Dépenses Totales de santé (DTS) en MDT	1581,2	2247,3	4985,2	5363,7	5715 ,5
Part DTS/ PIB (%)	5,5	5,9	7,1	7,1	7,1
Dépenses publiques de santé (DGS) en % DTS	52,7	50,6	54,6	58,2	57,3
Sécurité sociale en% des DGS	32,2	45,7	57,8	60,1	56,9
Paiements directs en santé en % des DTS	44,4	42,9	38,2	37,5	36,6
DTS par habitant (en DT)	164,1	214,4	463	493	519

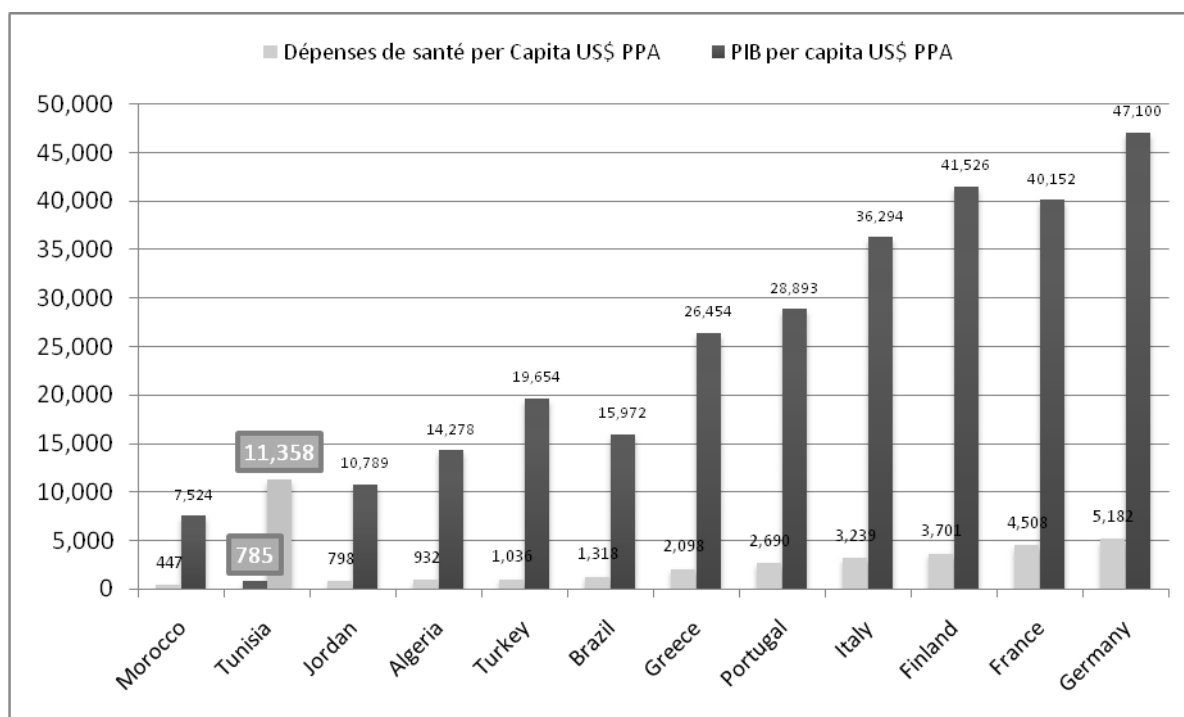
Toutefois, bien que ces dernières années les DTS croissent au rythme du PIB, elles ne gagnent plus de points supplémentaires de pourcentage depuis 2012 (stagnation autour de 7%) ; ceci peut être en relation avec la situation socioéconomique du pays (Ben Abdelaziz A, 2018)

Figure 5: Evolution des DTS par habitant en DT et en % du PIB



En Tunisie, les DTS par habitant en 2014 s'élevaient à 785 US\$ PPA (parité de pouvoir d'achat), elles sont nettement supérieures à celles en vigueur au Maroc, proches de celles de la Jordanie mais encore très inférieures à celles des pays développés (figure 6). Pour la comparaison des niveaux de dépenses entre les pays, les dépenses de santé sont converties dans une monnaie commune et corrigées de la différence de pouvoir d'achat des monnaies nationales. On utilise les parités de pouvoir d'achat pour l'ensemble de l'économie

Figure 6: Dépenses Totales de santé et PIB per capita (US\$ PPA)-2014



(GHED, 2015)

La croissance des dépenses de santé est liée essentiellement aux facteurs du vieillissement de la population, du progrès technique et à la transition épidémiologique.

Ces risques sont bien présents en Tunisie, en raison, de l'évolution démographique et épidémiologie et du mode de vie, ainsi que l'acquisition relativement rapide des nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques, plus efficaces mais aussi plus coûteuses.

En 2014, les dépenses restant à la charge des ménages (paiements directs des ménages³) s'élèvent à 2091,8 Millions de Dinars Tunisiens, ce qui représente 36.6% des DTS (contre 37.5% en 2013 et 44,4% en 2000). Cette amélioration observée, au niveau de la part des paiements directs des ménages coïncide avec la réforme des régimes d'assurance maladie engagée depuis 2007 et pourrait en être la conséquence. Toutefois, on ne pourrait retenir cette conclusion qu'après avoir éliminé le lien avec une éventuelle tendance au renoncement aux soins engendrée par la baisse du pouvoir d'achat qui s'est accru lors de cette période.

Malgré cette tendance à la baisse et quelles qu'en soient les causes, ce taux reste trop élevé, et constitue une menace réelle⁴ de l'appauvrissement des ménages dû à l'accroissement des dépenses de santé. La Tunisie reste loin de la moyenne des pays à revenus similaires où la part des paiements directs ne dépasse pas 28.6% des dépenses totales de santé.

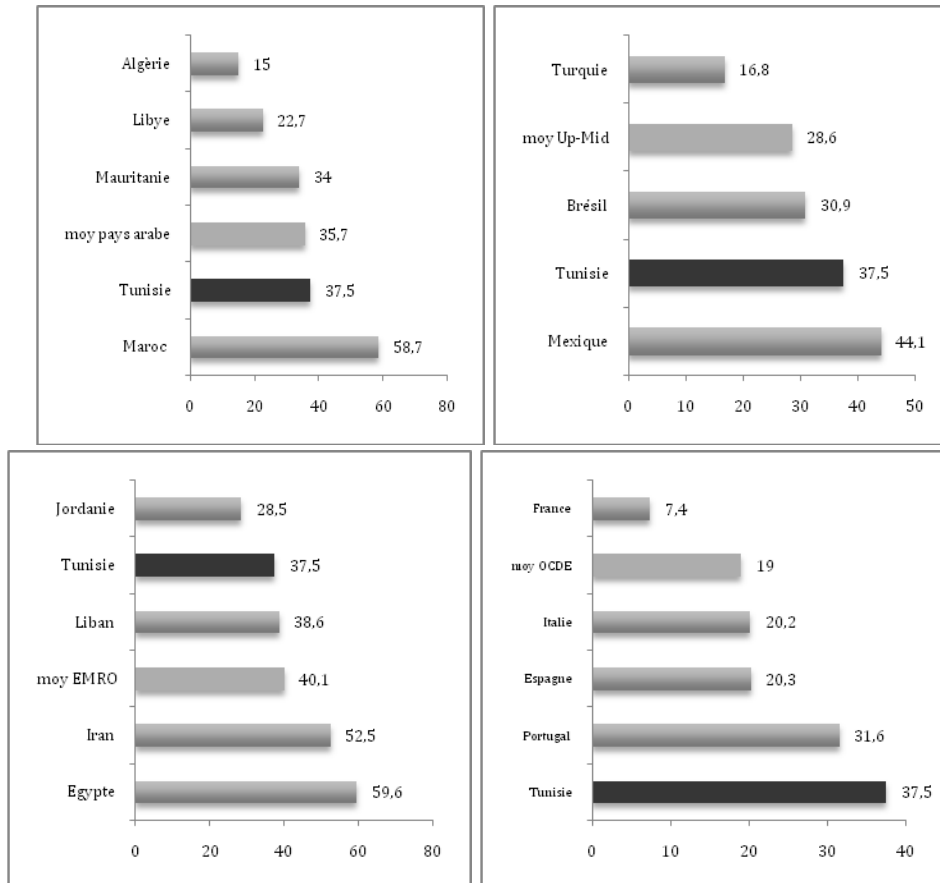
³ En anglais : out of pocket

⁴ Il est démontré que dans les pays où les dépenses directes des ménages dépassent les 20% le risque d'appauvrissement à l'occasion de la maladie est réel.

Dans plusieurs autres pays, les dépenses de santé à la charge des ménages ont fortement diminué ces dernières années, à mesure que davantage de services étaient couverts par des financements publics ou par des assurances privées (figure 7).

En Turquie, par exemple, la place des dépenses des ménages a sensiblement diminué (8 points de pourcentage depuis 2000) en raison de l'extension de la couverture de santé universelle

Figure 7 : Comparaison internationale des paiements directs des ménages en % DTS (2012)



Encadré 6 : Définition - Agrégats généraux

Dépenses Totales de Santé (DTS) : 5715, 5 millions de dinars en 2014

Elle est la somme des dépenses courantes de santé et de la formation brute du capital (investissement). Elle correspond à la somme des dépenses en santé des administrations publiques en santé et des dépenses privées en santé.

C'est le concept commun utilisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Eurostat et l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) pour comparer les dépenses de santé de leurs membres.

Dépenses publiques de santé: 3274,9 millions de dinars(2014)

C'est l'ensemble des versements des administrations centrales (Ministère de la Santé et autres Ministères) et des caisses de sécurité sociale(Tableau10).

Paiements directs des ménages: 2091,8 millions de dinars en 2014

C'est l'ensemble des dépenses supportées directement par les patients lorsque les systèmes de couverture maladie publics et privés ne supportent pas en totalité le coût d'un produit ou d'un service de santé (Tableau10).

Dépenses courantes de santé (DCS) : 5504,9 millions de dinars en 2014

Elles quantifient les ressources économiques dépensées pour les fonctions de santé. Les DCS visent principalement les besoins immédiats de la population et agit par conséquent sur le contrôle des pathologies à travers des mesures curatives et préventives pour le maintien de l'état de santé.

Elles sont à la charge de la Sécurité sociale, les Ministères, les organismes de protection complémentaire (mutuelles et assurances privées) et les ménages.

En 2014 les Dépenses Courantes de Santé¹ représentent 96% des DTS et elles ont augmenté de 6.8% entre 2013 et 2014, (figure 8).

Dépenses pour l'investissement : 210,6 millions de dinars en 2014

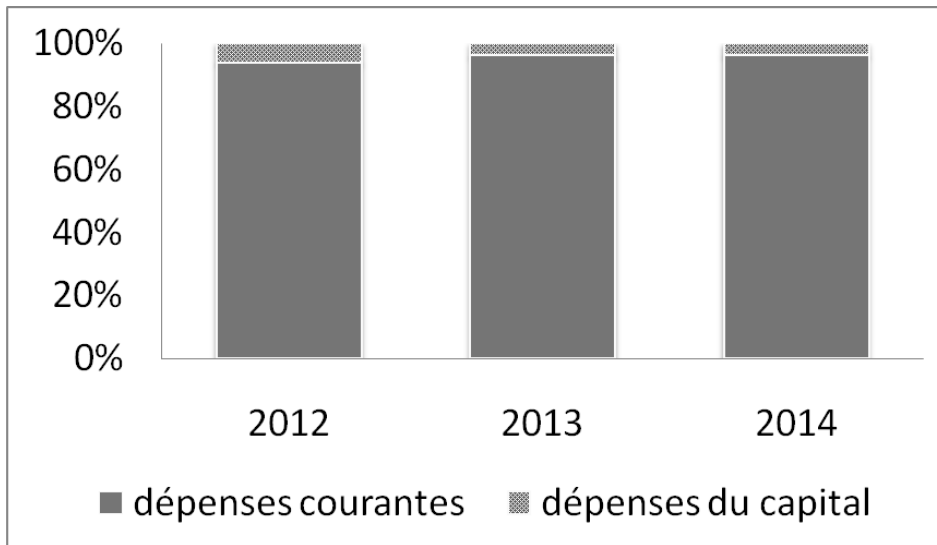
Les dépenses pour l'investissement ou de formation brute de capital dans le système de santé se mesurent par la valeur totale des actifs que les prestataires ont acquis pendant l'exercice fiscal (moins la valeur des ventes d'actifs de même nature) et qui sont utilisés fréquemment ou pendant plus d'une année dans la fourniture des services de santé. Les dépenses pour l'investissement sont liées à la planification.

Les dépenses pour l'investissement ont stagné de 2012 à 2014, (tableau 11).

Tableau 11: Evolution des DTS/DCS/ DC (2012 – 2014)

	Dépenses du capital	Dépenses courantes	Dépenses totales de santé
2012	302,4	4682,8	4985,2
2013	210,4	5153,3	5363,7
2014	210,6	5504,9	5715,5

Figure 8: Répartition des Dépenses totales par nature de dépense

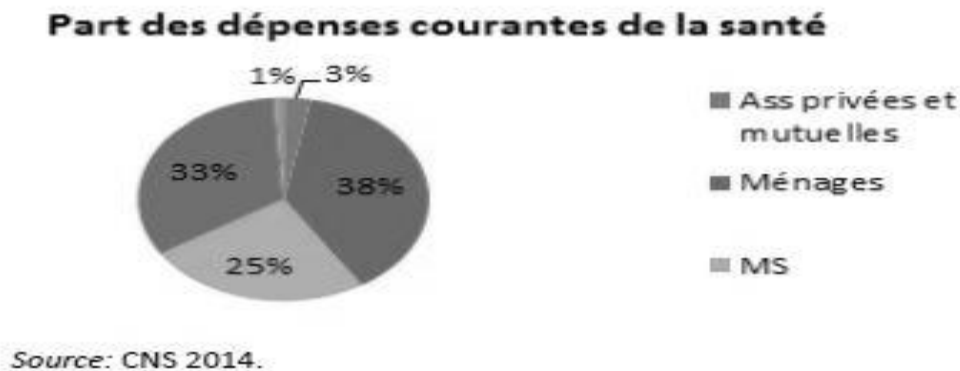


5.2. Financement de la santé en Tunisie

Le financement de la santé est assuré, d'une part, par les prélèvements obligatoires (recette fiscale et cotisation sociale) et d'autre part par les fonds privés (paiements directs des ménages et primes d'assurance privée).

La figure 9 visualise la distribution des DCS. Les dépenses pour l'investissement étant faibles 4% en 2014 et relativement stables de 2012 à 2014, nous allons dans cette étude adopter comme principal dénominateur pour étudier le financement de la santé, les dépenses Courantes de santé qui représentent l'essentiel de la dépense de santé en Tunisie. Dans ce qui suit, l'analyse se fera en termes de dépenses courantes.

Figure 9 : ventilation des DCS par source de financement



5.2.1. Sources de financement des dépenses Courantes de santé

Les services de santé en Tunisie sont financés à la fois par des sources publiques

et privées. Le financement public englobe les recettes fiscales générales du gouvernement et la contribution de la caisse d'assurances maladie (CNAM). Le financement privé comporte essentiellement les paiements directs par les ménages (soit pour la totalité de l'achat des biens et services soit sous la forme de co-paiements), ainsi que diverses formes d'assurances privées.

En 2014, les ménages constituent la principale source de financement des DCS avec une contribution de 38% contre 39% en 2013. Les cotisations d'assurance sociale et les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé) constituent respectivement la deuxième (33%) et la troisième (25%) source de financement des DCS (Tableau 12).

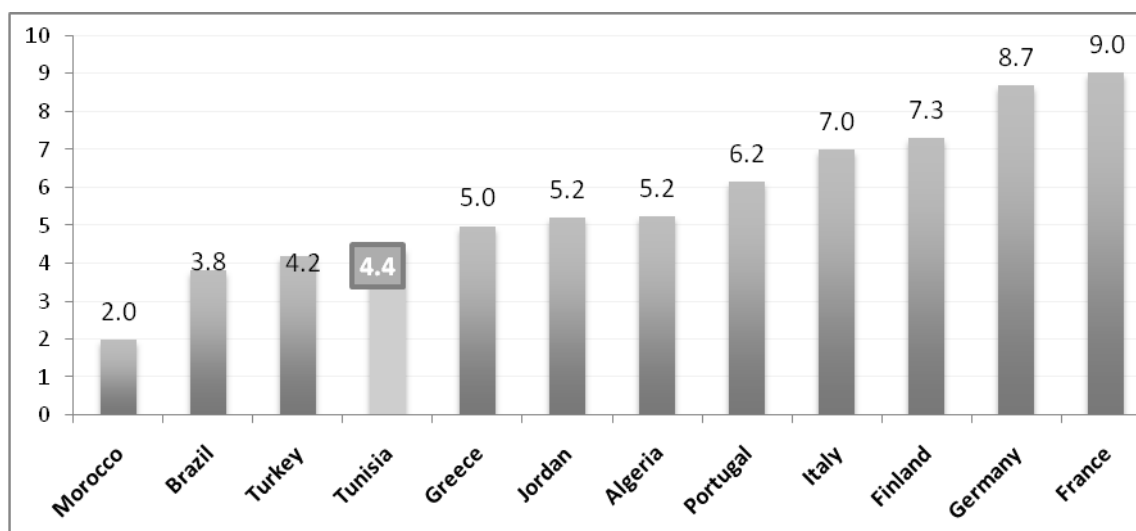
Tableau 12 : sources de financement des DCS (2012 à 2014)

Sources de financements (en MDT)	2012	2013	2014
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	1078,923	1177,013	1365,366
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	4,603	5,333	3,347
Cotisations d'assurance sociale	1568,723	1867,566	1834,813
Prépaiement volontaire*	19,102	20,388	170,941
Revenus venant des ménages	1904,619	2012,709	2092,110
Revenus venant des entreprises	71,913	69,330	38,292
Total des DCS	4647,883	5152,339	5504,869

*En 2012 et 2013, les données obtenues n'étaient pas complètes

Ainsi les dépenses de source publique représentent 58% des DCS, et 4.4% du PIB. Toutefois, ces dépenses de source publique sont insuffisantes pour répondre aux exigences de solidarité et d'équité en comparaison avec les pays similaires ou les pays avec les systèmes de santé performants (figure 10-11).

Figure 10: Dépenses de source publique en % du PIB



(Ayedi I ,2014)

5.2.2. Régimes de financement des dépenses courantes de santé : Qui finance?

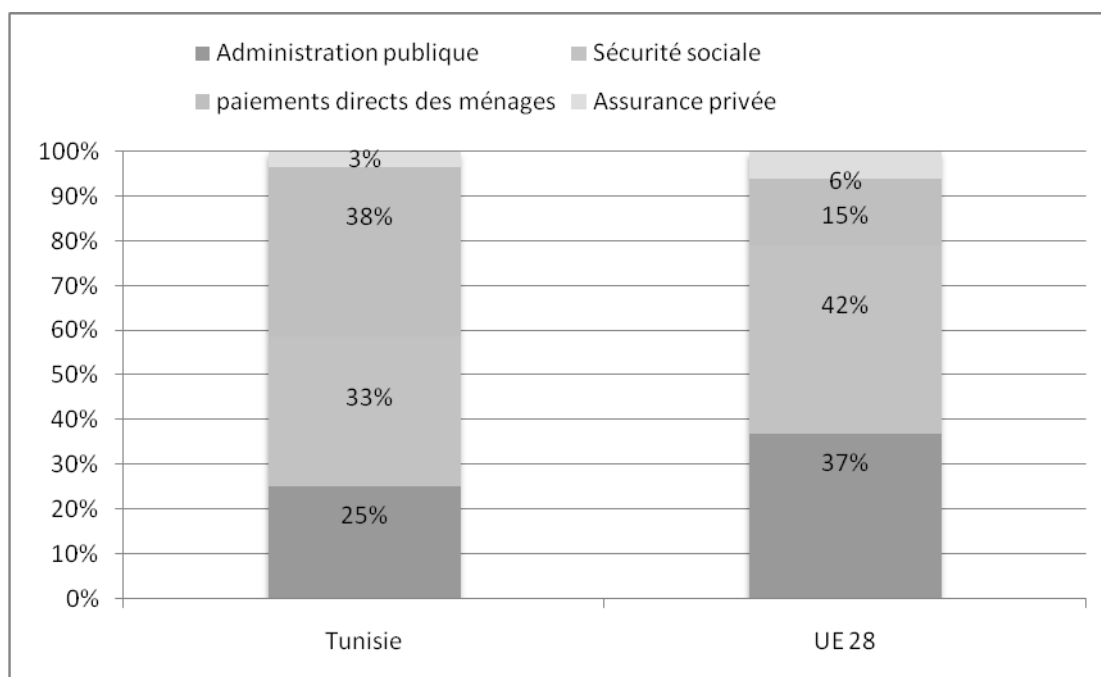
En 2014, 38% des dépenses courantes de santé ont été effectuées au travers des paiements directs des ménages, enregistrant une baisse de 1.1 point du pourcentage par rapport à 2013(tableau 13). Les régimes des contributions obligatoires et d'administration publique ont effectué respectivement 33% et 25% des DCS.

Tableau 13: Régime de financement des DCS (2012 à 2014)

Régimes de financements (<i>en MDT</i>)	2012	2013	2014
Régimes de l'administration publique	1150,811 (24.8%)	1245,876 (24.2%)	1393,392 (25%)
Régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (CNAM)	1573,351 (33.9%)	1873,366 (36.4%)	1835,945 (33%)
Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé*	19,102 (0.4%)	20,388 (0.4%)	183,422 (3.3%)
Paiement direct des ménages	1904,619 (41%)	2012,709 (39.1%)	2092,110 (38%)
Total des DCS	4647,883	5152,339	5504,869

*En 2012 et 2013, les données obtenues n'étaient pas complètes

Figure 11 : Comparaison du niveau de financement des DCS par régime : Tunisie / UE 28 (2014)



les 28 pays de l'Union européenne

Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie et Suède.

Selon des études empiriques, ce niveau des paiements directs des ménages « out of pocket (OOP) » entraîne un risque d'incidence élevé de dépenses catastrophiques⁵, ce qui est une entrave à la protection financière, une dimension importante de la CSU.

5.3. Utilisation des ressources de la santé

5.3.1. Dépenses courantes de santé par prestataires

En 2014, les dépenses de santé auprès des prestataires privés représentent 55% des DCS, enregistrant un accroissement de 1 point du pourcentage par rapport à 2013 (9% en valeur). Tandis que les dépenses auprès des structures du Ministère de la Santé représentent 32% des DCS, enregistrant une augmentation de 6% en valeur par rapport à 2013 (Tableau 14).

⁵ Dépenses en santé sont dites « catastrophiques » quand, pour payer les soins, les malades ou leur ménage doivent s'acquitter d'une participation financière très élevée par rapport à leurs capacités financières. Celle-ci est si importante qu'ils peuvent être amenés à réduire leurs dépenses sur les produits de première nécessité comme la nourriture, les vêtements ou la scolarité de leurs enfants.

Tableau 14: Répartition des DCS par prestataires

<i>(en MDT)</i>	2012	2013	2014
Prestataires relevant du MS	1534,677	1685,677	1783,452
Prestataires relevant d'autres ministères	40,879	30,301	36,032
Prestataires relevant du MAS	301,645	397,018	377,106
Prestataires privés	2522,360	2759,185	3004,264
Reste du monde	13,851	11,529	13,234
Gouvernance du système*	234,471	268,627	290,778
Total des DCS	4647,883	5152,339	5504,867

* Il s'agit des dépenses de l'administration publique (Ministère de la Santé, Ministère de la Défense et CNAM).

En Tunisie, l'offre des services de santé est pluraliste entre un secteur public bien réparti géographiquement mais qui souffre d'importantes déficiences en termes de disponibilité effective de prestations de qualité ; et un secteur privé dynamique et concentré sur les régions côtières du pays. Ce dernier détient 20% de la capacité hospitalière nationale mais il emploie 55% des médecins, 70% des pharmaciens et des médecins dentistes et exploite près de 70% des équipements lourds.

5.3.1.1. Evolution des dépenses des structures relevant du Ministère de la Santé

Les dépenses des structures sanitaires publiques (y compris les rémunérations) représentent plus de 87% des dépenses des structures relevant du MS. Les dépenses des structures⁶ chargées du suivi et de la prestation des programmes collectifs de prévention représentent quant à elles 3% du total des dépenses des structures relevant du MS, enregistrant 0.4 point de pourcentage en augmentation par rapport à 2013 (Tableau 15).

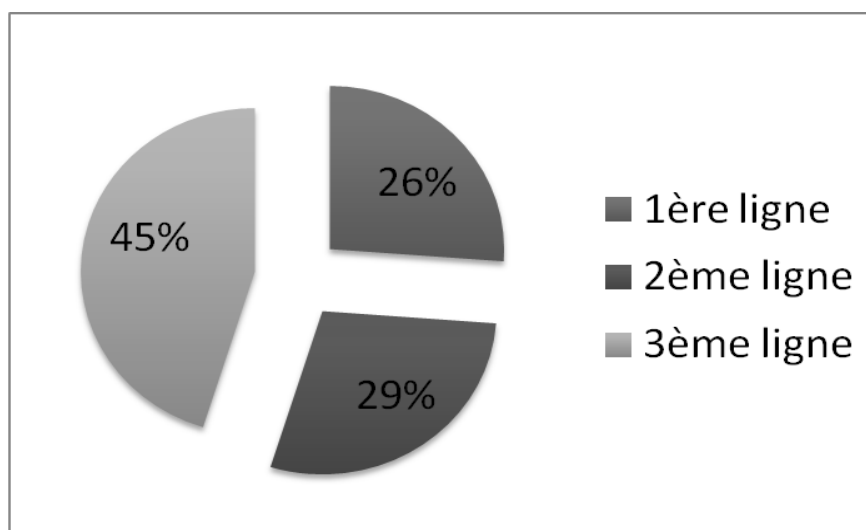
⁶DSSB, ONFP et médecine scolaire

Tableau 15: Evolution des dépenses des structures du MS

(en MDT)	2012	2013	2014
1ère ligne (HC+CSB)	361,18	421,29	445,57
2ème ligne (HR)	344,67	382,88	487,18
3ème ligne⁷	758,48	818,29	763,67
DSSB /ONFP/médecine scolaire	49,04	43,26	53,58
Clinique dentaire	4,43	nd	4,94
Centre Jbel Ouest	2,82	3,61	4,95
Institut pasteur	20,86	22,32	19,93
Banques de sang	9,65	3,82	10,80
Gouvernance du système⁸	122,81	128,10	149,19
Total des dépenses des structures relevant du MS	1670,56	1829,34	1939,79

Pour les dépenses réalisées au niveau des structures sanitaires publiques, elles sont essentiellement générées par la 3ème ligne (45%) comparées à la 2ème ligne (29%) et la 1ère ligne (26%) (figure 12).

Figure 12 : Répartition des dépenses dans les structures sanitaires publiques



⁷Nous considérons comme 3^{ème} ligne : les hôpitaux généraux, les hôpitaux et instituts spécialisés. L'hôpital Taha Sfar Mahdia est comptabilisé dans la 3^{ème} ligne.

⁸Sont regroupés dans la « gouvernance du système » : ANCSEP, INAsanté, Observatoire des nouvelles maladies émergentes, Centre de Pharmacovigilance, CIMSP, CETMBH, LNCM, CNPTO et la Direction Centrale du MS.

Le financement des structures sanitaires de la 1^{ère} ligne est assuré par une subvention du budget de l'Etat et des ressources propres en provenance des ménages. Toutefois, il y a lieu de signaler que certains centres de santé de base demeurent gérés par des hôpitaux régionaux sans identification de leurs frais de fonctionnement et sans obtenir en conséquence une subvention du budget de l'Etat.

La CNAM intervient dans la prise en charge des frais de soins en 1^{ère} ligne selon deux modes principaux : le versement d'une enveloppe annuelle forfaitaire de 85MD au trésor de l'Etat qui la ventile en fonction de ses besoins propres et la réinjecte sous forme de subvention et le versement annuel de compléments convenus avec le MS, réservés le plus souvent à l'achat de médicaments pour les maladies chroniques, destinés aux structures de première ligne.

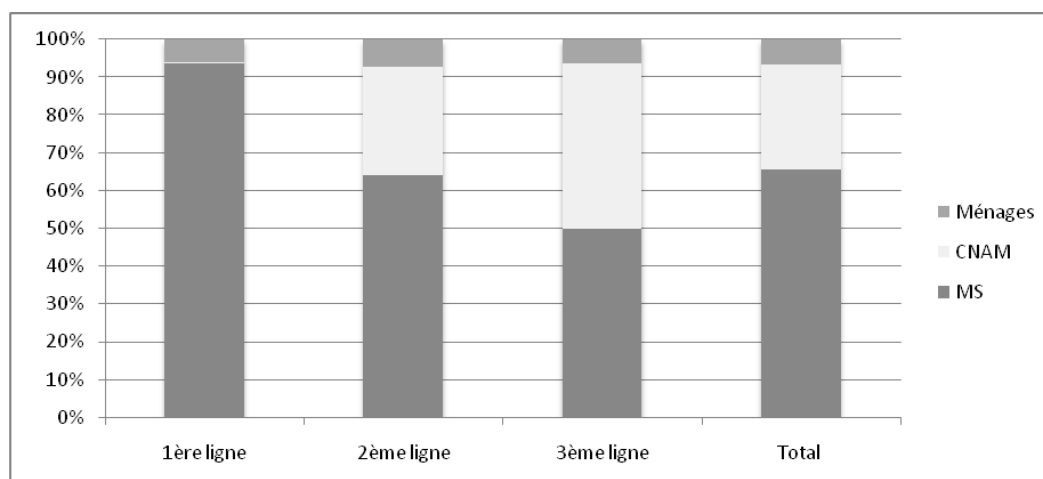
Le financement des structures sanitaires (HR et EPS) est caractérisé par un système de sources croisées : les rémunérations du personnel supportés par le budget du MS (source fiscale dédiée essentiellement aux salaires), la contribution de la CNAM et les ressources propres en provenance des ménages.

En 2014, le budget du MS supporte 65.5% du total des dépenses des structures sanitaires publiques, suivi par la CNAM et les paiements des ménages respectivement de 27.9% et 6.6%. Ce financement mixte est différent d'un niveau à un autre comme le montre le tableau 16. Au niveau des SSP de la 1^{ère} ligne, le MS supporte plus de 93% des dépenses au niveau de ces structures. Pour la 2^{ème} et la 3^{ème} ligne, sa part est respectivement de 64% et 50% (figure 13).

Tableau 16: Evolution des dépenses des structures sanitaires par régimes de financement

<i>(en MDT)</i>	2012			2013			2014		
	MS	CNAM	Ménages	MS	CNAM	Ménages	MS	CNAM	Ménages
1ère ligne	316,83	7,58	36,77	345,93	0,19	75,17	418,26	0,28	27,02
2ème ligne	204,60	111,20	28,86	236,96	114,80	31,11	311,77	139,91	35,51
3ème ligne	382,31	318,57	54,78	420,77	340,26	57,26	381,87	333,11	48,71

Figure 13: Financement des Structures Sanitaires Publiques 2014



*La contribution de la CNAM de 85MD pour la 1^{ère} ligne n'est pas individualisée

5.3.1.2. Evolution des dépenses de la CNAM par prestataires

En 2014, la CNAM finance 33% des DCS. Les prestataires privés bénéficient 63% des dépenses de la CNAM (hors frais de gestion et des dépenses au niveau des structures de soins ambulatoires « policliniques » de la CNSS), enregistrant 1 point de pourcentage de plus qu'en 2013. Seuls les affiliés à la filière privée (médecine de famille) et au système de remboursement ont accès aux prestataires privés, ils représentent 38% du total des affiliés de la CNAM.

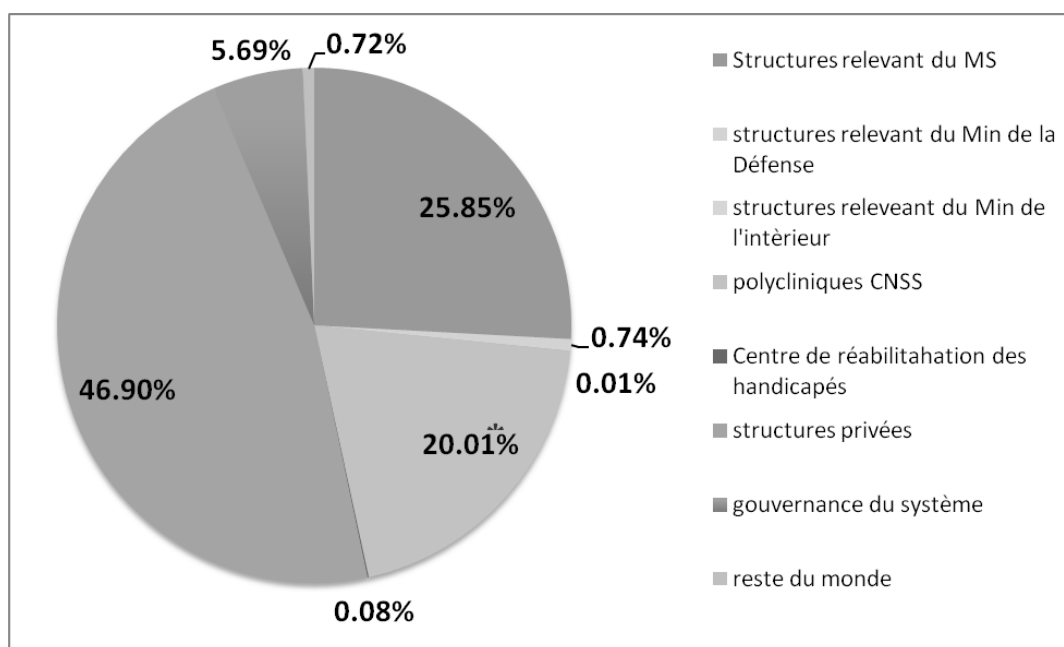
La figure 14 montre qu'au niveau des six policliniques de la CNSS, 79% des dépenses de la CNAM sont réservées aux médicaments spécifiques⁹ dont bénéficient la totalité des affiliés et des ayants droit de la CNAM (tableau 17).

⁹Il s'agit des médicaments onéreux, tels que les médicaments anti cancéreux 13.23

Tableau 17: Dépenses de la CNAM par prestataires

<i>(en MDT)</i>	2012	2013	2014
Structures Sanitaires Publiques	441,44	464,32	474,53
Structures relevant des autres ministères	Nd	Nd	13,76
Prestataires Privés	720,68	889,83 ¹⁰	862,57
polycliniques CNSS (y compris médicaments spécifiques)	301,64	397,02 ¹¹	367,40
Centre de réhabilitation des handicapés	Nd	Nd	1,54
Soins à l'étranger	13,85	11,53	13,23
Gouvernance du système (frais de gestion)	95,74	110,67	104,55
Total du financement de la CNAM	1573,35	1873,37	1836,05

Figure 14: Répartition des dépenses de la CNAM par prestataire (2014)



* Dont 79% de ces dépenses sont allouées aux médicaments spécifiques

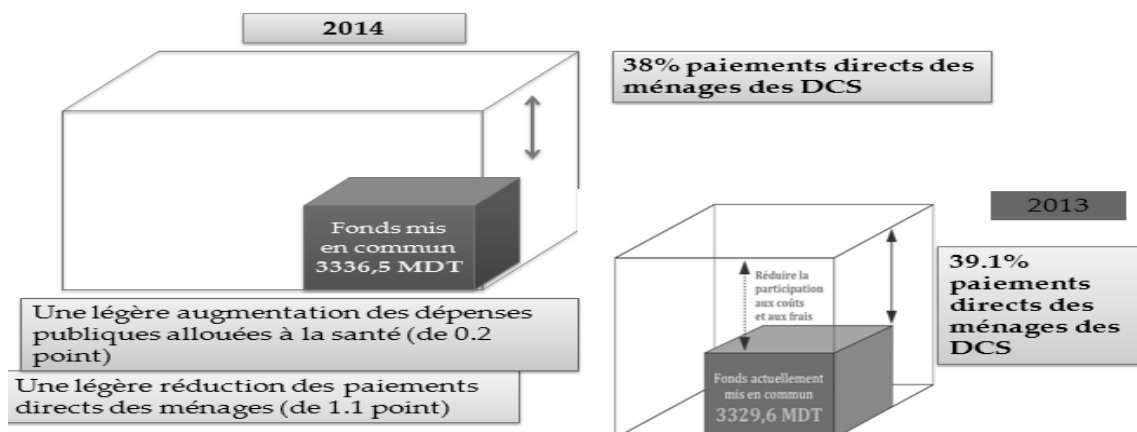
¹⁰ Les données du secteur privé sont estimées selon la méthodologie expliquée en annexe. Les données manquantes des assurances privées et mutuelles sont à l'origine de la variation des valeurs entre 2013 et 2014.

¹¹ Les dépenses comptabilisées au niveau des polycliniques CNSS comprennent essentiellement les « médicaments spécifiques » et les autres dépenses de soins réalisés dans ces structures.

5.3.1.3. Evolution des dépenses restant à la charge des ménages par prestataires

En 2014, 94% des dépenses restant à la charge des ménages (paiements directs des ménages) sont orientées vers les prestataires privés, enregistrant une augmentation de 2.6 point du pourcentage par rapport à 2013, un petit pas sur le chemin de la couverture sanitaire universelle (Figure 15).

Figure 15 : Où on est sur le chemin de la CSU?



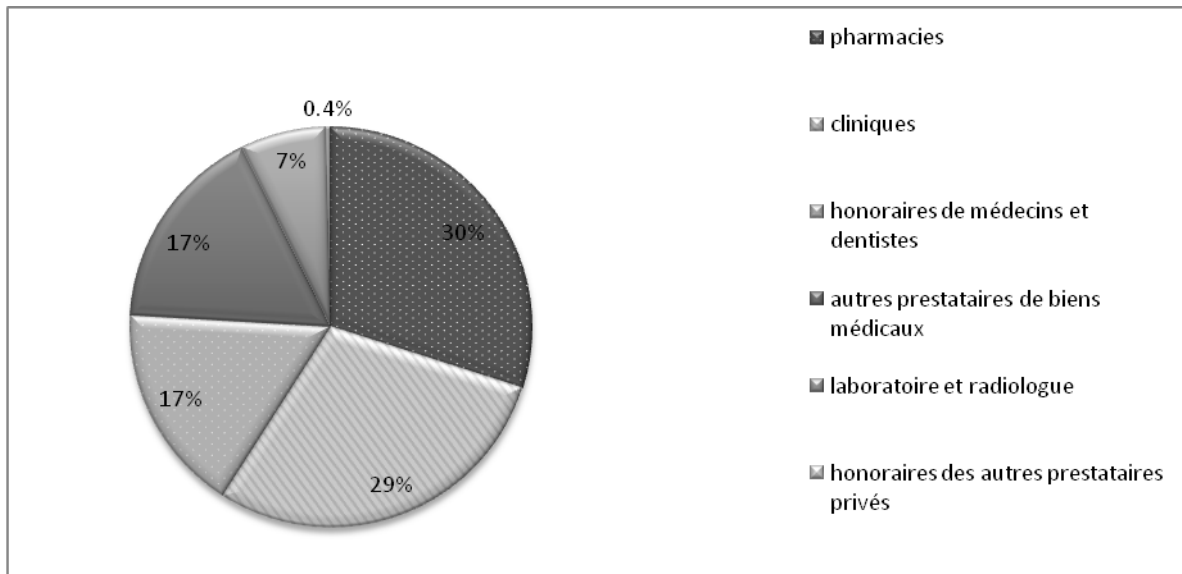
Les prestataires publics et parapublics ne perçoivent que 6% des paiements directs de ménages sous forme de ticket modérateur pour les AMG2 et les affiliés de la CNAM et la totalité des frais pour les payants (Tableau 18).

Tableau 18: Evolution des dépenses des ménages par prestataires

(en MDT)	2012	2013	2014
Prestataires publics et parapublics	130,91 (7%)	171,81 (9%)	125,11 (6%)
Prestataires privés	1 773,71 (93%)	1 840,90 (91%)	1966,99 (94%)
Total des dépenses restant à la charge des ménages	1904,61	2012,70	2092,11

Les officines privées (pharmacies) constituent le premier prestataire privé avec 30% des paiements directs des ménages suivis par les cliniques avec 29%. Les honoraires des prestataires privés (médecins, dentistes, kinésithérapeutes, etc.) représentent 17.4% des paiements directs des ménages (Figure 16).

Figure 16: Paiements directs des ménages par prestataires privés (2014)



5.3.2. Dépenses courantes de santé par types de services

Les dépenses courantes de santé englobent les soins personnels (soins curatifs, de réadaptation, de longue durée, services auxiliaires et produits médicaux) et les services collectifs (de santé publique et d'administration de la santé).

Les dépenses au titre des différents types de produits et de services de santé sont influencées par toute une série de facteurs : les contraintes du système de santé comme l'accès aux lits d'hôpitaux, au personnel médical et aux nouvelles technologies, les dispositifs financiers et institutionnels pour l'offre de soins de santé mais aussi les orientations cliniques nationales et le poids de la maladie dans un pays.

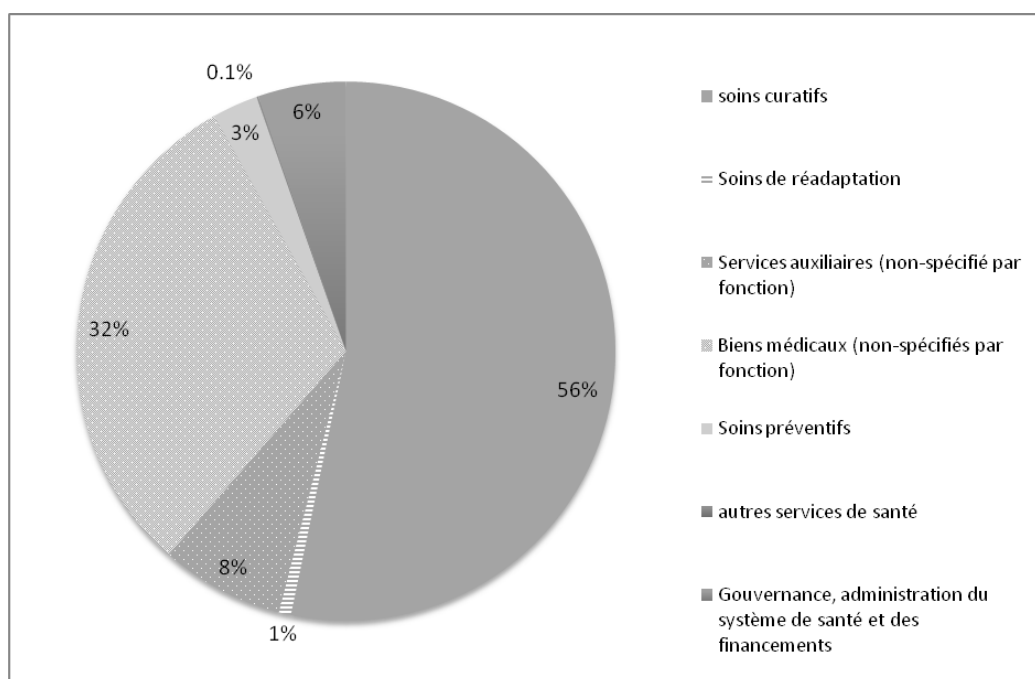
Les dépenses pour les soins curatifs représentent 53% des DCS, suivi par 30% pour les biens médicaux (produits pharmaceutiques, prothèses, etc.). Les dépenses pour les soins de réadaptation sont de l'ordre de 1%, ce qui traduit un faible niveau de l'offre de ces soins. Les services collectifs, comme les programmes de santé publique, la prévention¹² et les dépenses d'administration représentent 8% (Tableau 19 et Figure 17).

¹²Qu'on a pu individualiser

Tableau 19: Evolution des Dépenses Courantes de santé par services (2012-2014)

(en MDT)	2012	2013	2014
Soins curatifs	2497	2750	2933
Soins de réadaptation	34	48	40
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	346	391	407
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)¹³	1426	1562	1675
Soins préventifs¹⁷	129	131	151
Autres services de santé	nd	nd	5
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	214	268	290
Total des DCS	4648	5152	5505

Figure 17: Répartition des DCS par services de santé (2014)

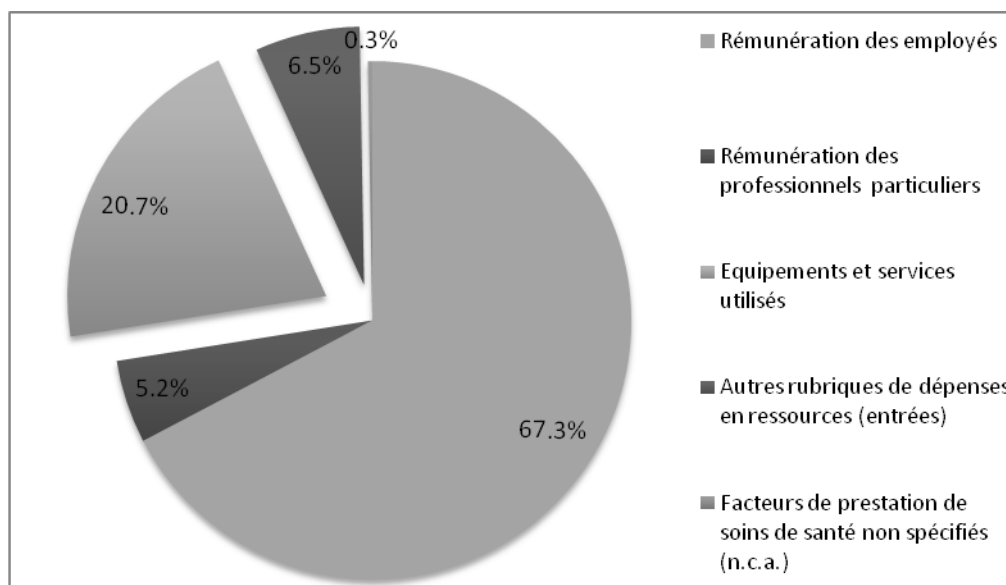


¹³Les produits pharmaceutiques consommés en milieu hospitalier ne sont pas comptabilisés ici mais en soins curatifs.

5.3.3. Dépenses courantes de santé par facteurs de prestation

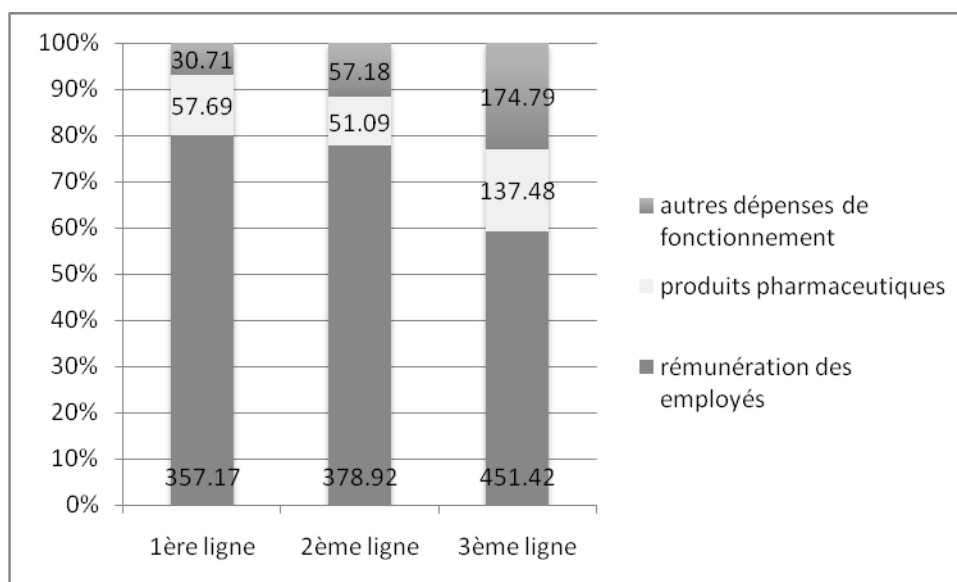
En ventilant les DCS par facteurs de prestation (Figure 18), les rémunérations représentent 72.5% de ces dépenses, suivi par les dépenses pour les équipements (y compris les produits pharmaceutiques en milieu hospitalier).

Figure 18: Répartition des DCS par facteurs de prestation (2014)



Pour l'analyse, nous nous intéressons à la répartition des DCS pour les structures sanitaires publiques par facteurs de prestation. La rémunération des employés constitue le facteur de prestation le plus important avec 70% du total des dépenses au niveau de ces structures. Ces dépenses liées aux rémunérations sont plus importantes au niveau de la 1^{ère} ligne (80.2%) et 2^{ème} ligne (77.8%) contre 59.1% au niveau de la 3^{ème} ligne (Figure19).

Figure 19: Distribution des dépenses au niveau des SSP par facteur de prestations (2014)



5.3.4. Dépenses courantes de santé par maladies

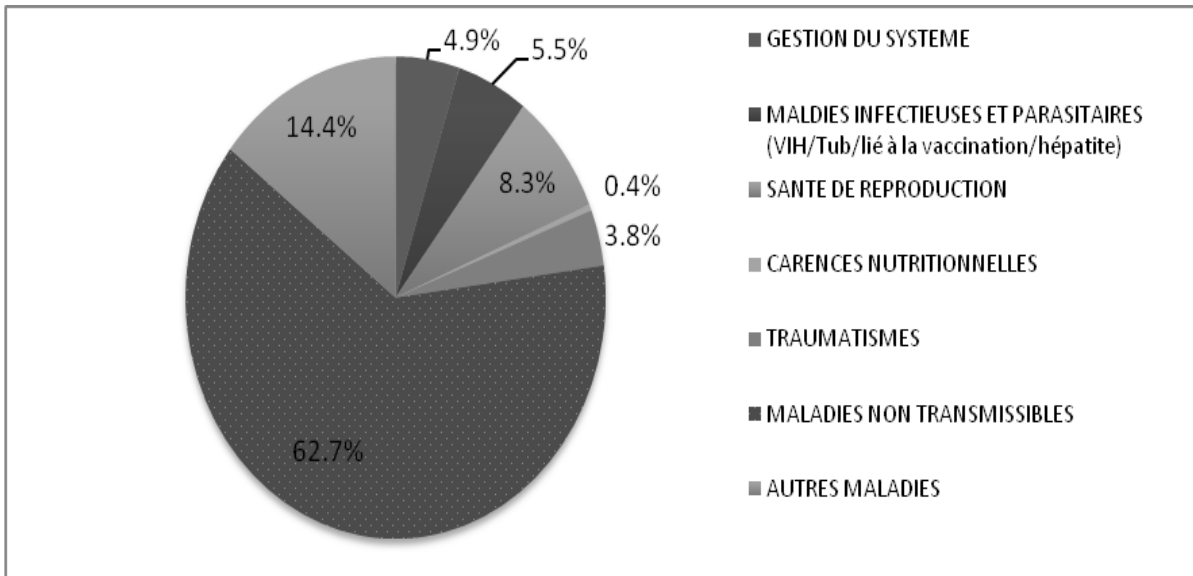
Il est important de ventiler les dépenses de soins de santé par catégorie ou groupe de maladie afin de fournir un éclairage utile aux responsables des politiques de santé sur l'affectation des ressources au sein du système. Ces informations peuvent contribuer à l'évaluation de l'impact qu'ont eu, et que pourraient avoir à l'avenir, le vieillissement des populations et l'évolution du profil des maladies en matière de dépenses.

Pour l'exercice 2014, une attention particulière¹⁴ a été donnée pour la distribution des DCS par maladies. Une amélioration des résultats est constatée puisque seulement 14.4% des dépenses ne sont pas classées par maladies et ceci est conforme au seuil de qualité préconisé par l'OMS de l'ordre de 15%.

Les dépenses pour les maladies non transmissibles, avec 63%, constituent le premier poste des DCS (Figure20).

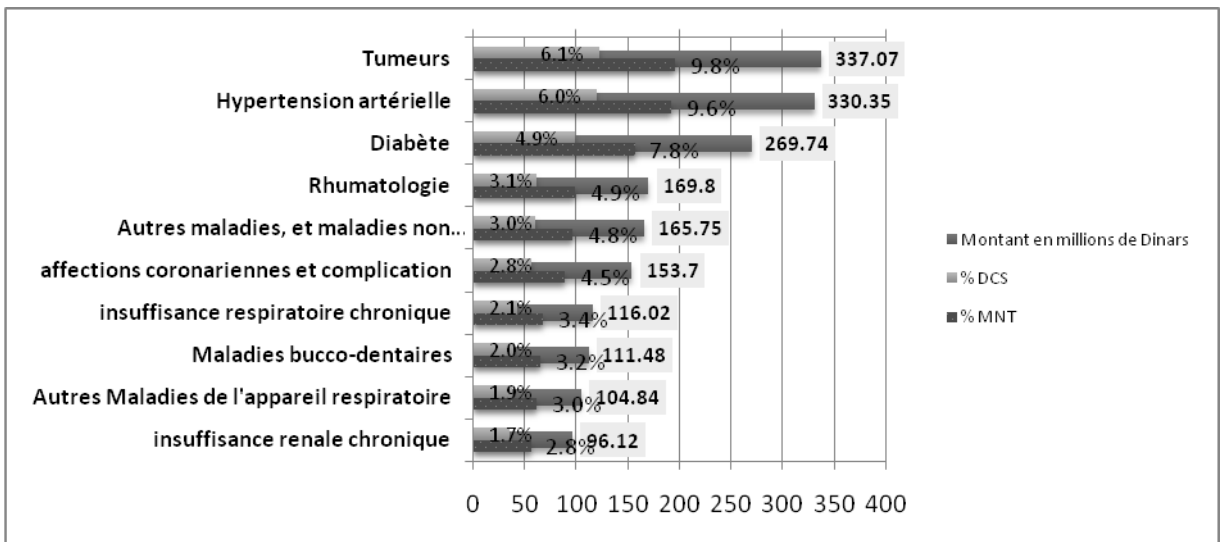
¹⁴Pour les exercices 2012 et 2013, la collecte de données était insuffisante et limitée par le temps de réalisation des exercices.

Figure 20: Distribution des Dépenses courantes de santé par maladies (2014)



Les 10 maladies les plus « budgétivores » (Figure 21) représentent 54% des dépenses pour les MNT et 36% des DCS.

Figure 21: Top 10 des maladies les plus "budgétivores" (2014)



La prévalence élevée dans la population de plus de 15 ans, de l'hypertension artérielle (28.7%) et du diabète (15.5%) explique le rang de ces maladies dans le trio des top dépenses (THES, 2016). Le premier rang des tumeurs dont la prévalence est beaucoup plus faible s'explique par les coûts élevés de la prise en charge.

6. ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

Au cours des dernières années, en conséquence de la transition épidémiologique et démographique, de la diversification des schémas d'offre de soins et des avancements des technologies médicales diagnostiques et thérapeutiques, la question du financement de soins de santé est devenue une thématique prioritaire de la réforme des systèmes de santé en quête de leur chemin vers la couverture sanitaire universelle (CSU).

Rappelons que la CSU consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers.

La croissance des dépenses de santé est un phénomène qui pose des problèmes récurrents de financement dans tous les pays du monde.

Il faut rappeler que tout au long d'un demi-siècle de gestion du système de santé tunisien, la question du financement des soins a été souvent peu étudiée, rarement évoquée et mal ressentie.

En Tunisie, le problème de la croissance des dépenses de santé dérive !!! une inquiétude de grande ampleur. Donc, la maîtrise de cette évolution est devenue un enjeu majeur de politique de santé pour les décideurs

Ainsi, en Tunisie, la création de la CNAM a été menée pour faire face à l'augmentation des dépenses de santé qui était inquiétante à double titre ; d'une part en raison d'un rythme qui laissait craindre une véritable explosion de ces dépenses dans le futur proche et l'apparence des déficits récurrents pour les caisses de la sécurité sociale et d'autre part, par le fait que cette augmentation se faisait principalement au dépend des dépenses des ménages.

A la fin de la première décennie post réforme certes les acquis du système de couverture du risque maladie en Tunisie sont notables (couverture légale pour la majorité de la population active et ses ayants droit complétée par un programme d'assistance médicale pour la population pauvre et vulnérable), mais les questions et défis liés à l'équité, à l'extension de la couverture et à l'efficacité restent encore présentes et celles relatives à la pérennité du système de financement de la santé et de l'équilibre de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) deviennent de plus en plus aigues ;

Les chiffres, les tableaux et les graphiques présentés dans notre rapport décèlent plusieurs réalités et de multiples défaillances et une lecture critique nous laisse pré-dire que plusieurs facteurs ont contribué à cet état et la crise actuelle du financement des dépenses de santé s'accroît de manière très forte devant :

- ✓ la croissance des dépenses de santé qui devient plus rapide que celle de l'économie. La prise des mesures pour modérer cette hausse des dépenses

de santé est devenue inévitable voire primordiale devant l'accroissement soutenu des Dépenses Totales en Santé (DTS) par habitant et par an sur la période 2000-2014. Ainsi que l'absence de décélération prévisible des DTS au vu de la transition démographique et épidémiologique de la population, d'une part et l'organisation actuelle du système de santé d'autre part.

- ✓ L'Insuffisance du financement public en santé malgré l'introduction de la CNAM. En 2014, les dépenses publiques de santé représentent 4.4% du PIB et 58% des dépenses totales de santé (50.6% en 2005).

- ✓ Le caractère pluraliste de notre système de santé avec un secteur public prépondérant bien réparti géographiquement dans le pays mais déficient en termes de disponibilité effective avec des défaillances au niveau des 3 lignes :

- une 1ère ligne bien répartie dans le pays, mais avec des problèmes de disponibilité dans le public : (En 2015, moins de 20% des CSB assurent des consultations médicales quotidiennes)

- une 2ème ligne publique déficitaire avec un problème de fonctionnalité du plateau technique et de disponibilité des médecins spécialistes. La répartition des médecins spécialistes est très inégalitaire entre les grandes villes du littoral et le reste des pays. Un programme d'appui aux régions a été mis en place pour assurer la disponibilité effective pour le court terme des soins spécialisés dans les hôpitaux régionaux.

- Une 3ème ligne publique encombrée, déficiente en qualité de prestations et très inégalement répartie dans le pays.

- ✓ un secteur privé dynamique en plein essor tirant profit des déficiences du secteur public et essentiellement concentré dans les régions à forte demande mais avec des problèmes d'accessibilité: les médecins généralistes dans le secteur privé sont plus disponibles mais leur densité est faible dans les régions rurales

- ✓ l'importance des paiements directs des ménages dans les DTS malgré une baisse modérée depuis 2005.

L'état des lieux sus décrit appelle à une réforme profonde du financement du système de santé tunisien, conçue et élaborée dans un cadre participatif et inclusif de toutes les parties prenantes, en synergie avec les autres piliers du système. En l'absence de cette réforme, le système actuel ne permettra pas d'évoluer vers la couverture sanitaire universelle (CSU), bien au contraire, on court le risque d'aggraver les inefficiences ainsi que les disparités régionales et sociales et générer ainsi des tensions dans l'exercice du droit à la santé.

Toute réforme doit se décliner, sur la base d'une vision précise, par des objectifs et des stratégies, en jugeant les opportunités et les risques de son implémentation.

Dans la perspective de la CSU, cette stratégie universellement promue et soutenue pour assurer l'exercice effectif du droit à la santé dans le cadre de la réalisation des objectifs de développement durable tout en respectant les dimensions de solidarité, d'équité et d'efficacité sont effectivement prises en compte dans la stratégie de réforme du financement de la santé tant au niveau de l'organisation que de la mise en œuvre, maximisant ainsi les chances de réalisation effective de la CSU et minimisant les risques de la sous et sur médicalisation.

A la fin de notre analyse on souhaite proposer un certain nombre d'orientations pour mener à bien la réforme. La réalisation des programmes et activités des leviers et portes d'entrée présentées dans cette note nécessite un financement supplémentaire de la part du budget de l'État, de la CNAM, des autorités locales et éventuellement des bailleurs de fonds internationaux. Un tel financement traduira de manière concrète l'engagement des décideurs dans la réalisation de la santé familiale de proximité.

6.1. Œuvrer pour un seul mode de financement avec une première ligne unifiée (public-privé)

Rappelons que le financement de la première ligne publique est assurée essentiellement par le budget de l'État et que la première ligne privée est payée à l'acte dont une partie est prise en charge par la CNAM et le reste par les patients. L'objectif à terme et après une longue période d'adaptation est de parvenir à un mode de financement unique selon qu'il s'agisse du privé ou du public.

Il est impossible d'envisager d'emblée un mode unifié de financement de la première ligne en raison de l'attachement des organisations professionnelles des médecins privés au paiement à l'acte. Au moment de la réforme de l'assurance maladie qui a abouti à la création de la CNAM en 2004, le paiement par capitation a été envisagé pour la filière dite du médecin de famille. Cette proposition a été refusée catégoriquement par le syndicat des médecins de libre pratique.

Il faut, par conséquent procéder par étapes. Dans une première étape, et dans la perspective de l'utilisation des fonds publics pour mettre en place des mécanismes incitatifs visant à améliorer la prise en charge des patients et à favoriser la réalisation d'objectifs de santé publique, le système de rémunération des médecins et autres professionnels devra évoluer de la manière suivante :

- dans le public, instaurer, à côté d'une rémunération fixe, une rémunération variable basée sur la capitation, sur la qualité de la prise en charge et sur des objectifs de santé publique.

- dans le privé, instaurer à côté de la rémunération actuelle à l'acte, une rémunération basée sur l'adoption des programmes nationaux, sur des objectifs de rationalisation des prescriptions et plus généralement sur des objectifs de santé publique. De

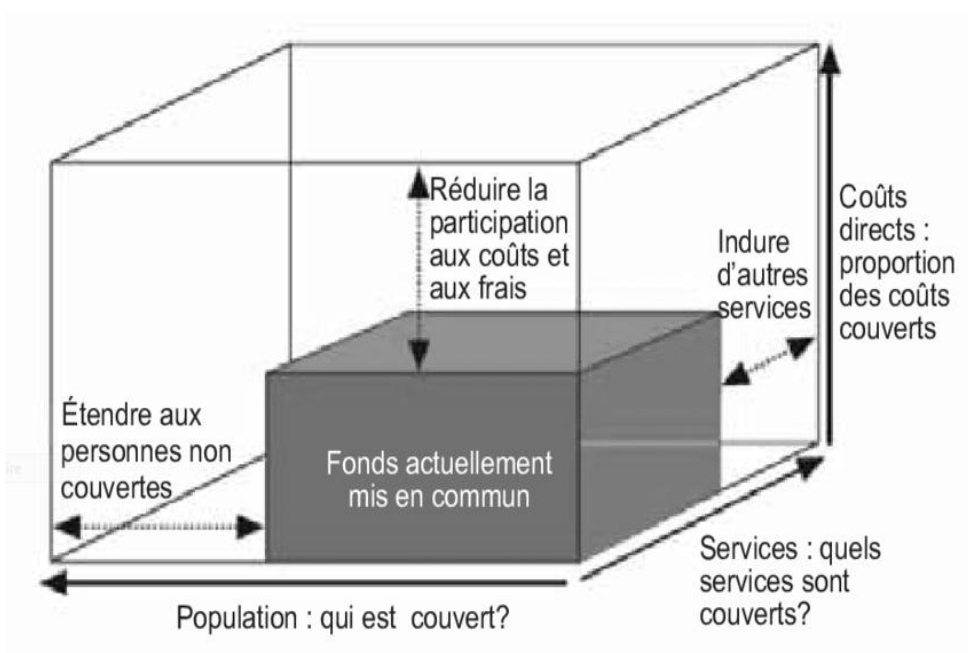
telles mesures permettent de rapprocher le mode de financement des 2 composantes de la première ligne et de préparer le terrain à un mode de financement unifié.

6.2. Œuvrer pour une couverture santé universelle : CSU :

La CSU ne doit pas être réduite à la seule dimension de protection financière : la définition intègre aussi les dimensions d'accès équitable à des services de qualité et efficaces. Elle vise, à travers la mise en commun des fonds prépayés consacrés aux soins à :

- étendre la protection aux personnes non couvertes,
- inclure d'autres services en sus de ceux qui sont couverts
- et réduire la participation directe aux coûts et aux frais.

Elargir la Couverture Santé obligatoire de la CNAM à la population toute entière, indépendamment du statut social, de la profession et de la résidence de chaque tunisien avec une participation aux programmes nationaux de prévention «Caisse Nationale d'Assurance Santé».



Les experts de l'ATDDS (ATDDS, 2016) ont plaidé pour « une réforme majeure de la CNAM visant à mettre en œuvre un système de couverture santé universelle ».

Quant aux académiciens, ils rappellent tous les acteurs que « l'enjeu est au final important, c'est assurer la pérennité du système d'assurance maladie pour la génération actuelle, mais surtout pour les générations futures » (INS, 2014).

le véritable défi serait d'assurer le bon équilibre entre ces deux exigences

Ceci dit il est évident que la mise en œuvre de cette approche devra être progressive et sera basée sur les orientations identifiées au sein du Socle National de Protection Sociale.

6.2.1. premier axe CSU: Quelle population est couverte?

Objectif = étendre la couverture au maximum de la population non couverte

- Partant du principe d'équité auquel appelle la CSU, il serait pertinent **d'unifier les filières de soins en une seule et même filière accessible à tous.**

Le dialogue sociétal (ministère de la santé, 2014) a lancé un appel pour « Instaurer une filière unique qui garantit l'accès universel aux structures sanitaires publiques et gérer ou intégrer l'AMG (Assurance Médicale Gratuite) par/dans la CNAM ».

- **Réduire les déséquilibres entre les régions en ciblant particulièrement les zones de l'ouest et du sud dans l'optique d'une harmonisation de la carte sanitaire:**

Cette dernière doit englober non seulement les infrastructures et les équipements mais certainement tous ce qui assure leur bonne activité et leur efficacité à savoir le personnel compétent et permanent, les moyens financiers de fonctionnement de ces structures.

Toutefois, ceci exige une maîtrise et une bonne connaissance de l'état des lieux actuel: un inventaire exhaustif et méticuleux de l'infrastructure et des équipements existants (nombre, fonctionnalité, amortissement, répartition,...), une connaissance des besoins réels et effectifs des régions... D'où l'impérativité de développer notre système d'information en matière de santé.

6.2.2. Deuxième axe de la CSU: Quelle proportion est couverte?

Objectif = réduire la participation des ménages aux coûts et aux frais

- il faudra revisiter la performance des régimes actuels de protection sociale de la CNAM, vers une meilleure efficacité: (i) réviser les prestations offertes pour une meilleure attractivité, (ii) affilier tous les assujettis et (iii) garantir une meilleure efficacité du recouvrement.

- il faut penser à mobiliser des ressources supplémentaires au profit de la santé pour garantir la solidarité et épargner les ménages des dépenses supérieures au seuil **de 20%** (risque d'appauvrissement).

Il faut consolider les fonds publics alloués aux ressources financières pour les soins, en améliorant et en diversifiant les paiements préalables: impôts, cotisations et contributions des fondations (Mohamed Hsairi, 2021). Si la plupart des parties prenantes s'accordent sur

l'insuffisance des ressources actuellement mobilisées pour la santé, il n'en demeure pas moins impératif de revisiter l'usage actuel qui est fait des ressources disponibles afin de détecter toutes les inefficiences et de prévoir les mesures correctives nécessaires. Cette revue concernera aussi bien la CNAM que les départements ministériels concernés ainsi que les prestataires. Dans ce cadre, des référentiels et des normes devraient être adoptés pour une meilleure allocation des ressources entre les différents secteurs d'activité et pour les stratégies de budgétisation des structures sanitaires publiques.

La mobilisation de nouvelles ressources, pourrait se faire à travers:

- la fiscalité; en créant des impôts et des taxes spécifiques à la santé (taxes sur le tabac, les sucreries.. Versés pour le compte de la CNAM),
- les cotisations des affiliés à la sécurité sociale; en augmentant les taux actuels destinés à l'assurance maladie
- les régimes complémentaires; composante négligée de la réforme de l'assurance maladie.

6.2.3. Troisième axe de la CSU: Quels services sont couverts? Objectif = Penser à inclure plus de services

6.2.3.1. La définition d'un panier **minimum** de services **essentiels**, **disponible** et **de qualité** pour **tous** et ce dans la cadre d'une couverture de santé globale.

Ce panier doit être défini sur la base de critères objectifs et consensuels.

Certes le panier de soins, qui englobe les soins et les biens couverts et remboursables ainsi que les modalités d'y accéder, est difficile à appréhender et est rarement explicite. Toutefois, sa définition ainsi que son adoption restent un choix à faire par une société, consciente de ses priorités et des limites de son système.

Il est à rappeler que l'accès au panier de soins reste conditionné par:

➤ Des éléments tributaires du patient:

- l'état de santé de la population par rapport aux objectifs de santé publique: serons nous devant l'obligation d'élargir l'éventail du panier sus décrit à une prise en charge intégrale des maladies chroniques, à la prise en charge des soins préventifs notamment des facteurs de risque de ces maladies chroniques devenant de plus en plus nombreuses avec le nouveau mode de vie et le vieillissement de la population ;

- l'accès financier aux soins: le niveau de vie du citoyen qui justifierait des exonérations du ticket modérateur.
- l'accès géographique aux soins, la répartition géographique de la population par rapport à la carte sanitaire laisse à désirer et une des priorités serait une révision de cette "carte d'offres de soins" et carte de demande de soins" (dialogue sociétal, 2014)

➤ **Des éléments tributaires des soins proprement dits:**

Comme tous les pays notamment ceux à revenu moyen et bas, nous sommes tenus d'assurer et de préserver la qualité des soins dans le cadre des budgets offerts: d'où l'intérêt d'instaurer les guides de bonnes pratiques, adopter les techniques d'évaluation...

6.2.3.2. Il faudra aussi penser à Orienter la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) actuelle vers la couverture universelle des risques de santé et la promotion du style de vie sain : Caisse Nationale d'Assurance Santé (CNAS) en promouvant et en adoptant le volet de la prévention. Développer les soins préventifs de toutes sortes vaccination, dépistage, éducation, ..) A tous les niveaux de soins et leur dédier des structures de proximité d'examen périodique de santé et de monitoring des facteurs de risque

6.3. Développer le système d'information sanitaire

- Permettra comme sus cité un rééquilibrage éclairé et bien fondé de la carte sanitaire
- Permettra de suivre ,d'une manière instantanée, le parcours de soins des patients , leur consommation de soins voire la conformité des prestations de soins par rapport aux bonnes pratiques diagnostiques et thérapeutiques .

La CNAM à travers le SEED qu'elle démarrera prochainement a adopté cette vision et ces objectifs entre autres.

6.4. Dans la même optique, Penser à institutionnaliser une structure de calcul, de monitoring et de communication des comptes nationaux de santé, d'une manière indépendante et transparente

6.5. Discuter l'opportunité de la mise en place de mécanismes de paiement à la performance P4P:

La réforme de l'assurance maladie se traduit par l'introduction de dispositifs marchands destinés à modifier le comportement des acteurs. En promouvant un comportement entrepreneurial du côté de l'offre de soins, le régulateur (CNAM, état!!) entend, parvenir à améliorer l'allocation des ressources ainsi que la qualité des prestations. Ça pourrait se faire notamment par la mise en place de mécanismes de paiement à la performance (pay for performance P4P). Il s'agit d'intéresser les médecins à leurs résultats, définis en termes qualitatifs et quantitatifs.

C'est à partir de ce cadre théorique que de nombreux pays occidentaux ont engagé une politique de P4P comme en France avec le contrat d'amélioration des pratiques individuelles CAPI et en Angleterre avec le programme Quality Outcome Framework QOF

Les méthodes de paiement combinées offrent une option qui consiste à associer intentionnellement deux ou plusieurs méthodes. Par exemple, le paiement par cas est combiné avec un budget global comme moyen de limiter les dépenses totales, ou un paiement de base (par exemple, salaires, paiement à l'acte ou capitation) est combiné avec un financement basé sur la performance

En Tunisie, L'adoption de l'un ou de l'autre des modes est l'aboutissement d'un processus de négociation entre les parties prenantes, chacune selon ses stratégies, ses alliances, ses forces et ses faiblesses.

S'il est admis par tous que le paiement à l'acte, pratiqué dans le secteur privé pousse à l'inflation des actes pour maximiser les profits des prestataires, il est contrôlé par la CNAM en plafonnant les dépenses des assurés. Est-ce la voie à continuer si on vise la réduction de la participation des patients ?

D'autant plus que les formes de paiement à l'acte ou à l'activité telles que pratiquées aujourd'hui permettent difficilement de dégager du temps pour la coordination ou la prévention.

Si la facturation pour les structures sanitaires publiques est plafonnée offrant une visibilité accrue pour la CNAM, elle est vivement contestée par les prestataires du secteur public et devra être abandonnée à court terme. Cette mesure devra être accompagnée de l'instauration d'un mode spécifique de prise en charge des frais en première ligne du secteur public.

Enfin, l'évolution prévisible de l'offre de soins et de la stratégie du financement nous pousse vers de nouveaux modes innovants de financement pour accompagner la mise en place et l'organisation de la médecine de famille et de son corollaire, le parcours de soins. La budgétisation à la performance des structures sanitaires publiques pourrait remplacer le plafonnement actuel.

6.6. Œuvrer à rendre la fonction d'achat progressivement plus stratégique:

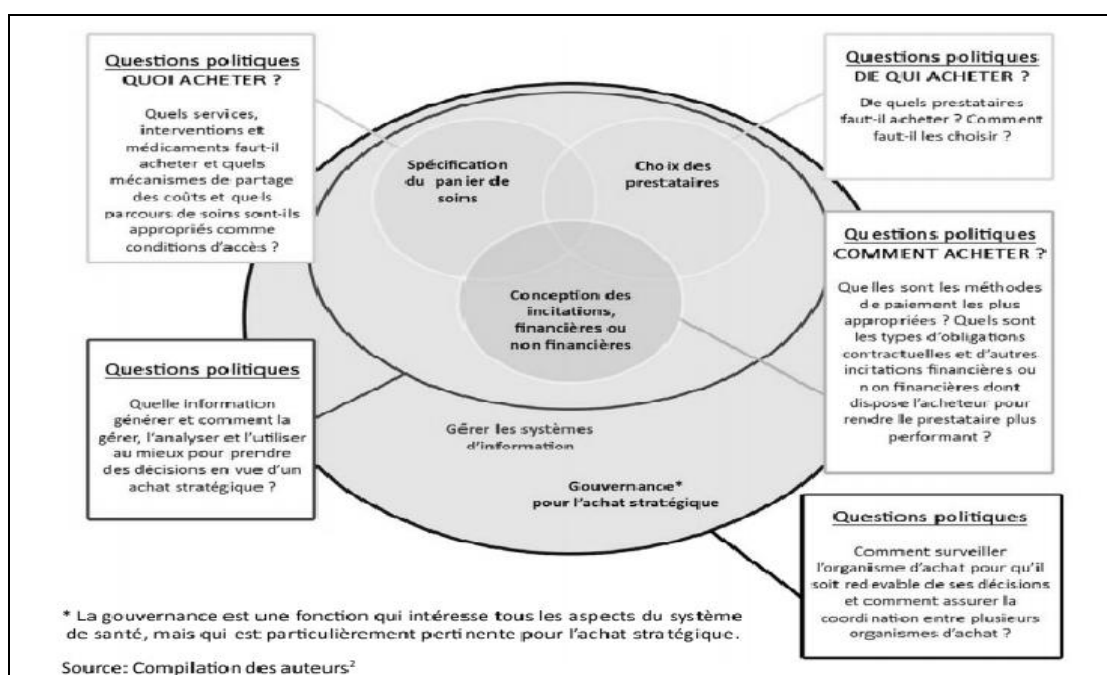
L'achat est une fonction essentielle du financement de la santé qui concerne l'allocation de fonds mis en commun à des prestataires publics et privés de soins de santé pour les services de santé qu'ils dispensent.

Les mécanismes d'achat des pays ne sont généralement ni complètement passifs ni entièrement stratégiques. Quel que soit leur niveau de revenu, les pays s'efforcent de rendre la fonction d'achat progressivement plus stratégique. Des améliorations apportées dans les différents domaines sous mentionnés contribuent toutes à rendre la fonction d'achat plus stratégique.

Comment l'achat stratégique contribue aux progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU) et comment les pays peuvent donner un caractère plus stratégique à leur fonction d'achat.

Le consensus qui se dégage de plus en plus est que l'achat de services de santé doit être plus actif ou stratégique pour que les pays progressent vers la CSU. Or, l'achat de services de santé revêt souvent un caractère passif, en ce sens que les ressources sont distribuées aux prestataires sans distinction, sans tenir compte de leur performance, pour un panier de soins mal défini. Il n'y a donc guère d'incitations financières à amener les prestataires à se montrer plus performants.

L'achat stratégique suppose l'alignement du financement et des incitations sur les droits aux services de santé et doit donc se fonder sur des informations détaillées relatives à la performance des prestataires et aux besoins en santé de la population desservie



Achat stratégique – principaux domaines et questions politiques (OMS, 2020)

Des réformes de l'achat stratégique n'ont pas besoin d'entraîner des changements soudains ou radicaux, elles présentent l'avantage de pouvoir être introduites de façon progressive et par paliers.

Les réformes visant à rendre l'achat plus stratégique ne sont pas toujours faciles à mettre en œuvre, mais ce qui importe c'est qu'elles peuvent être introduites par étapes : renforcer le système de gestion de l'information, spécifier le panier de soins pour l'aligner sur les méthodes de paiement et vice-versa, modifier les méthodes de

paiement et la grille tarifaire pour améliorer la prestation des services, mettre en place un système d'accréditation, etc. Ces mesures peuvent favoriser des changements de système et, comme elles relèvent du secteur de la santé, peuvent souvent être pilotées par le ministère de la santé. Elles peuvent être prises avant d'aborder des questions plus larges comme la mise en commun des fonds ou la levée des fonds pour financer l'extension de la couverture au secteur informel (GHED, 2015).

6.7. Revoir l'allocation des ressources pour mieux l'aligner aux priorités stratégiques entre « niveaux » et « secteurs »

L'allocation des ressources est intimement liée à l'organisation de l'offre de soins d'une part et à celle du financement d'autre part. Conjointement, elles conditionnent l'efficacité globale du système de santé.

Le système de soins actuel est caractérisé par la coexistence de deux secteurs totalement cloisonnés : un secteur public prépondérant, avec ses trois niveaux, qui s'oriente vers des soins aux moins nantis mais aussi aux affiliés de la CNAM qui ont choisi la filière publique et un secteur privé, ambulatoire et hospitalier, qui offre des soins aux plus nantis et aux affiliés de la CNAM ayant choisi les filières remboursement des soins ou médecin de famille.

Il est légitime voire impératif de se poser la question sur le maintien de ce cloisonnement alors que tout le monde appelle à la complémentarité dans l'intérêt bien compris des patients segmentation. L'introduction récente de la médecine de famille comme choix de carrière et l'évolution des pratiques nous obligent à élaborer et mettre en œuvre les réponses idoines.

Par ailleurs, notre système étant orienté vers des prestations de soins et services centrées sur le curatif hospitalier réduisant l'efficacité du système de soins et exposant à des risques de sous et surmédicalisation, il est impératif d'agir en amont sur les déterminants de la santé pour espérer réduire à moyen et long termes le fardeau des maladies non transmissibles.

La stratégie du financement devrait permettre aux différentes parties prenantes agissant en concertation étroite et tenant compte de l'environnement global, de s'attaquer aux faiblesses actuelles du système, à travers une évaluation sereine de la réforme de l'assurance maladie, dix ans après sa mise en œuvre. Ces fragmentations actuelles, sources de gaspillage et d'inefficacité globale devraient être abolies. Il en est ainsi de la fragmentation entre l'Etat et la CNAM et au sein de celle-ci entre ses trois filières. Dans ce cadre, il faudra réexaminer le partage des charges actuel entre la CNAM et l'Etat pour le financement des structures sanitaires publiques relevant du ministère de la santé.

Sachant que la réforme de l'assurance maladie de 2004 a introduit le régime de base obligatoire, mais aussi des régimes complémentaires facultatifs, il est nécessaire de revoir les tentatives de mise en œuvre de ces derniers, opérées par la

CNAM, en vue de rétablir la place des régimes complémentaires pour réduire les gaspillages actuels d'une part et soulager le régime de base d'autre part.

6.8. Le Conseil National de l'Assurance Maladie, instance de suivi périodique du régime d'assurance maladie et d'évaluation de sa situation financière, devra être revitalisé pour jouer les rôles qui lui sont impartis et en particulier la proposition de modifications susceptibles de garantir le bon fonctionnement du régime, notamment en termes de qualité des prestations et de rationalisation de la consommation de soins.

6.9. Enfin, La soutenabilité et la pérennité du système d'assurance maladie est une préoccupation croissante de l'ensemble des parties prenantes:

Penser à intégrer et généraliser les évaluations médico-économiques: les analyses d'impact budgétaire AIB (en plus des analyses cout efficacité ACE, analyse cout utilité ACU...): dont l'objectif est d'estimer les changements anticipés sur le budget du payeur associé au remboursement d'un médicament pour une indication visée: un élément pertinent pour la négociation des prix, éclairer les choix pour une soutenabilité budgétaire, une planification anticipative bien fondée des budgets et des ressources

La réforme de l'organisation et du financement de notre système de santé:

À l'instar de la loi de financement de la sécurité sociale française pour 2018 qui a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. Et ce, dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé. Il s'agit là d'une véritable opportunité pour tester de nouvelles approches puisque ce dispositif permet de déroger à de nombreuses règles de financement de droit commun, applicables en ville comme en établissement hospitalier ou médico-social

Enfin il est crucial de rappeler que toute tentative de réforme du financement du système de santé sera exposée à des risques dont surtout la durée de la crise économique que le pays traverse depuis quelques années et la faible mobilisation des citoyens et de la société civile.

Il faudra scruter et anticiper les stratégies de tous les acteurs concernés pour faire face à leurs intérêts divergents et les ramener aux solutions les plus appropriées en remettant l'intérêt du citoyen, usager et financeur du système de santé, au centre des préoccupations de tous. A ce titre, il faudra considérer en priorité :

- ✓ Le « désengagement » de l'Etat, prétendu ou réel.
- ✓ Le « désintéressement » des professionnels du secteur public.
- ✓ Les intérêts des employés véhiculés par la centrale syndicale.

- ✓ Les intérêts des employeurs et des entreprises portés par la centrale patronale.
- ✓ Les intérêts des prestataires privés.

Les porteurs de la réforme doivent, dans la patience et la sérénité, faire le plaidoyer à travers une stratégie de communication efficace et construire les alliances appropriées pour aboutir aux objectifs déclarés

9. CONCLUSION

Aucun pays ne détient le mécanisme de financement de soins parfait. Chaque mécanisme de financement a ses avantages, ses inconvénients et une structure propre qui lui permet d'atteindre plus facilement ses objectifs et minimiser les risques.

L'expérience internationale suggère quelques messages à retenir :

Il convient de fournir tous les efforts nécessaires pour obtenir une couverture universelle des soins de santé.

Un mécanisme de financement des soins de santé doit fournir une protection financière suffisante de telle sorte qu'aucun ménage ne s'appauvrisse en raison du recours aux services de santé. Les dépenses de soins de santé imprévues ne sont pas supportées uniquement par un individu ou un ménage.

Des actions urgentes peuvent être suggérées en attendant le déploiement de la réforme dans sa globalité sans pour autant y porter préjudice :

- ✓ la disponibilité des services de santé constitue un prérequis pouvant nécessiter des mesures spécifiques (fonctionnalité des plateaux techniques et disponibilité des médicaments).
- ✓ La lutte contre la corruption en toute transparence dans toutes les structures du secteur (public et privé) ne doit pas souffrir d'attente.
- ✓ La collecte et la génération des données probantes permettent d'informer judicieusement la mise en œuvre de la réforme.
- ✓ Une réforme globale en prenant en compte la vocation du service public. Les gains d'efficacité nécessaires doivent tenir compte des spécificités régionales, de l'équité.
- ✓ Une nouvelle politique nationale de santé intégrant la réforme du financement dans le cadre d'une réforme générale du système de santé et des politiques publiques. Elle permettrait de mieux mobiliser les ressources, de stimuler les synergies et d'assurer le suivi nécessaire pour la réussite.

Bibliographie :

- Worldbank (2018) : Cadre environnemental et social pour les opérations de FPI ; worldbank 2018
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/592671468120536211/pdf/410180TN0P08701ector0optmzd1PUBLIC1.pdf>
- E. Kerak, S. Barrijal (2010) : Modèle de mesure et d'évaluation de la qualité des services offerts par les organismes gestionnaires d'assurance maladie au Maroc : AORT ; Pratiques et Organisation des Soins 2010/3 (Vol. 41), pages 215 à 224
<https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2010-3-page-215.htm>
- Amira Yaakoubi (2021) : Crise du système de santé tunisien : Défaillances et voies de sortie ; NAWAAT le 28/08/2021
<https://nawaat.org/2021/08/28/crise-du-systeme-de-sante-tunisien-defaillances-et-voies-de-sortie-ii/>
- Kolster J, Orna D. Zondo Sakala (2014) ; Politique industrielle au service d'un développement territorial équilibré en Tunisie. Note économique african developpement bank group 2014
https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/Tendance_%C3%A9conomique_-_Politique_industrielle_au_service_d%E2%80%99un_d%C3%A9veloppement_territorial_%C3%A9quilibr%C3%A9_en_Tunisie.pdf
- Mtiraoui Ali (2019): Système de soins et/ou de santé ; Dictionnaire Francophone de la Responsabilité Sociale en Santé, pp530-534, ed PURH
<https://www.facebook.com/purh.ed/photos/a.532917106784709/2470446183031782/?type=3&theater>
- Contandriopoulos André-Pierre (2008) : La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance ; Santé Publique 2008/2 Vol. 20 | pages 191 à 199
- Mtiraoui Ali (2001) : Les dépenses de soins en Tunisie et dans le monde : leur évolution et les facteurs qui les déterminent ; Cours de résidanat, Pathologie médicale (Question 61), Département de médecine communautaire, faculté de médecine de Sousse
- OMS (2020) : la gouvernance des achats et les méthodes de paiement : comment aller vers un achat stratégique pour la couverture sanitaire universel en tunisie ? étude de cas de financement de la santé N°19 ; OMS 15/12/2020
<https://p4h.world/en/news/la-gouvernance-de-lachat-et-des-methodes-de-paiement-comment-aller-vers-un-achat-strategique>
- ATDDS (2016) : le droit à la santé en Tunisie. Association tunisienne de défense du droit à la santé Disponible sur : <https://ftdes.net/rapports/ATDDS.pdf>
- INS (2014) : Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2014
Disponible sur: <http://www.ins.tn/sites/default/files/publication/pdf/RGPH%202014-V8.pdf>
- Ben Abdelaziz A (2018) : Financing health care in Tunisia. Current state of health care expenditure and socialization prospects, on the road to Universal Health Coverage. Tunis Med. nov 2018;96(10-11):789-807
Global Health Expenditure Database (2015)
Disponible sur: <https://apps.who.int/nha/database>
- Ayedi I (2014) Financing health care in Tunisia. Current state of health care expenditure and socialization prospects, on the road to Universal Health Coverage. Tunis Med. 1 oct 2018;96(10-11):789-807.

INS (2019) «Tunisian Health Examination Survey-2016» République Tunisienne Ministère de la Santé Institut National de la Santé Février 2019

Ministère de la santé Tunisienne, **Dialogue sociétal** (2014) La santé et le système de santé en Tunisie : Acquis et enjeux ; Rapport du diagnostic de situation dans le cadre du « dialogue sociétal pour la réforme du système de santé » 2014

Mohamed Hsairi, (2021) : Place du Bilan Médical Périodique dans les Soins de Santé de Base en Tunisie : Mohamed Hsairi Rym Mallekh, Hyem Khiari, Hajer Hannachi, Faouzi Mehdi & Réseau Maghrébin PRP2S

La Tunisie Medicale - 2021 ; Vol 99 (n°01) : 38-45

https://latunisiemedicale.com/article-medicale-tunisie_3831_fr

