

LE SYSTEME DE SANTE TUNISIEN :

« ETAT DES LIEUX ET DEFIS »

Pr. Nouredine Achour

Septembre 2011

Introduction

En se basant sur une analyse contextuelle de l'évolution du système de santé dans ses diverses composantes, ce travail se propose d'en documenter les forces et les faiblesses et d'identifier les défis auxquels il aura à faire face pour répondre aux besoins de la population dans un contexte de transitions socioéconomiques, démographiques et épidémiologiques et plus récemment de transitions politiques, sociales et économiques. Cela nécessite une lecture critique approfondie des indicateurs de santé et des politiques et programmes jusqu'ici adoptés.

Les indicateurs de santé de la Tunisie sont réputés être parmi les meilleures des pays de l'Afrique et de la région MENA et supérieurs à ceux de pays ayant un niveau de revenus équivalent. Ce jugement positif globalement, ne dispense pas de l'analyse approfondie des différentes dimensions du système de santé, pour préciser dans quelle mesure il réussit aujourd'hui à assurer un niveau couverture sanitaire acceptable et adéquat à toute la population et particulièrement les franges les plus vulnérables. Cette analyse permettra d'entrevoir les pistes à explorer pour améliorer les performances de ce système.

Cette étude est subdivisée en trois parties. La première partie fournit à un aperçu du contexte épidémiologique et économique. La deuxième partie est dédiée à une lecture du système de santé dans ses composantes d'offre de soins, de financement et de régulation. Une mise en perspective de l'évolution souhaitable du secteur constituera la dernière partie de ce document.

1- Contexte économique

La Tunisie est un pays situé au nord du continent africain, sur le bassin méditerranéen, dans un ensemble régional dénommé le Maghreb. La superficie totale de la Tunisie est de 163.610 Km². au premier juillet 2010 Sa population est estimée à 10,549 millions d'habitants. Selon les données officielles, La Tunisie a réussi à améliorer, de manière continue, ses indicateurs de développement humain, comme en témoignent l'élévation soutenue du revenu par tête d'habitant, le recul de la pauvreté, l'amélioration continue des conditions de vie et du bien-être.

Tableau I: Indicateurs Economiques

<i>indicateurs</i>	1990	1995	2000	2005	2010
PNB / hab en \$US	1430	1820	2080	2890	4500
PNB / hab (PPP) \$US	3560	4550	5970	7900	9000
					(2008)
PIB / hab en \$US	1503	1665	2036	2122	3796
					(2008)
Taux d'accroissement du PIB	7.95	2.30	4.70	5.80	3.7
Taux de chômage %	15.6	15.8	15.7	14.5	20.0*

Avec un taux de croissance moyen de son PIB de plus de 5% sur les trente dernières années, l'économie tunisienne était considérée comme la plus dynamique au sud de la méditerranée, quoique ralentie par l'ajustement structurel entrepris au début des années 80. De part aussi son climat, sa proximité de l'Europe et le niveau relativement élevé des qualifications de sa population, la Tunisie dispose d'atouts économiques significatifs, malgré le modeste niveau de ses ressources naturelles (pétrole et phosphates). Ces atouts, de concert avec un environnement macro-économique stable et une gestion saine, ont permis à la Tunisie d'accroître régulièrement son revenu réel par habitant. Il est cependant important de noter que depuis le début janvier 2011, l'activité économique a fortement ralenti ce qui s'est traduit d'une baisse du PIB au premier semestre (-3% par rapport à 2010). La rapidité de la transition démocratique qui permettra le retour à la stabilité dans le pays est déterminante pour la relance économique et la lutte contre le chômage.

Pour ce qui est de la pauvreté, En Tunisie, la pauvreté monétaire est appréhendée à travers les résultats des enquêtes (sur le budget et la consommation des ménages) réalisées tous les cinq et à une échelle nationale établie par l'institut national de la statistique (INS)

Les statistiques officielles montrent une diminution continue des taux comme le montre le tableau II.

Tableau II: Evolution des taux de pauvreté par milieu (1975-2005)

Montants en DT	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Taux de pauvreté							
Milieu Urbain	26,5 %	11,8 %	8,4 %	7,3 %	7,1 %	4,9 %	
Milieu Rural	18,0 %	14,1 %	7,0 %	5,8 %	4,9 %	2,9 %	
Ensemble Tunisie	22,0 %	12,9 %	7,7 %	6,7 %	6,2 %	4,2 %	3,6%

Il convient de signaler que, si la tendance peut être prise en considération, le niveau de pauvreté est largement sous estimé en raison des seuils adoptés pour leurs calculs qui n'ont jamais été satisfaisants pour les organisations internationales telles que la banque mondiale. Il est vraisemblable que le taux réel soit au moins le double de ce qui était annoncé avant 2011. A cet égard, la banque mondiale a, en utilisant ses propres critères, estimé le taux pour 2005 à 7% soit le double du taux officiel.

II. Contexte environnemental

La Tunisie a fait de grands efforts en matière d'amélioration de l'alimentation en eau potable et en matière d'assainissement.

Tableau III: Accès à l'eau potable et à l'assainissement

<i>année</i>	2005	2009
taux de branchement en courant électrique	99.3	99.5
taux de branchement en eau potable	84.1	85.3
Taux de desserte en eau potable	96.1	98
Taux de branchement au réseau d'assainissement (milieu communal)	80.0	83.6*

**selon le rapport mondial de la santé de 2011, la population utilisant des installations d'assainissement améliorées serait en 2008 de 85% (94% en milieu urbain et 64% en milieu rural)*

Par ailleurs, la proportion de la population vivant dans les zones urbaines est passée rapidement de 40,1% en 1996 à 64,1% en 2004. Elle atteindrait 67% vers l'an 2015. Cette évolution s'est accompagnée par une tendance à la sédentarité et à l'adoption d'un modèle de consommation alimentaire caractéristique analogue à celui des pays occidentaux.

III. La démographie

La Tunisie a incontestablement un parcours original, la distinguant de tous les pays arabo-musulmans et africains. L'abolition de la polygamie, intervenue dès l'indépendance (1956) associée à une politique de planification familiale et aux progrès du système de santé, explique en grande partie, le modèle de transition observé en Tunisie.

- La population totale du pays a été multipliée par 2.6 depuis l'indépendance, passant de 3.780 en 1956 à 10,329 millions en 2010 ; elle serait de 12.028 millions d'habitants vers l'année 2020. Son accroissement naturel s'est nettement réduit : 3.2% en l'an 1966, 2.35 % (1984-1994) et 1.21% (1994-2004) et 1.20 en 2010. Ce taux sera, selon les estimations de la division de la population des Nations Unies (2004) de 0.87 % pour la période 2020-2025.
- La structure par âge de la population s'est profondément transformée ces dernières années : la Tunisie va probablement vieillir rapidement .A l'horizon 2020, selon les projections de la division de la population des Nations Unies (2004), le nombre des plus de 60 ans sera proche de celui des moins de 9 ans et s'élèverait à 12.5% alors qu'il était de 9.5 % en 2004 et 6.7 % en 1984.
- La baisse de la mortalité infantile a eu pour conséquence un accroissement de l'espérance de vie à la naissance qui est passée de 37 ans à la fin des années 1940 à 52 ans à la fin des années 1960 et à 74.5 ans en 2009 (72.5 ans pour les hommes et 76.5 ans pour les femmes).

Le taux de mortalité infantile (TMI) qui avoisinait les 200 pour mille en 1956, atteint en 2009 ,17.8 pour mille. Selon les projections de l'INS, le TMI serait de 10,0 pour mille en 2020 et de 8,0 pour mille à l'horizon 2030.

Cette chute spectaculaire de la mortalité infantile est due à l'interaction de trois stratégies :

- La promulgation, dès Août 1956, du Code du Statut Personnel (CSP), interdisant la polygamie.
- La mise en oeuvre, dès le début des années 1960, d'une politique généralisée de planning familial et de réduction des naissances.

- L'intégration de la santé maternelle et infantile et de la santé de la reproduction aux programmes nationaux prioritaires, depuis 1960 : suivi des grossesses, vaccinations, suivi post natal et espacement des naissances.

Ces stratégies ont évolué et mises à jour au fil du temps, dans un environnement économique de lutte contre la pauvreté, d'une plus grande accessibilité du genre féminin à l'enseignement obligatoire et d'une amélioration constante de l'accès aux soins et notamment ceux visant les maladies transmissibles et en particulier celles touchant la petite enfance.

- Le taux brut de natalité est de 17.7 pour mille en 2009 contre 50 pour mille il y a 45 ans. Il serait de 15 pour mille vers 2025-2030.

Ainsi, de par le début tardif de la baisse de la mortalité survenue après les années cinquante, de la rapidité de cette baisse et surtout de la spectaculaire baisse de la fécondité (autour de 2.05 depuis 2005), on peut classer la Tunisie parmi les pays ayant suivi la variante du modèle retardé de transition démographique à l'instar de la Corée du sud, de Hong Kong, du Sri Lanka et de la Chine.

IV. Transition épidémiologique

La transition démographique a été suivie par une transition épidémiologique multifactorielle : sanitaire certes, mais aussi sociale, économique et culturelle. Cette transition vécue est faiblement documentée en l'absence d'un système d'information fiable et pérenne.

Le profil épidémiologique de la Tunisie n'est plus celui qui a prévalu jusqu'à la fin des années 1980. En effet, on enregistre :

- Un recul net, parfois l'éradication, des maladies transmissibles « traditionnelles » (paludisme, bilharziose, trachome, tuberculose, diarrhées infectieuses...) et celles de la petite enfance (poliomyélite, tétanos, néonatal, diphtérie...). En 2002, les maladies non transmissibles constituent 79.7% des décès et 70.8% de la charge de morbidité (tableau n°5),
- Une émergence des maladies non transmissibles de type chronique et dégénératif, d'étiologie multifactorielle et au coût de prise en charge élevé.

- Une recrudescence des accidents de la voie publique avec leurs conséquences en termes de mortalité et de morbidité

Tableau IV: Charge globale des maladies estimations 2002

	Charge de mortalité exprimée en DALY)		Charge totale des maladies exprimée en DALY	
	Value	%	Value	%
Maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles	5.3	9.50%	217	14.10%
Maladies non transmissibles	44.5	79.70%	1093	70.80%
violences	6	10.80%	234	15.20%
Total	55.8	100.00%	1544	100.00%

Les statistiques des causes de décès pour l'année 2006 montrent que les maladies cardiovasculaires occupent la première place (28.9%), suivies des néoplasmes (16.5%), des accidents, et des maladies métaboliques (9.7%) et des maladies du système respiratoire (9.5%).

Par ailleurs, une enquête nationale populationnelle touchant les sujets âgés entre 35 et 75 ans et réalisée en 2005 a donné les estimations suivantes:

- Une prévalence de l'hypertension artérielle de 30.2% (28.6% chez les hommes et 31.2% chez les femmes).
- Une prévalence du diabète de 10% (9.8% chez les hommes et 10.1% chez les femmes).

Pour ce qui est du cancer, les données issues des registres régionaux, donnent une incidence globale de 113 cas pour 100000 habitants (133 pour les hommes soit 5900cas et 94.6 pour les femmes soit 4900 cas). Les cancers les plus fréquents sont pour l'homme, le cancer du poumon avec une incidence standardisée de 30 pour 100000 habitant; pour la femme c'est le cancer du sein qui occupe la première place suivi du cancer du colon avec des incidences standardisées respectives de 29.4 et 5.4 pour 100000 habitants. Une prépondérance des cancers liés au tabagisme chez

l'homme : le cancer du poumon est largement en tête. Selon les registres du cancer, son incidence (p. 100.000 hab).

En ce qui concerne les troubles mentaux, Les taux de prévalence sont comparables à ceux rapportés dans la littérature internationale, avec une prévalence globale de la dépression majeure sur la vie de 8,2% et de la schizophrénie de 0,57%.

V. L'offre de soins

V.I- l'infrastructure

L'offre de soins est assurée par un dispositif composé de structures publiques, et parapubliques et de structures privées. Les types de structures et leur nombre figurent dans le tableau suivant.

Tableau V : Offre de soins en Tunisie

<i>Type de Structures</i>		
Publiques	Parapubliques	Privées
- CHU (22)	- Polycliniques de la CNSS (06)	- Cliniques
- HR (32)	- H. Militaires (03)	◦ Plurispécifiques (49)
- HC (118)	- Hôpital des forces de sécurité intérieure (01)	◦ Mono disciplinaires (32)
- CSSB (2067)		- Centres de dialyse (99)
		- Cabinets de libre pratique (4641)

V1- les structures du secteur public et parapublic

Ce secteur est constitué par les établissements dépendant directement du ministère de la Santé publique, d'autres ministères et par des établissements parapublics.

(i) L'offre du ministère de la Santé publique est organisée sur quatre niveaux :

- les centres de santé de base (2 067 en 2008 soit un pour 4 500 habitants), porte d'entrée du secteur public, forment un réseau décentralisé qui répond aux besoins en soins préventif et en soins curatifs de base.
- les maternités rurales et les hôpitaux de circonscription (118 avec 2 613 lits) ; ces derniers comportent au minimum, un service de médecine, une maternité et un plateau technique de base.

- les hôpitaux régionaux (34 avec 5 479 lits) sont situés dans le chef-lieu de gouvernorats et dans certaines délégations très peuplées et constituent le premier niveau de référence pour les soins spécialisés

Tableau VI : Structures Publiques de Santé

Structures		1980	1989	2000	2008
CHU	Nombre	8	22	22	22
	Lits	---	7723		8590
Hôp. Régionaux	Nombre	20	24	32	34
	Lits	----	509		5479
Hôp. Circonscription*	Nombre	54	98	118	118
	Lits	---	2664		2613
Centres de santé de base	Nombre	765		2008	2067
Total Hôpitaux Publics	Nombre	82	144	172	174
	Lits		15407	16659	16682

(ii) L'offre des autres ministères :

- 03 hôpitaux militaires et un établissement hospitalier des forces de sécurité intérieure.
- Un ensemble de six structures de soins ambulatoires dites polycliniques. Elles dépendent de la caisse nationale du sécurité social.
- Des services médicaux dans certaines grandes entreprises et qui sont réservés à leur personnel.

V.I I structures du secteur privé:

L'exercice de la médecine privée a toujours existé selon un mode individuel en cabinet de soins ambulatoires, alors que le développement de l'hospitalisation est récent. En effet, la plupart des établissements ont été créés à partir des années 1970 et plus particulièrement dans les années 1990.

En 2008, on recense 81 cliniques avec 2 578 lits, constituant 12.5 % de la capacité hospitalière nationale. Mais l'évolution la plus remarquable a été celle des centres d'hémodialyse dont le nombre a été multiplié par 5.8 entre 1990 et 2004

Tableau VII : Etablissements Sanitaires Privés

Année	1990		2008	
	Nombre	Lits	Nombre	Lits
Structures				
Cliniques	33	1142	99	2578
Centres de dialyse	18	205	105	1058

Parallèlement au développement de sa capacité hospitalière, le secteur privé a connu un développement spectaculaire dans ses composants soins ambulatoires ainsi et comme le montre le tableau, en moins de deux décennies, le nombre de cabinets médicaux a été multiplié par 3.3, celui des cabinets dentaires par 3

	1990	2004	2008
Cabinets médicaux	1717	4641	5732
Cabinets dentaires	625	1125	1808
Officines	1055	1530	1808
Laboratoires			222
Radiodiagnostic			138

il apparaît clairement que:

- La capacité d'hospitalisation publique n'a que très légèrement progressé (surtout dans les centres spécialisés et hospitalo-universitaire), passant de près de 15400 lits en 1989 à 16682 lits en 2008.
- La capacité privée a plus que doublé entre 1990 et 2008 passant de 1142 à près de 2578 lits.
- Au total, l'action conjuguée des deux secteurs a permis la stabilisation de l'indicateur global moyen du nombre de lits pour 1000 habitants à un niveau très proche de 2 (2008) avec une nette prédominance du secteur public en matière de capacité hospitalière même si on observe une tendance à la diminution relative de l'écart entre les deux secteurs.

Tableau VIII : lits hospitaliers publics et privés (1985-2004)

<i>Lits hospitaliers</i>	1985	1996	2008
Secteur Public	15 000	15792	17978
Secteur Privé	974	1974	2578
Total	15 974	19 766	20556
% lits Publics	94%	89%	87%

V.II- les ressources humaines

Au cours des années 1960, la densité médicale a diminué en Tunisie, avec le départ des médecins étrangers après l'indépendance. Elle n'a retrouvé son niveau de 1956 qu'en 1970. Depuis, ce ratio a augmenté régulièrement.

Tableau IX: Les ressources humaines

Professionnels de Santé	1981	1986	1990	1995	2000	2008
Médecins	1800	3450	4424	5965	7444	9805
Dentistes	320	525	809	1038	1315	2300
Pharmaciens	700	1120	1240	1499	1951	3050
Paramédicaux*	13570	20300	23743	25874	27392	31858
Hab pour 1 Méd	3200	2110	1825	1500	1284	865
Hab pour 1 paramédical			340	346	340	252
Hab pour 1 dentiste						4490
Hab pour 1pharmacien						3386

- Une croissance plus rapide des médecins spécialistes dont le nombre a été multiplié par 6,9 contre 3,7 pour les généralistes.
- Une croissance plus rapide dans le secteur privé : 674 en 1981, 2773 en 1995 et 4641 en 2004.

La Tunisie a également investi dans le personnel paramédical. Le nombre d'infirmières et de sages-femmes a augmenté à un rythme proche de celui des médecins, notamment en raison des normes d'encadrement largement suivies.

L'effectif de personnel paramédical employé dans le secteur privé aurait été multiplié par près de dix entre 1998 et 2008, passant de 500 à 5 000. Les cliniques privées sont tenues de respecter des normes de 0,3 ou 0,4 infirmier par lit, selon le type de soins. En pratique, on observe un taux d'encadrement d'environ 0,8 paramédical et de 0,3 médecin par lit.

V.III - La formation de professionnels de santé

Le dispositif de formation initiale est composé de :

- 4 Facultés de Médecine,
- 1 Faculté de Pharmacie
- 1 Faculté de Médecine Dentaire.
- 4 Ecoles Supérieures des Sciences et Technique de la Santé, réservées à la formation des Techniciens Supérieurs de la santé (17 sections dont les sages femmes, les physiothérapeutes, les hygiénistes, les laborantins...)
- 19 Ecoles Professionnelles de la Santé Publique réservées à la formation du personnel infirmier.

- Ce dispositif public permet de former annuellement une moyenne de 800 médecins dont 500 spécialistes, 120 médecins dentistes 150 pharmaciens et 1400 paramédicaux toutes spécialités confondues.

En plus de ce dispositif public, nous assistons depuis le milieu des années 2000 à la multiplication des structures privées de formation dont le nombre atteint actuellement la centaine et qui forment uniquement des paramédicaux.

V.IV- - les médicaments

Le secteur pharmaceutique présente des spécificités engageant l'intervention d'acteurs publics et privés, avec les principales caractéristiques suivantes :

- Le secteur est réglementé et encadré par le MSP et par certains établissements publics qui en dépendent : Le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM), Le Centre National de Pharmacovigilance (CNPV), la Pharmacie Centrale de Tunisie (PCT) et l'Institut Pasteur de Tunis (IPT).
- Au cours des quinze dernières années, la production locale des médicaments a enregistré une forte croissance. De 1987 et 2008, la consommation couverte par la fabrication locale est passée de 8% à près de 50 %. Le nombre actuel des unités de fabrication s'élève à 29. .
- La distribution est assurée par la Pharmacie Centrale de Tunisie et par un réseau de grossistes répartiteurs privés, couvrant toutes les régions du pays.
- La dispensation est assurée par les SSP et un réseau dense d'officines privées.
- La PCT est le seul établissement autorisé à importer les médicaments et les vaccins, agissant en centrale d'achat nationale pour couvrir l'ensemble des besoins du pays. Ce monopole a permis jusqu'à présent à assurer la maîtrise des coûts (les acquisitions se font par appel d'offre), l'uniformité et le contrôle des prix, la régularité de l'approvisionnement du pays et l'appui aux programmes de santé par le biais du mécanisme de l'auto compensation dont le principe est de majorer les prix des médicaments non indispensables et d'utiliser ces profits pour compenser les médicaments utilisés dans les programmes de santé.

V.IV- la technologie médicale

L'évolution de cette composante est illustrée par le tableau n°XII. Des textes réglementaires fixent d'une part, la liste des équipements dont l'installation est

soumise à l'accord préalable du MSP et d'autre part, les indices de besoins de chaque région du pays. Le tableau suivant montre que par rapport à son poids aussi bien en matière d'infrastructure que de ressources humaines, le secteur publique est largement sous doté en équipements lourds.

Tableau X : Déploiement des équipements lourds

<i>Equipements</i>	1995		1997		2003		2008	
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
IRM	1	0	2	0	3	5	4	8
Scanner	7	20	8	29	15	54	37	79
Lithotriporteur	3	3	3	5	3	12	5	14
Télécolbat	1	4	2	6	4	5	4	5
Angioraphie Numérisée	nd	nd	2	9	6	10	7	11
Installation Cathétérisme. Cardio-vasculaire	4	1	7	4	9	10	10	10

VI- La couverture du risque maladie et le financement de la santé.

VI.1. Couverture du risque maladie en Tunisie:

Le système d'assurance maladie comporte une multitude de régimes, juxtaposés au fil du temps selon les besoins de certaines catégories professionnelles. La plus grande partie de la population tunisienne bénéficie d'une couverture maladie (98%), selon des modalités variables : régimes obligatoires de sécurité sociale (68%), assistance médicale gratuite (gratuité de soins 8% et tarifs réduits 22%). En outre, des assurances complémentaires (assurance groupe et mutuelles) se sont développées pour pallier aux insuffisances de l'assurance maladie des caisses de sécurité sociale.

En vertu de la loi relative à l'organisation sanitaire, l'Etat garantit des soins de santé gratuits ou subventionnés aux groupes ayant les revenus les plus bas dans le cadre de deux régimes publics d'assistance médicale :

- Gratuité des soins : Cette catégorie est définie en fonction du seuil de pauvreté et elle est constituée des familles cibles d'un programme d'aide permanente. Le décret N° 98-1812 fixe les conditions et les modalités d'attribution et de retrait de la carte de soins gratuits. Il spécifie que les soins

gratuits concernent les familles bénéficiaires ou éligibles aux programmes d'aide permanente. La carte de soins gratuits est délivrée, pour une période de 5 ans.

- Bénéficiaires de tarifs réduits : L'octroi des cartes des tarifs réduits est accordé en fonction du revenu familial annuel compte tenu de la taille de la famille qui ne doit pas dépasser :
 - Un montant égal au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) des différentes professions si la famille ne dépasse pas 2 personnes.
 - Un montant égal une fois et demi au SMIG si la famille varie entre 3 et 5 personnes
 - Un montant égal deux fois au SMIG si la famille dépasse 5 personnes.

La carte de soins à tarifs réduits est délivrée pour une période de 5 ans et doit être validée annuellement moyennant le versement d'une somme forfaitaire de 10 TND. Les bénéficiaires sont assujettis au paiement de contributions forfaitaires aux frais de soins à chaque contact

- Les régimes de sécurité sociale sont ouverts aux employés et aux employeurs qui ont l'obligation de s'y affilier. La sécurité sociale obligatoire couvre les prestations relatives aux pensions, aux prestations familiales, à la couverture du risque maladie et aux accidents du travail et maladies professionnelles. Toutes les prestations étaient jusqu'en 2007 par 2 caisses; la CNSS couvre les travailleurs du secteur privé alors que la CNRPS couvre l'ensemble des personnels de l'Etat et des collectivités publiques locales et des établissements publics. Depuis cette date, la gestion de la composante assurance maladie a été confiée à une caisse unique (la caisse nationale d'assurance maladie)

Le taux de couverture est de 100% pour les fonctionnaires de l'Etat (CNRPS) et atteint 95% des travailleurs éligibles dans le secteur privé.

En plus du régime obligatoire, des assurances privées peuvent être contractées - auprès de compagnies d'assurances - par des entreprises du secteur privé et public au profit de leurs employés. Par ailleurs, les mutuelles d'employés du secteur public

et privé, offrent plusieurs services sociaux dont la couverture des frais de soins. Pour certaines mutuelles, l'affiliation est obligatoire.

L'adhésion à des mutuelles ou à des assurances groupe se fait en complément du régime légal obligatoire.

VI.2- Indicateurs de dépenses

La Tunisie consacre près de 5,5% de la richesse nationale aux dépenses de santé, (Vs) 8% en moyenne dans les pays de l'union européenne. Sur la période 1980-

Tableau XI: Dépenses de santé

	1980	1985	1990	1995	2000	2004	2008
DTS (MTND)	143,0	290,3	578,0	938,0	1489,5	2170,0	3083
% DTS / PIB	3,2	4,2	5,3	5,5	5,6	5,6	5,6
Dép. par hab. (TND)	----	39	72	105,5	155,8	217,5	300,3

La part du PIB consacrée à la santé est passée de 3.2 % en 1980 à 5.6% en l'an 2008 et les dépenses de santé par habitant sont passées de 39 TND en 1985 à 300 TND (environ 220 US\$ en 2008), soit une multiplication par 7,6.

Pour ce qui est des sources de financement, le tableau suivant collige les détails pour les années 2007 et 2008.

Tableau XII: Dépenses totales de santé et répartition selon la source de financement

		2007		2008	
Dépenses Publiques		Valeur en MD	Valeur en %	Valeur en MD	Valeur en %
Impôts	MSP	758,338	27,2%	807,624	26,2%
	Autres Ministères	41,269		42,574	1,4%
Cotisations sociales	CNAM	672,384	24,1%	831	27,0%

		S/Total	1471,991	52,8%	1681,198	54,53%
Dépenses Privées						
Paiements directs	Ménages	1164	41,75%	1242	40,28%	
Primes d'assurance	Assurances groupes	129	5,4%	136	5,19%	
	Mutuelles	23		24		
		S/Total	1316	47,2%	1402	45,47%
Total			2787,991		3083,198	
Part du PIB			5,59 %		5,58%	

Le financement de la santé est globalement assuré, à parts égales, entre fonds publics (Etat et Sécurité sociale) et fonds privés (paiement direct des ménages et assurance maladie complémentaire). Ce partage des charges est resté relativement constant depuis les années 1990.

La réforme de l'assurance maladie introduite en 1997 et qui a comporté en plus de la création de la CNAM, une augmentation progressive des taux de cotisation et une harmonisation de ceux-ci pour aboutir à un taux unique de 6.75% avait, parmi ses objectifs, la diminution de la part des dépenses privées et particulièrement des dépenses directes non remboursées des ménages. Les données de 2007 et 2008 semblent indiquer une tendance à la réalisation de cet objectif.

Pour ce qui est de la destination de ce financement, environ 52% des dépenses totales de santé servent au financement des structures appartenant au secteur public qui rappelle que le pays représente plus de 80% de la capacité litière du pays, emploie 60% des médecins et 90% du personnel paramédical.

Quant au secteur privé, qui consomme 48% des dépenses totales, il est essentiellement financé par les fonds privés (dépenses directes des ménages, assurances facultatives) et dans une moindre mesure par la CNAM. Ce sont les ménages qui constituent le principal financeur de ce secteur puisqu'il lui consacre environ 85% de leurs dépenses. Celles-ci servent essentiellement à l'achat des médicaments qui accaparent 50% des dépenses directes dans le secteur

VII- Régulation du secteur de la santé

La conception des politiques de santé et de régulation du système de soins sont assurées par :

- L'État : gouvernement et départements ministériels.
- Les organisations professionnelles de santé
- La CNAM

VII.I- Régulation de l'offre

Infrastructure du secteur public

Le développement de l'infrastructure est fortement encadré par le plan quinquennal et le budget annuel. En effet, des « besoins » sont définis dans le cadre de plans quinquennaux de développement qui arrêtent les projets d'infrastructure et d'équipement. Le processus d'élaboration du plan associe fortement les régions qui expriment des besoins discutés avec la Tutelle et le Ministère du Développement Economique, chargé de la planification, et le Ministère des Finances dans le cadre des budgets annuels d'investissement.

Infrastructure du secteur privé

L'offre privée de soins ambulatoires et d'hospitalisation n'est pas soumise à une régulation de son implantation géographique, mais à des normes de bâtiments, d'installations techniques et d'équipements. Les seules exceptions concernent les officines pharmaceutiques, soumises au *numerus clausus*, et les centres privés d'hémodialyse dont la création est soumise à une autorisation préalable en fonction de l'indice de besoins de la population par gouvernorat.

Equipements et technologies

La loi d'organisation sanitaire fournit une définition des équipements lourds soumis à des autorisations préalables d'installation. La liste de ces équipements est définie par arrêté conjoint des Ministres des Finances, du Commerce et de la Santé Publique. Le MSP définit les indices de besoins de la population pour chaque type d'équipement.

Médicaments et produits pharmaceutiques

Les médicaments et produits pharmaceutiques font l'objet d'une réglementation des plus strictes qui couvre l'importation (monopole de l'Etat), la fabrication, la distribution et la commercialisation.

Une nomenclature générale fixe la liste des médicaments commercialisés en Tunisie, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.

Considéré comme secteur stratégique et à portée sociale, le médicament est strictement encadré au niveau du prix de vente : le prix des médicaments est homologué et compensé pour certains, importés par la PCT qui en est l'importateur exclusif.

Régulation de la démographie des personnels de santé

L'accès aux études médicales est limité par les capacités d'accueil des 4 facultés de médecine nationales, resté constant depuis 1994, soit environ 800 par an, malgré l'augmentation très importante du nombre de bacheliers. L'accès aux études médicales spécialisées est régulé par des concours annuels de résidanat en médecine pour lesquels le nombre de postes ouverts est fixé au budget annuel du MSP. Le même principe est respecté pour la formation de médecins dentistes et des pharmaciens.

VII.II- Régulation de la demande

La régulation de la demande s'exerce par la participation directe des usagers aux frais de soins. Dans le secteur public, des tickets modérateurs ont été instaurés, depuis le début des années 1980, pour accéder aux structures et ont été régulièrement révisés à la hausse. Outre leur vertu présumée de « modérer » la consommation de soins, ils sont aussi supposés orienter le recours aux divers niveaux de soins : plus élevés dans les structures tertiaires, ils sont les plus faibles dans les structures de soins primaires.

Pour la CNAM, la régulation de la demande se fait par le biais du plafonnement des remboursements des soins ambulatoires dans le secteur privé et par un système d'autorisations préalables pour la prise en charge de certains actes et médicaments coûteux.

VIII- forces et des faiblesses du système de santé.

En termes de prestations de soins

- Des prestations de soins personnelles assurées par un secteur public prédominant, dense et décentralisé (95% de la population se trouve à moins de 4 km d'un centre de santé de base) et un secteur privé dont la composant ambulatoire se décentralise progressivement et la composante hospitalière s'accroît rapidement.
- Des soins et services non personnels qui restent principalement à la charge du secteur public.
- Une concentration très importante de lits dans les régions côtières (52% des lits publics et pratiquement tous les lits privés) ceci s'explique en grande partie par le fait que l'essentiel de la capacité hospitalière se trouve dans les structures de troisième ligne concentrées dans ces régions le même phénomène est observé pour les équipements lourds et pour le personnel de santé. En effet, si on prend l'exemple de la densité médicale, on constate qu'elle varie, pour les médecins généralistes de 96 p 10000 hab dans le district de Tunis à 36 p 100000 dans la région hab dans la région du centre ouest . la situation est encore plus contrastée en ce qui concerne les médecins spécialistes ou on passe de 111 p 10000 pour la première région à 12 p 10000 hab pour la seconde.
- Malgré la densité importante des structures de première ligne, la continuité des soins n'est correctement assurée puisque, seuls 34% des centres de santé assurent des consultations médicales 3 jours par semaine ou plus.

En termes de financement

- Deux modes de financement coexistent : un système Bismarckien d'assurance maladie obligatoire et un système Beveridgien ciblant la population pauvre et à revenus limités. Historiquement, ce dernier était le mode prédominant et est remplacé progressivement par le premier, depuis 1995.
- Cette combinaison permet, selon la législation en vigueur d'assurer la couverture du risque maladie de toute la population puisque actuellement on estime qu'environ 70% de la population bénéficie de la sécurité sociale et 28% du système de la gratuité totale ou partielle.

- Le financement par des fonds publics est presque réservé au secteur public de prestations de soins alors que les prestations du secteur privé sont en grande partie financées directement par les ménages.
- Le poids élevé du financement direct par les ménages des dépenses de soins (46% dont 40% non remboursées) est source d'iniquités en termes d'accès aux soins et probablement d'appauvrissement de certaines catégories de population.
- les bénéficiaires de la gratuité des soins ne peuvent pas accéder aux soins dans le secteur privé et ont parfois des difficultés dans l'obtention ou le renouvellement des cartes.
- D'un financement des prestations de soins par des subventions, on s'achemine progressivement vers des modes de paiement liés à l'activité : de plus en plus, « l'argent suivra le malade ». Un nouveau partage des charges financières des soins de santé est en train de se dessiner pour réduire celles de l'Etat et des ménages pour les remplacer par une contribution accrue de l'assurance maladie sociale obligatoire.
- La CNAM mettra en compétition les prestataires de soins et services de santé, sur une base conventionnelle de rapport qualité/prix. Elle se positionnera de plus en plus comme un « acheteur avisé » de prestations de soins pour ses assurés.

En termes de mobilisation de ressources

- La Tunisie a développé des capacités importantes de formation de professionnels de santé de diverses catégories. Toutefois, l'évolution du secteur de la santé nécessite l'intégration de nouveaux métiers, notamment ceux en rapport avec la gestion, l'ingénierie et l'informatique.
- De nouveaux diplômés parmi les professionnels de santé sont exposés à un chômage plus ou moins long, touchant en particulier certaines catégories de personnel paramédical et les médecins généralistes.
- Le développement des technologies médicales a incité les pouvoirs publics à adopter une « carte sanitaire des équipements lourds » comme outil de régulation de l'installation de ces équipements. Toutefois, le développement rapide du secteur hospitalier privé a entraîné une multiplication du nombre de ces équipements lourds, plus rapidement que dans le secteur public,

sans qu'aucune évaluation précise de l'exploitation de ces installations n'ait été entreprise.

- La gestion des médicaments, grâce aux mécanismes de régulation mis en place, est satisfaisante dans l'ensemble du secteur.
- Les structures sanitaires publiques, confrontées à un sous financement manifeste, ne sont pas en mesure d'honorer toutes les ordonnances médicales prescrites.

En termes d'administration générale et de gouvernance :

- La Tunisie a mis en place un arsenal juridique et réglementaire puissant pour administrer le secteur de la santé, notamment dans sa composante publique. Cependant, la régulation du secteur privé de prestations de soins reste relativement faible, favorisée par la quasi-absence de leviers d'intervention, tels que le financement public.
- Les professionnels du secteur privé tendent de plus en plus à faire prévaloir des attitudes stratégiques. leurs permettant de bien gérer les négociations sociales.
- Le secteur public reste caractérisé par une centralisation excessive du pouvoir de décision, en termes d'investissement et de mobilisation de ressources humaines. Malgré les dispositions législatives en vigueur adoptant l'autonomie hospitalière, les décisions stratégiques et opérationnelles concernant les hôpitaux restent encore prises en dehors d'eux.

IX Les Défis

L'analyse des forces et faiblesses du système de santé tunisien le mettent dans l'obligation de se développer dans le but de maintenir ses acquis et faire face aux mutations épidémiologiques, démographiques, sociologiques, et celles liées à l'environnement international et aux contraintes économiques qui pèsent sur lui. Pour ce faire, il doit, à notre avis, s'attacher à relever les défis suivants:

Défi I: Réduire les déséquilibres entre les régions par l'harmonisation de la carte sanitaire et le ciblage des zones de l'Ouest et du Sud. Ce ciblage devrait concerner aussi bien les infrastructures, les équipements que le personnel et les moyens financiers de fonctionnement des structures et des opérateurs publics et privés. ce qui implique la nécessité de procéder à:

- a) un inventaire exhaustif de l'infrastructure et des équipements existants incluant leurs nombres et leurs fonctionnalités.
- b) Elaborer un programme de réhabilitation urgent visant essentiellement les structures de santé de base.
- c) Elaborer un programme de rééquilibrage de la carte sanitaire tenant compte des besoins effectifs des régions et basé sur une filière de soins et de normes de fonctionnement consensuelles

Défi II: Mettre en place des outils efficaces de régulation. Cette régulation doit concerner :

- a) L'équilibre entre le secteur public et le secteur privé. Dans ce cadre il y a lieu procéder à l'élaboration de procédures et des incitations pour favoriser l'installation des professionnels libéraux à l'intérieur du pays et à la définition des conditions d'utilisation coordonnée des moyens disponibles dans l'un des secteurs par l'autre.
- b) L'équilibre entre l'approche préventive et l'approche axée sur les soins curatifs avec un accent particulier sur la prévention non médicale et la promotion de la santé d'où la nécessité de procéder à une révision en profondeur des programmes nationaux dans l'objectif de consolider les programmes classiques de lutte contre les maladies transmissibles et de renforcer les programmes ciblant les maladies chroniques et dégénératives et les autres périls émergents.
- c) L'adéquation entre la formation et l'emploi des professionnels de la santé tenant compte de la capacité réelle du marché de l'emploi et non de la demande sociale ou des capacités de formation. Cet aspect est crucial vu le développement plus au moins contrôlé de la formation dans les structures privées.

Défi III: Améliorer la qualité des prestations ce qui implique de s'attaquer aux problèmes de :

- a. La qualité de la formation et de son adaptation aux besoins réels de la population. Dans ce cadre la formation médicale doit être revue en profondeur dans la perspective de favoriser une formation de base polyvalente de qualité aboutissant à la médecine de famille.
- b. Elaborer une stratégie nationale en matière d'utilisation des technologies médicales et des moyens coûteux de traitement et de

prise en charge des malades, ce qui nécessite la redéfinition de la notion de liberté de prescription.

- c. Elaborer une politique de recherche médicale axée sur la recherche épidémiologique et clinique appliquée en concordance avec la situation sanitaire et les capacités financières du pays.
- d. L'amélioration des conditions d'accueil et de séjour dans les structures publiques et l'encadrement des tarifs dans les structures privées.
- e. La révision des procédures de gestion des structures publiques avec plus d'autonomie et de responsabilisation des différents acteurs du système hospitalier

Défi IV: Sécuriser l'approvisionnement du pays en médicaments et dispositifs médicaux par:

- a. le développement de l'industrie locale des médicaments et la coordination entre les industriels publics et privés pour garantir la couverture des besoins en médicaments stratégiques.
- b. Le maintien du monopole de la pharmacie centrale de Tunisie en matière d'importation des médicaments et vaccin.

Défi V: Assurer un financement pérenne et équitable ce qui nécessite :

- a. L'évaluation des modalités d'intervention de la CNAM en matière de prise en charge des soins ambulatoires et hospitaliers et de son rôle dans le financement de la prévention.
- b. L'étude de la question du partage des charges et du niveau des dépenses de santé par rapport au PIB ainsi que des taux de cotisation à l'assurance maladie obligatoire.
- c. La révision des modalités d'attribution des cartes de soins gratuits.
- d. L'approfondissement de la question du mode de paiement des prestataires en particulier de rémunération des professionnels de la santé et de la motivation des professions de la santé exerçant dans le secteur public.

Défi VI: Répondre à l'exigence démocratique en matière de la participation de la population à la gestion du système de santé ce qui implique une redéfinition et une mise en place effective de :

- La décentralisation de la gestion

- La participation de la population dans la définition des besoins, l'évaluation des programmes ce qui implique une nouvelle vision en matière de processus de planification et du processus de reddition des comptes.
- Les modalités de participation les professionnels dans la définition des politiques.

Défi VII: S'intégrer dans son environnement régional et international en matière de commerce des biens et services de santé particulièrement en ce qui concerne l'industrie des médicaments et des biens médicaux, de recherche de sécurité sanitaire et de contrôle de qualité des biens et services de santé.