

IMPACTS DES EVOLUTIONS DEMOGRAPHIQUES, SOCIOECONOMIQUES ET INSTITUTIONNELLES SUR LA SANTE ET LES DEPENSES NATIONALES DE SANTE.

Par Habib TOUHAMI

Conférence donnée par Monsieur Habib TOUHAMI à l'ouverture du colloque annuel organisé par l'Unité de recherche « Population, Famille et Education » de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis, le 17-18 Décembre 2010 sur le thème « Population, Vieillessement et Santé ».

Cette conférence fait suite à la table ronde présidée par M. Habib TOUHAMI organisée par la même Unité de recherche sur le thème « Impacts de la démographie sur les dépenses nationales de santé en Tunisie », le 24 Juillet 2010 à la FSHS de Tunis.

Avant-propos

Ce qu'il est advenu ces dernières années et adviendra dans le futur proche de l'évolution structurelle et quantitative des dépenses nationales de santé (DNS) et de ses incidences sur les comptes financiers nationaux et sociaux en Tunisie, nul ne le sait avec précision à l'heure actuelle. Pour ce faire, il aurait fallu disposer de matrices CNS (comptes nationaux de santé) conformément aux recommandations de l'OMS. Mais la problématique tient aussi à la difficulté de quantifier très précisément les parts des dépenses revenant à l'Etat, les ménages, la Sécurité Sociale ou la médecine en entreprise d'une part; à l'absence d'un chiffrage sérieux quant à l'impact des évolutions démographiques et socioéconomiques sur le niveau et le rythme de croissance des DNS d'autre part, celui du vieillissement et de l'assurance-maladie tout particulièrement. Tout laissait à penser pourtant que la réforme de l'assurance maladie allait influencer, peu ou prou, sur le rythme de croissance des dépenses de santé et sur la répartition de sa charge (sinon quelle légitimité elle aurait), et que cela pouvait mettre à mal les cohérences qu'impose une vision globale des équilibres financiers de la Sécurité Sociale. La mésestimation de cet impact fût d'autant moins inexcusable que l'effet du vieillissement sur les DNS avait commencé à se faire sentir depuis une décennie au point où les dépenses de maladie de la CNSS avaient augmenté au moins trois fois plus rapidement que les ressources de la branche maladie (on disait assurances sociales à l'époque) et que la baisse accélérée du rapport démographique avait déjà mis en danger les équilibres financiers de la branche des retraites.

Pour couronner le tout, les « comptes » financiers ne sont pas tous aisés à établir. Certes, le budget du Ministère de la Santé Publique est de notoriété publique, mais la contribution de l'Etat ne constitue finalement que moins du quart des dépenses nationales de santé et les 2/3 seulement des ressources du Ministère de la Santé Publique. Quant aux dépenses de la CNAM, force est de constater qu'un flou artistique les entoure. Au demeurant, les dépenses de la seule CNAM ne constituent nullement le montant global des dépenses en santé de la Sécurité Sociale, dépenses passablement alambiquées au niveau du décompte du fait que le cordon ombilical avec la CNSS et ses policliniques n'a pas été nettement tranché et que la pratique du « forfait » entre caisses perdure encore. Quant aux dépenses de santé à la charge des ménages, plus de la moitié des dépenses nationales de santé, il faudra attendre la publication des résultats de l'Enquête de consommation des ménages de 2010 pour en statuer réellement et pour mesurer, à cette occasion, l'étendu du transfert de charge opéré par la réforme de l'assurance-maladie.

Evolution des parts relatives des sources de financement du MSP (1990-2003) En %

	1990	1995	2000	2003
Budget de l'Etat	80	78	73	63,6
Caisses de Sécurité Sociale	10	14	15	22,2
Ménages	10	8	12	14,2
Total	100	100	100	100

Est-ce à dire, malgré tout, que la ponction prélevée par les dépenses nationales de santé dans le PIB a atteint une limite inconciliable avec l'équilibre des finances publiques et des comptes de la Sécurité Sociale comme certains le prétendent? A priori oui si l'on accepte comme parole sacrée les injonctions du FMI et de la Banque Mondiale invitant les pays émergents (et même les moins développés) à mieux maîtriser leurs dépenses sociales et à « décharger » autant qu'il est possible leurs finances publiques du poids de certaines dépenses de régulation et de redistribution (compensation, éducation et santé). Mais non si l'on analyse les faits tels qu'ils sont. En effet, la Tunisie n'a pas dépassé un seuil dangereux au niveau du ratio DNS/PIB. On pourrait considérer même que celui-ci se situe relativement bas au regard de son mode de calcul (à prix courants) et de l'impact des évolutions démographiques. La thèse selon laquelle la Tunisie dépense « trop » dans le social et plus particulièrement dans le domaine de la santé ne résiste donc pas à la critique. Tout au plus s'agit-il d'une posture que certaines élites nationales adoptent par opportunisme ou aveuglement. En la circonstance, leur critique est d'ailleurs irrecevable puisque la tendance générale du ratio DNS/PIB est à la stabilisation autour de 6%.

DNS/PIB en %

Année	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
DNS/PIB	5,3	5,5	5,6	5,8	5,6	5,5	6,2	5,5

Source de financement des DNS en %

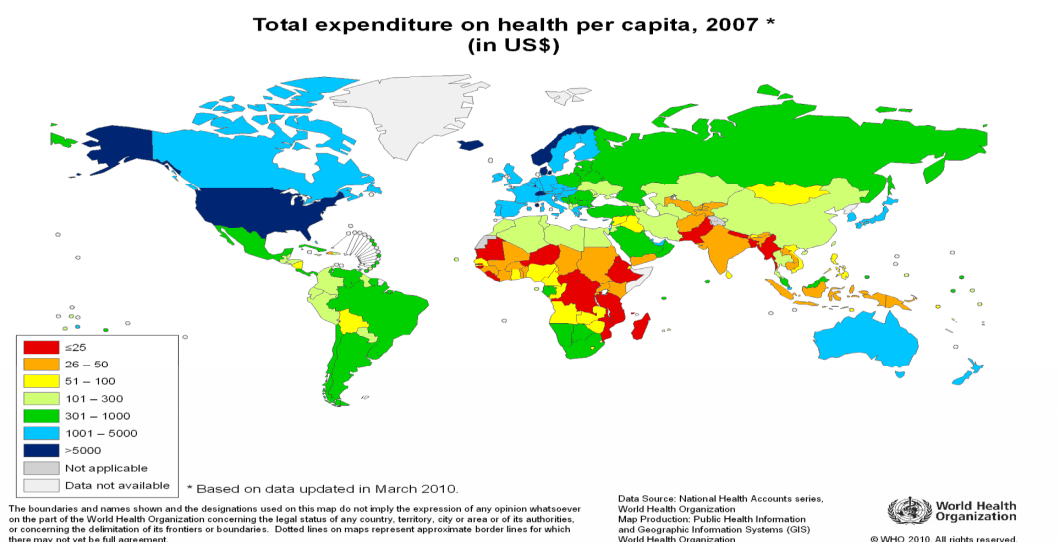
	1985	1990	1995	2000	2002
Etat	50,1	37,4	36,2	31,1	26,1
Caisses de SS	15,4	15,3	15,9	19,5	21,5
Ménages	34,3	46,8	46,8	48,2	51,2
Médecine du travail	0,2	0,5	1,1	1,2	1,2

Avec ce ratio, la Tunisie ne consacre finalement aux DNS que des sommes moyennes par rapport à la moyenne des pays à revenu intermédiaire et à niveau de développement moyen (Banque mondiale, UNICEF, OMS). Il n'y a donc pas de quoi crier au loup sauf si l'on considère l'effet du poison distillé par une forme de révisionnisme, lequel essaie de faire croire que le modèle tunisien de développement d'avant le PAS a été surannée, coûteux et inefficace. Or, les pays dans lesquels l'état de santé et le niveau d'éducation de la population sont médiocres ont eu beaucoup plus de difficulté à assurer une croissance durable. Des études économiques sérieuses établissent qu'une amélioration de 10 % de l'espérance de vie à la naissance entraîne une accélération de la croissance économique de quelque 0,3 à 0,4 points par an.

Le distinguo introduit ici entre développement social et développement économique n'a évidemment aucun sens puisque le développement en tant qu'action et résultante de l'action constitue un tout indissociable par définition et que l'économie est politique par essence. De plus le processus de développement de la Tunisie, du moins jusqu'à l'adoption

du PAS, a constitué, non une exception historique, mais une originalité, une originalité qui trouve son explication dans la juxtaposition d'une tradition populiste néo-Destourienne pondérée ou exacerbée par une posture syndicale mêlant revendication et participation au grès des circonstances ou de l'état des rapports de force sur le plan politique et social.

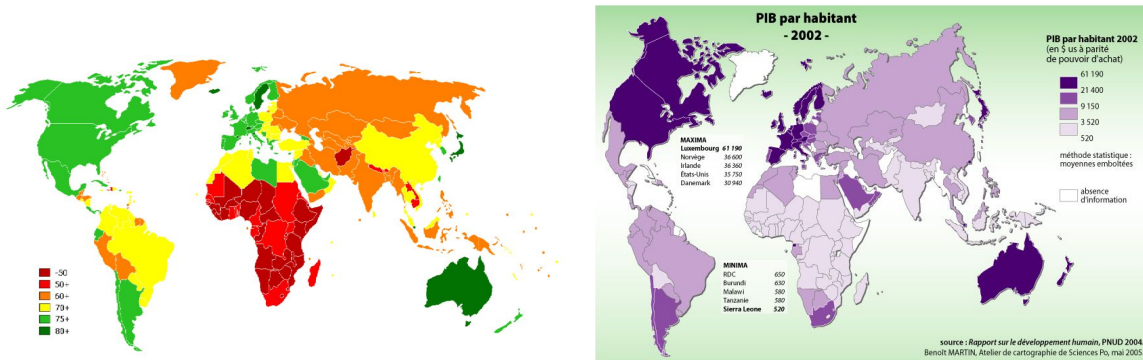
Mais pour bien situer les choses, plaçons-nous à l'échelle du monde. Les dépenses globales de santé dans le monde ont atteint en 2006 près de 8,7% du PIB mondial. Au cours de la seule dernière décennie, ces dépenses ont enregistré un taux de croissance annuel moyen plus élevé que le taux de croissance du produit national brut mondial lui-même. La part des dépenses nationales de santé dans le PIB mondial est ainsi passée de 8 à 8,6 % entre 2000 et 2005, soit une croissance de 35% à prix constants au cours de la période. Entre 1970 et la fin des années 90, le ratio DNS/PIB est passé de 7 à 13 % aux Etats-Unis (16% actuellement) ; de 6 à plus de 9 % en France (11% actuellement), de 5 à 8 % en Italie ; de 4,5 à 7 % au Royaume-Uni. Le ratio atteint son plus haut niveau dans la région de l'Amérique du Nord et son niveau le plus bas en Asie du Sud-est. La part de l'Etat dans les dépenses de santé a cependant varié entre 76 % en Europe et 34 % en Asie du Sud-est. Comme on le verra plus loin, le niveau du revenu par tête n'est pas seul en cause. En effet, quand l'Etat et la Sécurité Sociale participent moins aux dépenses de santé, ce sont les dépenses privées qui prennent le relais et quand le paiement des actes se fait au point d'accès aux centres de soins, c'est le rythme de croissance des dépenses de santé qui en pâti.



Toutefois, la grande diversité dans les enjeux et les objectifs nationaux des politiques de santé limite la pertinence des comparaisons au niveau international. Des pays d'un niveau de développement comparable n'obtiennent pas ou si peu des performances sanitaires analogues. Des pays à revenu intermédiaire se retrouvent mieux classés par les indicateurs classiques de santé que des pays plus développés qu'eux, en raison notamment d'une répartition plus égalitaire des revenus ou de la prédominance des

dépenses publiques (Etat+ Sécurité Sociale) dans les DNS. La carte mondiale des DNS/PIB ne coïncide d'ailleurs pas avec la carte mondiale de l'espérance de vie.

Espérance de vie dans le monde en 2008



Mieux, si l'on considère le critère du taux de mortalité pour les seules causes évitables par les soins, un pays comme la France obtient un meilleur classement par rapport au Canada, l'Allemagne et les USA, des pays consacrant une part proche ou supérieure de leur richesse nationale à la santé. Par contre, La Suède, le Japon et l'Espagne enregistrent des résultats sanitaires excellents tout en dépensant beaucoup moins. Dans le cas de la Suède, la performance est double puisque ce pays a réussi à faire stabiliser la part des dépenses de santé dans le PIB tout en améliorant sensiblement ses indicateurs de santé. L'impact du vieillissement ajoute son grain sel à cette cacophonie. Certaines études montrent que celui-ci entre pour 1 point sur le rythme de croissance annuel des dépenses nationales de santé des pays développés de l'OCDE en volume contre 1,4 point pour les USA. Or le vieillissement est un phénomène démographique plus marquant dans les pays de l'OCDE. Quant à l'effet générationnel dont l'impact sur les DNS est supérieur à celui du vieillissement (à 3 à 4 fois plus), on constate qu'il n'a pas instauré une ligne de partage significative.

Evolution des dépenses totales de santé en % du PIB

	1980	1990	2000	2005
France	7,1	8,6	9,3	11,1
Allemagne	8,7	8,5	10,6	10,7
Royaume Uni	5,6	6	7,3	8,3
Suède	8,8	8,2	8,4	9,1
Danemark	9,1	8,5	8,4	9,1
Italie	-	8	8,1	8,9
Espagne	5,4	6,7	7,5	8,3
Suisse	-	8,3	-	11,6
Etats Unis	8,7	11,9	13,1	15,3

Sources OCDE/IRDES 2007

L'état de santé des populations ne dépend donc nullement des seuls produit par tête et du ratio DNS/PIB. Dans une étude publiée sur ces colonnes intitulée « Inégalités sociales, mortalité et espérance de vie », j'ai pu établir que d'autres paramètres entrent en jeu : système et mode de financement de la couverture sanitaire, carte sanitaire et part publique dans les DNS, répartition des revenus, etc. D'ailleurs le classement d'un pays comme la France selon deux critères différents arrive à la conclusion que si la France dispose d'un système de soins efficace, son système de prévention l'est beaucoup moins.

Au surplus, l'accroissement global des dépenses de santé dans le monde masque de grandes disparités régionales et nationales. Les trente pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) accaparent à eux seuls 90 % des dépenses mondiales de santé alors qu'ils ne comptent que 20 % de la population. A l'inverse, l'Afrique subsaharienne, avec 12 % de la population mondiale, n'a droit qu'à moins de 1 % des dépenses. Le Brésil, le Mexique et l'Afrique du Sud dépensent plus pour la santé que l'Inde alors que leur niveau de développement est comparable. Ces nuances s'expliquent, en partie, par la démographie ou l'économie, mais elles relèvent essentiellement du modèle social, de la répartition des revenus et du rôle du secteur public de santé. La référence au ratio DSNS/PIB n'a donc de sens que si elle est rapportée à la situation socioéconomique, culturelle et politique.

Il en résulte que la problématique de la maîtrise des DNS ne se pose pas partout dans les mêmes termes. Pour certains pays, l'objectif est de maîtriser les dépenses publiques de sorte qu'elles ne puissent pas dépasser un seuil déterminé par rapport au PIB. Pour d'autres, il s'agit soit de combler le déficit des régimes de Sécurité Sociale, soit d'opérer un arbitrage judicieux entre prestations de long terme et prestations de court terme. Mais pour les pays pauvres, il s'agit de prendre en compte les limites qu'impose la rareté des ressources disponibles.

Dépenses de santé en % du PIB en 2006(source : Banque Mondiale)

Pays	Tendances	Données
Afghanistan	2002-2006	9,2
Afrique du Sud	2002-2006	8,0
Algérie	2002-2006	4,2
Egypte	2002-2006	6,3
Maroc	2002-2006	5,3
Syrie	2002-2006	3,9
Chine	2002-2006	4,6
Inde	2002-2006	3,6
Brésil	2002-2006	7,5
Albanie	2002-2006	6,5
Hongrie	2002-2006	8,3
Tunisie	2002-2006	5,1
Sénégal	2002-2006	5,8
Zambie	2002-2006	6,2
Viêtnam	2002-2006	6,6

Les différences de culture et de modèle social dictent la méthode utilisée pour maîtriser le rythme de croissance des DNS. En fait la ligne de partage ne se situe pas tant entre pays développés et pays moins développés, entre nations riches et nations pauvres, mais bien entre les tenants de la régulation étatique, les adeptes de la régulation par le marché ou bien encore la régulation négociée

La **régulation étatique** signifie, en gros, la «compression» autoritaire des dépenses sociales en général et des dépenses de santé en particulier, la définition de pratiques médicales imposées soumises à contrôle et sanctions pour les contrevenants, la limitation du nombre de médecins, l'ajustement «comptable» des ressources et des emplois du système par le biais d'une augmentation graduée des taux de cotisation ou des prélèvements obligatoires (ou les deux à la fois), la fiscalisation des recettes de l'assurance-maladie, le relèvement du ticket modérateur, etc. Mais puisque le rôle du ticket modérateur a été exagérément magnifié, arrêtons-nous un instant sur son impact réel. Plusieurs études internationales montrent que la participation des malades aux dépenses de santé sous forme de ticket modérateur si elle a une influence sur la demande au niveau micro-économique, elle n'en a, par contre, aucune au niveau macro-économique. L'effet modérateur du ticket modérateur ne correspond en fait à aucune réalité tangible, et pour cause : un ticket faible a évidemment peu d'impact sur la modération des dépenses et un ticket fort n'en a pas non plus dans la mesure où cela conduit à la concentration des dépenses sur une faible proportion de population.

Comme son nom l'indique, **la régulation par le marché** sous-entend que la confrontation entre offre et demande de soins constitue le seul moyen d'induire une baisse des prix et une efficacité accrue du système sanitaire. Si l'offre est abondante, ou trop chère, les prix des soins baissent sous la pression de la demande comme sur un marché de biens normaux. Il se trouve que jamais le marché de la santé n'a fonctionné selon les règles classiques du marché. Ainsi les professions médicales ont toujours réussi à maintenir leurs prix à un niveau élevé, indépendamment de la demande. Même la très conservatrice et ultralibérale OCDE a dû convenir que le recours au marché et à la privatisation aggrave les difficultés : *« Seul un petit nombre de zéloteurs adhère maintenant à l'idée que la concurrence offre la solution appropriée. (...) Les vertus du marché deviennent beaucoup moins évidentes »*. Cette honorable institution a finalement concédé que *« la société peut avoir besoin de mettre en œuvre des mesures telles que la réglementation du marché pour corriger ses défaillances et, dans les cas extrêmes, abandonner le marché pour une autre attribution des ressources »*.

La régulation négociée s'articule autour d'une toute autre logique. Elle repose sur le principe que les comportements en matière de santé évoluent davantage encore par le consensus, la prévention et l'éducation sanitaire que par l'organisation de la pénurie. Elle prend acte aussi du fait que la croissance des dépenses de santé est liée finalement à des phénomènes structurels tels que le vieillissement, le type et le mode de financement des soins, le progrès des techniques médicales ou l'apparition de nouvelles pathologies,

tous phénomènes nécessairement de moyen et long terme Il s'agit donc d'une vision qui dépasse l'équilibrisme à tout prix. Dans ce cadre, le corps médical privé accepte de prendre sa part de responsabilité dans la gestion des ressources allouées à la santé et ajuste ses propres honoraires en conséquence. Convenons toutefois que l'arbitrage social négocié n'est envisageable que dans une société moins « corporatiste » que la nôtre et qu'il requiert une longue tradition syndicale participative, chez les médecins de libre pratique tout particulièrement. Ceci n'est d'ailleurs pas sans nous interpeller quant à l'interrelation existant entre la régulation négociée et la répartition des revenus. On constate en effet que dans les pays « égalitaires » avec un coefficient de GINI situé entre 0,2 et 0,3 ; la politique sanitaire obtient de meilleurs résultats avec, en prime, une maîtrise réelle du rythme de croissance des DNS.

Coefficient de GINI en 2009

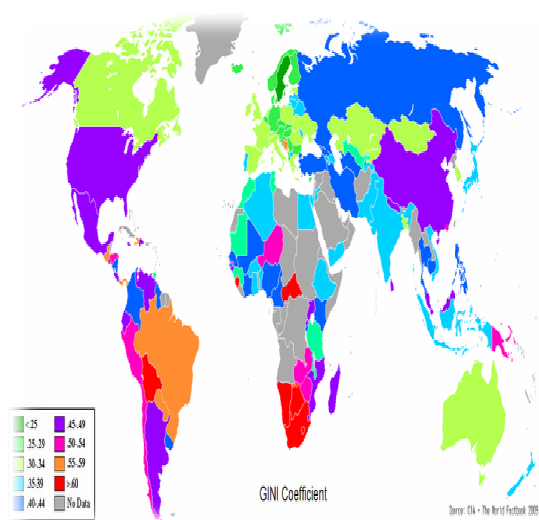
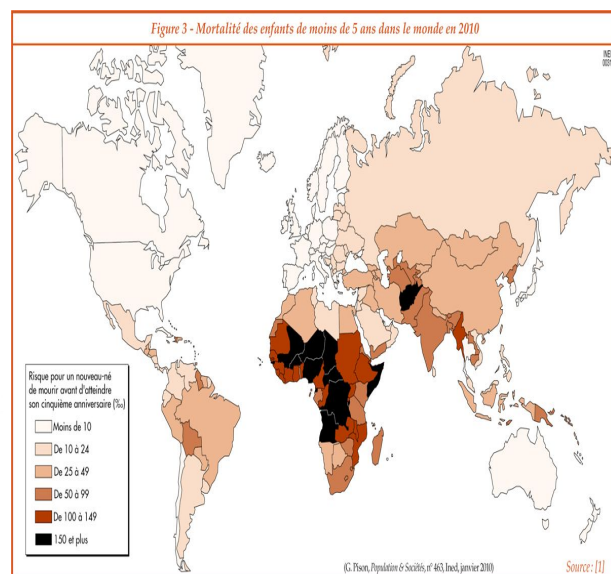


Figure 3 - Mortalité des enfants de moins de 5 ans dans le monde en 2010



Un dernier mot concernant les dérives de la régulation par la démographie médicale. La France a pris en 1972 la décision de mettre en place un **numerus clausus** à l'entrée des études de médecine pour limiter le nombre des diplômés en médecine délivrés annuellement à 8500 environ. Trente ans plus tard, la France s'est retrouvée en manque de médecins, avec en plus une forte croissance des dépenses de santé. La raison est que la limitation du nombre de praticiens, loin de diminuer le nombre d'actes, a favorisé l'augmentation du nombre moyen d'actes par médecin et contribué à la concentration du corps médical dans les régions les plus riches, les plus « tempérées » ou les plus vieillissantes (Côte d'Azur, Ile de France, etc.). Ironie de l'histoire : pour combler son « déficit » en médecins, la France puise, sans honte apparente, dans nos propres ressources humaines. C'est au point où nos résidents en anesthésie-réanimation succombent presque tous aux chants des sirènes et ne reprennent que très rarement le chemin du retour au pays une fois leur stage terminé.

Les dépenses nationales de santé en Tunisie et leur évolution

Coût de maladie, coût des soins médicaux et dépenses de santé n'ont évidemment pas la même signification. Le coût de maladie désigne le coût supporté par le patient lui-même. Ce coût peut être de nature économique, sociale ou psychologique. Il constitue tout aussi bien une perte personnelle pour l'individu qu'une perte pour la cellule familiale ou la collectivité. Les coûts des soins médicaux désignent plus précisément le coût social des services en relation avec les soins de santé, ce qui n'a pas un rapport direct avec l'impact personnel sur les individus. Les dépenses de santé se rapportent plus précisément aux montants dépensés en soins de santé par les particuliers, les groupes ou bien encore les pays.

Les dépenses nationales de santé (DNS) en Tunisie sont constituées par la somme des dépenses en santé de l'Etat, des Caisses de Sécurité Sociale, des ménages et de la médecine en entreprises. Ces dépenses ont connu une évolution rapide au cours du dernier quart de siècle passant de 285 MD en 1985 à 578 MD en 1990, 1489 MD en 2000 et 2040 MD en 2005. On constate toutefois que l'évolution des DNS a connu deux phases : une allant jusqu'à la fin des années quatre-vingt dans laquelle le ratio DNS/PIB a enregistré un rythme de croissance assez soutenu passant de 3,2 % en début de période à 5,5 % ; une seconde qui perdure encore où on voit le rythme de croissance des DNS se stabiliser autour de 6% du PIB.

Dépenses nationales de santé (1985-2000) en MD. Source : Ministère de la Santé Publique/DEP

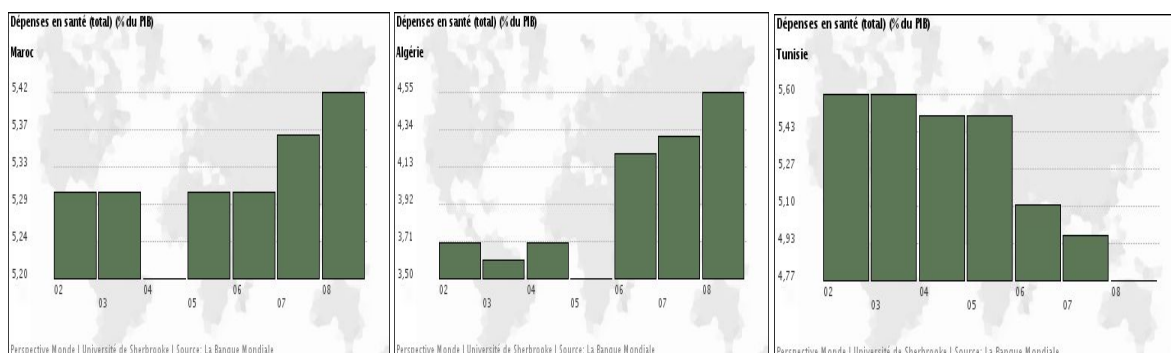
	1985	1990	1995	2000
Budget de l'État	143	218	349	461
Caisses Sociales	44	89	146	297
Ménages	98	271	443	731
DNS en millions de DT	285	578	938	1489
DNS en millions de \$	381	658	992	1086

Comme je l'ai indiqué en préambule, le niveau actuel du ratio DNS/PIB en Tunisie est à considérer comme « normalement moyen » (7,5% au Brésil ; 7,2% en Bulgarie ; 7,7% à Cuba ; et 6,3% en Egypte par exemple). Par contre, le Liban et la Jordanie, pays de référence dans le monde arabe en matière de santé, ont un ratio plus élevé que le nôtre. En 1997-98, les DNS/PIB ont atteint 9,8% au Liban ; 9,4% en Jordanie contre 5,6% en Tunisie et 4,5% au Maroc. Quant à la dépense de santé per capita, elle s'est élevée à 398 \$US au Liban, 134 \$US en Jordanie et 118 \$US seulement en Tunisie. La BM constate d'ailleurs qu'une tendance vers l'harmonisation se dessine en Afrique du Nord dans la mesure où la stabilisation du ratio à son niveau actuel en Tunisie se révèle être concomitante avec sa remontée rapide au Maroc et en Algérie.

Comparaisons avec des pays à niveau de développement économique similaire (1997/98)

Pays	PIB per capita en \$US (1998)	Dépense de santé per capita en \$US (au taux de change courant)	Dépenses de santé par rapport au PIB (en %)
Maroc	1260	56	4,5
Jordanie	1520	134	9,4
Iran	1780	103	5,8
Tunisie	2110	118	5,6
Liban	2660	398	9,8

Sources : Présentations nationales à l'Atelier Régional (MENA) sur les Comptes Nationaux de la Santé, Amman, mai 2000



Pour leur part, les dépenses publiques de santé en Tunisie ont atteint 2% du PIB en 2009 contre 4,3% en Algérie et 1,3% au Maroc. Au cours de la période 1990-2003, le budget total du Ministère de la santé publique est passé de 271 à 920 MD, soit presque trois fois et demi plus, mais ce budget n'a évolué finalement qu'au rythme de l'évolution moyenne du Budget de l'Etat au cours de la même période, un rythme d'ailleurs inférieur à l'évolution moyenne du PIB à prix courants. Du coup, la part des dépenses publiques de santé par rapport au Budget de l'Etat a baissé passant de 7,6% en 2004 à 6,5% en 2008, leur part par rapport au PIB passant de 1,8% à 1,6%.

Composition des dépenses de santé et leur pourcentage du budget de l'Etat. Unité : MDT

Année	2004	2005	2006	2007	2008
Dépenses publiques de santé/Budget de l'Etat en % (1)	7,6	7,5	7,1	6,8	6,5
Dépenses publiques de santé/PIB en %	1,8	1,8	1,8	1,8	1,6

Source : Ministère du Développement et de la Coopération Internationale

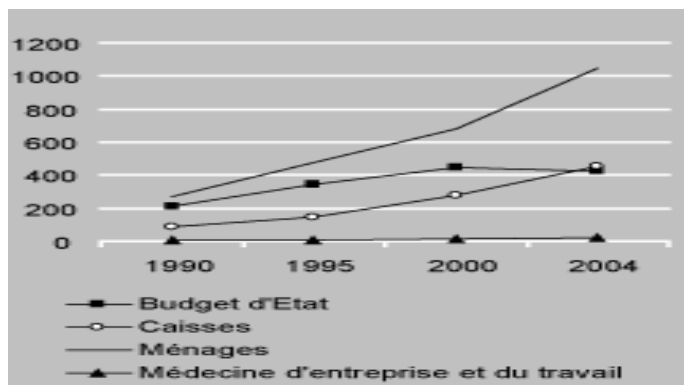
(1) : Compte non tenu des dettes.

Sur le long terme, la part de l'Etat dans les dépenses nationales de santé n'a pas cessé de diminuer passant de 36,6% en 1990 à 26,1% en 2002, contre respectivement 14,9% et 21,4% pour la Sécurité Sociale ; 47,6% et 51,2% pour les ménages. Si l'on prend en considération l'année 2004 par exemple, on constate que le budget de l'Etat a été à l'origine de 21,8% seulement des DNS contre 23,3% pour l'assurance-maladie ; 1,3% pour la médecine en entreprises et près de 53,6% pour les ménages. Et bien que sur les dépenses affectées aux ménages, le 1/10 serait pris en charge par des assurances et

des mutuelles, il nous semble que la part supportée par les ménages a atteint une limite, d'autant plus préoccupante que l'allocation actuelle des ressources pourrait ne plus garantir aux plus démunis une réelle protection sanitaire.

Quoi qu'il en soit, l'augmentation des DNS au cours des vingt-cinq dernières années a été prise en charge essentiellement par les ménages et la Sécurité Sociale. En fait la question qui se pose avec acuité est celle-ci : est-ce à l'Etat de prendre en charge la plus grande part des DNS ou est-ce aux cotisations sociales ou encore aux ménages ? Qu'en est-il du coût et des performances de la couverture sanitaire dans ce cas ? Querelle dérisoire dira-t-on dans la mesure où cotisations et impôts forment l'essentiel des « prélèvements obligatoires » et qu'au niveau des équilibres financiers généraux, les deux formes de prélèvement sont techniquement interchangeables. Oui, mais nous nous situons encore à mille lieues de cette interchangeabilité.

Evolution des dépenses de santé selon les sources de financement (en million de dinars)



Notre pays a trop de contribuables et des plus riches qui ne paient pas les impôts directs sur le revenu qu'ils doivent à la collectivité (je n'ai pas dit à l'Etat et la nuance est de taille). De plus, notre système fiscal et ses moyens juridiques et humains semblent ne pas pouvoir décourager les fuites fiscales. De ce fait, l'augmentation des prélèvements obligatoires conduit presque automatiquement, soit à l'accroissement des impôts indirects, soit à l'augmentation des cotisations sociales. On sait par ailleurs que les sous-déclarations en matière de cotisations sociales n'épargnent ni les effectifs ni les montants déclarés. Pour le seul régime général, les sous-déclarations diminuent les ressources du régime à hauteur de 15% par an au moins. Quant aux arriérés de cotisations, certaines estimations les situent à quelques 2000 MD. Ce manque à gagner, ce chapardage, est évidemment compensé par un surplus de cotisations ou une modération des prestations. Dans un cas comme dans l'autre, ce sont les classes moyennes intermédiaires et inférieures qui en paient le prix d'autant plus que la part des revenus salariaux dans l'impôt sur le revenu s'est élevée en 2005 à 3,1% du PIB ; contre 1,0% pour les revenus non salariaux.

Structure des prélèvements obligatoires en %

	1977	1987	1997	2004
Impôts directs	19,0	16,0	19,6	24,9
Impôts indirectes	65,0	66,1	55,0	48,3
Impôts locaux	2,6	2,1	2,0	2,4
Cotisations sociales	13,4	15,8	23,3	24,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Le champ des incertitudes

La santé et son coût constituent un authentique champ d'incertitudes. Que l'on considère l'assise théorique et conceptuelle de l'économie de santé ou l'évolution de ses principales « variables » explicatives, la démographie, la technique ou l'économie ; l'incertitude règne, davantage encore que par le passé.

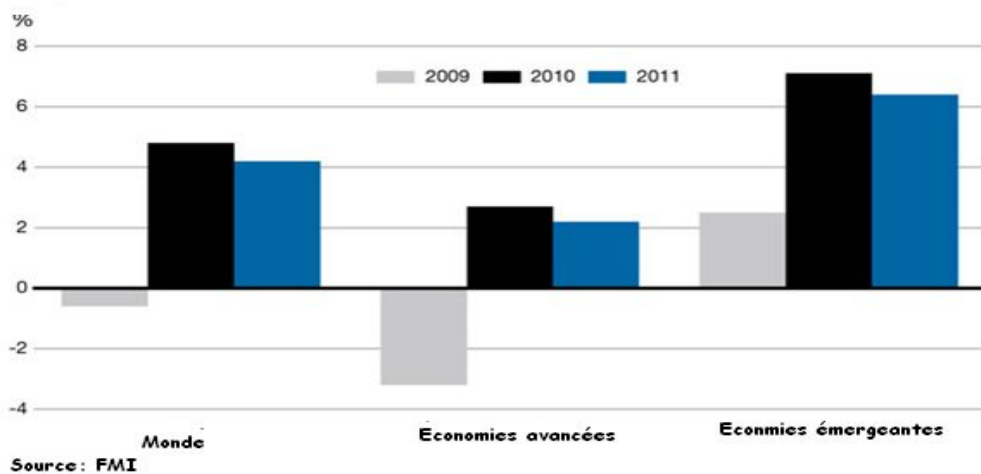
Les origines de l'économie de santé sont jugées trop récentes (1960) en comparaison avec l'économie des matières premières ou celle du transport par exemple. Le manque de « vécu » y relativise la portée et l'usage que l'on peut faire des données statistiques et de la modélisation sous-jacente. Les ultralibéraux vont jusqu'à accabler l'économie de santé d'une espèce de tare congénitale dans la mesure où celle-ci est née d'abord dans le giron de l'administration et qu'elle est restée trop longtemps cantonnée à l'évaluation économique des programmes nationaux de santé. Selon eux, cette « anomalie » est d'autant plus intolérable, qu'en économie de santé, les arbitrages collectifs prennent généralement le pas sur les arbitrages individuels. Mais ils oublient de dire que le prix de certains produits pharmaceutiques, par exemple, sont fixés en déconnection partielle ou totale par rapport aux lois classiques du marché et il n'entre dans l'intention de quiconque d'assimiler les produits pharmaceutiques à des tomates ou des oranges.

Les projections démographiques sont réalisées globalement à l'aide d'extrapolation des tendances passées sur la base d'un certain nombre d'hypothèses de base et en déterminant quelques composantes essentielles du croît démographique comme la fécondité, le nombre de naissance annuel, la mortalité ou l'espérance de vie à la naissance. Pour ce faire, les projectionnistes (on ne dit pas prévisionnistes, le terme est prohibé ici) élaborent schématiquement trois scénarios : pessimiste, optimiste, moyen. Cela donne lieu à des estimations hautes, basses et moyennes. Mais dans la mesure où ne sait pas comment vont évoluer la fécondité et la mortalité à long terme, un simple écart quant aux hypothèses retenues conduit à un écart plus important encore au niveau des estimations globales. Un écart aussi minime qu'il soit sur ce plan rend encore plus incertain le niveau futur des dépenses de maladie. D'ailleurs, on connaît mal les limites de la longévité, y compris dans les pays développés disposant de tout l'arsenal statistique et analytique nécessaire. Que dire alors des incertitudes liées à l'apparition du SIDA et à l'émergence de nouvelles maladies infectieuses !

Les perspectives économiques et financières mondiales et nationales n'échappent pas non plus à l'incertitude. L'économie virtuelle, la globalisation, l'endettement et les crises financières à répétition ont sérieusement entamé la stabilité et la solvabilité de

l'économie mondiale et rendu peu crédibles les prévisions économiques et financières, le court terme compris. Il est vrai que l'incertitude économique sur le long terme est ainsi dire consubstantielle de la science économique elle-même et la boutade attribuée à Keynes selon laquelle « à long terme nous serons tous morts » revêt en la circonstance une saveur particulière. En somme, l'avenir est de plus en plus incertain. Une économie ouverte comme la nôtre et dont l'essentiel des échanges se fait avec les pays développés ne peut donc se soustraire à la volatilité ambiante. C'est d'autant plus pesant que les perspectives mondiales ne poussent pas à l'optimisme, loin s'en faut. Les institutions financières mondiales elles-mêmes pataugent dans un marécage sans fond tout en caressant l'espoir de voir la croissance des économies émergentes tirer l'économie mondiale vers le haut. Le dernier rapport de la Banque Mondiale note en effet que si « l'investissement a généralement fortement repris une fois les stocks épuisés lors des reprises passées, la reprise qui suivra la récession mondiale actuelle pourrait être plus modérée en raison de la destruction importante de richesses et du désendettement continu dans les systèmes financiers dans le monde entier. La persistance des problèmes des banques commerciales, ou même un renouvellement des tensions sur les marchés financiers pourrait retarder davantage la reprise et conduire à plus d'une année de stagnation, voire de contraction de la croissance mondiale ».

Perspectives de l'économie mondiale selon le FMI



Bref, les ressources financières affectées à la santé, qu'il s'agit du Budget de l'Etat, des revenus des ménages ou des cotisations de la Sécurité Sociale, seront de plus en plus incertaines parce infectées par des perspectives économiques mondiales incertaines.

A dire vrai, l'incertitude touchant aux perspectives sanitaires va au-delà des perspectives démographiques et économiques. Cela tient au fait qu'en dépit de l'avancée scientifique et technologique, le risque sanitaire encouru par tout un chacun demeure balloté entre hasard et nécessité. Certes, la fréquence de certaines maladies est liée à des considérations touchant au poids, à la taille, au sexe, au climat, les habitudes alimentaires ou encore au mode de vie. Certes, corrèle-t-on la fréquence de certains accidents courants de la vie en fonction de certains paramètres : les accidents de la

route avec l'abus d'alcool ou la vitesse, les accidents du travail avec la nature du poste de travail ou le caractère répétitif des tâches, les accidents cardio-vasculaires avec la consommation de tabac, le stress, etc. Malgré tout, notre état sanitaire individuel reste soumis jusqu'à un certain point à la loi « tyrannique » des probabilités et à l'injustice de l'héritage génétique. Tant mieux sinon notre foi dans le divin ou la chance s'effilocheait aussitôt.

En dépit de toutes les idées reçues, le choix du médecin lui-même n'échappe pas à l'incertitude. Certes, des individus ou des groupes sociaux se targuent d'en détenir les clefs en jouant sur leur statut économique, culturel ou social. Mais les prescriptions inhérentes à la même pathologie varient d'un médecin à l'autre et pas seulement en fonction de l'apparition de nouveaux médicaments ou de nouvelles techniques médicales. Quant aux accidents opératoires et postopératoires, force est de constater qu'ils se moquent des hiérarchies sociales et des renommées. D'ailleurs, les relations entre pourvoyeurs et destinataires de soins ne peuvent se comparer avec ce que tout un chacun entretient avec son garagiste, son boucher ou son coiffeur. Outre la question centrale de la détention de l'information et de ses nombreuses implications dans l'équilibre offre-demande de soins, aucun malade n'est en mesure d'infléchir traitement ou coûts. En effet, le corps médical contrôle plus de 90% des dépenses de santé même si ses services directs n'entrent que pour 20 à 25% dans la dépense globale. Or le développement futur de la démographie médicale comporte quelques incertitudes liées notamment aux politiques gouvernementales « restrictives ». Le nombre de médecins à un horizon donné n'est donc plus déterminé en fonction du développement des besoins, des choix individuels ou de « l'appel du marché » mais bien en fonction d'une corrélation que certains pays ont voulu établir coûte que coûte entre le développement de la démographie médicale et la maîtrise des dépenses de santé.

Par ailleurs, la consommation en soins de santé dépend de phénomènes observables dans le long terme (démographie, vieillissement), mais l'offre, en particulier les prix et les salaires, ne dépend que de phénomènes conjoncturels ou de moyen terme. Au surplus, le mode des dépenses est généralement quasi-libéral alors que le mode de financement des dépenses est plus au moins « encadré ». Ressources et emplois des systèmes d'assurance-maladie vivent donc dans deux mondes quasi parallèles. Sous cet angle, la Grande-Bretagne, toute libérale qu'elle soit par tempérament ou par atavisme, se révèle plus cohérente en optant pour un service national de santé NHS financé par l'impôt.

Bref, on est en droit d'observer quelques réticences vis-à-vis de tout déterminisme sur le devenir de la santé et ses coûts en Tunisie, d'autant plus que le pays se trouve placé à la croisée des chemins et que les règles en vigueur encouragent la pérennisation de l'intérêt des corporations et des organisations au détriment des bienfaits généraux. Cette conception est d'autant plus surannée que la place et le rôle des patients, en tant que gardiens de leur propre santé, sont sciemment niés.

L'impact de la démographie

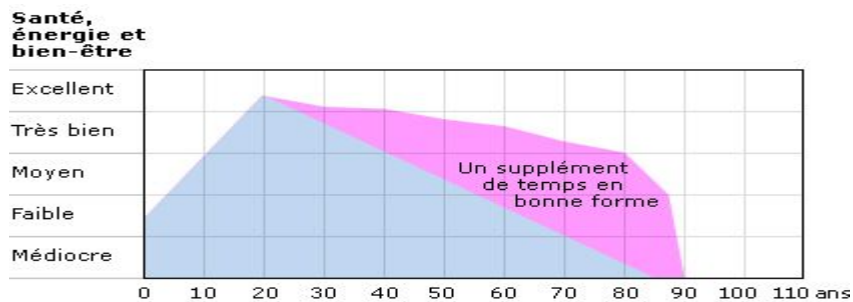
Pour dire les choses sans ambages, les interrelations entre économie et démographie n'ont jamais été faciles à disséquer, encore moins à modéliser. Cela tient à la nature même des deux disciplines, domaines dissemblables, conflictuels ou antinomiques sur plusieurs points. Mais cela tient aussi aux termes de prévision qui leur sied, celui de l'économie étant par nature du type court, celui de la démographie étant, au contraire, du type long. Or les dépenses de santé sont à la conjonction de l'économie et de la démographie.

Le premier paramètre démographique ayant un impact sur les dépenses de santé est évidemment le croît démographique lui-même. L'augmentation de la population constitue la première cause et la plus directe de la croissance des dépenses de santé. Toutefois, à une augmentation donnée de la population peut très bien correspondre des ajustements qui ne concernent que les bas âges ou les âges les plus élevés : moins de naissances par exemple et moins de mortalité pour la population âgée de 60 et plus. Le coût des soins étant par nature supérieur à la moyenne aux bas âges et plus élevé aux âges les plus avancés, les dépenses de santé augmentent avec la population, mais dépendent plus particulièrement de sa structure d'âge. C'est évidemment de l'évolution de la pyramide des âges qu'il s'agit.

Le vieillissement constitue le second paramètre démographique ayant un impact sur les dépenses de santé. Toute personne âgée consacre chaque année pour se soigner une somme plus importante qu'une personne jeune et que les plus âgés dépensent en soins de santé plus que les faiblement âgés. Le profil de dépenses de santé par âge est de ce point de vue « croissant de manière croissante » (certains évoquent même une croissance exponentielle). Or le vieillissement constitue une résultante quasi inéluctable du développement économique et social. Tous les processus modernes de croissance ou développement ont abouti à l'allongement de la vie et au vieillissement des populations. Certes, on peut envisager, en théorie du moins, une augmentation de l'espérance de vie sans vieillissement de la population et ce dans le cas tout à fait improbable où l'ISF se maintiendrait à un niveau tel que la part des 60 ans et plus dans la population totale resterait constante ou régresserait. Toutefois, toutes les données disponibles infirment une telle hypothèse. Dans toutes les sociétés développées ou en voie de l'être, l'accroissement de l'espérance de vie à la naissance a entraîné le vieillissement de la population, que ce vieillissement se fasse par le haut ou par le bas, qu'il constitue ou non la résultante des deux phénomènes à la fois.

Mais l'impact du vieillissement sur le rythme de croissance des dépenses nationales de santé dépend aussi de l'évolution de l'état de la santé des personnes âgées. En effet, l'augmentation de l'espérance de vie peut cohabiter avec la dégradation relative de la santé. Dans certaines conditions, une population à haute espérance de vie peut très bien ne pas se porter bien physiquement. La question centrale est donc de savoir si dans une population vieillissante, l'allongement de l'espérance de vie sera oui ou non associé à une proportion plus ou moins grande vivant avec une incapacité mentale ou physique

rédhibitoire. Autrement dit, c'est le différentiel entre espérance de vie et espérance de vie en bonne santé qu'il faut retenir. D'ailleurs cet indicateur repose sur les données relatives à la prévalence dans une population atteinte ou non d'incapacités par âge d'une part et sur les données relatives à la mortalité d'autre part. Il n'est donc pas lié à la taille et à la structure par âge de la population. Ceci représente un avantage considérable en démographie.



L'augmentation de la part des personnes âgées dans la population se traduit automatiquement par une augmentation de la dépense de santé par tête. Mais dans la mesure où l'impact du vieillissement sur la dépense médicale dépend aussi de l'évolution future de la morbidité par âge, c'est le différentiel entre l'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie en bonne santé qui prime. Si l'allongement de la vie est concomitant avec l'amélioration de l'état de santé, le vieillissement de la population peut contribuer à la maîtrise des dépenses de santé par tête. Si, au contraire, le différentiel est en faveur de l'espérance de vie, c'est-à-dire que l'amélioration de l'état de santé par âge a été le fait d'un accroissement de l'intensité des soins, le vieillissement de la population se traduit par une forte augmentation de la dépense par tête.

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé en 2007 selon l'OMS

Pays	Espérance de vie à la naissance (les 2 sexes)	Espérance de vie en bonne santé à la naissance (les 2 sexes)
Algérie	71	62
Allemagne	80	73
Arabie Saoudite	71	62
Argentine	75	67
Brésil	73	64
Cameroun	52	45
Cuba	78	69
Egypte	68	60
Emirats Arabes Unis	78	68
USA	78	70
Jordanie	72	63
Koweït	78	69
Maroc	72	62
Suède	81	74
Tunisie	74	66
Turquie	73	66

Les premiers signes individuels du vieillissement apparaissent généralement à partir de 35-40 ans. Toutes choses égales par ailleurs, l'état de santé des individus est

relativement comparable avant ces âges. Au-delà, des écarts de santé se creusent à mesure que l'âge augmente. Ce type de vieillissement est appelé « vieillissement différentiel » pour le distinguer du vieillissement « prématuré » ou « pathologique ». Ces écarts s'expliquent par le revenu, le métier, la catégorie socioprofessionnelle et le lieu de résidence. En fait, les individus sont mieux lotis en fonction du rang qu'ils occupent dans l'ordre social et à revenu égal, l'instituteur et l'employé de bureau se portent mieux que le chauffagiste ou le menuisier. En d'autres termes, l'état de santé de tout individu dépend de certains facteurs socioéconomiques. Selon certaines études, les personnes n'ayant fait que des études primaires subissent un vieillissement prématuré de 3 ans par rapport aux personnes ayant fait des études supérieures, les chômeurs un vieillissement de 2,4 ans par rapport aux actifs, les chômeurs non qualifiés un vieillissement de 5,3 ans par rapport aux cadres supérieurs actifs.

Pour mesurer l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé, prenons le cas simple des résidents dans une agglomération donnée. Supposons que le nombre d'habitants de cette agglomération âgés de 60 ans à l'année (t) est égal à (a) et le coût moyen des soins qui leur sont prodigués à l'année (t) est égal à (x). Le coût total des soins de santé à l'année (t) est évidemment égal à (a.x). A cause de l'allongement de la vie le nombre des personnes âgées de 60 ans à (t+n) (hors émigration) sera donc égal à (b) avec (b>a). Si on garde le coût des soins constant à l'horizon (t+n), le coût total des soins prodigués sera donc égal à (b.x) et l'effet mécanique du vieillissement sur les coûts de soins de santé pour la population considérée sera donc égal à (b.x-a.x) ou encore x.(b-a). Le calcul peut évidemment se complexifier si l'on considère l'impact de l'effet générationnel sur le coût des soins à l'horizon (t+n). Dans ce cas, à l'année horizon le prix sera de x+Δx et le coût total des soins sera égal à (x+Δx).b. Ce calcul peut naturellement être généralisé à l'ensemble des âges ou à l'ensemble des unités démographiques de base d'un pays ou d'une région, en retenant évidemment l'hypothèse d'un accroissement des populations âgées.

Exemple des divers effets du vieillissement sur les dépenses de santé

	Effectifs en 2010	Coût Un. En 2010	Coût total en 2010	Effectifs en 2020	Coût Un. En 2020	Coût total en 2020	Différence	Remarques
Variante I	2400	250 D	600.000	3200	250 D	800.000	+ 200.000	Effet pur ou mécanique
Variante II	1500	250 D	375.000	900	250 D	225.000	-150.000	Effet pur ou mécanique
Variante III	2400	250 D	600.000	2400	350 D	840.000	+240.000	Effet générationnel
Variante IV	2400	250 D	600.000	3200	400 D	1280.000	+680.000	Effet tendanciel

Variante I, III et IV : Population âgée de 70 ans ; Variante II : Population âgée de 20 ans

Effet générationnel : Effet dû à l'évolution des besoins en santé d'une génération à l'autre.

Effet tendanciel et technico-médical : Effet dû à l'évolution des prix, des pratiques et techniques médicales et à l'évolution des traitements et de la pharmacologie.

A l'impact du vieillissement, vient se greffer celui du sexe et de l'âge. Globalement, les femmes consomment en soins médicaux 25 à 30% en moyenne plus que les hommes. Durant la phase génésique, entre 20 et 35 ans environ, les femmes dépensent plus du double par rapport aux hommes. C'est seulement à partir du troisième âge que les hommes commencent à rattraper leur retard sur les femmes. Tous sexes confondus, la dépense de santé est relativement plus élevée que la moyenne aux bas âges. Elle baisse par la suite pour croître à nouveau entre 45 et 50 ans et s'envoler littéralement au-delà. On peut évidemment penser que la baisse de la natalité est susceptible d'induire un allègement relatif des dépenses de santé et que cela est susceptible de compenser l'alourdissement des dépenses généré par le rallongement de l'espérance de vie à la naissance, mais il n'en est rien.

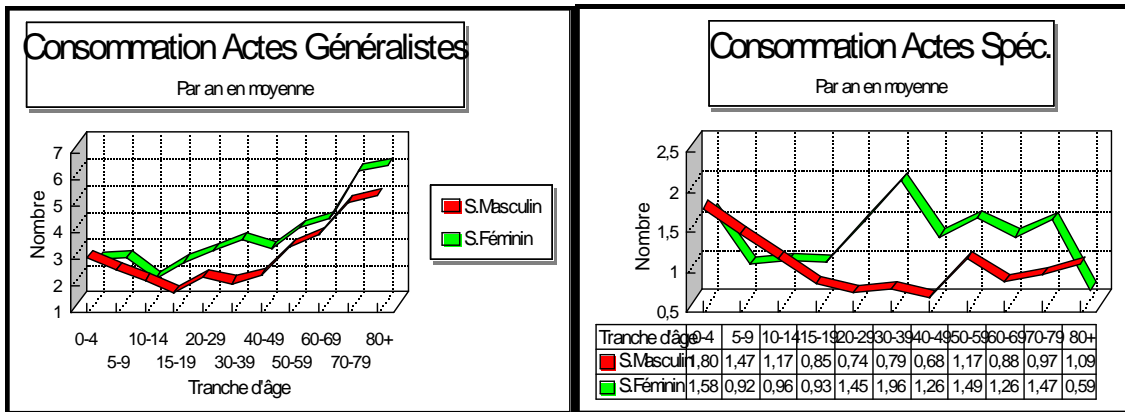
Echelle des variations relatives des débours en soins médicaux non hospitaliers suivant le sexe et l'âge (Base 100 : tous âges et sexes réunis). France en 1970

Groupes d'âges (en années révolus)	Sexe masculin	Sexe féminin
Moins de 3 ans	82	90
3 -9 ans	63	55
10-19 ans	47	55
20-29 ans	55	104
30-39 ans	72	108
40-49 ans	97	127
50-59 ans	114	155
60-69 ans	154	183
70-79 ans	194	174
80 ans et plus	164	128

Source : CREDOC (France)

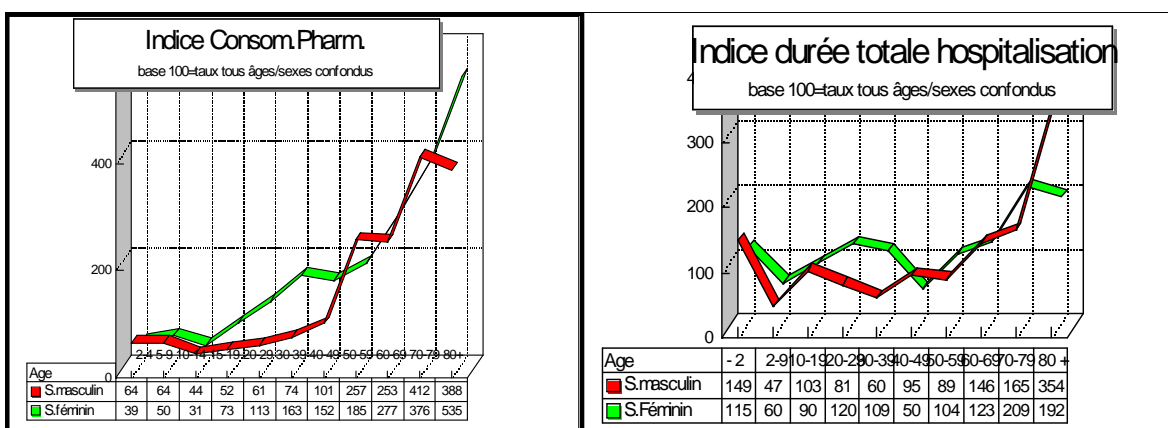
Aucune étude exhaustive sur l'impact direct de certains paramètres démographiques dans la consommation médicale, pharmaceutique et hospitalière n'existe en Tunisie. Pour en statuer, du moins indirectement, un modèle économétrique a été élaboré en s'appuyant sur l'analogie des profils démographiques de certains pays méditerranéens pris au même âge économique que la Tunisie d'aujourd'hui. Afin de neutraliser les effets des prix, seuls les indices et les quantités ont été pris en compte. Dans ce modèle, les dépenses de maladie ont été décomposées en soins médicaux « en ville », produits pharmaceutiques et soins hospitaliers.

La simulation confirme que les dépenses en consultations de généralistes évoluent en fonction de l'âge et du sexe. L'impact de l'âge est relativement haut aux bas âges, baisse pendant l'adolescence, augmente à nouveau vers 50 ans et atteint son apogée aux âges avancés. Globalement le nombre moyen d'actes de généralistes constitue plus du double pour les personnes âgées (60 ans et plus) par rapport à la population jeune (0-39 ans). L'impact du sexe est naturellement significatif pour les femmes aux âges de la maternité. Toutefois, l'écart hommes-femmes épouse une tendance similaire entre 50-70 ans avant de diverger par la suite.



La consommation en actes de spécialistes ne décrit pas la courbe précédente. Elle se situe comparativement plus haut pour les femmes aux âges de la maternité mais finit par rattraper la courbe des hommes aux âges avancés.

La consommation de produits pharmaceutiques se situe en-dessous de la moyenne aux bas âges pour les sexes, augmente sensiblement pour les femmes aux âges de la maternité. Globalement, les femmes consomment plus de produits pharmaceutiques que les hommes, et tous sexes confondus les classes d'âge de 60 ans et plus consomment 8 à 10 fois plus que les classes d'âge inférieures à 20 ans. La consommation hospitalière se situe haut pour les bas âges, baisse jusqu'à dix ans, augmente pendant l'adolescence (surtout pour les garçons) mais augmente davantage pour les femmes pendant les âges de la maternité, diminue jusqu'à 50 ans avant d'augmenter à nouveau. Au-delà, les dépenses en hospitalisation évoluent à la hausse pour les deux sexes et enregistrent une accélération brutale à partir 60 ans.



Par ailleurs, le nombre de maladies déclarées dans un ménage enregistre une décroissance en fonction de l'augmentation de la taille des ménages : plus la taille du ménage est grande, plus note-t-on une décroissance des maladies déclarées. Ce rapport

peut passer de 1 à 3 quand la taille du ménage passe de 7 et plus à 2. Certaines hypothèses ont été avancées pour expliquer ce phénomène : les unes font valoir l'effet résiduel d'une « économie d'échelle », les autres l'impact d'une utilisation plus fréquente des reliquats de médicament ou l'expérience acquise lors des maladies antérieures des membres du ménage. Mais peut être s'agit-il finalement de ce que chacun pressent sourdement quant à l'influence du nombre sur la manière d'aborder les accidents de la vie. En tout cas, l'enquête de consommation de l'INS confirme ce lien (à prendre en compte les interrelations entre taille du ménage et consommation par tête).

Dépenses de soins de santé en moyenne/personne/an selon la composition du ménage
En dinars. Enquête de consommation des ménages de 2005. Source : INS

	1-2	3-4	5-6	7-8	9 et plus	Moyenne nationale
DMO	69,3	37,8	26,0	20,3	16,6	30,3
DME	99,6	39,5	24,3	21,1	17,8	32,1
PP	105,4	62,3	40,5	28,8	26,1	47,9
Appareillage	3,2	1,9	1,5	1,8	0,5	1,7
TOTAL	277,5	141,5	92,3	82,0	63,0	112,0

DMO : Dépenses médicales ordinaires

DME : Dépenses médicales exceptionnelles

PP : Produits pharmaceutiques

L'impact du revenu et de la catégorie socioprofessionnelle

La consommation est fortement dépendante du revenu. Rien donc d'anormal à ce que la consommation en soins de santé soit, elle aussi, dépendante du revenu. Or, l'on connaît mal la répartition des revenus dans notre pays. Le partage du revenu national entre salaires et profits (répartition primaire) ne peut donc nous éclairer sur la répartition spatiale et catégorielle des revenus. L'on ne connaît pas non plus les effets réels de la redistribution (fiscalité, Sécurité Sociale, transferts sociaux dont la Caisse générale compensation) bien que l'on sache, et depuis longtemps, que les transferts sociaux profitent inégalement aux catégories sociales et qu'ils ont peu participé à réduire les inégalités sociales.

On sait néanmoins que le PIB à prix constants a augmenté entre 4,5 à 5% en moyenne au cours du dernier quart de siècle et que le produit national par habitant a atteint 5000 dinars en 2008 contre moitié moins il y a dix ans (2382 dinars en 1997). Quant au revenu national disponible brut par habitant, il est passé de 2475 dinars en 1997 à 5312 dinars en 2008 (la dépense moyenne annuelle par personne et par an en soins médicaux est passée entre-temps de 49,4 dinars en 1995 à 70,9 dinars en 2000 et à 112,1 dinars en 2005). Cependant, le PIB à prix courants a progressé de plus de 10% en moyenne entre 2006 et 2008 alors que les salaires n'ont augmenté qu'au tour de 5% en moyenne seulement (5,4% entre 2006 et 2007 pour le salaire moyen dans le secteur privé non agricole contre 5,08% entre 2007 et 2008). Résultat : le taux d'accroissement de la

dépense annuelle par personne s'est situé en retrait par rapport au taux d'accroissement annuel moyen du PIB à prix courants. Dans la mesure où les inégalités sociales s'amplifient quand on passe de l'échelle de la consommation à l'échelle du revenu, de l'échelle du revenu à l'échelle du patrimoine, les inégalités sociales révélées par les enquêtes de consommation cachent en fait de bien plus grandes inégalités au niveau de la répartition des revenus et du patrimoine.

Année	1985	1990	1995	2000	2005
Dépenses annuelles moyenne par ménage en DT	2665	4033	5115	6450	8211
Dépenses annuelles moyenne par personne en DT	471	716	966	1329	1820
Taux d'accroissement de la dépense annuelle par personne (aux prix courants)	13.7	8.3	6.5	6.6	6.5

Source : Institut National de la Statistique (INS)

Désignation	2006	2007	2008	Variation en %	
				2007/06	2008/07
Produit intérieur Brut aux prix courants en MD	41408	45629	50325	10,2	10,3
RNDB par habitant(en dinars)	4100	4440	4832	8,3	8,8
RNDB par habitant(en dollars)	3084	3469	3926	12,5	13,2
Revenu National Disponible Brut(RNDB) en MD	41522	45459	49997	9,5	10,0

Source : BCT

A- Les coefficients budgétaires

L'évolution des coefficients budgétaires constitue un révélateur essentiel des transformations socioéconomiques induites par le développement. Le poids de certains postes de consommation dans la consommation globale (ou coefficients budgétaires) diminue alors que celui de certains postes augmente ou stagne. Plus précisément, les coefficients budgétaires de l'alimentation et de l'habillement augmentent moins vite que le pouvoir d'achat alors que le coefficient budgétaire du logement varie au même rythme. Par contre, le coefficient budgétaire poids des postes « soins de santé, loisirs, communication » augmente plus vite que le pouvoir d'achat. Cette évolution est évidemment liée à l'évolution des prix en termes relatifs et liée par conséquent à l'évolution de la productivité sectorielle.

Evolution de la structure de la consommation des ménages (coefficients budgétaires, en %) en France

	1956	1979	1989	2000
Alimentation	45,4	25,8	21,1	13,7
Habillement	11,7	7,8	6	4,2
Habitation et équipement	18,1	24	26,2	23,8
Transports et communications	8,3	13,4	13,8	14,3
Loisirs et culture	5,9	6,4	6,8	7,6
Santé et hygiène	5,7	6,4	6,9	9,9
Service divers	4,9	16,3	19,2	26,5

Source : INSEE

Contrairement au schéma général évoqué plus haut, l'évolution des coefficients budgétaires en Tunisie n'a pas exprimé la progressivité attendue. L'alimentation continue à accaparer plus du tiers de la consommation familiale globale (35% en 2005), et ce en dépit de la compensation des produits alimentaires de base. Il semble donc que la Tunisie n'a pas pu rompre le cercle de la survivance. L'augmentation du coefficient budgétaire de l'alimentation entre 1985 et 1990 révèle l'impact négatif du PAS et des dévaluations successives de la monnaie nationale. Le coefficient du poste « Habitation » a connu une baisse relative alors que celui de l'habillement est resté quasiment stable (roba vecchia oblige). Parallèlement, les coefficients du poste « Enseignement, Loisirs et Culture » a connu une quasi-stagnation ; 8% en 1975 contre 8,4% en 2005 ; alors que ceux des « Transport » et « Hygiène et Soins » ont connu une relative progression. Seul le coefficient du poste « communication » s'est littéralement envolé dénotant le penchant inconsidéré du tunisien à déblatérer sans fin au téléphone.

Pour dire vrai, l'évolution des coefficients budgétaires au cours des deux dernières décennies en Tunisie s'explique essentiellement par la stagnation relative du revenu réel. Ce constat est corroboré par l'évolution du taux d'accroissement annuel des dépenses par personne : 13,7% en 1985 contre près de 7% en moyenne par la suite.

Coefficients budgétaires Source : Institut National de la Statistique (INS)

Année	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Alimentation	41.7	41.7	39.0	40.0	37.7	38.0	34.8
Habitation	27.9	29.0	27.7	22.0	22.2	21.5	22.8
Habillement	8.8	8.5	6.0	10.2	11.8	11.1	8.8
Hygiène et soins	5.4	5.7	7.0	8.7	9.6	10.0	10.3
Transport	4.7	4.9	9.0	7.7	7.8	8.6	10.7
télécommunication	-	-	-	0.5	0.9	1.1	3.7
Enseignement	8	7.7	8.9	2.3	2.7	2.9	2.8
culture et loisir	-	-	-	6.2	6.2	5.8	5.6
Autres dépenses	3.5	2.5	2.4	2.4	1.1	1.0	0.5
Total	100	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

B- Les dépenses en soins médicaux et leur décomposition

En 2005, la dépense totale par personne et par an en soins médicaux pour l'ensemble du pays a atteint 112,1 dinars courants contre 70,9 dinars en 2000 et 49,4 dinars en 1995. Le rythme de croissance de ces dépenses s'est donc accéléré au cours de la période 2000-2005 par rapport à 1995-2000, Les dépenses en médicaments viennent en tête des dépenses en soins médicaux, suivies par les consultations, l'hospitalisation et la chirurgie médicale.

EVOLUTION DE LA DEPENSE MOYENNE PAR PERSONNE ET PAR AN (en dinars courants) ENSEMBLE DU PAYS						
LIBELLE DU PRODUIT	Dépenses par personne et par an (en dinars courants)			Coefficients budgétaires (en %)		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005
SOINS MEDICAUX	49,4	70,9	112,1	5,1	5,3	6,2
Consultations	10,9	21,2	21,2	1,1	1,6	1,2
Radios et analyses	3,1	3,7	7,5	0,3	0,3	0,4
Séjours et chirurgie	6	8,7	11,2	0,6	0,7	0,6
Accouchement	1,1	1,1	1,8	0,1	0,1	0,1
Médicaments	24,9	30,9	39,8	2,6	2,3	2,2
Dépense totale par personne et par an	966	1329	1820,0	100	100	100,0

Source : INS (Enquêtes nationales sur le budget et la consommation des ménages)

C- Les dépenses de santé selon les tranches de consommation

L'enquête sur la consommation des ménages de 2005 confirme le lien fort entre le revenu et les dépenses en soins de santé. La tranche supérieure de consommation enregistre un niveau de 280,8 dinars en soins médicaux contre 10,4 dinars seulement pour la tranche inférieure. Les plus nantis consomment en soins médicaux 28 fois plus en moyenne par rapport aux plus défavorisés.

Dépenses de soins de santé en moyenne/personne/an en Dinars selon la tranche de consommation
Enquête de consommation des ménages de 2005. Source : INS

	-400	400-585	585-955	955-1510	1510-2250	2250-4000	4000 et+
DMO	1,8	4,0	8,9	16,6	35,0	56,6	109,9
DME	4,6	6,9	11,9	18,4	32,9	59,3	115,8
PP	4,0	8,2	18,5	32,6	54,8	83,4	147,4
Appareillage	0,0	0,2	0,3	0,7	2,2	3,2	7,7
TOTAL	10,4	19,3	39,6	68,3	120,9	202,5	280,8

DMO : Dépenses médicales ordinaires
DME : Dépenses médicales exceptionnelles
PP : Produits pharmaceutiques

D- Les dépenses de santé selon la CSP du chef de ménage

La dépense moyenne par personne et par an en soins de santé selon la catégorie socioprofessionnelle s'est élevée en 2005 à 168,7 dinars pour les ménages dont le chef figure dans la catégorie des cadres et professions libérales supérieurs alors que la même dépense pour un ménage dont le chef est un ouvrier agricole n'atteint que 63 dinars, soit près de trois fois moins. Ces données confirment, à leur tour, la solidité du lien qui existe entre la catégorie socioprofessionnelle et la dépense de consommation, entre le revenu et la consommation.

Dépense moyenne/personne/an selon le CSP du chef de ménage en Dinars, Source : Enquête de consommation de l'INS de 2005

	Cadres/ profess. L. supérieurs	Cadres/ profess. L. moyens	Autres employés	Patrons Ind.Com.Services	Indépendants Ind.Com.Services	Ouvriers non agricoles	Agriculteurs	Ouvriers agricoles
DMO	1,8	4,0	8,9	16,6	35,0	56,6	109,9	
DME	4,6	6,9	11,9	18,4	32,9	59,3	115,8	
PP	4,0	8,2	18,5	32,6	54,8	83,4	147,4	
Appareillage	0,0	0,2	0,3	0,7	2,2	3,2	7,7	
TOTAL	10,4	19,3	39,6	68,3	120,9	202,5	280,8	

DMO : Dépenses médicales ordinaires
DME : Dépenses médicales exceptionnelles
PP : Produits pharmaceutiques

E- Les dépenses de santé par région

On retrouve dans les données relatives à la dépense moyenne par personne et par an en soins de santé dans les régions la trace de la répartition inégalitaire des revenus par région. En effet, la consommation moyenne par personne et par an en soins s'élève dans le District de Tunis à 136 dinars, contre 133,3 dinars pour la région du Centre-Est (Sahel + Sfax) et seulement 64 dinars pour la région du Centre-Ouest. Ce sont donc les régions les plus riches qui dépensent en santé les montants les plus élevés.

Dépense moyenne/personne/an selon la région en Dinars, Source : Enquête de consommation de l'INS de 2005

	District Tunis	Nord-Est	Nord-Ouest	Centre-Ouest	Centre-Est	Sud-Est	Sud-Ouest
DMO	39,6	29,8	20,7	13,9	34,,9	38,3	20,3
DME	35,7	32,2	26,1	22,6	40,5	27,1	22,9
PP	59,0	50,6	34,5	26,8	56,0	50,2	39,8
Appareillage	1,7	2,6	1,2	0,9	1,9	2,0	1,5
TOTAL	136,0	116,2	82,5	64,2	133,3	117,6	84,5

DMO : Dépenses médicales ordinaires
DME : Dépenses médicales exceptionnelles
PP : Produits pharmaceutiques

L'impact de l'environnement institutionnel

Une expérience révélatrice a eu lieu il y a quelques années dans un hôpital universitaire américain (Hickson, Altmeir et Perin, 1987). Un tirage au sort a été effectué parmi les médecins dans le but de sélectionner une moitié soumise à un système d'honoraires versés par consultation, une autre payée par forfait. Les patients admis furent répartis en deux groupes et orientés arbitrairement vers l'une ou l'autre moitié. On prit soin d'indiquer à tous les médecins qu'ils percevront le même revenu en moyenne. Pourtant, les médecins payés sur honoraires prescrivirent 4,9 de visites en moyenne contre 3,8 aux médecins payés par forfait. A l'évidence, les effets d'induction sont plus forts quand le médecin est payé à l'acte et faibles quand le médecin est payé au forfait.

Il n'est évidemment pas question d'en conclure que le profit constitue l'unique moteur de la décision médicale. Mais force est de constater que les praticiens payés à l'acte

prescrivent généralement plus d'actes que les médecins déconnectés « matériellement » du malade. Les spécialistes en sociologie médicale soutiennent même que les arbitrages du médecin en termes de revenu prennent souvent le pas sur l'intérêt réel du patient. Sans aller aussi loin, bornons-nous à constater qu'en tout cas le mode de rémunération des médecins a un impact direct sur le coût des soins et le niveau des dépenses de santé. Une étude effectuée en 1992 portant sur l'évolution des DNS de dix-neuf pays de l'OCDE arrive à la conclusion que le mode de « paiement à l'acte » augmente de 11% les dépenses de santé.

Peut-on transposer ces constats à la réalité tunisienne ? Non dans la mesure où nous ne disposons pas à l'heure actuelle des données statistiques nécessaires, mais oui si l'on considère la modération des médecins des hôpitaux publics et des polycliniques de la CNSS. En effet, le coût moyen de l'acte médical dans les polycliniques s'élève actuellement à 33 dinars pour la médecine générale (dont 10,2 dinars pour la consultation ; 13,2 dinars pour la pharmacie ; 0,7 dinar pour le laboratoire et 0,8 dinar pour la radio), contre 45,8 dinars pour la médecine spécialisée (dont 13,4 dinars pour la consultation) et 29 dinars pour le PMI. Seul le coût de la dialyse est plus élevé dans les polycliniques de la CNSS par rapport au secteur privé (122 dinars en moyenne), mais cette différence ne s'explique en fait que par la conformité stricte des polycliniques aux normes sanitaires établies par le Ministère de la Santé Publique.

Activités des polycliniques de la CNSS

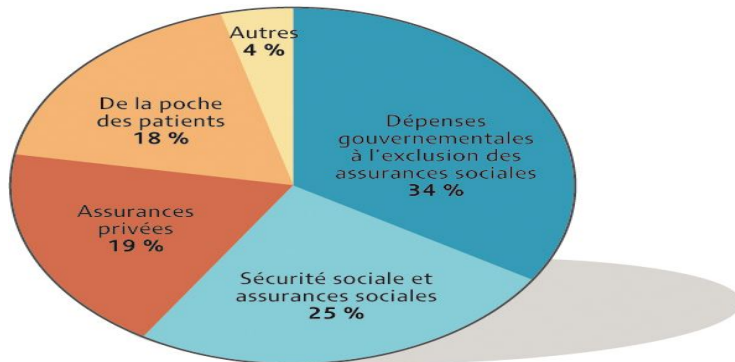
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Médecine générale	576.342	538.085	547.727	537.375	537.197	533.716
PMI	205.594	178.175	186.434	186.262	196.156	181.074
Spécialités	339.002	338.573	341.539	366.731	351.329	373.378
Stomatologie	134.806	135.865	142.587	144.678	160.615	142.022
Coût moyen de la consultation (amort. non compris) en DT	16,986	17,808	19,340	20,132	20,455	22,400
Coût moyen de l'ordonnance en DT	5,941	6,498	6,478	6,608	6,853	7,772

Toutes choses égales par ailleurs, les pays dont le mode dominant de rémunération des prestataires de soins est à l'acte dépensent plus en soins de santé que les pays dans lesquels le mode de rémunération dominant est la capitation. Ce n'est donc pas un hasard si les USA n'ont que moyennement réussi à modérer la progression de leurs dépenses de santé au cours des deux dernières décennies. Avec plus de 16% du PIB réservé à la santé, les USA affichent un « bilan » de santé comparable (et à certains égards inférieur) à celui de la plupart des pays développés dépensant pourtant beaucoup moins que les USA.

Toutefois les systèmes de soins directs ont eu tendance à favoriser une certaine forme de pénurie à l'exemple du NHS britannique. Ils offrent néanmoins l'avantage inestimable de ne pas générer deux inconvénients socioéconomiques majeurs. En effet, les systèmes à remboursement finissent presque toujours par rejeter les catégories sociales les plus démunies vers un système public de santé sans moyens et sans motivation. De plus, ils favorisent la concentration des centres de soins dans les régions les plus riches ou les

plus accessibles. Est-ce à dire, malgré tout, que la vérité est du côté des seuls systèmes des soins directs et que les systèmes à remboursement doivent être systématiquement voués aux gémonies ? Certes non, mais nous devons convenir que tout système de couverture sanitaire doit remplir deux conditions: un accès facile aux soins, une maîtrise des coûts. Ces conditions sont notoirement mieux remplies par les systèmes de soins directs ou quand les dépenses publiques financent l'essentiel des DNS

Dépenses de santé dans le monde 4 700 milliards de dollars en 2007



Source : Organisation mondiale de la santé (OMS).

Commentaires et conclusions

1-L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition dépasse évidemment les aspects purement somatiques que les professionnels de la santé et les politiques affectionnent et relativise grandement la portée des indicateurs classiques tels que taux de mortalité générale et infantile ou espérance de vie à la naissance. Elle est d'autant plus judicieuse que si les progrès de la médecine et de la pharmacologie entrent pour une grande part dans l'amélioration de la santé et l'allongement de la vie, ces progrès ne sont finalement pas plus déterminants que l'impact du bien-être psychique et social. La preuve de cette causalité a été apportée par la chute brutale de la consommation d'antidépresseurs en France lors des événements de Mai 1968. Selon toute vraisemblance, le climat social de la France à l'époque, agitée mais euphorique, a eu un impact positif sur le moral et la santé de la population française.

Il ne s'agit pas ici de disserter longuement sur les théories socioéconomiques traitant du bien-être social, néanmoins les idées développées à ce sujet par John RAWLS et Amartya SEN quelques attentions. Pour RAWLS, le bien-être individuel serait dépendant de l'accès à un ensemble de biens dits « premiers ». Pour lui, ces biens sont de deux ordres :

- les biens premiers naturels (santé, talents) ne dépendant pas directement de l'organisation sociale

- les biens premiers sociaux dépendant directement de l'organisation sociale (au sens large) : libertés de base ; liberté de circuler et d'entreprendre; pouvoirs et prérogatives des fonctions et des postes de responsabilité dans les institutions politiques et économiques ; revenu et richesse; bases sociales du respect de soi.

Pour RAWLS, une société où règne le bien-être social est une société qui assure une répartition équitable des biens premiers sociaux pour compenser l'inégalité des individus en termes de biens premiers naturels. SEN conteste cette approche passive en fin de compte et propose une définition qui tient compte de l'interaction entre les individus et les ressources auxquelles ils ont accès. Il s'agit pour lui de tenir compte non seulement de la possession des biens premiers et des ressources, mais plus encore des différences existant entre individus pour les transformer en capacité de bien vivre. Pour SEN, le bien-être social dépend autant du « *faire que de l'avoir* ». Toutefois RAWLS et SEN se rejoignent sur un point essentiel. Tous deux soutiennent que la liberté est constitutive du bien-être social, même si RAWLS considère celle-ci comme un bien *privé* et *sans rapport direct avec les biens économiques*, alors que Sen insiste sur son caractère de bien public et sur son interdépendance avec les biens économiques.

Je définirais quant à moi le bien-être social comme étant «ce que ne je sais quoi d'indéfinissable», transformant des individus distants, frileux et égoïstes en citoyens ouverts, optimistes et solidaires. De ce point de vue, le bien-être social serait l'exact contraire de l'indifférence, du corporatisme, de la médiocrité, de l'immobilisme, de l'absolutisme, du népotisme et de l'injustice. Autrement dit, le bien-être social est de la responsabilité collective et par là même de la responsabilité du politique. Un gouvernement, quel qu'il soit, ne peut se faire prévaloir de quelques indicateurs de santé satisfaisants pour se convaincre et nous convaincre de la justesse de sa politique sanitaire.

2- Nul ne saurait contester les progrès enregistrés par la Tunisie en matière de santé, du moins si l'on se réfère aux indicateurs classiques de santé. Nul ne saurait contester non plus la qualité de sa formation médicale, la compétence de ses praticiens ou le dynamisme de son industrie pharmaceutique. Néanmoins son système sanitaire arrive à un âge où les disparités et les dysfonctionnements sont trop nombreux et trop criants pour que l'on ne puisse pas redouter un sérieux et catastrophique retour de manivelle

Indicateurs de santé

Année	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Nombre d'habitants pour 1 médecin	1825.0	1500.0	1284.0	1036.0	994.3	968	865
Nombre d'habitants pour 1 dentiste	-	-	7272.6	5422.0	5450.0	5447	4490
Nombre d'habitants pour 1 pharmacien	340	346	4901.8	4745.0	4490.5	5020	3386
Nombre d'habitants pour 1 paramédical	340.0	346.0	349.0	338.7	328.6	319	252

Source : INS

Au premier rang des disparités figure la répartition géographique des centres de soins. Si l'on prend le cas de la répartition régionale des ressources humaines de la Santé Publique, on constate que les régions du littoral sont nettement mieux nanties que les régions du Sud et de l'intérieur. Monastir et Kasserine ont à peu près la même population, mais Monastir dispose du double de spécialistes par rapport à Kasserine et près de 50% de plus en ce qui concerne les généralistes. La population de Mahdia est inférieure à celle de Medenine. Pourtant le Gouvernorat de Mahdia a le double des médecins par rapport à Medenine. Il y a ensuite ce qui relève des disparités au sein même des régions de l'intérieur et du Sud. Ainsi, le gouvernorat Jendouba est plus peuplé que Sidi Bouzid, mais ce dernier est mieux loti en moyens humains. On peut faire appel aux ratios, prendre en considération le poids ou l'inertie d'un certain héritage, colonial ou autre, on ne peut déceler dans la carte sanitaire une logique démographique ou territoriale déterminée. Il ne s'agit évidemment pas de réduire le diagnostic aux aspects purement démographiques et géographiques, mais les ignorer procéderait d'une plus grande cécité.

Ressources humaines du secteur public par gouvernorat

Gouvernorat	Population	Médecins Généralistes	Médecins Spécialistes	Gouvernorat	Population	Médecins Généralistes	Médecins Spécialistes
Gabes	307.713	57	27	Monastir	363.901	111	116
Gafsa	307.513	52	39	Sidi Bouzid	377.143	67	33
Mahdia	335.744	121	42	Kasserine	386.908	81	20
Sousse	433.709	162	177	Jendouba	404.783	58	33
Bizerte	483.086	100	52	Le Kef	272.352	52	29
Medenine	381.185	61	43	Ben Arous	371.745	76	11
Kébili	131.914	35	18	Tozeur	89.055	29	18

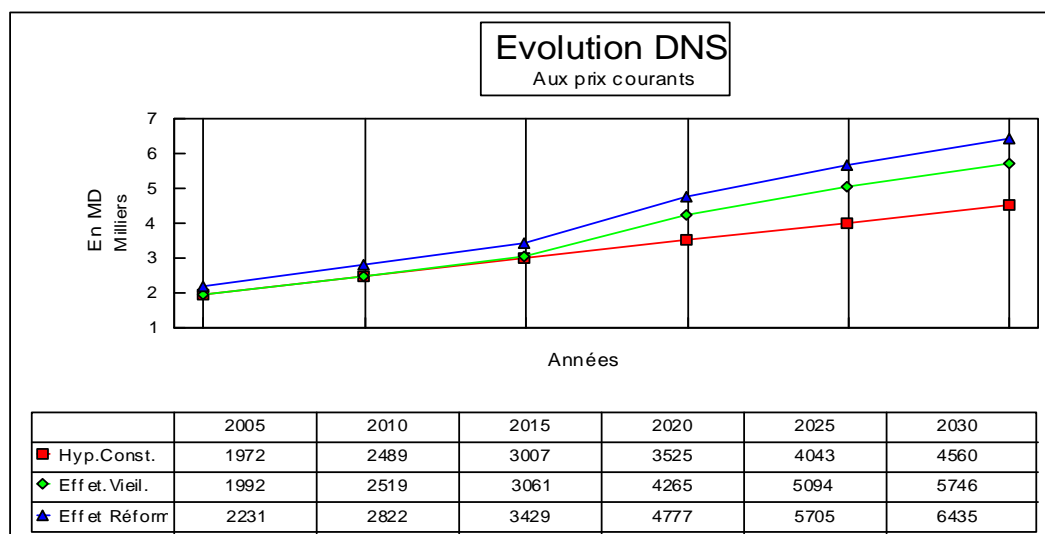
Source : Carte sanitaire Site MSP

La répartition géographique des ressources humaines et des centres de soins du secteur privé ne nécessite pas de commentaire particulier puisque les trois-quarts des cliniques privées sont implantés dans deux régions (District de Tunis et Centre-Est) et que cette concentration est somme toute attendue et inévitable.

Les disparités socioéconomiques sont évidemment à l'origine des disparités sanitaires. Mais peut-être est-il enfin temps d'inverser la logique habituelle de la primauté de la superstructure sur l'infrastructure en avantageant les régions les moins développées au-delà des simples considérations démographiques ou socioéconomiques. Ce que l'on peut dire à ce stade est que l'absence de facultés de médecine et de véritables CHU dans le Sud et les régions du Centre-Ouest et du Nord-Ouest est de nature à aggraver le déséquilibre sanitaire du pays.

Par ailleurs, les secteurs public et privé n'ont aucun liant véritable et pas davantage de cohérence ou de complémentarité. De plus, ils se répartissent mal les tâches, les moyens financiers, les pathologies et les patients. Avec ses 29 centres hospitalo-universitaires (CHU), ses 110 hôpitaux locaux, ses 37 hôpitaux régionaux et 88% des lits le secteur public ne dispose pourtant que des 2/5 seulement de l'argent dépensé en santé. Cette distorsion résume, à elle seule, la gravité de la situation à l'heure où le pays affronte une transition démographique inégale, une transition épidémiologique rapide, une transition économique difficile et une transition sociologique complexe et par certains égards « compulsive ».

3- Pour autant que l'on puisse le savoir, les études commandées par les pouvoirs publics à l'occasion de la mise en place de la CNAM ont eu pour unique objet la détermination du taux initial de cotisation et du taux d'équilibre à la fin de la période « d'initiation ». Aucune étude n'a porté sur l'évaluation de l'impact de la réforme sur le rythme de croissance des DNS, le devenir du secteur public ou les équilibres financiers de la Sécurité Sociale.



S'agissant du rythme de croissance des DNS, tout indique qu'aucun effet dissuasif, aucune mesure d'encadrement même pas l'intéressement du corps médical aux résultats financiers de l'assurance-maladie, n'ont pu infléchir le rythme de croissance des DNS lorsque celui-ci est induit par l'environnement institutionnel, le mode de rétribution des médecins tout particulièrement. Dans ces conditions, il est à craindre que le taux de cotisation à la CNAM aille au-delà du plafond initialement prévu ou alors la CNAM se trouverait dans l'obligation de rationner les soins et de limiter le remboursement aux maladies de longue durée et à un nombre de plus en plus restreint d'actes médicaux.

On ne pouvait ignorer non plus que la réforme de l'assurance maladie allait diminuer de facto les ressources financières du secteur public et que l'Etat pouvait se retrouver à mille lieux de concrétiser ses visées d'origine. Faute de pouvoir changer le cours des choses, les mieux disposés vis-à-vis du secteur public se sont abrités derrière l'espoir secret de voir le secteur évoluer sous la contrainte, c'est-à-dire par la concurrence qu'allait exercer le secteur privé. Mais cette concurrence est tout sauf loyale. Imaginez une compétition sur 100 mètres entre deux hommes, l'un fatigué, fourbu et recru d'épreuves, portant de surcroît cinquante kilos sur le dos ; l'autre jeune, fringant, guilleret et délesté de toute charge et vous aurez une idée précise de la loyauté de la course. Il aurait fallu continuer la modernisation du secteur public en lui réservant à lui seul le « régime » transitoire de la facturation pendant quelques années encore avant la mise en route de la réforme. Cette condition n'a pas été remplie.

Participation de la CNSS au financement du secteur public en MD

Pays	1987	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Forfait	15	43,5	43,5	43,5	43,5	43,5	43,5
Facturation	0	18,4	27,4	36,8	45,9	69,6	92,4
Total	15	61,9	70,9	80,3	89,4	110,1	135,9

La Sécurité Sociale forme un tout cohérent et indissociable. La nôtre ne déroge pas à la règle puisqu'elle est constituée, à l'exemple de ce qui se passe dans la plupart des pays, par trois branches assurant les affiliés sociaux contre trois risques majeurs : la maladie, la vieillesse et la faiblesse des revenus familiaux. Dans aucun système bismarckien ou beverdgien connu il n'a été question de privilégier une branche au détriment d'une autre, encore moins de sacrifier l'une pour sauver l'autre. Moyen de redistribution des revenus, moyen d'équilibrage des risques maladie et accidents de travail (assurance-maladie), moyen de compensation des charges familiales (prestations familiales), moyen d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité (pensions) ; la Sécurité Sociale n'est donc pas un système classique d'assurances, mais bien un levier essentiel de la solidarité et de la redistribution des revenus. Aussi, aucune décision aussi justifiée qu'elle soit ne peut être prise sans valider sa stricte conformité avec la philosophie générale de la Sécurité Sociale. Cette condition n'a pas été remplie non plus.

4-Toute société aspirant à la solidarité nationale se doit d'observer un principe de base : ***en matière de santé, chacun doit pouvoir participer selon ses moyens et recevoir selon ses besoins.*** Ni le revenu, ni la catégorie socioprofessionnelle ni le lieu de résidence ne doivent entrer en ligne de compte pour déterminer le niveau des soins ou contrecarrer leur satisfaction. L'assurance-maladie, telle qu'elle est, est-elle conciliable avec ce principe de base ?

- a- Nous convenons que le système actuel donne libre choix d'opter pour l'un des trois modes proposés. Mais en pratique, l'option en faveur du mode des soins directs ne concerne finalement que deux catégories : ceux, très nombreux, dont les moyens financiers ou l'éloignement ne permettent pas d'opter pour le remboursement et ceux, très minoritaire, dont l'attachement au secteur public prévaut sur toute autre considération. Des observations fragmentaires par gouvernorat confortent cette intuition puisqu'elles concluent à l'inclinaison des gouvernorats du littoral, les plus riches, en faveur des systèmes à remboursement alors les gouvernorats les moins développés ont opté généralement pour le système des soins directs.
- b- A l'heure actuelle, la CNAM ne fournit aucune indication chiffrée quant au coût moyen de la couverture sanitaire par mode, mais nous présumons que ce coût évolue vers la hausse du mode de soins directs au mode de remboursement avec passage par un médecin de famille au troisième mode. Nos présomptions s'appuient sur plusieurs recoupements et les résultats des expériences étrangères. Les données fragmentaires dont nous disposons en tout cas laissent entendre que les coûts des soins dans le secteur public se situent à un niveau moindre par rapport aux coûts du secteur privé. Ces données sont corroborées par les statistiques des polycliniques de la CNSS bien qu'elles ne concernent que les soins « ambulatoires ».

Si tel est le cas, l'assurance-maladie serait en passe d'asseoir une « solidarité » qui va de bas en haut et non l'inverse. On peut naturellement pinailler sur tel ou tel point de détail, mais on admettra que le revenu, le positionnement social et le lieu de résidence restreignent, objectivement, le libre-choix offert au départ par l'assurance maladie et égratignent quelque peu le caractère « universel » de la couverture sanitaire. On peut tout aussi bien nous objecter qu'aucune donnée statistique globale ne vient conforter nos présomptions, mais on devrait admettre aussi qu'aucune donnée statistique ne les infirme non plus. Il est en tout cas incontestable d'observer que dans le système actuel, on ne reçoit pas selon ses besoins ou alors on considère que les queues interminables dans les structures publiques et parapubliques sont justifiables et que se déplacer sur une longue distance pour se soigner est à considérer comme une normalité « inévitable ».

5- C'est avec malice, je dois l'avouer, que je laisse l'OMS conclure à ma place. L'honorable institution, qui est tout sauf un repère de gauchistes ou de révolutionnaires, a tout de même fini par avouer dans son rapport de 2008 que « *les politiques d'ajustement structurel ont sérieusement ébranlé le système de santé publique ; le fossé entre l'offre privée et publique de soins s'est élargi* ». Elle ajoute : « *La*

marchandisation dérégulée des systèmes de santé les rend très inefficaces et très coûteux ; elle accentue les inégalités et conduit à des soins de qualité médiocre, voire parfois dangereux. » Pour l'OMS, cette situation ne s'explique pas seulement par des raisons sanitaires ou financières dans la mesure où les populations défavorisées cumulent les handicaps : « Education médiocre, manque d'équipements sociaux, chômage et insécurité de l'emploi, mauvaises conditions de travail et quartiers dangereux, en plus de leurs répercussions sur la vie de famille. » Les experts de l'OMS concluent que cette disparité « n'est en aucun cas un phénomène "naturel" ; elle est le résultat de politiques qui priment les intérêts de certains par rapport à ceux des autres, le plus souvent les intérêts d'une minorité puissante et riche par rapport aux intérêts d'une majorité démunie. »