



HAL
open science

La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale : l'exemple du système tunisien d'assurance maladie

Karim Chayata

► **To cite this version:**

Karim Chayata. La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale : l'exemple du système tunisien d'assurance maladie. Droit. Université de Rennes; Université de Tunis El Manar, 2013. Français. NNT : 2013REN1G006 . tel-00864973

HAL Id: tel-00864973

<https://theses.hal.science/tel-00864973>

Submitted on 23 Sep 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Européenne de Bretagne

En Cotutelle Internationale avec
UNIVERSITE DE TUNIS EL MANAR, TUNISIE

pour le grade de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE RENNES 1

Mention : Droit

**Ecole doctorale Sciences de l'Homme, des Organisations et de la
Société**

présentée par

Karim Chayata

Préparée aux unités de recherche N° 04/UR/05-01
Santé, Ethique et Argent
(Université de Tunis El Manar)
et
UMR CNRS N°6262 IODE
Centre de Recherche Juridique de l'Ouest
(Université de Rennes 1)

**La prise en charge
des dépenses de
santé par la solidarité
nationale: l'exemple
du système tunisien
d'assurance maladie.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 18 mars 2013**

devant le jury composé de :

Mr le Doyen Lotfi TARCHOUNA
Professeur, Université de Sousse / *rapporteur*

Mme Maryse BADEL
MC HDR, Université de Bordeaux IV / *rapporteur*

Mr le Doyen Hafedh BEN SALAH
Professeur, Université de Tunis El Manar /
examinateur

Mme Marion DEL SOL
Professeur, Université de Rennes 1 / *examinatrice*

Mme Amel AOUIJ-MRAD
Professeur, Université de Tunis El Manar /
directrice de thèse

Mme Brigitte FEUILLET
Professeur, Université de Rennes 1, membre de
l'Institut Universitaire de France / *co-directrice de
thèse*

*A mes parents
A Hanène, Farah et Leith
A mes sœurs*

Remerciements

Je tiens à remercier mes deux directrices de thèse, Madame le Professeur Amel AOUIJ-MRAD et Madame le Professeur Brigitte FEUILLET pour toutes ces années d'encadrement et de suivi. Leurs interventions ont souvent été décisives pour l'achèvement de ce travail. Ma reconnaissance leurs sera éternelle.

Les Universités de Tunis El Manar et de Rennes 1
n'entendent donner aucune approbation ou
improbation aux opinions émises dans la thèse.
Ces opinions doivent être considérées comme
propres à leur auteur.

Liste des principales abréviations

- **AJDA** : Actualité juridique, droit administratif
- **AJT** : Actualité juridique tunisienne
- **AMG** : Assistance médicale gratuite
- **AMO** : Assurance maladie obligatoire marocaine
- **APC** : Activité privée complémentaire
- **APCI** : Affection prise en charge intégralement
- **Art.** : Article
- **B.S.** : Bulletin de soins
- **CC** : Conseil constitutionnel français
- **CE** : Conseil d'Etat
- **CHU** : Centre hospitalo-universitaire
- **CMU** : Couverture maladie universelle
- **CMU-C** : Couverture maladie universelle complémentaire
- **CMR** : Conseil ministériel restreint
- **CNAM** : Caisse nationale d'assurance maladie
- **CNEM** : Comité national d'éthique médical
- **CNPS** : Caisse nationale de prévoyance sociale
- **CNR** : Caisse nationale de retraite
- **CNRPS** : Caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale
- **CNSS** : Caisse nationale de sécurité sociale
- **CPR** : Commission paritaire régionale
- **CPU** : Centre de publication universitaire
- **CRDS** : Contribution au règlement de la dette sociale
- **CSG** : Contribution sociale généralisée
- **EP** : Etablissement public
- **EPA** : Etablissement public administratif
- **EPNA** : Etablissement public non administratif
- **EPS** : Etablissement public de santé
- **FGC** : Forfait global conventionné
- **FTUSA** : Fédération tunisienne des sociétés d'assurance

- **HAS** : Haute autorité de santé
- **JORT** : Journal officiel de la république tunisienne
- **JOT** : Journal officiel tunisien
- **LPA** : Les petites affiches
- **NHS** : *National health system*
- **OCDE** : Organisation de coopération et de développement économique
- **OIT** : Organisation internationale du travail
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **ONDAM** : Objectif national des dépenses de l'assurance maladie
- **Op. cit.** : *Opus citatum*
- **p.** : page
- **PACS** : Pacte civil de solidarité
- **PAS** : Plan d'ajustement structurel
- **PIB** : Produit intérieur brut
- **PMA** : Procréation médicalement assistée
- **PMI** : Protection maternelle et infantile
- **PV** : Procès-verbal
- **RAMED** : Régime d'assistance médicale marocain
- **RDSS** : Revue de droit sanitaire et social
- **REP** : Recours pour excès de pouvoir
- **RJL** : Revue de jurisprudence et de législation
- **RTD** : Revue tunisienne de droit
- **s.** : suivant(e)(s)
- **SMIG** : Salaire minimum interprofessionnel garanti
- **TA** : Tribunal administratif
- **UGTT** : Union générale des travailleurs tunisiens
- **UNCAM** : Union nationale des caisses d'assurance maladie
- **UNOCAM** : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
- **UTICA** : Union tunisienne de l'industrie du commerce et de l'artisanat
- **V.** : Voire

Sommaire

Introduction	1
<i>Première Partie : La refondation du système tunisien d'assurance maladie : Une solidarité nationale renouvelée</i>	26
Titre 1 : La nouvelle organisation du système tunisien d'assurance maladie	30
<i>Chapitre premier : La difficile réforme du cadre normatif</i>	31
<i>Chapitre deux : La réforme du cadre institutionnel de l'assurance maladie</i>	66
Titre 2 : Les rapports du système tunisien d'assurance maladie avec son environnement	98
<i>Chapitre premier : Les rapports avec l'administration socio-sanitaire et hospitalière</i>	99
<i>Chapitre deux : Les rapports avec les prestataires privés de soins</i>	134
<i>Deuxième Partie : Le contenu du système tunisien d'assurance maladie : une solidarité nationale limitée</i>	169
Titre 1 : La diversité des modalités de prise en charge des dépenses de santé: une solidarité nationale à la carte ?	173
<i>Chapitre premier : Le contenu et les bénéficiaires de la prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale</i>	174
<i>Chapitre deux : Les filières de soins : Une solidarité nationale à double vitesse</i>	208
Titre 2 : Pérennité menacée et protection insuffisante des prestations de la solidarité nationale	242
<i>Chapitre premier : Un financement adéquat et une maîtrise des dépenses de l'assurance maladie : gage de pérennité pour la solidarité nationale</i>	243
<i>Chapitre deux : La protection de la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé</i>	286
Conclusion générale	310
ANNEXE	313
Bibliographie	392
Index	414
Table des matières	417

Introduction

*O santé ! santé ! bénédiction des riches ! richesse des pauvres ! qui peut t'acquérir à un prix trop élevé,
puisqu'il n'y a pas de joie en ce monde sans toi ?*

Ben JONSON, *Volpone*

La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale constitue un reflet du fonctionnement des sociétés modernes. Ce fonctionnement est organisé selon une échelle de priorité variable¹. Cependant il est rare de trouver, de nos jours, des sociétés qui ne situeraient pas la santé aux marches supérieures, si ce n'est la marche supérieure de cette échelle de priorité. Cela est favorisé par un certain nombre de facteurs souvent socio-économiques et parfois juridiques. Les transformations du mode de vie et son individualisation, le recul de la grande misère, la généralisation de l'accès aux connaissances et le développement d'un comportement sanitaire préventif généralisé², aboutissent à des sociétés qui supportent de plus en plus mal la maladie et, de manière plus prosaïque, la mort. Cette priorité trouve par ailleurs un écho normatif que ce soit à l'échelle internationale ou nationale.

A l'échelle internationale, les grands textes des droits de l'homme³, de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)⁴ et de l'Organisation Internationale du Travail (OIT)⁵ instituent un environnement international qui favorise dans une large mesure la montée en priorité de la santé partout dans le monde.

¹ Les spécificités patrimoniales, le vécu historique et l'environnement socio-économique jouent à cet égard un rôle déterminant.

² Des recherches sociologiques récentes considèrent que la santé publique dans les sociétés modernes tend à devenir « une nouvelle moralité » influençant les comportements individuels et collectifs ; que ce soit comme stratégie de rechange au contrôle religieux des déviations, comme source de normativité et comme culture ou entreprise d'acculturation.

V. R. Massé, « Ethique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité ». Québec, Les Presses de l'Université de Laval, 2003, p.17 et s.

³ Art. 22 et 25 par exemple de la déclaration universelle des droits de l'Homme du 10/12/1948 ; Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturel du 16/12/1966.

⁴ Constitution de l'OMS du 22/07/1946.

⁵ Conventions OIT n°24 et 25 de 1927 sur l'assurance maladie ; Déclaration de Philadelphie du 10/05/1944 relatives aux buts et objectifs de l'OIT et annexée à sa constitution ; convention n°102 de 1952 relative à la norme minimum de sécurité sociale, convention n°130 de 1969 sur les soins médicaux et les indemnités de maladie. V S. Günter Nagel et Christian Thalamy « Le droit international de la sécurité sociale ». Paris, PUF, collection que sais-je, 1994.

A l'échelle nationale, la consécration d'un droit à la santé, inscrit dans la loi fondamentale d'un pays, constitue désormais un standard constitutionnel. La santé est de fait un besoin social incontournable et une mission que l'Etat moderne ne peut plus s'en désengager¹.

Parallèlement, et presque pour les mêmes raisons qu'on vient d'évoquer, les dépenses de santé explosent partout dans le monde. Leurs parts dans le PIB est le seul qui augmente sensiblement dans tous les pays ; les dépenses budgétaires de santé semblent atteindre leurs limites supérieures dans un contexte de crise de l'Etat providence². La part des ménages dans ces dépenses atteint dans certains pays des niveaux inquiétants, que le vieillissement de la population aggrave de plus en plus. La conséquence la plus visible de ce bouleversement est une remise en cause, partout dans le monde, des structures et modalités de prise en charge de ces dépenses ; tout en conservant un système de santé plus ou moins hérité des conceptions généreuses du rôle de l'Etat en matière économique et sociale. Les décennies 2000 et 2010 semblent être charnières en la matière³.

La Tunisie n'échappe pas à ce schéma descriptif général. La santé, tout comme l'éducation⁴ a été depuis l'indépendance une priorité. La constitution de 1959 l'a consacré, la deuxième ne devrait pas faire moins⁵. Entre temps, le pays a instauré un système de sécurité sociale progressivement généralisé et comportant une branche maladie plus ou moins généreuse et efficace. Cette branche obtint avec la réforme du 2 août 2004⁶ son

¹ Même si le contexte global est actuellement favorable à un désengagement massif de l'Etat, ce dernier garde partout dans le monde, mais aussi en Tunisie « une main mise » sur les politiques de santé et sur l'action médico-sociale. V. Y. Ould Ahmed « Désengagement de l'Etat et réorientation des politiques publiques de santé ». Thèse de doctorat en droit public, Faculté de Droit et des Sciences Politiques de Tunis (Université de Tunis El Manar). 2004, pp 43 et 44.

² V. P. Rosavallon « La crise de l'Etat providence ». Paris, Seuil, 1981.

³ Depuis le début des années 2000, tous les grands systèmes de prise en charge des dépenses de santé dans le monde ont connu des grandes réformes structurelles. C'est le cas de la Grande Bretagne en 2001, de la France en 2002 et 2004, du Maroc en 2002 et des Etats-Unis depuis 2009.

⁴ V. A. Ben Abdallah « Le service public de l'éducation ». Thèse de Doctorat en droit public, Faculté de Droit et des Sciences Politiques de Tunis (Université Tunis El Manar) 2008, p.20.

⁵ L'art. 19.2 de l'avant projet présenté par les commissions de l'assemblée nationale constituante le 10/08/2012 (devenu l'art. 31 dans l'avant projet du 14/12/2012) dispose que « La santé constitue un droit fondamental pour chaque être humain :

- L'Etat prend en charge la prévention, la protection sanitaire et la couverture sociale de l'ensemble de la population sans aucune discrimination régionale.

- L'Etat garantit les soins gratuits pour ceux qui ont des ressources limitées (traduction faite par nos soins).

⁶ Loi n°2004-71 du 02/08/2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie. JORT n°63 du 06/08/2004, p.2228.

autonomie organique et fonctionnelle. En réalité, la réforme consacre un nouveau système véritablement autonome d'assurance maladie en Tunisie et par conséquent une base nouvelle de la prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale dans le pays. Certes, l'assurance maladie n'est pas la seule manifestation de cette solidarité, mais elle constitue néanmoins une application concrète et une exemplarité intéressante sur la conception qu'on veut se faire de cette solidarité nationale. Ce travail se propose d'analyser cette conception à travers le système d'assurance maladie telle qu'il a été refondé à partir de 2004. Pour bien cerner l'intérêt et notre problématique de recherche (IV), des précisions étymologiques délimitant notre sujet seront apportées (I). Dans ce même cadre, ce travail sera situé dans son contexte historique (II) et international (III).

I- Définition des termes, délimitation du sujet

La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale à travers **l'exemple du système tunisien d'assurance maladie** met en jeu un certain nombre d'expressions qui méritent explication, précision et délimitation. Il s'agit respectivement de la « prise en charge des dépenses de santé » (A), du concept de « solidarité nationale » (B) et du système d'assurance maladie (C).

A/ **Prise en charge des dépenses de santé.** Si cette expression est de nos jours très largement utilisée dans le langage juridique et médiatique, il est rare cependant que les textes qui les utilisent s'attardent sur sa définition. Pourtant cette expression comporte trois notions clef. Il s'agit respectivement de la santé (1), des dépenses de santé (2) et des modalités de prise en charge (3).

1- La santé, terme que tout le monde semble connaître, mais que personne n'est capable d'en donner une définition objective ou admise par tous, serait quelque chose entre deux conceptions. La première minimaliste, signifierai absence de maladie invalidante ou constituant un danger pour la personne ou pour autrui¹ ; la seconde maximaliste, signifierai

¹ L'absence totale de pathologie chez tout être vivant en général et chez l'être humain en particulier relève plus de l'utopie. Ce n'est jamais en soit une maladie qui est à craindre mais plutôt ses effets. Cette conception est par ailleurs individualiste. Enfin, c'est la conception qui se rapproche le plus de l'origine étymologique du terme. Exemple le Littré définit la santé comme *Etat de celui qui est sain, qui se porte bien*. L'origine du terme étant le latin *sanitatem*.

une situation de bien être et de confort physique, moral et social¹. La première conception est celle qui a longtemps prévalu au sein de la communauté médicale. C'est aussi la conception des premiers grands systèmes de santé structurés dans le monde. La seconde conception est plus moderne. Elle serait un corolaire d'un Etat-providence soucieux du bien être et du confort de sa population. Cette conception trouvera une consécration idéale dans la définition donnée par l'OMS «*La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou infirmité*² ». En réalité, chaque définition est à la fois vraie et critiquable.

La véritable difficulté se révèle lorsque la santé, dans sa globalité et son extensivité devient un objectif juridiquement affirmé. Dans ce cadre, la logique peut être celle de la proclamation et de l'affirmation laissant une part substantielle de subjectivité dans l'appréciation des revendications liées à cette proclamation, soit une logique exhaustive, c'est-à-dire qu'il faut un texte qui détermine les éléments de cet objectif juridiquement affirmé.

Il s'agit en fait d'un droit à la santé qui est affirmé dans le cadre de la première logique³ et du droit *de* la santé qui est décrit dans la deuxième logique, la première constituant l'une des sources principales de la seconde⁴. Ce travail, sans négliger certains aspects de la première logique⁵, s'intègre plutôt dans le cadre de la seconde logique. On est dans le cadre de l'action médico-social de l'Etat, juridiquement encadré, avec un contenu bien précis et qui dépasse le cadre restreint d'une simple proclamation.

2- L'expression « dépenses de santé » dépend largement de la conception et de la définition donnée de la santé. Plus cette définition est large, plus ces dépenses seront

¹ Cette conception admet la maladie. Elle inclut par ailleurs des éléments de confort dans la définition d'une personne en bonne santé. Ces éléments se rapportent à l'hygiène, à la nutrition, à l'habitat et de manière générale, à tout indicateur pouvant influencer directement ou indirectement ; en bien ou en mal, la situation sanitaire individuelle et globale de la population.

² Préambule de la charte de l'OMS précitée.

³ Exemple la proclamation de l'objectif dans la Constitution, mais aussi dans les grands textes internationaux précités.

⁴ La Constitution, les conventions internationales, la loi et les règlements constituent les sources formelles du droit de la santé. Le droit à la santé est l'une des sources matérielles du droit de la santé. V. J.-S. Cayla « La santé et le droit ». RDSS, 1997, p. 278.

⁵ La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale réalise en partie l'objectif constitutionnel d'un droit à la santé pour tous.

importantes, multiformes et difficiles à cerner¹. Les dépenses de santé constituent par ailleurs une préoccupation multidisciplinaire intéressant l'économiste, le sociologue et le juriste. Les dépenses de santé ne sont pas seulement les dépenses pour des soins curatifs, elles incluent également l'ensemble des dépenses à but préventif et palliatif. Notre travail se situera par rapport à l'ensemble de ces paramètres.

C'est la définition la plus restreinte des dépenses de santé qui sera prise en compte. Il s'agit de toute dépense faisant nécessairement appel à un prestataire de soins reconnu par la loi. Cette restriction est implicitement admise dans le cadre du système d'assurance maladie tunisienne².

3- Les modalités de prise en charge des dépenses de santé regroupent l'ensemble des techniques et procédures aboutissant à répartir et à supporter le coût financier de la dépense de santé. Généralement une dépense est prise en charge par celui qui en a besoin. Cependant, la dépense de santé qui n'est pas une nécessité constante³, constitue un risque financier qui peut parfois être insurmontable. Dans tous les cas, c'est une dépense qui ne dépend pas des capacités financières de celui qui en a besoin. Ce risque pose la problématique de l'équité sociale face à la maladie. Pour y remédier, ce risque est soit mutualisé, soit socialisé⁴. Ceux sont là les deux solutions appliquées partout dans le monde et ce après une longue histoire de prise en charge par des formes primitives de solidarité.

En Tunisie, la prise en charge des dépenses de santé constitue un risque socialisé pour le régime de base, mutualisé pour les régimes complémentaires. Ce risque est par ailleurs supporté pour une part non négligeable par les ménages sous diverses formes. Soit entièrement par eux, volontairement ou par ce que juridiquement, aucun système de prise en charge ne peut leur être appliqué, soit partiellement sous forme d'un reste à charge supporté dans le cadre du régime de base ou des régimes complémentaires. Enfin,

¹ Les dépenses pour se nourrir sainement ou les dépenses liées aux activités sportives constituent en quelques sortes des dépenses de santé.

² Il n'existe pas pour l'instant au sein du système tunisien d'assurance maladie une prise en charge des dépenses ne faisant pas appel à un prestataire public de santé ou à un prestataire privé conventionné avec la CNAM.

³ A l'instar des dépenses liées à la nourriture, au transport, à l'énergie...

⁴ Sur les notions de mutualisation et de socialisation des risques v. notamment : Danièle Lochak « Solidarité et responsabilité publique ». In « La solidarité en droit public ». Ouvrage collectif sous la direction de Jean-Claude Bégun, Patrick Charlot et Yan Laidié. Paris, l'Harmattan 2005, p.305.

socialisation ou mutualisation du risque sanitaire ne remettent pas en cause la possibilité d'une prise en charge par d'autres formes de solidarité nationale¹ ; tout autant que par le régime de la responsabilité.

B/ Le concept de solidarité nationale. C'est le concept fondamental de notre travail. Il s'agit d'un concept fondateur de l'Etat et du droit public (1), consacré en droit tunisien (2) et qui se concrétise par une diversité au niveau de la prise en charge des dépenses de santé (3).

1- Un concept fondateur. L'idée de la solidarité nationale est un concept fondateur dans la pensée juridique moderne². L'Etat serait la somme des solidarités individuelles et le droit concrétiserait cette solidarité. La notion de service public, capitale en droit public français et transposée en droit tunisien découlerait directement de ce concept fondateur³. Cette solidarité prendrait le relais à d'autres types de solidarités devenues insuffisantes ou dépassées par l'esprit du temps. La vie citadine et le modèle de la famille nucléaire, aujourd'hui universalisés, réduisent sensiblement le champ de la solidarité familiale⁴. L'individualisation des mœurs, le recul sensible de l'altruisme, porterait atteinte à d'autres types de solidarité basée sur la religion, la charité ou autres⁵. La solidarité nationale serait de ce fait et en l'absence d'autres types de solidarités, une prise en charge de la totalité ou d'une partie substantielle de certaines dépenses vitales ou impératives, le plus souvent induit par des risques prédéterminés et que ne peuvent supporter individuellement des membres⁶ de cette même société.

¹ Par exemple, il existe en Tunisie un système d'assistance médicale gratuite pour les plus indigents qui sera décrit dans le cadre de ce travail. V. 2^{ème} partie, Titre I, chapitre 1.

² V. L. Duguit, « L'Etat, le droit objectif et la loi positive » Paris, Dalloz 2003, (réédition de l'édition de 1901, préface F. Moderne), p. 25 et s.

³ V. D. Renard « L'idée politique de solidarité et la construction de la théorie du service public ». In « La solidarité en droit public ». Ouvrage collectif précité, p. 33 ; E. Pisier-Kouchner « Le service public dans la théorie de l'Etat de Léon Duguit ». Paris, LGDJ, 1972.

⁴ V. O. Tholozan, « Solidarité familiale et nationale dans la prise en charge des dépenses de santé ». In « La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale », actes du colloque organisé à Toulon le 18 et 19 novembre 2005, sous la direction d'A. Leca et de G. Rebecq. Presse Universitaire d'Aix-Marseille, 2006, p.13 et particulièrement p. 35.

⁵ Solidarité basée sur un clan, une tribu, une région, une ethnie....

⁶ Particulièrement les plus indigents.

2- Un concept consacré en droit tunisien : Ce concept a été consacré dans la Constitution tunisienne de 1959 lors de sa modification de 2002¹. L'art. 5 de la Constitution de 1959 précise bien qu'il s'agit d'une solidarité «(...) *entre les individus, les groupes et les générations*». En matière sanitaire, la solidarité nationale en Tunisie semble avoir une connotation très spécifique et résulte peu, pour une partie de la doctrine, de la couverture sociale², prenant d'autres formes. Elle s'exprime, à côté de l'assurance maladie, par un régime d'assistance médicale gratuit au profit des plus démunis. Cette consécration devrait être confirmée par la Constitution de la 2^{ème} République en cours d'écriture au moment de l'élaboration de ce travail.

3- Une solidarité qui implique plusieurs formes de réalisations. En matière sociale, il est admis que la solidarité nationale inspire deux formes de réalisations. L'assistance et l'assurance. Dans les deux cas, cette solidarité est garantie par la collectivité nationale³. En matière de prise en charge des dépenses de santé, nous retrouvons en droit tunisien ces deux types d'implications, par l'existence d'un système d'assurance maladie, qui sera notre champ de recherche privilégié, qui coexiste avec un autre système de prise en charge, l'assistance médicale gratuite ou semi gratuite. Ce dernier, s'il n'est pas fondamentalement abordé, ne sera pas pour autant négligé par notre recherche.

C/ Système d'assurance maladie. Il constitue l'une des branches les plus importantes de la sécurité sociale. C'est même du point de vue économique, la première branche de cette sécurité sociale. Dans la plupart des pays, il y a eu passage d'un système d'assurance maladie totalement lié à la sécurité sociale à une autonomisation plus ou moins poussée⁴. L'imbrication de ce système avec la politique de santé constitue par ailleurs, une donnée fondamentale pour notre recherche. C'est une spécificité qui est très marquée par rapport

¹ La solidarité nationale a toujours été un concept fondateur de l'Etat en Tunisie. Revendiquée au moment de la lutte pour l'indépendance, elle est consacrée en filigrane dans la version originale de la Constitution de 1959 et dans d'autres grands textes tel que la loi n°60-30 du 14/12/1960 relative à l'organisation des régimes de sécurité sociale. JORT n°57 du 13/12/1960, p. 1602.

² A. Aouij-Mrad, « Santé publique et solidarité nationale », Mélanges Dali Jazi, Tunis CPU 2010, p.43.

³ V. D. Loschak, op. cit. p.315 et s.

⁴ Le lien entre la politique sanitaire et l'assurance maladie, les problématiques spécifiques de financement et de maîtrise des coûts, propres à l'assurance maladie ; l'émergence de l'économie de la santé en tant que nouvelle discipline ; l'ensemble de ces questions expliqueraient en grande partie cette autonomisation.

aux autres branches de la sécurité sociale¹. Nous démontrerons à travers cette recherche que la politique de santé en général et le système de santé en particulier font partie de l'environnement direct du système d'assurance maladie, partageant ses imperfections et ses faiblesses. Ce constat est valable au niveau du secteur public sanitaire et au niveau du secteur privé sanitaire, depuis la réforme du 2 août 2004. L'enjeu est de garantir à l'ensemble de la population un accès aux soins² le plus large et le plus équitable possible.

Enfin, si le système tunisien actuel d'assurance maladie gère un régime de base, le cadre juridique de ce même système englobe les régimes complémentaires. Nous tenterons de démontrer que si en Tunisie ces régimes, sont pour l'instant à la marge de la solidarité nationale, l'expérience du droit comparé laisse penser qu'ils y seront intégrés, car les régimes complémentaires se généralisent dans une première étape et deviennent par la suite une préoccupation plus ou moins importante de la solidarité nationale, partageant avec le régime de base les mêmes problématiques liées au financement et à la maîtrise des coûts. La prise en charge de l'ensemble des dépenses de santé par un système universalisé d'assurance maladie constitue pour de nombreux pays l'aboutissement ultime du cheminement historique de ce même système.

II- Historique du système d'assurance maladie

L'évolution du système d'assurance maladie dans le temps dépend d'un ensemble de paramètres propres à chaque pays. Cependant, ces histoires au départ différentes se rejoignent à terme sur un ensemble de standards et de problèmes communs. En ce qui concerne le cas tunisien, l'histoire contemporaine particulière du pays fait que ce système est toujours influencé par le modèle français. Mais c'est aussi l'histoire d'un système évoluant dans un contexte caractérisé par une insuffisance plus marquée des ressources financières disponibles. C'est finalement un cheminement historique particulier qu'a connu le système d'assurance maladie en Tunisie (B) par rapport au reste du monde (A).

¹ Certes, il existe un lien entre chaque branche de la sécurité sociale et une politique publique qui y correspond. Cependant, ce lien n'atteint pas le degré d'imbrication qui existe entre l'assurance maladie et la politique sanitaire du pays.

² Il s'agit d'un enjeu universel, quelque soit le degré de développement du pays. Pour le cas français v. B. Feuillet « L'accès aux soins entre promesse et réalité ». RDSS 2008, p. 713.

A/ Historique du système d'assurance maladie dans le monde. Cette histoire se confond avec celle de la sécurité sociale. Cette dernière remplace en grande partie d'autres formes de protection sociale comme la charité ou les formes primitives de solidarités¹. Deux grands modèles historiques ont vu le jour dans le monde à la fin du XIXème siècle et au milieu du XXème siècle. Il s'agit respectivement des modèles bismarckien (1) et bévériidgien (2).

1- C'est en Europe à la fin du XIXème siècle, avec la Révolution industrielle, qu'ont vu le jour les premières assurances sociales, comportant des branches maladies. Ces premières assurances étaient principalement basées sur une mutualisation du risque avec le concours plus ou moins important de la solidarité nationale. Elles étaient surtout destinées aux serviteurs de l'Etat et, avec le développement du machinisme et des accidents qui y sont liés, à certains métiers réputés dangereux et/ou insalubres².

L'Allemagne du gouvernement de Bismarck est le pays précurseur en la matière³. C'est dans ce pays que se développe le premier système d'assurance sociale obligatoire avec des projets de loi concernant l'assurance contre les accidents du travail et l'assurance-maladie sociale. Ces projets furent adoptés en 1883 et 1884⁴. Ce modèle bismarckien a inspiré d'autres pays européens dont l'Italie en 1884, la Grande Bretagne en 1897 et la France en 1898⁵. Ces premiers systèmes modernes connaîtront d'autres extensions géographiques notamment dans le continent américain et dans les colonies européennes. Des améliorations qualitatives y seront apportées également jusqu'à la veille de la seconde guerre mondiale. Mais l'esprit de ce premier modèle demeure toujours le même : il s'agit d'un système sectoriel, basé sur une mutualisation poussée du risque social, sur la base du travail salarial. C'est un financement exclusivement réalisé par la cotisation. La solidarité

¹ Solidarité familiale, solidarité clanique....

² Travail dans la mine, sidérurgie. La sécurité sociale est de ce fait une des principales conséquences de la révolution industrielle.

³ Même si certains textes de la période de la révolution française peuvent aussi constituer des fondements de la sécurité sociale moderne. Ex l'article 21 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1793 qui reconnaît pour chaque citoyen le droit à l'assistance et à la protection sociale.

⁴ Theodor Lohmann, juriste, membre du gouvernement allemand de l'époque est en réalité le véritable instigateur de ce tout premier modèle de prise en charge des dépenses de santé par un système de solidarité moderne. L'histoire n'a retenu pourtant que l'expression modèle « bismarckien ».

⁵ V. G. Huteau, « Sécurité sociales et politiques sociales ». Paris, Armand Colin, 2001, p.6.

nationale consiste à garantir le système et à apporter son concours technique et administratif.

2- Avec la seconde guerre mondiale, c'est un deuxième grand modèle de prise en charge des risques sociaux par la solidarité nationale qui est consacré. Il s'agit du modèle Beveridgien, du nom du président d'une commission britannique, William Beveridge, chargé en 1941 par le gouvernement d'analyser le système britannique des assurances sociales et de présenter des recommandations pour l'améliorer. Cette commission rendit son rapport en 1942, qui eut rapidement un impact universel¹. Les principales recommandations de ce rapport étaient à la fois simples et révolutionnaires pour l'époque. Les assurances sociales ne sont plus seulement une réponse et un remède aux risques sociaux, elles devraient constituer également un moyen de redistribution de la richesse nationale au profit de l'ensemble de la population².

Concrètement ces recommandations insistent sur différents points essentiels. Il y a d'abord la généralisation de la sécurité sociale et par conséquent de l'assurance maladie, à l'ensemble de la population. Ensuite, les prestations doivent être uniformes quelque soit les revenus des bénéficiaires. Enfin le financement serait mixte, à la fois mutualisé pour les prestations et fiscalisé pour les allocations.

Des mesures d'accompagnement d'ordre social avec une politique de plein emploi, administrative avec la centralisation de l'ensemble des structures des assurances sociales et l'instauration d'un ministère des affaires sociales et sanitaire avec la création d'un système unique de santé, financé par l'impôt et la sécurité sociale. Ce système unique devant englober l'ensemble des prestataires de soins du pays. C'est l'expression d'une solidarité nationale dans toute sa plénitude qui est exprimée dans ce rapport. Ce texte constitue par ailleurs l'un des textes fondateur de « l'Etat providence » dans le monde occidental, c'est-à-dire la conception à la fois la plus généreuse et la plus interventionniste de l'Etat en matière économique et sociale, dans un cadre qui demeure toutefois libéral. Ces

¹ Toutefois, beaucoup de recommandations contenues dans le rapport étaient déjà appliquées dans le *Social Security Act* américain de 1935 (d'inspiration keynésienne) ; et surtout le système de sécurité sociale institué en Nouvelle Zélande en 1938. V. G. Huteau, op. cit. p.7.

² Le rapport Beveridge préconise à cet égard un système d'allocation familiale très généreux.

recommandations seront largement consacrées en Grande Bretagne, particulièrement au niveau du volet institutionnel où fut fusionnée l'assurance maladie avec ce système unique de santé voulu par le rapport Beveridge, à savoir le *National Health Service* (NHS ou service national de santé). Ces recommandations seront également généralisées au niveau international dans les textes et dans les expériences de certains Etats.

Au niveau des textes, l'écho du rapport Beveridge se manifeste pleinement dans un certain nombre de textes internationaux particulièrement dans l'article 10 de la déclaration universelle des droits de l'Homme¹. En ce qui concerne les expériences nationales, tous les grands pays industrialisés² consacreront d'une manière ou d'une autre un modèle beveridgien de prise en charge des risques sociaux par la solidarité nationale, englobant un système d'assurance maladie généreux et couvrant largement la population³. Pour les autres pays, la revendication d'un modèle beveridgien de sécurité sociale, en tant que source d'inspiration est également fort. Toutefois, le manque de ressources financières limite drastiquement l'instauration d'un système aussi aboutit que ceux existant dans les pays précédents. En ce qui concerne le cas tunisien, l'histoire de son système d'assurance maladie, situe le pays et son model de solidarité entre ces deux extrémités.

B/ Historique du système d'assurance maladie en Tunisie. L'instauration des premiers systèmes modernes de prise en charge des dépenses de santé en Tunisie, se confond avec la mise en place de la sécurité sociale moderne. Elle suit son évolution et ses péripéties. A cet égard on peut distinguer dans cet historique, deux périodes distinctes. La première précède l'indépendance du pays (1), la seconde commence avec cette indépendance (2).

¹ « Toute personne en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ». La sécurité sociale symbolise la consécration d'un ensemble de droits économiques et sociaux qualifiées souvent de droits de l'Homme de seconde génération. V. N. Quoc Dinh, P. Daillier, A. Pellet, « Droit International Public ». Paris, L.G.D.J. 1994, p.639 et 640.

² Sauf les Etats-Unis d'Amérique, alors que paradoxalement il s'agit d'un pays précurseur en la matière à travers la *Social Security Act* de 1935. V. G. Huteau, op. cit., p. 7.

³ C'est particulièrement le cas du modèle français à partir de la promulgation de l'ordonnance du 04/10/1945. V. N. Kerschen, « L'influence du rapport Beveridge sur le plan français de sécurité sociale ». Revue française de science politique, 1995, n°4.

1- L'assurance maladie tunisienne avant l'indépendance¹ constitue un système dont l'architecture est fondamentalement voulue en phase avec la situation créée par le traité du Bardo du 12 mai 1881 instaurant le protectorat français en Tunisie. Avant cette date², il est difficile de parler d'une quelconque action sociale ou médico-sociale de l'Etat en Tunisie³. Ce sont les formes premières de solidarité qui prévalaient à l'époque mais étaient néanmoins insuffisantes pour maintenir l'ensemble de la population en bonne santé dans un contexte dominé par le maintien des pandémies mortelles. L'instauration du protectorat français signifiait l'introduction en Tunisie, non seulement des premières actions médico-sociales, mais également des concepts européens de mutualisation et de socialisation des risques sanitaires.

A cet égard, la période du protectorat au niveau de la politique de santé peut être elle-même subdivisée en deux époques différentes. La première période concerne les premières années de ce protectorat jusqu'à la fin des années 30. Elle se caractérise par la prédominance d'une conception hygiéniste de l'action médico-sociale. La seconde période concerne à peu près les vingt dernières années de ce protectorat voit l'introduction en Tunisie des premières prémices des conceptions généreuses de l'Etat en matière sociale et sanitaire. Toutefois ces deux périodes différentes seront sans impact réel sur la législation tunisienne de l'assurance maladie.

Durant les premières années du protectorat, l'action médico-sociale de l'Etat était envisagée comme une *idéologie et un vecteur de mise en valeur* du fait colonial⁴. Le but était de garantir au système colonial et de lui pérenniser une main d'œuvre locale disponible et en bonne santé. De ce fait, la réception des réformes à caractère sociale

¹ Les études menées sur l'histoire de l'action médico-sociale en Tunisie avant l'indépendance sont malheureusement très rare. V. A. Guelmani « La politique sociale en Tunisie de 1881 à nos jours ». Paris l'Harmattan, 1996 ; B. Gaumer, « L'organisation sanitaire en Tunisie sous le Protectorat français (1881-1956) ». Québec, Les Presses de l'Université de Laval, 2006.

² Pour une description démographique et institutionnelle de la Tunisie précoloniale, v. M. Kraïem « La Tunisie précoloniale ». Tunis, STD, 1973.

³ Il existait cependant un embryon d'un système de santé moderne représenté par l'existence à Tunis d'un hôpital prodiguant des soins selon les standards les plus récents de l'époque. Il existait également les premières prémices des politiques hygiénistes, notamment l'existence d'un certain nombre de Lazarets dans les villes portuaires. Cependant, la quasi-totalité de la population, particulièrement en dehors de la capitale, étaient soumise à une médecine traditionnelle. V. Benoit Gaumer, op. cit. p. 184.

⁴ Abdelméjid Guelmami, op. cit., p.50.

appliquées en France¹ sera très limitée en Tunisie et, en tout état de cause, destinées en priorité aux européens. Cet état de fait n'a pas empêché l'émergence des toutes premières législations à caractère social, destinées aux tunisiens et dont certaines resteront en vigueur plusieurs années après l'indépendance. Tous comme la législation actuelle, une différenciation doit être opérée ici entre les assurés sociaux du secteur public et les assurés sociaux du secteur privé.

En ce qui concerne les fonctionnaires et assimilés, c'est le décret beylical du 20 janvier 1898 qui institue le premier régime tunisien de pension vieillesse, d'invalidité et de survie au profit des fonctionnaires civils ou militaires géré par la société de prévoyance des fonctionnaires et employés tunisiens². Celle-ci devient Caisse d'Etat par le décret beylical du 24 février 1908³ sous l'appellation de Caisse nationale de retraite (CNR). Ce premier régime fonctionnait selon le système de capitalisation. Ce système sera transformé par le décret du 19 novembre 1949 en un système de répartition⁴. Nous remarquons ainsi le peu d'intérêt donné au départ à l'assurance maladie⁵, qui sera finalement intégrée dans un régime de prévoyance sociale institué par le décret beylical du 12 avril 1951⁶, régime géré jusqu'à l'indépendance et même après par la caisse de prévoyance sociale (CPS).

En ce qui concerne les salariés du privé, la sécurité sociale fut instituée dans ce secteur à partir de 1921⁷. Un certain nombre d'avantages sociaux seront également octroyés aux salariés des entreprises concessionnaires de service public⁸. L'ensemble de ces régimes sera géré par plusieurs caisses, en fonction du secteur économique concerné et de l'avantage social octroyé. Cependant, à ce niveau également, l'assurance maladie

¹ Particulièrement la réforme française de 1898.

² Décret Beylical autorisant et reconnaissant comme établissement d'utilité public la Société de Prévoyance des employés et fonctionnaires tunisiens et approuvant ses statuts. JOT du 22/01/1898

³ JOT du 26/12/1908

⁴ Décret du 19/11/1949 portant réforme du régime général des pensions de la société de prévoyance des fonctionnaires et employés tunisiens et approuvant les nouveaux statuts de cet organisme. JOT du 22/11/1949, p. 1799.

⁵ Les autres branches de la sécurité sociale seront progressivement instituées. V. A. Mouelhi, « Droit de la sécurité sociale ». Tunis, 2005, p73 ; Benoît Gaumer, op. cit. p.227.

⁶ Décret instituant un régime de prévoyance en faveur des personnels de l'Etat et des collectivités publiques. JOT du 17/04/1951, p. 469.

⁷ Décret beylical du 15 mars 1921 transposant la loi française du 9 avril 1898 relative à la réparation des accidents de travail. JOT du 04/05/1921, p. 79.

⁸ Abdessatar Mouelhi, *ibid.*

constitue le parent pauvre de la sécurité sociale dans la Tunisie coloniale et cette situation perdurera après l'indépendance du pays.

2- L'assurance maladie tunisienne après l'indépendance se caractérise pour les assurés sociaux du public par le maintien du régime créée sous le protectorat plusieurs années après l'indépendance. Par contre, l'indépendance du pays signifie pour le secteur privé l'institution de la branche maladie dans la sécurité sociale qui leur est destiné.

En ce qui concerne le secteur public, la situation vis-à-vis de l'assurance maladie ne changera pas substantiellement jusqu'au milieu des années 70. Le régime de la prévoyance sociale sera néanmoins réformé par la loi 72-2 du 15 février 1972¹ instaurant notamment le régime optionnel de remboursement des frais médicaux, en contre partie d'une augmentation substantielle de la cotisation maladie (de 2 à 4,5%). Il s'agissait à l'époque de la première ouverture massive d'un système de prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale au secteur privé sanitaire en gestation à l'époque. Cependant, cette ouverture sera dès le départ limitée par le nombre restreint de la population concernée et par un plafonnement de prise en charge limité à 180d par foyer. La deuxième réforme fut celle de la loi de finances pour la gestion 1976² fusionnant la CNR et la CPS en une caisse unique à savoir l'actuelle Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale (CNRPS). A côté de ce régime général, furent institués un ensemble de régimes spéciaux³ comportant toujours une branche maladie assez généreuse. Le volet maladie de cette sécurité sociale du secteur public ne changera pas jusqu'à la réforme de 2004, instaurant le régime actuel.

En ce qui concerne le secteur privé, et après quatre années de maintien du régime hérité de la période du protectorat, la prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale sera instaurée dans le cadre de la loi n°60-30 du 14 décembre 1960 précitée en tant que branche du régime légal de la sécurité sociale, géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS). Cette loi à l'origine réservée aux seuls salariés non agricoles

¹ JORT n° 7 du 11/02/1972, p. 189.

² L. n°75-83 du 30/12/1975 JORT n°87 du 30/12/1975, p.2852.

³ Membre du gouvernement (L. n°83-31 du 17/03/1981) ; les gouverneurs (L. n°88-16 du 17/03/1988) ; les parlementaires (L. n°74-22 du 02/11/1974 puis loi n°85-16 du 08/03/1985) ; les personnels de la STEG, de la TRANSTU et de la SNTI.

sera, à partir de 1965, continuellement étendue à d'autres catégories de la population soit en étendant le champ d'application de la loi¹, soit en instaurant des régimes particuliers sur la base de cette même loi². Ce régime ne donnait accès qu'aux structures publiques de soins, ainsi qu'à un réseau de polycliniques créé par la CNSS, pour les soins ambulatoires, les explorations (analyse biologique, imagerie), les traitements et les hospitalisations de jour.

Parallèlement à cette assurance maladie intégrée aux différents régimes de sécurité sociale, un secteur de prise en charge des dépenses de santé s'est développé progressivement, géré par des mutuelles ou des compagnies d'assurances et qui concerne surtout certaines catégories de salariés. Ce régime parfois complémentaire aux régimes généraux d'assurance maladie de la CNSS ou de la CNRPS, sera le plus souvent une doublure à ces mêmes régimes, sans aucune concertation avec les caisses concernées.

Le schéma général de prise en charge des dépenses de santé était à la veille de la réforme de 2004 le suivant³ :

1/Une solidarité nationale qui concerne théoriquement une part importante de la population et qui s'exprime d'une part par des assurances sociales et d'autre part par l'assistance médicale. Une partie minoritaire des assurés sociaux était considérée comme privilégiée et ayant accès au secteur privé sanitaire : les affiliés de la CNRPS optant pour le régime optionnel de remboursement des frais, ayant par conséquent assez de moyens pour pouvoir avancer les dits frais. Une autre partie d'assurés sociaux tout aussi privilégiée et minoritaire, ayant accès aux régimes complémentaires ou parallèles de prise en charge des dépenses sanitaires. La majorité des autres bénéficiaires de cette solidarité nationale ne pouvait accéder qu'au secteur public sanitaire, certes bien équipé, mais souffrant d'une

¹ Les étudiants (loi n°65-17 du 28/06/1965) ; les salariés agricoles (Loi 81-6 du 12/02/1981) ; les catégories de la loi n°2002-32 du 12/03/2002 (Les employées de maisons régulières quelque soit le nombre d'employeur, les personnes employées de l'Etat ou une autre personne publique et non couvertes par un régime légal de sécurité sociale, les petits pêcheurs, les petits agriculteurs travaillant pour leur propre compte, les artisans travaillant à la pièce) ; les artistes créateurs et intellectuels (L. n°2002-104 du 30/12/2002).

² Pêcheurs salariés, pêcheurs indépendants et patrons pêcheurs (D. n°77-546 du 15/06/1977) ; indépendants non agricole (D. n°82-1359 du 21/10/1982) ; exploitants et indépendants agricoles (D. n°82-1360 du 21/10/1982) ; les tunisiens à l'étranger (D. n°89-107 du 10/01/1989).

³ Pour une description détaillée de la sécurité sociale en Tunisie avant la réforme de 2004, v. K. Essoussi « La sécurité sociale dans le secteur public tunisien ». Tunis, ENA, CREA, 1992 ; N. Ladhari « Traité de sécurité sociale ». Tunis, Beït El Hikma, 1992.

mauvaise répartition géographique et surtout des conditions d'accueil et d'hôtellerie médiocre. Ce secteur donnait l'image d'une médecine au rabais¹.

2/Une prise en charge des soins, par les malades eux même, généralement dans le secteur privé sanitaire, ces malades étant soit des assurés sociaux que la mauvaise image du secteur public sanitaire dissuadait d'utiliser leurs droits à l'assurance maladie, soit des non assurés sociaux capables de financer eux même leurs soins ou couverts par un système d'assurance privé.

Cette situation était jugée dès le milieu des années 80 comme étant inacceptable, car elle signifiait en réalité une médecine à double vitesse. Elle signifiait aussi l'exclusion du secteur privé sanitaire de la majorité des prises en charge garanties par la solidarité nationale. C'est pour remédier à ces principales insuffisances qu'une première tentative législative pour réformer le système a vu le jour en 1986² en vue d'unifier les secteurs public et privé en matière de sécurité sociale et créer une caisse propre à l'assurance maladie³. Toutefois cette tentative fut avortée et resta totalement ineffective pour plusieurs raisons⁴. D'abord, l'absence de toute concertation avec les partenaires sociaux, ensuite des résistances exprimées par les défenseurs du maintien des systèmes de la CNSS et de la CNRPS ou ce que la doctrine nomme *le corporatisme d'appareils*⁵, enfin la réforme de 1986 est avant tout une réforme des organismes de la sécurité sociale plus qu'une réforme

¹ V. A. Aouij-Mrad et H. Ben Salah « La réforme sanitaire : analyse des évolutions récentes ». AJT, n°12, p.73.

² Loi n°86-86 du 01/09/1986 portant réforme des structures de la sécurité sociale. JORT n°49 du 12/09/1986, p. 977.

³ L'article premier de la loi 86-86 disposait « L'organisation de la sécurité sociale dans les secteurs public et privé comprend :1) Des caisses de sécurité sociales, soit : a) un organisme central : la caisse centrale de sécurité sociale CCSS, b) des caisses spécialisées soit,- la caisse nationale d'assurance maladie CNAM, - la caisse nationale des pensions CNP, - la caisse nationale des prestations sociales CNPS.

2) Un organisme agissant dans le secteur immobilier, « la société de promotion immobilière locative SPIL ». L'ensemble de ces caisses devait selon l'art. 2 de la loi se substituer à la CNSS et à la CNRPS.

⁴ V. E. Bouslah « La gestion du système de sécurité sociale : restructuration et rationalisation ». RTD 1991, p. 259.

⁵ E. Bouslah, op. cit. p. 281

des régimes gérés¹. Le contexte politique de l'époque était par ailleurs peu favorable pour entamer de véritables réformes²

Une décennie plus tard, apprenant sans doute les leçons de 1986, un conseil ministériel restreint réuni en 1996 lança, en associant l'ensemble des partenaires sociaux³, le chantier de la réforme aboutissant à la loi 2004-71 du 2 août 2004 et au système actuel d'assurance maladie. Cette loi sera complétée progressivement par son corpus réglementaire de 2005 à 2008. Cette réforme est entrée en vigueur partiellement le 1^{er} juillet 2007⁴ et totalement le 1^{er} juillet 2008. La Tunisie dispose aujourd'hui d'un véritable système autonome d'un point de vue organique et fonctionnel, d'assurance maladie qui concerne la majeure partie de la population. Pour mieux comprendre ce système il convient de le situer par rapport aux autres grands systèmes de prise en charge des dépenses de santé qui existent dans le monde.

III- Les grands systèmes de prise en charge des dépenses de santé dans le monde

Le système tunisien d'assurance maladie s'inspire des standards actuels en matière de prise en charge par la sécurité sociale. Toutefois, si cela aboutit à sa similitude relative avec d'autres grands systèmes existants dans le monde et particulièrement le système français (A), cela n'empêche pas le système tunisien de demeurer très différent des systèmes britannique et américain (B). La comparaison avec d'autres pays ayant un niveau de développement proche de la Tunisie peut également être intéressante. Les systèmes marocain et algérien (C) d'assurance maladie sont riches d'enseignement à cet égard.

¹ La réforme de l'assurance maladie en 2004 est à la fois une réforme structurelle et une réforme de l'ensemble du régime d'assurance maladie.

² 1986 est une année difficile en Tunisie marquée par une grave crise économique et par les vicissitudes politiques liées à la succession de Bourguiba. E. Bouslah, op. cit. p. 278.

³ Gouvernement (ministère des affaires sociales et ministère de la santé publique), patronat, travailleur, prestataire privé de soins. V infra, première partie, titre 1, chapitre 1.

⁴ Le suivi de la grossesse et l'accouchement, une liste d'affection prise en charge intégralement (APCI) et une première liste de chirurgie. V. décret 2007-1366 du 11/06/2007, portant étapes d'application de la loi n°2004-71. JORT n°47 du 12/06/2007, p. 1963.

A/ Le système français¹ d'assurance maladie constitue une des branches de la sécurité sociale. Il fait intervenir des organismes paritaires composés des représentants des employeurs et des salariés². Considérée comme un service public³, l'assurance maladie est constituée de trois principaux régimes. Un régime général pour la majeure partie de la population, un régime agricole géré par une « Caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) » qui couvre les exploitants et les salariés agricoles et un régime social pour les indépendants (RSI) qui couvre les artisans, commerçants, industriels et professions libérales. Il existe également d'autres régimes spéciaux⁴.

La réforme de 1996⁵ introduit en droit français une nouvelle échelle de responsabilités particulièrement au niveau de la maîtrise des dépenses entre les acteurs du système de protection sociale⁶. Elle est mise en œuvre par les trois ordonnances du 24 avril 1996 relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, à l'organisation de la sécurité sociale, et à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. La loi du 27 juillet 1999 (ou loi Aubry) institue la Couverture maladie universelle (CMU de base) et la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). La CMU permet aux personnes résidentes en France, de s'affilier au régime de base de la sécurité sociale, de bénéficier de la prise en charge de ses soins (maladie et maternité) quelle que soit son activité. La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) permet aux personnes ayant de faibles ressources une prise en charge à 100 % des soins sans avance de frais, y compris pour la part non remboursée par l'Assurance Maladie et le forfait hospitalier. La réforme

¹ La littérature relative au système français d'assurance maladie est extrêmement riche, nous citerons particulièrement les ouvrages suivants : J.-J. Dupeyroux, M. Borgetto et R. Lafore « Droit de la sécurité sociale ». Paris, Dalloz, 2011, particulièrement les p.243 et s. ; M. Elbaum « Economie politique de la protection sociale », Paris, PUF, 2011 ; A. Laude, B. Mathieu et D. Tabuteau, « Droit de la santé ». Paris, PUF (collection Thémis droit) 2009 ; M. Dupont, C. Esper, C. Paire, « Droit hospitalier ». Paris, Dalloz 2011.

² Le régime général est géré par des organismes d'Assurance Maladie qui forment un réseau de structures départementales et régionales : Un siège social (CNAMTS), 101 Caisses Primaires (CPAM), 16 Caisses Régionales (CARSAT), 4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS) pour les territoires non européen de la France.

³ La conception française de la sécurité sociale défend l'intérêt général et non l'intérêt de tel assureur ou tel groupe d'employeurs. V. J.-J. Dupeyroux, « Droit de la sécurité sociale », op. cit. p.88.

⁴ Secteur minier, transports, banque de France.

⁵ Plus connu en droit français par « plan Juppé ».

⁶ Gouvernement, Parlement, gestionnaires des systèmes de Sécurité sociale, professions de santé et assurés sociaux

mise en œuvre par la loi du 13 août 2004¹ crée le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant choisi par chaque assuré de 16 ans et plus.

Nous relevons aussi que le financement du système français est mixte, basé sur la cotisation (environ 48%), des ressources fiscales (environ 40%) ainsi que d'autres ressources². Le parlement français vote annuellement une loi de financement de la sécurité sociale et fixe par la même occasion un « objectif national des dépenses de l'assurance maladie » (ONDAM). La réforme tunisienne de 2004 comporte un certain nombre de similitudes avec les dernières grandes réformes des années 2000 du système français. Il s'agit en premier lieu de l'instauration, certes plus limitée³, d'un parcours de soins coordonnés et en second lieu de l'introduction dans la législation de l'assurance maladie de l'objectif de maîtrise des dépenses de santé⁴.

B/ Les systèmes britannique et américain sont radicalement différents du système tunisien et français. Le système britannique actuel est l'héritier direct du rapport Beveridge, particulièrement en ce qui concerne les grands principes de la sécurité sociale : universalité, généralité, unicité, uniformité des prestations en espèces. L'ensemble du système de l'assurance maladie est géré uniquement par l'Etat, sans intervention des partenaires sociaux. Ainsi, c'est le ministère de la santé qui assure la direction du NHS. Le ministère de la sécurité sociale est chargé de l'assurance nationale qui regroupe l'ensemble des prestations en espèces. Deux établissements publics nationaux, placés sous l'autorité directe du ministre de la sécurité sociale, la Benefits Agency et la Contributions Agency, sont chargés de la collecte des cotisations et du versement des prestations.

A cet égard, le financement du système britannique se fait essentiellement par l'impôt et accessoirement par des cotisations salariales et patronales. Ce système a connu récemment deux grandes réformes, la première en 1991 qui le libéralisait quelque peu et la seconde en 2003 qui créa des réseaux publics de soins et instaurant un partenariat

¹ Ou réforme Douste-Blazy. V. LPA n°44 du 03/03/2005, n° spécial sur la réforme de l'assurance maladie.

² Taxe sur l'alcool, le tabac, les contributions de l'industrie pharmaceutique.

³ V. infra, 2^{ème} partie, titre 1, chapitre 2.

⁴ Toutefois, les différences dépassent et de loin les points de ressemblance particulièrement en ce qui concerne la régulation du système et l'association du pouvoir législatif dans le fonctionnement de l'assurance maladie.

public/privé entre la NHS et le secteur privé sanitaire que ce soit en Grande Bretagne ou à l'étranger. Cette même réforme instaure par ailleurs plus de souplesse dans la gestion financière et comptable des plus grands hôpitaux du pays¹.

Aux États-Unis², l'assurance maladie dépend surtout d'assureurs privés. Les pouvoirs publics garantissent les soins aux personnes âgées (Medicare) ou démunies (Medicaid). Les non-assurés ont accès à des soins de santé gratuits offerts par les hôpitaux publics en matière d'urgence, centres de santé communautaires ou religieux et la plupart des hôpitaux universitaires. Les dépenses publiques de santé, contrairement à ce qu'on peut le croire, y sont parmi les plus élevées dans le monde. En 2010, 83,5 % des Américains possédaient une assurance maladie et 50 millions en étaient privés. Ce taux doit cependant être relativisé, car la moitié des individus non assurés ont moins de 35 ans et la répartition des personnes non assurées par classes d'âge fait que 95 % des problèmes de santé touchent les populations assurées. En outre, les deux tiers des non assurés ont des revenus supérieurs à 25 000 \$ et les ménages dont les revenus se situent en dessous de ce seuil ne représentent qu'un cinquième des non-assurés³. Il s'agit donc plutôt de non-assurance volontaire. Une partie importante des cotisations à peu près 30 %, n'est pas réinvestie dans la santé mais part en frais administratifs, marketing et bénéfices. L'assurance maladie est par conséquent la plus chère au monde⁴, tous systèmes confondus.

Une grande réforme est actuellement en cours dans le système américain⁵. Voulu par le président Obama, elle a été votée par le Sénat en novembre 2009 et par la Chambre des Représentants en mars 2012. Elle contraint tous les Américains à souscrire une assurance maladie avant 2014 sous peine d'amende. Elle interdit aux assurances de refuser de couvrir leurs assurés en raison de leurs antécédents médicaux. Elle octroie une aide

¹ J.-J. Dupeyroux, op. cit., p. 73. Pour une description plus détaillée des réformes récentes du système britannique, v. M. Adler « Nouvelle approche de la sécurité sociale au Royaume Uni, la combinaison des allocations conditionnelles et des crédits d'impôts ». RISS, 2, 2004.

² J.-J. Dupeyroux op. cit. p. 74 et s.

³ V. M.K. Bundorf, et M.V. Pauly, « Is health insurance affordable for the uninsured? ». Journal of Health Economics n°25, juillet 2006, p. 650. (Article en Anglais). Selon les auteurs jusqu'à trois quarts des non-assurés américains pourraient s'offrir une assurance santé sans enfreindre leur contrainte budgétaire.

⁴ A titre d'exemple elle revient deux fois plus chère qu'en France : 5 500 dollars par personne en 2005, cela représente 16 % du PIB américain. Toutes ces sources et données chiffrées sont cités par les auteurs précédemment cités.

⁵ V. « La réforme Obama : une meilleure couverture du risque maladie pour les américains ». Rapport d'information du sénat français, n°361, 2010 disponible sur le site <http://www.senat.fr>

financière aux familles qui ont des revenus inférieurs à 88 000 dollars par an. La réforme devrait coûter 940 milliards de dollars sur dix ans. Son financement devrait être assuré par des taxes sur les revenus élevés et la baisse des dépenses de soins.

C/ La situation des systèmes algérien et marocain est plus contrastée qu'en Tunisie. Le cas de l'Algérie notamment doit être abordé avec prudence. Ce pays bénéficie pour l'instant d'une importante manne financière provenant de l'exploitation des richesses hydrocarbures. La sécurité sociale et plus particulièrement le financement de la santé constitue un des procédés de redistribution de cette richesse pétrolière et gazière. Concrètement, la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé s'exprime en Algérie par l'instauration depuis 1974 d'une gratuité des soins dans les hôpitaux publics pour l'ensemble de la population¹. Cette gratuité est financée à la fois par l'Etat et la sécurité sociale, et est assise sur le travail avec des prélèvements sur les salaires qui sont très élevés. Ce système qui est finalement fortement budgétisé est décrié par les auteurs². Ne régulant pas assez l'offre et la demande de soins, il demeure inflationniste et sources de gaspillages. La persistance de la manne énergétique fige ce pays dans l'expectative, retardant d'année en année la mise en place des réformes qui s'imposent.

Quant au Maroc, il a entamé dès 2002³ sa propre réforme de son système d'assurance maladie sur la base des mêmes grands principes que la réforme tunisienne de 2004. La spécificité du cas marocain est que l'assurance maladie (Assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des travailleurs et titulaires ou AMO)⁴ et l'assistance médicale aux plus démunis (Régime d'assistance médical ou RAMED) sont intégrés dans un système unique⁵. Cependant le principal problème que doit faire face ce pays est la

¹ Depuis 1995, il existe dans les hôpitaux publics pour les consultations et les hospitalisations un ticket modérateur très modique entre 50 et 100 DA (soit à peu près entre 1,6 DT et 3,3 DT ou encore entre 0,80 eur et 1,65 eur). V. F-Z. Oufriha « Les réformes en matière de financement des dépenses de santé en Algérie ». In « La sécurité sociale en question ». Actes du Colloque international de Tunis 12 et 13 avril 2007, sous la direction d'E. Bouslah. Tunis, CPU 2010, p. 157.

²F-Z. Oufriha, op. cit., p. 147.

³ Dahir n°1-02-296 du 03/10/2002 portant promulgation de la loi n°65-00 portant code de couverture médicale de base ; Bulletin Officiel marocain n°5058 du 21/11/2002, p.1333.

⁴ Notons que c'est seulement depuis 2002 que l'assurance maladie marocaine est obligatoire pour l'ensemble des salariés. Auparavant, seul les fonctionnaires et certains salariés du privé bénéficiaient d'un système d'assurance maladie obligatoire.

⁵ Article premier du Dahir précité. Il s'agit d'une différence fondamentale avec la réforme tunisienne de 2004.

faiblesse de la couverture sociale beaucoup plus marquée par rapport à la Tunisie (environ 1/3 seulement de la population); le RAMED étant par ailleurs toujours au stade expérimental en 2012.

IV- Intérêt du sujet et problématique

Aborder la question de la solidarité nationale à travers le système d'assurance maladie constitue à la fois une étude sur la portée réelle de ce système et une réflexion sur les limites concrètes de cette solidarité. L'enjeu de notre recherche dépasse par conséquent le cadre strict de la réflexion juridique. Ce travail met en jeu un certain nombre d'interrogations qui sont à la croisée des chemins et des connaissances.

Il s'agit d'une question de société que les événements de 2011 ont remise sur le devant de la scène sous un nouvel angle. Un discours pour plus d'équité, de solidarité et de justice sociale domine aujourd'hui le paysage social de la Tunisie. Ce discours revendicatif est non sans impact sur la politique sociale et médicosociale de l'Etat. L'amélioration de la couverture maladie se trouve ainsi érigé en un objectif révolutionnaire. Notre travail met par ailleurs en jeu un certain nombre d'acteurs réputés puissants et prestigieux au sein de la société. La démarche voulue par les pouvoirs publics d'associer ces acteurs pour la réforme de l'assurance maladie a toujours été respectée dans toutes les phases de cette réforme. La solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé est d'abord le fruit d'un équilibre plus ou moins fragile entre les intérêts souvent divergents de ces acteurs. Pour cette raison notre travail ne sera pas exempt d'une certaine approche sociologique et d'une analyse empruntant certaine technique issue des sciences politiques, même si le contexte tunisien de la recherche limite cet emprunt. Des informations clefs ont pu toutefois être obtenues grâce à la presse ; mais aussi grâce aux sites électroniques des différents ministères et organismes concernés par notre travail.

La solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé est aussi une affaire d'argent. Le célèbre adage « la santé n'a pas de prix, mais à un coût » exprime parfaitement cette réalité première. Notre travail prend en compte cette réalité par

un recours massif mais mesuré aux travaux des spécialistes de l'économie de la santé¹ et de l'économie des assurances sociales. A cet égard, ces dépenses mettent en jeu un certain nombre d'indicateurs qu'il serait intéressant de présenter. Ces dépenses constituent en 2008 la somme de 3083 millions de dinars soit à peu près 300d par habitant et 5,6% du PIB. Ce chiffre ne cesse d'augmenter d'année en année². La répartition de ces dépenses est comme suit : l'Etat 27,6%, les ménages 40,28% et l'assurance maladie (toutes branches confondue) 32,19%³. Si la part de l'Etat stagne avec même une tendance à la baisse, la part des ménages a connu en revanche une explosion à partir des années 80 pour se stabiliser en 2007. Depuis cette année, c'est en revanche les dépenses de l'assurance maladie qui connaît une évolution remarquable. Elle correspond à l'entrée en vigueur de la réforme du 2 août 2004⁴.

Ce travail aborde également le monde médical dans toute sa complexité et ses contradictions. Ce monde est concerné en tant que prestataire direct des services pris en charge par la solidarité nationale. Ce travail emprunte de ce monde et dans la mesure du nécessaire, une partie de sa propre terminologie.

Enfin, notre travail portera essentiellement sur les dépenses liées à la maladie. Les pathologies liées aux accidents ou aux agressions ne sont que très partiellement concernées par la solidarité nationale⁵. Ils obéissent essentiellement au régime de la responsabilité. Quand aux accidents de travail et les maladies professionnelles, s'ils sont gérés depuis 2006 par la CNAM, ils obéissent en revanche à un régime bien particulier que la réforme de 2004 n'a pas véritablement bouleversé⁶. Ce régime se situe surtout dans le cadre de la solidarité corporative et professionnelle plus que dans le cadre de la solidarité nationale.

Cependant l'enjeu principal de ce travail demeure une réflexion juridique sur un système de prise en charge qui se revendique comme étant issu ou basé sur la solidarité

¹ V. Ch. Phelps « Les fondements de l'économie de la santé » (traduit de l'américain par R. Piétri). Publi-Union Edition, 1995.

² 143 millions de dinars en 1980 ; 578 millions de dinars en 1990 ; 1489,5 millions de dinars en 2000.

³ Source : V. rapport N. Achour « Le système de santé tunisien : Etat des lieux et défis », Fonds des Nations Unies pour la population, septembre 2011. V. Annexe 1.

⁴ Ibid.

⁵ Les services d'urgence par exemple.

⁶ V. l'art. 5 de la loi n°2004-71 précitée.

nationale¹, solidarité qui serait dans ce cadre envisagée soit comme « technique », soit comme « principe ». Dans le premier cas la solidarité nationale traduit *la relation d'interdépendance entre tous les membres de la société. C'est dans un mécanisme qu'elle s'incarne : le mécanisme de la prise en charge socialisée*². L'ensemble des dispositions en matière d'assurance maladie telle les cotisations, les prises en charge de soins sont bien qualifiée pour mettre en œuvre la solidarité en tant que technique. Dans le second cas la solidarité nationale s'érige en « *principe-règle* » ayant *vocation à surplomber un certain nombre de règles particulières et à en gouverner l'interprétation. Il peut également à ce titre incarner des valeurs exprimées dans le système juridique, qui auront plus de force que le principe-règle s'élève dans la hiérarchie des normes*³. En d'autre terme, la solidarité devient non seulement fondement principal de l'assurance maladie mais aussi source primordiale d'interprétation de l'ensemble de ses textes juridiques.

Il s'agit par conséquent d'une adéquation entre la solidarité nationale et le système de prise en charge qui en découle, adéquation consacrée textuellement par l'article premier de la loi 2004-71 du 2 août 2004⁴ que ce soit au niveau de la technique ou au niveau du principe. La problématique principale de la réflexion dans le cadre tunisien est par conséquent une recherche sur l'adéquation *réelle* entre la logique de solidarité affirmée et le système de prise en charge qui en découle.

A cet égard, il est incontestable que la refondation du système tunisien d'assurance maladie opérée à partir de 2004 renouvelle la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé (**1^{ère} Partie**).

¹ Cette réflexion met en évidence l'intervention grandissante du droit public dans les questions de l'assurance maladie et de la sécurité sociale de manière générale. V. R. Pellet « Recherche sur la notion de finances sociales, L'intervention du droit public dans le régime général de la sécurité sociale ». Thèse, droit public, Université de Montpellier, 1991.

² V. L.-E. Camaji, « La personne dans la protection sociale : Recherche sur la nature des droits des bénéficiaires des prestations sociales ». Thèse publiée pour le doctorat en droit de l'Université Paris X-Nanterre. Dalloz, 2006, p. 108.

³ Op. cit. p. 110.

⁴ « *Il est institué un régime d'assurance maladie, au profit des assurés sociaux et de leurs ayants droit, fondé sur les principes de la solidarité et l'égalité des droits* ». Cette même consécration se retrouve dans la loi française du 13/08/2004 relative à l'assurance maladie « *La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie* ».

Toutefois, malgré une certaine bonne volonté exprimée dans la loi et les textes d'application de la réforme, cette même solidarité nationale -à travers ce même système- demeure fortement limitée (**2^{ème} Partie**).

PREMIERE PARTIE

LA REFONDATION DU SYSTEME TUNISIEN D'ASSURANCE MALADIE : UNE SOLIDARITE NATIONALE RENOUVELEE

Une réforme publique possède généralement deux sens : soit confirmer et conforter l'existant en l'améliorant et en l'adoptant aux évolutions du moment ; soit faire table rase de l'existant et refonder le système et l'organe.

Depuis son indépendance, la Tunisie a toujours connu un mouvement continu et constant de réforme de ses institutions et organismes publics allant dans ces deux sens. Si la première grande vague de réforme a suivi le lendemain immédiat de l'indépendance, les autres mouvements ont le plus souvent été menés à la suite de graves crises politiques et/ou économiques¹.

Jusqu'en 2004, le système tunisien d'assurance maladie –alors partie intégrante des régimes légaux de sécurité sociale institués par la loi de 1960 notamment²- a le plus souvent suivi l'ensemble de ces mouvements de réformes dans un sens d'amélioration du système tout en préservant les grands traits de l'existant. Chaque fois, la doctrine mais aussi les professionnels de la santé et les usagers invoquaient des insuffisances et des imperfections³.

La loi du 2 août 2004 s'apparente plutôt à une refondation, dont la présente étude se propose d'analyser les grands traits, puisqu'elle fait table rase de l'existant, c'est à dire les branches maladies des régimes légaux de la sécurité sociale⁴. Cette réforme institue un nouveau système unifié et complètement autonome par rapport aux autres branches de la sécurité sociale.

¹ Citons à titre d'exemple la crise de 1969 ayant mis fin à l'expérience de l'économie planifiée ou collectivisée et le lancement des grandes réformes libérales des années 70 ; ou encore la crise des finances publiques du milieu des années 80 à l'origine du PAS de 1986 qui a eu pour conséquence quasi immédiate une réformes globale du cadre financier, fiscal et administratif de l'Etat et le lancement des premières opérations de privatisation des entreprises publiques. Concernant l'impact de la révolution de 2011, nous n'avons pas encore assez de recul pour pouvoir juger de l'ampleur des réformes éventuellement influencées par cet événement.

² V. supra « Historique du système tunisien d'assurance maladie » dans l'introduction.

³ V. à titre d'exemple le commentaire de la réforme de 1986 du régime institué par la loi de 1960. Ezzeddine. Bouslah, op. cit. p. 259.

⁴ Toutefois, le cadre normatif de ces régimes légaux, ainsi que les organes –CNSS et CNRPS – demeurent toujours en vigueur pour les autres branches de la sécurité sociale. Branches qui connaissent également un mouvement de réformes d'ensemble, particulièrement la branche assurance vieillesse pour prendre en compte à la fois la généralisation de la couverture sociale, mais aussi le vieillissement attendu de la population tunisienne à très moyen terme. Toutefois ces réformes n'atteignent pas l'ampleur, ni la portée de la réforme de l'assurance maladie de 2004.

A cet égard, on pourrait se poser la question sur les raisons qui ont mené les pouvoirs publics à adopter ; certes avec difficulté comme on le verra plus loin, cette réforme en 2004¹ ?

En réalité plusieurs facteurs se sont accumulés au début des années 2000 qui expliquent qu'une réforme d'ensemble ne pouvait plus être différée à ce moment là. Sans entrer dans le détail, on se limitera à ce niveau de l'étude aux principaux facteurs.

Le premier facteur est contextuel, le début des années 2000 confirme les grands traits de l'évolution du système sanitaire tunisien observé dès la fin des années 80. A l'actif de ce système, on peut citer la poursuite de l'amélioration des bons indicateurs révélant un état de santé globalement satisfaisant de la population tunisienne². Au passif de ce système, l'accélération remarquée en ce début du millénaire de l'évolution à double vitesse d'une médecine destinée d'une part aux catégories sociales les mieux favorisées et une autre médecine destinées pour les catégories sociales les moins favorisées³. Pour les premiers une médecine de ville disponible et de qualité ; et en cas d'hospitalisation un réseau de cliniques privées avec une hôtellerie irréprochable⁴. Pour les seconds, tout le réseau hospitalier public, certes très bien implanté dans les régions et pour les plus grands d'entre eux, très bien équipés, mais avec des conditions d'accueil perçus par la quasi-totalité des usagers comme étant déplorable. D'où une réorientation nécessaire de la solidarité nationale non plus vers la réalisation du minimum acceptable de protection sanitaire de la population (déjà réalisé), mais vers un accès équitable à ce minimum acceptable : c'est le principal objectif déclaré de la réforme de 2004.

Le deuxième facteur qui pourrait expliquer cette réforme est justement la consécration du concept de solidarité nationale dans le discours politique, mais surtout

¹ En éliminant bien sûr des raisons conjoncturelles, telle que le fait que l'année 2004 à été une année électorale en Tunisie et que la réforme d'ensemble de l'assurance maladie à toujours été, depuis 1996 une promesse des autorités de l'époque.

² Espérance de vie à la naissance, mortalité infantile, équipements hospitaliers, accès aux soins, dépenses sanitaires par tête d'habitant....La consultation complète de ces indicateurs peut se faire dans le site de l'OMS : <http://.who.int/countries/tun/fr>.

³ V. Amel Aouij-Mrad et Hafedh Ben Salah « La réforme sanitaire, analyse des évolutions récentes » Article précité, p.77.

⁴ Avec cependant une concentration de cette offre de qualité dans le grand Tunis et la bande côtière Est du pays ; d'où un déséquilibre régional marquant à côté du déséquilibre social. A Aouij-Mrad et H. Ben Salah, *ibid.*

juridique tunisien. Le summum de cette consécration est l'intégration de ce concept dans le dispositif de la Constitution en 2002. Il fallait une consécration pratique et forte de ce concept. La réforme de 2004 de l'assurance maladie constituait un bon tremplin.

Enfin, troisième facteur, sans doute le plus déterminant est la pression internationale. D'abord une pression directe de certains organismes, notamment les bailleurs de fonds internationaux sur la nécessité de réformer le système¹. Ensuite une pression indirecte par le fait que le régime antérieur à la loi de 2004 se trouvait en déphasage total avec les grands standards internationaux de l'assurance maladie². La réforme de 2004 comme on le percevra tout au long de cette étude se propose de reprendre une bonne partie de ces standards.

Nous sommes en présence d'une réorientation de la politique publique sociale en matière de prise en charge des dépenses sanitaires³, réorientation ayant pour principale conséquence une refondation en profondeur du système tunisien d'assurance maladie et un renouvellement de la solidarité nationale. Cette refondation se manifeste par une nouvelle organisation du système (**Titre 1**). Cette refondation se manifeste également par un renouvellement des rapports de ce système avec son environnement (**Titre 2**).

¹ Le début des années 2000 a vu la multiplication d'études et de rapports internationaux qui mettaient l'accent sur la faiblesse du système de prise en charge des dépenses de santé en Tunisie. V. à titre d'exemple « le rapport de la santé dans le Monde », publié par l'OMS en l'an 2000.

² Sur cette notion de standard en matière d'assurance maladie v. particulièrement : D. Tabuteau « Assurance maladie : les « standard » de la réforme », *DROIT SOCIAL* 2004, p. 872. L'auteur, bien que décrivant le cas français, limite ces standards aux points suivants :

- 1) L'accroissement de la contribution des assurés sociaux,
- 2) Contracter la demande de consommation médicale,
- 3) Maîtriser l'offre de soins,
- 4) Améliorer la gouvernance du système,
- 5) Bien orienter les dépenses.

Notons qu'une bonne partie de ces standards a été reprise par les « principes » dégagés par le CMR de 1996, annonciateur de la réforme de 2004.

³ V. Y. Ould Ahmed, « Désengagement de l'Etat et réorientation des politiques publiques de santé. L'exemple tunisien ». Thèse précitée.

Titre 1

La nouvelle organisation du système tunisien d'assurance maladie

La réforme de 2004 étant une réforme d'ensemble instituant de nouveaux organes et des procédés nouveaux de gestion de l'assurance maladie en Tunisie (**Chapitre 2**) ; mais c'est aussi une réforme en profondeur du cadre normatif régissant dorénavant la prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale (**Chapitre 1**).

Nous nous proposons d'analyser successivement ces deux aspects de cette nouvelle organisation.

Chapitre premier

La difficile réforme du cadre normatif de l'assurance maladie en Tunisie

Huit années se sont écoulées entre la première annonce d'une réforme d'ensemble du système national de prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale en 1996 et la concrétisation de la réforme par la loi du 2 août 2004, puis trois autres années pour voir le système entrer en vigueur partiellement le 1^{er} juillet 2007 et enfin une année pour son application plus ou moins complète à partir du 1^{er} juillet 2008¹ ; soit un total de 12 années.

Entre temps la Constitution tunisienne aura connu, deux importantes révisions en 1997² et en 2002³, remettant et reposant sous un regard nouveau, la question du fondement constitutionnel du droit de la santé de manière général ; et du droit de l'assurance maladie de manière particulière⁴. Cette constitution finira par être suspendue en 2011 à la suite de la révolution du 14 janvier⁵.

Cette gestation difficile de ce nouveau cadre normatif est pour l'essentiel due à la méthodologie suivie de la réforme : la concertation entre tous les partenaires concernés. Il aura fallu de longues et difficiles négociations et de laborieux arbitrages de la part du gouvernement pour finalement aboutir à une « loi au rabais », passée très difficilement. L'essentiel de l'architecture du système est en définitive construite par les textes d'application, mais aussi par un cadre conventionnel assez original.

La description d'ensemble du cadre normatif du nouveau système d'assurance

¹ Notons que certaines dispositions transitoires du nouveau système prendront fin le 30 juin 2012.

² Loi constitutionnelle n°97-65 du 27 octobre 1997. JORT n°87 du 31/10/1997, p.2053.

³ Loi constitutionnelle n°2002-45 précitée.

⁴ Ce fondement constitutionnel se pose par ailleurs dans le cadre de la rédaction d'une nouvelle Constitution entamée après les élections du 23/10/2011.

⁵ V. décret-loi n°2011-14 du 23/03/2011, portant organisation provisoire des pouvoirs publics. JORT n°20 du 25/03/2011, p. 363.

maladie en Tunisie révèle un certain laconisme du cadre constitutionnel et législatif (**Section 1**) et une importance plus accentuée des cadres réglementaire et conventionnel (**Section 2**).

Section 1: Un cadre constitutionnel et législatif insuffisant

La Constitution et la loi constituent en principe le fondement premier pour un secteur aussi vital que l'assurance maladie, d'autant plus que la sécurité sociale de manière générale faisait partie du domaine législatif d'après l'article 34 de la Constitution suspendue¹. Pourtant ni la Constitution tunisienne de 1959, ni la loi de 2004 ne suffisent à déterminer l'armature du nouveau système d'assurance maladie en Tunisie. Cela est encore plus vrai si on confronte le système tunisien avec de nombreux systèmes étrangers d'assurance maladie.

Pourtant, on doit toujours prendre une Constitution pour ce qu'elle est : c'est-à-dire une ambivalence entre une consécration textuelle, pas toujours satisfaisante, des principaux droits socio-économiques et un effet normatif plus ou moins riche de ces mêmes droits. Cette ambivalence était particulièrement vraie pour la Constitution tunisienne de 1959, Constitution qui servira de modèle pour notre présente recherche² (**Paragraphe 1**).

Plus surprenant est par contre, l'absence d'une armature claire du nouveau système d'assurance maladie dans la loi du 2 août 2004. L'insuffisance de cette loi sera analysée à travers l'étude de son contenu, mais aussi à travers une certaine appréciation critique de cette loi (**Paragraphe 2**). Sans bien sûr négliger les rapports qui peuvent exister avec d'autres grandes lois régissant le droit de la santé et l'action médico-sociale en Tunisie.

¹ Toutefois il est clair que d'après cet article, la loi ne détermine que *les principes fondamentaux* de la sécurité sociale. Cette démarche est reproduite dans l'avant projet de la nouvelle Constitution.

² Au moment de la rédaction de cette recherche, seul un avant projet d'une Constitution, préparée au niveau des commissions de l'assemblée nationale constituante et présenté publiquement le 14/12/2012 était disponible.

§-1 L'ambivalence du cadre constitutionnel de l'assurance maladie

La Constitution¹ de 1959 n'était pas très explicite en matière d'énonciation d'un droit de prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale. Pourtant cette limite n'est en réalité qu'apparente (A). La Constitution tunisienne est riche en référence directe ou indirecte en rapport avec l'assurance maladie (B).

A- Les limites apparentes du cadre constitutionnel de l'assurance maladie en Tunisie

Le droit de la santé en Tunisie souffre *d'une fragilité constitutionnelle des fondements*². Cette fragilité se manifeste, en ce qui concerne le système national de prise en charge des dépenses de santé par l'absence d'une consécration explicite de l'assurance maladie dans le dispositif constitutionnel tunisien, mais aussi dans la doctrine du conseil constitutionnel tunisien. Mais cette double fragilité n'est en réalité qu'apparente.

1) L'absence d'un fondement constitutionnel explicite à l'assurance maladie

La Constitution tunisienne ne contenait aucune disposition explicite relative à l'assurance maladie ou plus généralement à la nécessité de prise en charge des dépenses de santé par un système basé sur la solidarité nationale³. Cette carence, sans être tout à fait une lacune, concerne à la fois le dispositif même de la Constitution, mais aussi son Préambule.

En réalité la Constitution tunisienne rejoint en la matière le lot de la majorité des constitutions du monde. Nous citerons à titre d'exemple la Constitution française⁴, la

¹ Sur les bases constitutionnelles du droit de la santé, v. D. Truchet, « Droit de la santé publique ». Paris, Dalloz, 2009, p. 7 et s.

² H. Ben Mrad, « Les vicissitudes du droit à la santé », publié dans l'ouvrage collectif « Santé, argent et éthique : une indispensable conciliation ? Etude française et tunisienne ». Sous la direction de A. Aouij-Mrad, M.-H. Douchez et B. Feuillet. Paris, L'Harmattan, 2005, p.53 et s.

³ Le contexte historique au moment de la promulgation de la Constitution le 1^{er} juin 1959 peut expliquer cette absence. La condition macro économique du pays à la fin des années 50 empêchait la mise en place d'un système d'assurance maladie aussi élaboré, par exemple, que celui institué par la loi de 2004. Le jeune Etat ne voulait pas à l'époque être lié par des engagements qu'il ne pouvait tenir. La priorité de l'époque était la construction d'un système sanitaire encore rudimentaire. L'avant projet de la nouvelle Constitution présenté le 14/12/2012 prévoit la garantie par l'Etat de soins gratuits à ceux ayant des revenus limités.

⁴ V. pour le cas français : B. Mathieu, « Les avatars du droit de la santé. Eléments d'analyse à partir du droit constitutionnel français », publié dans l'ouvrage collectif « Santé, argent et éthique... », précité p. 65.

Constitution marocaine et la Constitution algérienne.

Pourtant, un certain nombre de Constitutions d'autres pays, particulièrement ceux ayant un niveau de développement qui se rapproche à la Tunisie ont consacré explicitement ce droit à la couverture sanitaire par la solidarité nationale. Il en est ainsi de l'article 17 de la Constitution égyptienne qui dispose clairement que « *l'Etat assure à tous les citoyens les services des **assurances** sociales et **sanitaires**, des pensions pour incapacité de travail, vieillesse et chômage, conformément à la loi* ». Ce sont toutes les branches de la sécurité sociale qui ont un statut constitutionnel en Egypte. Encore plus explicite est le cas du Yémen : selon l'article 55 de la Constitution de ce pays, « *L'Etat garantit à tous les citoyens l'assurance sociale dans le cas de maladie, d'incapacité, de chômage, de vieillesse ou de perte de soutien de famille (...)*¹ ». Nous sommes loin de la modeste formulation « *Le régime républicain constitue le moyen le plus efficace pour assurer (...) le droit des citoyens à la santé* » contenu dans le préambule de la Constitution tunisienne ou de la formule de l'article 31 du projet de la Constitution présentée le 14 décembre 2012 « *La santé est un droit pour chaque être humain*² »

Cette carence de la Constitution en tant que fondement du droit de l'assurance maladie ne préjuge en rien la non garantie de ce droit au profit de la population. Prouver que les pays qui ont consacré constitutionnellement le principe de prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale garantissent ce droit mieux que la Tunisie n'est pas évident. L'essentiel est ailleurs, et notamment dans la capacité économique d'un pays à garantir une telle prise en charge.

On pourrait admettre que la Constitution Tunisienne ne considérait pas l'assurance maladie comme un droit autonome, mais un droit lié de manière générale au droit de la sécurité sociale³ ; et ceci d'autant plus que la démarche suivie jusqu'en 2004 a toujours été

¹ Ces deux exemples à la fois égyptien et yéménite sont cités par H. Ben Mrad, article précité. D'autre part il est intéressant de citer un exemple médian ou l'institution d'un régime d'assurance maladie n'est qu'une « option » constitutionnelle. Il s'agit de l'article 56 de la Constitution turque qui dispose « (...) *La loi peut instaurer une assurance santé générale en vue de promouvoir la généralisation des services de santé* »

² Version présentée uniquement en langue arabe. Traduction faite par nos soins.

³ Droit qui était par contre consacré timidement mais explicitement par l'article 34 de la Constitution disposant *La loi détermine les principes fondamentaux (...) de la sécurité sociale*. D'ailleurs, c'est sur la base de cet article qu'a été promulgué la loi du 2 août 2004. V. travaux préparatoires de la chambre des députés,

de lier l'assurance maladie au régime général de la sécurité sociale.

Finalement, seul un avis du Conseil Constitutionnel tunisien pouvait, avant 2011, affirmer avec force la nature constitutionnelle du droit des tunisiens à une prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale et par conséquent une nature constitutionnelle de l'assurance maladie. Le référentiel dans la Constitution –on le verra– ne manque pas. Malheureusement, on est toujours dans l'attente d'une telle consécration.

2) L'absence d'une consécration explicite dans la doctrine du Conseil Constitutionnel tunisien¹

Depuis son instauration², le Conseil Constitutionnel Tunisien a joué un rôle éminent dans l'interprétation et la détermination de la portée des principaux droits énoncés dans la Constitution de 1959³. Une démarche identique en matière d'assurance maladie aurait pu être intéressante quand à la nature d'un éventuel « droit » à une prise en charge des dépenses de la santé, à la portée de ce droit et à son degré d'autonomie par rapport au droit de la sécurité sociale⁴.

En France où les dispositions constitutionnelles sont tout aussi floues⁵ quant à la

séance du 28 juillet 2004. Cette formulation est reprise par l'art. 54 de l'avant projet de la Constitution présentée le 14/12/2012. L'article 32 de l'avant projet dispose par ailleurs que « *L'Etat garantit le droit de chaque individu à la couverture sociale y compris les assurances sociales, dans la limite de la loi* » (Traduction faite par nos soins).

¹ Il s'agit bien d'une doctrine et non d'une jurisprudence. Le Conseil Constitutionnel rendait d'après l'article 75 de la Constitution suspendue des « avis motivés ». Pourtant, sans atteindre « une autorité de la chose jugée », ces avis ont une force juridique qui dépasse le cadre d'une simple consultation, puisque ce même article constitutionnel « impose » ces avis *à tous les pouvoirs publics*.

² Pour un Historique de ce Conseil, V. Z. Mdhaffer « Le Conseil Constitutionnel », Tunis, IORT 1993 (en arabe) ; L. Bououni « Les régimes politiques et le régime politique tunisien », Tunis, CPU, 2002, p. 382 et s. (en arabe). Ce conseil est actuellement suspendu. Un tribunal ou une cour constitutionnelle est envisagé dans le cadre de la rédaction d'une nouvelle Constitution toujours en cours (V. art. 117 et s. de l'avant projet du 14/12/2012).

³ Sur l'importance jouée par le Conseil Constitutionnel Tunisien V. M. R. Ben Hammed « Les principes fondamentaux du droit constitutionnel ». Tunis, CPU 2006 (en arabe), p. 276 et s. Cette doctrine peut assurer une certaine continuité avec la future juridiction Constitutionnelle envisagée dans le cadre de la nouvelle Constitution.

⁴ Notons que l'avis du Conseil Constitutionnel tunisien sur la loi du 02 août 2004 n'a pas été publié. A l'époque les avis du Conseil n'étaient ni publiables au JORT, ni consultables et frappés du sceau du secret.

⁵ V. F. Kessler, « Droit de la protection sociale », Paris, Dalloz, 2000, p. 136.

nature de cette prise en charge¹, la jurisprudence du Conseil Constitutionnel est très riche pour toutes les questions relatives à la détermination et à la portée du droit à une prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale².

Les exemples suivants peuvent éventuellement inspirer le droit tunisien. Dans la décision n°97-388 du 20 mars 1997 le Conseil considère que le régime de base comme les régimes complémentaires, relevaient d'exigences constitutionnelles³. Par contre le même Conseil refuse de reconnaître l'existence d'un principe contributif en matière d'assurance maladie semblable à la matière fiscale⁴. Le Conseil français refuse de reconnaître une valeur constitutionnelle à la corrélation entre prestations sanitaires et besoins⁵ (c'est-à-dire que les prestations doivent être liées aux besoins et non aux revenus). La seule obligation constitutionnelle pesant sur les pouvoirs publics est celle de favoriser l'accès aux soins pour tous⁶.

En Tunisie la décision n°35-2005 rendue par le Conseil constitutionnel tunisien⁷ a constitué une réelle avancée. Pour la première fois, le Conseil Constitutionnel établit un lien possible et clair entre la couverture sanitaire et le principe de la solidarité nationale sous réserve d'une lecture dépassant le strict cadre factuel de l'avis. En d'autres termes le principe constitutionnel de solidarité nationale implique pour le législateur, de manière implicite, la garantie d'un minimum de couverture sanitaire au profit de chaque catégorie de la population. La boîte à pandore semble bien ouverte, consacrant de fait un lien entre des dispositions constitutionnelles variables et riches et le système naissant de l'assurance maladie tunisienne que la nouvelle Constitution envisagée pourra confirmer.

¹ Bien que le point 11 du préambule de la constitution de 1946 (qui fait partie du bloc de la constitutionnalité de 1958) dispose *Elle (La nation) garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et au vieux travailleur, la protection de la santé...*

² V. V. Saint-James « Le droit à la santé dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel ». RDP, 1997, p. 457.

³ V. le commentaire de B. Mathieu, LPA, n° 125.

⁴ Décision n° 99-416.

⁵ Décision n°97-393.

⁶ V. B. Mathieu, « Santé, argent et éthique... », ouvrage collectif précité, p.69.

⁷ V. A. Mokhtar « Le droit à la santé dans la doctrine du Conseil constitutionnel tunisien », AJT 2011, n°20, p. 7. (en arabe).

B- Les dispositions constitutionnelles en rapport avec l'assurance maladie

A défaut de dispositions directes, une lecture téléologique du texte constitutionnel tunisien, peut mener à considérer qu'une obligation de prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale pesait sur les pouvoirs publics. A cet égard, trois dispositions de la Constitution de 1959 (par ordre chronologique) attirent l'attention : Il s'agit d'abord du préambule où le droit à la santé est affirmé, ensuite de l'article 34 de la Constitution où le principe de la sécurité sociale est énoncé, enfin de l'article 5 où le principe de la solidarité nationale est consacré, achevant de la sorte un fondement constitutionnel complet au système tunisien d'assurance maladie.

1) Un droit à la santé affirmé

Malgré les « vicissitudes » historiques et pratiques du départ¹, le droit à la santé était clairement affirmé dans le préambule de la Constitution de 1959² de la manière suivante : *Le régime républicain constitue :*

(...) le moyen le plus efficace pour assurer (...) le droit des citoyens à la santé. L'avant projet de la Constitution présenté le 14/12/2012 réaffirme ce droit dans l'article 31.

Pour le Conseil Constitutionnel ce droit à la santé concerne « *d'une part, l'individu quand à la nécessité de créer les conditions qui sont à même d'assurer les soins et les prestations médicales en cas de maladie et, d'autre part, la collectivité quand à son droit de prévenir, traiter et combattre les maladies graves et épidémiques comme les maladies transmissibles*³ ».

Des interrogations se sont posées quand à la portée et à la nature de ce droit. S'agit-il d'un simple droit à objectif constitutionnel dont la réalisation est tout de même difficile voire impossible. Ou au contraire s'agit-il d'un droit-créance à la charge des pouvoirs publics dont la réalisation est un impératif. Nous opterons plutôt pour la deuxième option

¹ Sur les conditions historiques de l'affirmation de ce droit à la santé dans le texte constitutionnel tunisien, v. H. Ben Mrad, article précité.

² Le préambule de la Constitution Tunisienne est une partie intégrante de la Constitution. V. à titre d'exemple les avis du Conseil Constitutionnel n°56-2005, JORT n°79 du 04/10/2005, p. 2600 et avis n°21-2006, JORT n°61 du 01/08/2006, p. 2009.

³ Avis n°27-2006, JORT n°14 du 16/02/2007, p. 486. V. A. Mokhtar, op. cit.

vue les conséquences de l'affirmation constitutionnelle d'un droit à la santé. Il est en effet admis par la majorité de la doctrine et par la jurisprudence comparée des organes de contrôle de la constitutionnalité des lois dans le monde, qu'une telle affirmation a au moins deux conséquences pratiques la rapprochant de fait de la catégorie des droit-créances.

La première conséquence est la nécessité pour les pouvoirs publics de construire un système de santé efficace¹. Ce système doit être capable d'offrir à l'ensemble de la population un minimum de prestations sanitaires garantissant un état de santé en conformité avec l'objectif affirmé dans le préambule².

La deuxième conséquence est une obligation à la charge de ces mêmes pouvoirs publics de garantir un accès équitable pour l'ensemble de la population à ce système de santé³. Le rôle principal de l'Etat dans ce cadre serait d'empêcher toute entrave d'accès à ce système quelque soit les raisons.

Or, l'une des raisons possibles de ces entraves serait une impossibilité d'accès au système sanitaire pour des raisons financières. A cet égard et pour être en conformité avec l'objectif affirmé dans le préambule deux options sont possibles : soit la construction d'un système sanitaire entièrement gratuit, dans ce cas la prise en charge des dépenses médicales se ferait par le contribuable⁴, soit le financement de ce système par un mécanisme de solidarité nationale autre que l'impôt. C'est la deuxième option qui a été consacrée en Tunisie, puisque la Constitution est aussi un fondement indéniable de l'ensemble des mécanismes de sécurité sociale.

2) Une sécurité sociale énoncée

L'énonciation de la sécurité sociale dans l'article 34 de la Constitution de 1959

¹ Sur la portée de l'affirmation constitutionnelle du droit à la santé, v. A. Aouij-Mrad « Le service public de la santé ». Thèse pour le doctorat d'Etat, Faculté de Droit et des Sciences Politiques de Tunis, 1991, p. 21 et s.

² Mais aussi avec les standards internationaux qui régissent la matière établis notamment par l'OMS. V. le rapport de l'an 2000 précité.

³ Cette conséquence est reprise par le CC français. Décision n°89-269 précitée.

⁴ L'ensemble des études faites par les économistes démontre qu'une telle mesure serait insoutenable pour les finances publiques et se ferait nécessairement au dépend des autres missions de l'Etat tout aussi importantes.

constituait en réalité le fondement constitutionnel de toutes les branches de la sécurité sociale, y compris la branche maladie. Cependant ce n'est qu'en 1976¹ que la sécurité sociale a pu faire son entrée dans le dispositif de la Constitution. Est-ce qu'il s'agit d'une lacune ? Ou simplement un constat réaliste du fait de l'impossibilité des pouvoirs publics à la fin des années cinquante de construire un système complet de sécurité sociale réellement universel² ? En réalité l'introduction de la sécurité sociale dans l'article 34 a été faite dans une optique purement technique, à savoir la répartition de la compétence entre le pouvoir législatif et le pouvoir réglementaire³.

C'est par une formule laconique dont il est intéressant de reprendre, que l'énonciation de la sécurité sociale a été faite : « *La loi détermine les principes fondamentaux (...) de la sécurité sociale* ». Plusieurs conséquences peuvent résulter de cet alinéa constitutionnel. Cette énonciation donne une importance première au pouvoir réglementaire puisque la loi ne fait que déterminer les principes fondamentaux de la sécurité sociale⁴. Toute la question est de savoir quel est le contenu et quelle est la portée de ces principes. De plus cette énonciation ne donne pas à la sécurité sociale la même importance que le droit à la santé. De ce fait, il ne s'agit pas d'un objectif constitutionnel, ni d'un droit-créance au profit des citoyens⁵. Par contre, lorsque cette réalisation s'impose, c'est l'article 34 de la Constitution qui entre en jeu et répartit dans ce cas la compétence entre le législateur et le pouvoir réglementaire. Par contre, et en attendant la confirmation de l'Assemblée nationale constituante, l'article 32 de l'avant projet de la Constitution présenté le 14 décembre 2012 insère le droit à une sécurité sociale en tant que droit créance, outre une reprise à l'identique dans l'article 64 de cet avant projet, des

¹ A la suite du remodelage de la Constitution en 1976. Loi constitutionnelle n°76-37 du 08/04/1976. JORT du 9-13/04/1976, p.972.

² D'ailleurs ce n'est qu'au milieu des années 80 que le taux de couverture a pu dépasser pour la première fois les 50% pour atteindre environs 80% à la fin des années 90. Cette généralisation demeure toujours incomplète puisque le taux actuel est d'environ 98% (V. annexe 1) Pour ce qui concerne notre sujet ces chiffres sont importants puisqu'il détermine en même temps le taux de la couverture par l'assurance maladie.

³ Avant 1976 la question ne se posait pas. Cependant ce n'est que par la modification du 26 avril 1997 que cette question fut définitivement tranchée. V Y. Ben Achour « Le pouvoir réglementaire général et la constitution », Mélanges Habib Ayadi, Tunis, CPU, 2000.

⁴ Cette prédominance est clairement perceptible en assurance maladie. V. infra, section II de ce chapitre.

⁵ D'ailleurs l'expression « santé publique » bien que contenu dans le préambule est reprise dans ce même article 34 dans les mêmes conditions que l'expression « sécurité sociale ».

dispositions de l'article 34 de la Constitution de 1959¹ concernant la sécurité sociale.

C'est en associant cette énonciation de la sécurité sociale avec d'autres énonciations et objectifs constitutionnels que la sécurité sociale dans sa branche maladie trouve une réelle dimension constitutionnelle, particulièrement depuis 2002 avec la consécration dans la première Constitution Tunisienne de 1959 du concept de solidarité nationale.

3) La solidarité nationale en tant que principe constitutionnel ?

La consécration du principe de solidarité nationale vient achever le cadre constitutionnel du système tunisien de l'assurance maladie avant la suspension de la Constitution de 1959 en 2011. C'est par une formule très éloquente que le paragraphe trois de l'article cinq² de la Constitution suspendue consacrait ce concept³ : « *L'Etat et la société œuvrent à ancrer les valeurs de la solidarité, d'entraide et de tolérance entre les individus, les groupes et les générations* ». Il s'agit là d'une formule assez originale et qui englobe tous les aspects de cette solidarité : solidarité entre les individus, entre les groupes et entre les générations⁴. Il s'agit d'une obligation à la charge de l'Etat, mais aussi et c'est plus original, une obligation à la charge de la société.

Toutefois, ne doit-on pas s'interroger sur la nouveauté et l'originalité de ce concept ? En effet, la solidarité est l'essence même de l'Etat⁵ et la Constitution elle-même contient plusieurs dispositions qui font référence à l'idée de solidarité. L'article 16 parle, à titre d'exemple de *contribution aux charges publiques*⁶. Le paiement de l'impôt n'est-il pas déjà une forme de solidarité nationale ? Dans ce cas quelle est la différence avec le concept tel qu'énoncé dans la dernière version de l'article ?

¹ L'avant projet de la Constitution reprend dans son article 64 la formule de répartition du pouvoir normatif entre un domaine législatif assigné et un domaine réglementaire réservé mais non limité. V. Y. Ben Achour, « Droit administratif ». Tunis, CPU, 2010, p.379.

² Ajouté par la modification de la constitution de 2002. Loi constitutionnelle n°2002-51 du 01/06/2002, JORT n°45 du 03/06/2002, p.1298.

³ V. introduction pour plus de détail sur les contours de ce concept.

⁴ Ce dernier point pourrait constituer un fondement constitutionnel à la sécurité sociale par répartition.

⁵ C'est Léon Duguit qui le premier a théorisé l'idée de solidarité en tant que fondement des Etats. V. L. Duguit, op. cit. p. 25 et s.

⁶ Article qui constitue le fondement constitutionnel de l'impôt en Tunisie

C'est comme s'il existait deux types de solidarité. La première est en quelque sorte une solidarité « de droit commun » qui se manifeste par une obligation fiscale en contre partie des prestations publiques. C'est une solidarité étatique en rapport avec les missions essentielles de l'Etat¹. C'est l'Etat qui assume l'essentiel de cette solidarité.

La deuxième solidarité est une solidarité qui dépasse le strict cadre étatique. C'est une solidarité plutôt sociale à la charge de l'Etat et de la société. Cette solidarité peut être spontanée², mais aussi encadrée par l'Etat. Cette solidarité nationale a, comme meilleure application, la sécurité sociale dans toutes ces branches. C'est cette deuxième solidarité que semblait viser l'article 5 de la Constitution de 1959, avec une obligation d'encadrement à la charge de l'Etat. Associé au droit des citoyens à la santé et à la sécurité sociale mentionnée dans l'article 34 de la même Constitution, cela aboutit à un droit des citoyens à une prise en charge des dépenses sanitaires par un système fondé sur la solidarité nationale.

Toutefois il est à remarquer que cette énonciation explicite de la solidarité nationale n'existe pas dans le dispositif de l'avant projet de la Constitution présenté le 14 décembre 2012. Seule une allusion à « l'entraide sociale » est mentionnée dans le projet du préambule en tant que fondement de l'unité nationale. Cet avant projet maintient cependant les mêmes références indirectes au concept de solidarité que ce soit dans le préambule ou dans le dispositif.

Finalement, l'assurance maladie avait un fondement constitutionnel en Tunisie, qui sera probablement confirmé dans la future Constitution même s'il ne s'agit pas d'un fondement direct. La question est maintenant de savoir si le cadre législatif de cette obligation suit cet objectif constitutionnel ?

¹ L'ensemble des services publics de base : justice, sécurité, éducation, grandes infrastructures y compris sanitaires.

² Il en est ainsi du tissu associatif caritatif qui joue dans certains pays un rôle de premier plan dans le financement des dépenses sanitaires au profit des catégories défavorisées de la population.

§-2 Les insuffisances du cadre législatif de l'assurance maladie en Tunisie

La promulgation de la loi n°2004-71 du 2 août 2004 constitue désormais le nouveau cadre législatif de l'assurance maladie en Tunisie. Cependant, elle n'est pas assez exhaustive. Elle se contente d'énoncer les grands traits du nouveau régime (A). Cette loi semble être un reflet des rapports des forces qui régit la matière, d'où une nécessaire appréciation critique de son contenu (B).

A- Un cadre législatif étriqué

Contrairement au droit comparé, particulièrement le droit français¹, le cadre législatif de l'assurance maladie en Tunisie semble être plus laconique et plus restreint. Certes l'article 34 de la Constitution de 1959 était clair dans les sens ou la loi ne détermine que les principes fondamentaux de la sécurité sociale. La question est donc de savoir si cette loi détermine effectivement des « principes » propre à l'assurance maladie. Une lecture rapide du contenu de cette loi nous laisse plutôt perplexe. A notre sens, cette loi n'est pas exempte d'insuffisances et de lacunes.

1) Le contenu de la loi du 2 août 2004²

Après huit année de gestation difficile, la loi de 2004 à été finalement promulgué avec un contenu sommes toutes très classique. Pour apprécier son contenu, la confrontation de cette loi avec les principes dégagés par le CMR³ du 16 février 1996 s'avère nécessaire. Ces principes rappelés les tournent autour des grands axes suivants : Améliorer la couverture sanitaire à la fois quantitativement et qualitativement, se rapprocher de l'équité sociale, une meilleure transparence et efficience du système, un coût supportable pour l'économie nationale, l'unification des régimes préexistant avec une couverture suffisante du risque maladie, la coexistence entre un régime de base obligatoire et un régime

¹ V. G. Huteau, op. cit. , p.52 et s. Cependant le cas français semble être une extrémité dans l'autre sens. Une bonne partie de la doctrine fustige fortement l'inflation des textes en matière d'assurance maladie et de sécurité sociale de manière générale.

² Bien qu'étant intitulé « institution d'un régime d'assurance maladie », cette loi est en réalité comme on l'a déjà démontré, une réforme en profondeur et une unification des anciens régimes légaux d'assurance maladie déjà existants. « Refondation » ou « Unification » du régime d'assurance maladie auraient été des choix d'intitulés plus judicieux.

³ Initiateur du projet devenu loi du 02/08/2004.

complémentaire facultatif sans double emploi entre ces deux régimes, la séparation entre organismes de financement et organisme d'octroi de soins, la facturation comme base de relation entre l'organisme payeur et tous les organismes prestataires de soins, particulièrement les hôpitaux publics, l'intégration du secteur privé dans le système national de prise en charge des dépenses sanitaires, l'institution de règles pour la maîtrise des dépenses de santé impliquant toutes les parties concernées dans un effort de compression des coûts : Etat, prestataires de soins publics et privés, assurés sociaux et toute la sociétés de manière générale.

La loi promulguée en 2004, ne reprend qu'une partie de ces principes et objectifs. Seul l'article premier de cette loi insiste avec force sur quelques grands principes¹ particulièrement celui de la solidarité nationale². Mais la loi consacre aussi l'unification du système³, la séparation entre un régime de base obligatoire et un régime complémentaire facultatif⁴ et leur non superposition⁵ ainsi que l'intégration du secteur privé dans le système de prise en charge⁶. Pour le reste, il s'agit plutôt de dispositions techniques⁷. L'essentiel des dispositions pratiques est renvoyé à des textes d'application ou aux dispositions des conventions conclues avec les prestataires privés de soins. Beaucoup de principes prévus par le CMR de 1996 demeurent finalement éludés dans le contenu de la loi de 2004.

2) Les insuffisances de la loi de 2004

Bien que constituant un changement notable du paysage social tunisien, la loi de 2004 n'est pourtant pas exempte d'insuffisances et de lacunes. Les principes déterminés par le CMR de 1996 seront encore à ce niveau, notre référence pour la situer.

¹ « Il est institué un régime d'assurance maladie, au profit des assurés sociaux et de leurs ayants droit, fondé sur les principes de solidarité et l'égalité des droits dans le cadre d'un système sanitaire complémentaire qui englobe les prestations servies dans le secteur public et privé de la santé ».

² Non prévu à l'origine dans le CMR de 1996, mais à vrai dire ce concept n'était pas encore consacré constitutionnellement.

³ Article 3 de la loi.

⁴ Article 2.

⁵ Articles 19 et 20.

⁶ Article 1 et 5.

⁷ Ces dispositions sont en rapport avec le contenu du régime, sa gestion, les relations avec les prestataires de soins, le financement, les organes de la CNAM, les sanctions et enfin des dispositions diverses et transitoires

Le texte semble mettre en sourdine une bonne partie de ces principes et de ces objectifs et elle laisse une trop grande marge de manœuvre au pouvoir réglementaire, quand à la détermination concrète du nouveau système. Nous examinerons successivement ces deux points.

En ce qui concerne le premier point, la loi occulte un certain nombre de principes qui ont pourtant été à la base des négociations entamées en 1996. On peut citer à cet égard la transparence et l'efficacité du système, mais aussi la question de la maîtrise des dépenses de santé¹. La loi ne prévoit aucun mécanisme novateur en ce sens. Le contrôle médical prévu par le chapitre V est à notre sens insuffisant et ne concerne que le volet classique de la constatation du degré du respect de la loi par chacun des intervenants, particulièrement les médecins conventionnés et les patients². Le deuxième principe occulté par la loi est la question de la séparation entre financeur et prestataire de soins. Aucune mention n'est à cet égard contenue dans la loi, d'autant plus que dans la pratique, les polycliniques de la CNSS continuent à fonctionner dans les mêmes conditions qu'avant 2004³. Le troisième principe, mal abordé par la loi, concerne la question des doubles emplois entre le régime de base et les régimes complémentaires. Si l'article 19 détermine clairement le champ d'application des régimes complémentaires, aucune procédure de coopération entre les deux régimes n'est prévue dans ce cadre ni même un mécanisme susceptible d'empêcher des éventuels doubles emplois entre la CNAM, chargée du régime de base, et les compagnies d'assurances et les mutuelles, qui sont les principaux protagonistes concernés par les régimes complémentaires⁴. Il s'agit d'une lacune surprenante d'autant que le titre 3 de la loi, relatif à la question, ne fait pas de renvoi au pouvoir réglementaire contrairement à toutes les autres questions abordées par la loi.

Le second point relatif aux faiblesses de cette loi est justement la grande liberté laissée au pouvoir réglementaire pour régler des questions essentielles au bon

¹ En réalité les deux questions sont liées. V. infra 2^{ème} partie, Titre 2.

² Même si l'article 17 de la loi assigne à ce contrôle des missions de contrôle de qualité (tiret 1 et 2) et de missions de suivi de l'évolution des dépenses de santé.

³ Il aurait peut être fallu les intégrer dans les structures sanitaires ambulatoires de droit commun. De ce fait elles seront élargies aux affiliés des autres caisses de sécurités sociales concernés par la loi de 2004.

⁴ Rappelons à cet égard que le deuxième alinéa de l'article 20 de la loi du 02/08/2004 confie à *titre exceptionnel* à la CNAM la gestion d'un régime complémentaire *sur la base d'un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et des finances*.

fonctionnement du système. Le principe d'équité, l'un des objectifs majeur et déclaré de la réforme de 2004 semble être dénaturé par cette liberté, et ce sur deux points essentiels, le parcours sanitaire et le plafonnement des dépenses de santé¹.

L'équité aurait du imposer un parcours de soins unifié pour tous les assurés sociaux quelques soient leurs revenus, et qui serait fixé par la loi. La liberté donnée au pouvoir réglementaire² a finalement abouti à la création de trois parcours de soins différents : une filière publique pour les moins favorisés, et deux filières privées, soit avec le système du tiers payant³, soit avec le système du remboursement pour les mieux favorisés. Sans tomber réellement dans l'iniquité il semble que l'on ne soit plus dans un système d'équité tel qu'annoncé en 1996⁴.

En ce qui concerne le plafonnement des dépenses de santé, la liberté donnée au pouvoir réglementaire a, à notre sens, dénaturé l'objectif d'équité et même de solidarité prévu par la réforme de 2004. La loi aurait pu prévoir un mécanisme de détermination et de calcul de ce plafond⁵ ou, tout au moins prévoir une procédure de révision périodique du montant de ces plafonds⁶. La liberté laissée au pouvoir réglementaire abouti à la fixation de plafonds, pour les deux filières privées, jugés comme étant dérisoires⁷. L'objectif de concrétiser la solidarité nationale à ce niveau semble loin d'être réalisé. Finalement quel véritable sens donner à cette loi ?

¹ Nous y revenons avec plus de précisions dans la deuxième partie de ce travail.

² En réalité, comme on le verra il s'agit surtout de concessions accordées aux différents partenaires sociaux.

³ La seule filière prévue à l'origine qui sera finalement marginalisée avec l'entrée en vigueur de la nouvelle loi le 1^{er} août 2008.

⁴ A titre de comparaison il n'existe en France qu'un seul parcours sanitaire de droit commun. Si les assurés sociaux demeurent libres de choisir un parcours différent, ils seront en revanche moins bien remboursés par l'assurance maladie française.

⁵ Des méthodes de calcul ne manquent pas : par exemple le montant du salaire minimum interprofessionnel garantit SMIG multiplié par un coefficient (en fonction des variables propres à chaque assuré social : nombre de personne à charge...). Ce coefficient doit être bien sûr ni trop bas ni trop élevé.

⁶ Pour prendre en compte entre autre des chiffres de l'inflation particulièrement marqué en matière sanitaire. V. infra 2^{ème} partie, titre 2.

⁷ Plafonds fixés par l'arrêté du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des tunisiens à l'étranger du 03/06/2008. JORT n°45 du 03/06/2008, p.1717. Ces plafonds sont de 200d par assuré social majoré de 50d pour chaque ayant droit sans dépasser la limite des 400d pour les descendants ou conjoint non assuré à charge. Cette limite supérieure est cependant relevée de 50d pour chaque ascendant à charge.

B- Le sens de la réforme de 2004

La promulgation de la loi du 2 août 2004, alors que les négociations entre partenaires sociaux se poursuivaient, abouti à un texte où les choix déterminants étaient reportés et qui s'apparentait à un texte de compromis. Si la logique de solidarité nationale a primé dans la conception de cette loi, la logique d'assurance n'est pas non plus très éloignée.

1) La loi de 2004, un texte de compromis

Le caractère fédérateur de la loi de 2004 est perceptible à travers plusieurs niveaux d'analyse du texte de cette loi.

D'une part, il s'agit d'un texte général où les choix déterminants sont laissés à la discrétion du pouvoir réglementaire, et au dispositif conventionnel. Il faut dire que chaque partie concernée par l'élaboration de cette loi¹ avait sa propre conception de la solidarité nationale. L'Etat se souciait d'une solidarité nationale respectueuse des grands équilibres macro- économiques du pays. Les médecins recherchaient avant tout la qualité des soins² et le respect de leur déontologie. Les cliniques privées et les compagnies d'assurance avaient un raisonnement plutôt mercantile : pour eux la réforme était une occasion d'élargir et de profiter d'un marché de la santé qui prend de plus en plus d'ampleur. C'est sans doute la centrale syndicale qui possédait la vision la plus large mais aussi la plus primaire de cette solidarité nationale. Pour l'UGTT la réforme devait aboutir à un maximum de bénéfices pour les salariés avec un minimum de charges supportées.

D'autre part cette loi, dans un même souci de compromis, se contente de dresser un minimum acceptable pour chaque partie prenante au processus de la réforme. Aux salariés, elle offre une prise en charge par la solidarité nationale d'un ensemble de

¹ Représentées à la Commission nationale d'assurance maladie instituée à la suite du conseil des ministres du 16/02/1996. Font partie de cette commission : des représentants de l'Etat, des médecins, des cliniques privées, des compagnies d'assurances, des consommateurs.....Toutefois signalons que c'est à la suite d'un protocole d'accord signé entre le ministère des affaires sociales et l'UGTT le 27/07/2004 que la loi n°41-2004 a été promulguée.

² Cela sous entend bien entendu une rémunération adéquate pour réaliser cet objectif de qualité. D'ailleurs, cette question de la rémunération a été l'une des causes de la gestation longue et difficile du nouveau système d'assurance maladie.

soins *nécessaires pour la sauvegarde de la santé des personnes*¹ : c'est le minimum garanti par un régime de base, légal et obligatoire. Aux médecins de libre pratique et aux cliniques privées, la loi offre la possibilité d'intégrer le système national de prise en charge des dépenses de santé par la solidarité et donc un élargissement du marché sanitaire, tout en garantissant des rapports avec la CNAM basés sur la concertation grâce à la technique du conventionnement révisable périodiquement. Enfin, la loi intègre les assureurs dans le système national de prise en charge des dépenses sanitaires en leur laissant un marché de santé lucratif : les régimes complémentaires².

2) La loi de 2004, une dialectique entre une logique de solidarité affirmée et une logique d'assurance sous-jacente

La solidarité est, techniquement parlant, fondée sur un mécanisme d'assurance³ et l'assurance quelle qu'elle soit –y compris les assurances purement commerciales- est aussi, quelque part, un mode de production de la solidarité. Pourtant, a priori, ces deux logiques semblent chacune avoir ces propres procédés et son propre terrain d'intervention⁴.

Si la logique de solidarité tend vers l'universalité⁵ et l'équité⁶ ; la logique d'assurance demeure par nature sélective et modulable, pour des prestations variant selon le revenu de chaque assuré. La logique de solidarité est une logique d'ordre légale et réglementaire ayant un caractère obligatoire dans la majorité des pays du monde ; la logique d'assurance est d'ordre contractuel et elle se base sur la libre volonté de chaque partie⁷. La logique de solidarité serait d'ordre contributif, elle obéit dans ce cadre à des mécanismes de financement qui n'excluent pas à priori l'impôt et de toute façon basée sur

¹ Article 5 de la loi du 02/08/2004.

² Art. 19 de la loi. Exemple : Ticket modérateur, part supportée par les assurés sociaux pour l'achat des médicaments, outillage, médicaments non remboursables...etc.

³ D'ailleurs on parle d'**assurance** vieillesse, d'**assurance** maladie, d'**assurance** chômage....

⁴ Sur l'opposition et le rapprochement des logiques de solidarité et d'assurance de manière générale, v. J.-M. Belorgey, « Logique de l'assurance, logique de la solidarité », *Droit Social*, 1995, p. 731 et s. ; A. Arseguel « Le système français de sécurité sociale : entre étatisation et privatisation » in « Désengagement de l'Etat et réorientation des politiques publiques en matière sociale ». Publication de la Faculté de Droit et des Sciences Politiques de Tunis et de l'Institut d'Etudes Politiques de Toulouse, 2001, p. 41.

⁵ Par le jeu de l'élargissement continu de la sécurité sociale.

⁶ Des prestations à priori uniformes.

⁷ Il s'agit surtout *de contrat volontaire pour les assurés et facultatif pour les assureurs*. V. G. Nicolas, « L'assurance substitut à la solidarité nationale en matière de santé ? » ; in « La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale », Actes du colloque de Toulon, 18 et 19 novembre 2005. Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 2006, p. 179.

des prélèvements obligatoires ; celle de l'assurance serait d'ordre redistributif uniquement. Pour le secteur sanitaire, la logique de solidarité aura pour terrain d'intervention un régime de base garantissant un minimum de prestation pour la sauvegarde de la santé de l'ensemble de la population ; la logique d'assurance aura pour champs d'intervention un régime complémentaire à ce régime de base et parfois même *sur complémentaire*¹, car son but est la recherche d'un certain confort davantage que les impératifs sanitaires de base. Cette logique s'applique évidemment pour ceux qui ont les moyens d'accès aux assurances commerciales.

La loi du 2 août 2004 obéit essentiellement à la première logique. Elle opère même, à travers son titre III, une différenciation entre les deux logiques. Pourtant, la logique d'assurance n'est pas tout à fait absente de son contenu.

D'abord l'organe gérant le régime de base est selon l'article 7 de la loi *un établissement public à caractère non administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, nommé « la Caisse Nationale d'Assurance Maladie »*. La CNAM est même classée selon le décret n°2004-2265 du 27 septembre 2004² parmi la catégorie d'EPNA entreprise publique³. Le but serait-il de rapprocher le régime juridique de la CNAM⁴ de celui des compagnies d'assurance commerciales, dont beaucoup ont le statut d'entreprises publiques ? Le décret 2005-321 du 16 février 2005 portant organisation administrative et financière de la CNAM⁵ semble confirmer cette hypothèse.

Cette logique d'assurance est surtout perceptible dans la volonté de financement du régime, qui se rapproche davantage d'une logique d'assurance que d'une logique de solidarité. Sans entrer dans les détails de ce financement⁶ et contrairement à d'autres systèmes⁷, aucune place à une éventuelle fiscalisation des ressources de la CNAM n'est

¹ J.-M. Belorgey, op. cit. , p.733.

² JORT n°79 du 01/10/2004 p. 2805.

³ Sur la classification des établissements et entreprises publiques en Tunisie, v. A Aouij-Mrad, « Droit des entreprises publiques », Tunis, CPU 2009, p. 29 et s.

⁴ Mais aussi celui de la CNRPS et de la CNSS qui ont quasiment le même régime juridique que la CNAM

⁵ JORT n° 15 du 22/02/2005, p. 459.

⁶ V. infra, 2^{ème} partie, titre 2.

⁷ Par exemple le système français, le système britannique et les systèmes scandinaves.

prévue par la loi de 2004¹. Contrairement au système antérieur², chaque assuré social, pour bénéficier d'une prise en charge, doit obligatoirement cotiser, selon une véritable logique d'assurance, au régime de base. Enfin, le souci de la loi dans son titre IV, de veiller à l'équilibre financier du système, relève surtout d'une logique d'assurance.

Pourtant, malgré des obstacles plus ou moins avérés³, les deux logiques sont appelées à se rapprocher en matière de santé en raison de l'évolution continue des coûts de ce secteur. Ni un régime de base fondé sur la solidarité, ni un régime complémentaire fondé sur une pure logique d'assurance, ne pourront continuellement supporter ces charges. La loi de 2004, mais aussi son dispositif réglementaire et conventionnel, semble ouvrir une brèche en ce sens.

Section 2 : Le caractère essentiellement réglementaire et conventionnel du système tunisien d'assurance maladie

La loi de 2004 renvoi à un cadre réglementaire l'ensemble du volet pratique de la réforme et certains choix primordiaux comme la question du parcours sanitaire, les plafonds de prise en charge ou encore la question des honoraires. Ces renvois expliquent sans doute les lenteurs de la mise en œuvre de ce cadre, mais aussi son caractère relativement hypertrophique (§-1). Ce même système se caractérise aussi par son cadre conventionnel, véritable clef de voûte du système. Ce cadre conventionnel, qu'il soit général (conventions cadre et sectorielles), ou individuel (conventionnement individuel des prestataires de soins) fixe la bonne marche du système, son degré de réussite ou d'échec. Ce cadre conventionnel a donc un aspect déterminant en droit tunisien (§-2).

¹ Le caractère obligatoire de la cotisation sociale n'élève pas ce prélèvement au même rang que l'impôt. Toutefois, la cotisation se rapproche sur de nombreux points avec la prime d'assurance. C'est particulièrement le cas au niveau de l'affectation, de la périodicité du paiement et dans une certaine mesure au niveau de la proportionnalité entre le risque couvert et le montant payé.

² Par exemple les pensions de retraite du public dans le régime antérieur à 2004 étaient exonérées, ce qui n'empêchait pas les retraités d'accéder au système de prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale.

³ V. G. Nicolas, op. cit., p. 181.

§-1 Un cadre réglementaire hypertrophique mis en place difficilement

L'article 29 de la loi n°2004-71 dispose explicitement qu'elle entre en vigueur dans un délai ne dépassant pas une année. Pourtant ce n'est que le 1^{er} juillet 2008 que ce fut le cas. Ce retard est dû exclusivement à la difficulté de la mise en place du cadre réglementaire de l'assurance maladie (A). Il s'agit d'une liste continue de décrets et d'arrêtés qui déterminent finalement l'armature réelle du système mis en place (B) et qui nécessitent une appréciation de leur sens.

A- La difficulté de la mise en place du cadre réglementaire

Depuis 1996, la mise en place du nouveau système d'assurance maladie en Tunisie est basée sur la concertation mais elle s'est révélée être un semi échec pour la mise en place du cadre législatif. Cette même méthodologie sera suivie également pour la mise en place du cadre réglementaire de la réforme, causant finalement un retard de plus de trois années au calendrier initial prévu pour l'entrée en vigueur de la loi de 2004. Cette gestation difficile s'explique par l'enjeu et les rapports de force qui ont gouverné les négociations entre partenaires sociaux.

1) Une gestation difficile

Lors de sa promulgation, la loi du 2 août 2004 a suscité beaucoup d'espoirs, tant au sein de l'opinion publique¹ que chez la majorité des professionnels de santé et son application rapide était même prévue². Cet enthousiasme était illusoire en partie à cause de la méthode de concertation mise en place pour achever ce cadre réglementaire. Très vite, les premières négociations entrèrent dans une impasse à cause des positions opposées des différents partenaires sociaux impliqués. Les années 2005 et 2006 ayant été axées sur une question peu conflictuelle, à savoir la mise en place du volet institutionnel de la réforme, ce n'est qu'en 2007 que la partie fondamentale de ce cadre réglementaire verra le jour, permettant une application définitive mais difficile du nouveau régime d'assurance maladie. Cette difficile gestation aura des conséquences juridiques importantes.

¹ V. les journaux La Presse, et Assabah de l'époque.

² V. article 29 de la loi précitée.

De manière préliminaire, il serait légitime de s'interroger sur la légalité des actes qui ont amené à reporter d'année en année l'entrée en vigueur du nouveau régime. Ce fut par circulaire ministérielle et parfois même communiqué de presse que ces reports ont été faits alors qu'il s'agit d'une question prévue par la loi. N'aurait-il pas été plus judicieux de renvoyer au pouvoir réglementaire la mise en place d'un calendrier d'entrée en vigueur de la nouvelle loi ? Les conditions précipitées de la mise en œuvre de la loi de 2004 ne sont pas étrangères à cette maladresse.

La mise en place du volet institutionnel de la réforme en 2005 aura eu une conséquence assez inattendue. La caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) qu'organise le décret n°2005-321 du 16 février 2005¹, a géré pendant près de trois années les anciens régimes légaux d'assurance maladie de la CNSS et de la CNRPS². Aucune disposition transitoire n'est prévue à cet effet, ni dans la loi du 2 août 2004, ni dans le décret susmentionné³.

L'autre conséquence juridique de cette gestation difficile non prévue également par la loi de 2004, sera l'entrée en vigueur en deux temps du nouveau régime d'assurance maladie. Le 1^{er} juillet 2007 pour ce qui concerne le suivi de la grossesse et l'accouchement, le suivi et le traitement d'une liste de 24 maladies longues et chroniques, les *affections prises en charge intégralement* (APCI) ; ainsi qu'une première liste d'interventions chirurgicales⁴. C'est pour l'occasion, la première fois en Tunisie que le secteur privé sanitaire est intégré à un système national et public de prise en charge des dépenses

¹ JORT n°15 du 22/02/2005, p.459. L'article 1^{er} de ce décret est assez clair « *La caisse nationale d'assurance maladie (...) est chargée des attributions prévues par l'article 8 de la loi n°2004-71 du 2 août 2004(...)* »

² Avec quelques situations ubuesques du fait de la différence du cadre légal mais aussi des effectifs entre la CNSS et la CNRPS. A titre d'exemple, la CNAM fonctionnera longtemps avec des guichets séparés et un personnel également séparés en fonction de la qualité de l'assuré social CNSS, de loin les plus nombreux ou CNRPS.

³ Toutefois l'alinéa 2 de l'art. 8 de la loi dispose que *les missions de la caisse portent sur (...) - la gestion des autres régimes légaux d'assurance maladie prévus par la législation en vigueur (...)* A notre sens ce ne sont pas les régimes de la CNSS ou de la CNRPS, qui sont rappelons-le, des régimes de droit commun d'assurance maladie chacun dans leurs secteurs, et auquel le régime de la loi de 2004 est appelé à se substituer, qui sont visés par cet art. 8. Il s'agit plutôt des autres régimes légaux tel que celui des artistes, des étudiants, des tunisiens à l'étranger qui sont visés par cet article 8.

⁴ V. décret n°2007-1366 du 11/06/2007. JORT n° 47, p.1982. Notons que ce décret est, parmi tous les textes d'application, le seul qui n'est pas prévu par la loi du 02/08/2004.

sanitaires¹. La deuxième étape sera entamée le 1^{er} juillet 2008 avec l'application presque totale du nouveau régime tunisien d'assurance maladie et ce, après l'exercice par l'ensemble de la population des assurés sociaux du choix de leurs filières de soins, mais aussi l'achèvement de l'ensemble du cadre réglementaire relatif au nouveau régime.

La difficulté de la mise en place de ce cadre réglementaire démontre là aussi, que la proclamation d'une solidarité nationale est difficile dans l'action médico-sociale, car les enjeux engendrent des batailles entre forces antagonistes (Etat, médecins, syndicats) révélant ainsi des rapports de force déterminants.

2) Un cadre réglementaire reflet des rapports de force antagonistes

La mise en place du cadre réglementaire du nouveau régime d'assurance maladie en Tunisie à partir de 2004 a été une première positive en Tunisie. Pour la première fois, l'opinion publique a pu suivre de près la mise en place d'une grande réforme à caractère socio-économique et les péripéties de la gestation difficile de ce cadre². Mais elle a pu suivre également l'étalage des antagonismes qui agitaient fortement la bonne marche des négociations pour la mise en place de ce cadre réglementaire³.

Cependant et contrairement aux négociations qui ont aboutit à la mise en œuvre de la loi de 2004⁴, les négociations pour la mise en œuvre du cadre réglementaire de l'assurance maladie a mis en évidence l'hostilité d'un groupe particulier. Il s'agissait des médecins spécialistes à l'origine de la majorité des blocages. Pour comprendre les raisons de cette hostilité, il faut d'abord revenir au préalable aux principes ayant guidé la réforme dès 1996. La refondation de la solidarité nationale en matière de financement de la santé

¹ Certes dans le régime antérieur à la loi de 2004, la CNSS ou la CNRPS pouvait prendre en charge des prestations sanitaires dispensées dans le secteur privé. Ex. l'hémodialyse, certains actes chirurgicaux particulièrement la chirurgie cardiaque...Mais cette prise en charge avait toujours un caractère exceptionnel contrairement au nouveau système ou cette prise en charge dans le secteur privé est de principe.

² Durant les années 2006, 2007 et 2008 tous les grands quotidiens abordaient la question d'une manière quasi quotidienne v. particulièrement les différents n° du journal ASSABAH (en langue arabe) de cette période. Ce n'est par contre que timidement et surtout au moment de l'application de la 1^{ère} phase en 2007 que les médias audiovisuels ont commencer a parler de la réforme sans pour autant relayer – contrairement à la presse écrite - les enjeux et les antagonismes qui agitaient la question.

³ Cet étalage d'informations sur la place publique était complètement inédit à l'époque dans le contexte du contrôle très étroits des médias qui prévalait dans la Tunisie d'avant 2011.

⁴ Les rapports de force étaient plus ou moins équilibrés.

exigeait de la part de toutes les parties concernées un certain sacrifice¹. L'Etat s'engageait à augmenter les investissements dans le secteur public sanitaire et à garantir la solvabilité financière du nouveau système. Pour les assurés sociaux, l'effort consistait à augmenter les taux de cotisation sur les salaires ou les pensions au profit de l'assurance maladie dans des proportions très importantes². Pour les médecins, il leur était demandé une participation dans la politique de maîtrise des coûts et plus précisément de leurs honoraires, et un rééquilibrage entre les prestations des généralistes et celles des médecins spécialistes. C'est sur ces questions cruciales que les principaux points d'achoppement ont été observés.

Ils peuvent se résumer en trois points essentiels. La question des honoraires, celle du parcours sanitaire et celle du tiers payant. Pour le premier point les médecins spécialistes réclamaient une application stricte des honoraires ordinaires, ce que refusait la CNAM³. Pour le second point, les médecins spécialistes refusaient un parcours de soins qui les rendraient dépendants des médecins généralistes. Sur ce point la CNAM a été plus souple en laissant finalement le choix à l'assuré social entre une filière privée avec passage obligé par le médecin généraliste avec bénéfice du tiers payant et une filière privée où l'assuré social serait libre de s'adresser à n'importe quel prestataire de soins mais sans bénéfice du tiers payant. Pour cette question du tiers payant, les médecins spécialistes réclamaient que leur soit appliqué dans tous les cas, le système du remboursement même pour les assurés qui auraient opté pour le système du tiers payant, ou du moins ils voulaient limiter ce système aux catégories d'assurés sociaux à faible revenu⁴. La CNAM a refusé constamment ces exigences car répondre à ce genre de revendication mettrait en péril l'un des fondements de la réforme, l'égalité entre tous les assurés sociaux. De plus, cela ajouterait des complications techniques supplémentaires à un système qui n'est déjà pas simple.

Finalement, la mise en place du cadre réglementaire de l'assurance maladie aura pour résultat une abondance des textes et la technicité marquée de leur contenu. Mais ce

¹V. les travaux préparatoires de la loi de 2004 précité.

² Les retraités dont leurs pensions étaient exonérées doivent désormais supporter une retenue de 3% au profit de l'assurance maladie

³ V. M-Z. Hamdi, « Précis d'assurance maladie », Tunis, MIP, 2008, p. 141.

⁴ La proposition présentée est de limiter le tiers payant aux assurés sociaux ayant un revenu maximum de 2 fois le SMIG. M-Z. Hamdi, op. cit.

sont ces textes et non pas la loi de 2004 qui déterminent la véritable armature du système tunisien d'assurance maladie.

B- Le contenu du cadre réglementaire

Le système tunisien d'assurance maladie se caractérise par une liste fournie de textes d'application. Leur contenu très riche détermine la véritable armature de ce système.

1) Une prolifération textuelle

Tous les aspects du système tunisien d'assurance maladie sont concernés par ce cadre réglementaire. A côté des décrets d'application dont la loi du 2 août 2004 impose l'édiction, il y'a aussi les arrêtés ministériels pris par le ministre chargé des affaires sociales soit individuellement, soit conjointement avec le ministre de la santé. Cinq grands volets sont concernés par ce cadre réglementaire.

Le premier est le volet institutionnel, rapidement réglé car c'est le volet le moins problématique. C'est le cadre réglementaire qui régit la Caisse Nationale d'Assurance Maladie¹ (CNAM) et le conseil national d'assurance maladie². Le second volet concerne l'organisation du processus conventionnel de l'assurance maladie, qu'il s'agisse de la procédure de conventionnement³ ou de l'approbation des conventions signées⁴. Le

¹ Décret n°2005-321 du 16/02/2005, portant organisation administrative et financière et les modalités de fonctionnement de la caisse nationale d'assurance maladie. JORT n°15 du 22/02/2005, p.459.

² Décret n°2005-2192 du 09/08/2005 précité.

³ Décret n°2005-3154 du 06/12/2005, portant détermination des modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les prestataires de soins. JORT n°99 du 13/12/2005, p.3507.

⁴ Arrêté du ministre des affaires sociales du 22/02/2006, portant approbation de la convention cadre régissant les rapports entre la CNAM et les prestataires de soins de libre pratique. JORT n°17 du 28/02/2006, p.451. Arrêtés du ministre des affaires sociales du 06/02/2007 portant approbation des conventions sectorielles conclues entre la CNAM et les syndicats suivants : 1) Le syndicat national des médecin libéraux, 2) Le syndicat national des biologiste de libre pratique et le syndicat tunisien des médecins dentiste de libre pratique. JORT n°13, du 13/02/2007, p. 385 et s. ; Arrêté du ministre des affaires sociales du 04/05/2007 portant approbation de la convention sectorielle des cliniques privées. JORT n°37 du 08/05/2007, p.1499 ; Arrêté du ministre des affaires sociales du 01/06/2007, portant approbation de la convention sectorielle des pharmaciens d'officine de détail. JORT n°46 du 08/06/2007, p.1926 ; Arrêté du ministre des affaires sociales du 05/10/2007 portant approbation de la convention sectorielle des physiothérapeutes. JORT n°83 su 16/10/2007, p. 3464. A cela signalons l'approbation de 2 avenants à la convention sectorielle des cliniques privées et de 1 avenant à la convention sectorielle des médecins de libre pratique ; et ce par 2 arrêtés du ministre des affaires sociales 15/08/2007. JORT n°68 du 24/08/2007, p. 2924.

troisième volet est celui en rapport avec le contrôle médical¹. Ce contrôle prévu par l'article 17 de la loi du 2 août 2004 a pour objectif de *veiller à la bonne dispensation des prestations de soins aux profits des assurés sociaux et leurs ayants droits, de participer à la promotion de leurs qualités et à rationaliser les dépenses du régime d'assurance maladie*². Ce contrôle médical est assuré par des praticiens de la santé publique appelés « *conseils auprès de la CNAM* ». Le quatrième volet est en rapport avec l'aspect financier de la réforme. Il s'agit du cadre réglementaire qui régit à la fois les taux des cotisations au profit de la CNAM³, les taux de prise en charge par la CNAM des dépenses de soins⁴ et les plafonds annuels de prise en charge des dépenses de santé par la CNAM dans le secteur privé⁵. Le cinquième volet se rapporte aux prestations du système. Le cadre réglementaire détermine à cet effet quelles maladies prendre en charge dans le cadre du régime de base⁶, selon quelles modalités, ainsi que les traitements y afférents⁷.

Ce cadre réglementaire hypertrophique de l'assurance maladie en Tunisie semble pourtant être modéré par rapport à ce qui existe dans d'autre domaine⁸. L'importance de ce cadre se situe en réalité sur un autre niveau : c'est ce cadre qui détermine la véritable armature du système.

¹ Décret n° 2005-3031 du 21/11/2005, fixant les modalités de l'exercice du contrôle médical. JORT n°94 du 25/11/2005, p.3331.

² Article 1 du décret précité.

³ Décret n°2007-1406 du 18/06/2007, fixant l'assiette de calcul des taux de cotisations dues au titre du régime de base et ses étapes d'application. JORT n°49 du 19/06/2007, p. 2154.

⁴ Décret n°2007-1367 du 11/06/2007, portant détermination des modalités de prise en charge, procédures et taux des prestations de soins au titre du régime de base d'assurance maladie. JORT n°47 du 12/06/2007, p. 1983 modifié par le décret n°2008-756 du 24/03/2008.

⁵ Arrêté du ministre des affaires sociales du 03/06/2008, portant fixation du plafond annuel des montants de prestations de soins ambulatoires prises en charge par le régime de base d'assurance maladie, au titre de la filière privée de soins ou du système de remboursement. JORT n°45 du 03/06/2008, p. 1717.

⁶ Arrêté conjoint du ministre des affaires sociales et du ministre de la santé publique du 25/06/2007, portant la liste des affections lourdes et chroniques prises en charge, intégralement. Arrêté conjoint du ministre des affaires sociales et du ministre de la santé publique du 29/06/2007 portant fixation de la liste des prestations d'hospitalisations dispensés dans les établissements sanitaires privés conventionnés avec la CNAM et prises en charge dans le cadre du régime de base d'assurance maladie. JORT n°52 du 29/06/2007, p. 2257.

⁷ Arrêté conjoint du ministre des affaires sociales et du ministre de la santé publique du 13/04/2007, fixant la liste des spécialités et des actes médicaux et paramédicaux, des médicaments de l'appareillage, des frais de transport sanitaire, ainsi que la liste des prestations nécessitant l'accord préalable, pris en charge par le régime de base. Arrêté conjoint du ministre des affaires sociales et du ministre de la santé publique du 15/08/2007, relatif à la fixation de la liste des médicaments génériques servant de base pour la détermination des prix de référence des médicaments pris en charge dans le cadre du régime de base d'assurance maladie. JORT n°68 du 24/08/2007, p.2924.

⁸ Par exemple le domaine fiscal.

2) Le cadre réglementaire : véritable armature du système tunisien d'assurance maladie

La loi de 2004 avait posé les grands principes de l'assurance maladie en Tunisie et c'est le cadre réglementaire qui détermine la portée réelle et le sens concret de ces principes.

Le cadre réglementaire fixe le niveau des dépenses de santé souhaité par les pouvoirs publics¹. La prise en charge, les taux de remboursement et la liste des affections sont « listées » par ce cadre réglementaire.

Mais c'est surtout au niveau des modalités de prise en charge des dépenses de santé que ce cadre donne au système tunisien d'assurance maladie toute son originalité, voire son identité. A une proposition législative de principe d'instituer un système égalitaire de prise en charge des dépenses de santé, répond une offre réglementaire, « à la carte », de prise en charge de ces mêmes dépenses par la solidarité nationale. La fixation des différents parcours de soins qui apparaissent comme malléables en fonction du revenu de chaque assuré social ce qui risque de contredire la philosophie générale de la loi de 2004. Si le décret de 2007 évoque le libre choix laissé à l'assuré social, il s'agit d'une illusion quand on sait que la majorité des assurés n'ont pas les moyens d'avancer les sommes exigées par les différents prestataires de soins et d'attendre un remboursement qui peut s'étaler dans le temps? Les chiffres relatifs à la répartition des assurés sociaux entre les trois filières de soins confirment cet état de fait². Le véritable choix ne s'exerce que par les assurés sociaux aisés.

L'autre point important déterminant l'identité ou l'armature du système tunisien d'assurance maladie par le cadre réglementaire est le plafonnement de la prise en charge des dépenses des maladies ordinaires dans les deux filières privées (remboursement ou tiers payant). Jugé dérisoire à la fois par la partie syndicale et les représentants des prestataires de soins privés, il soulève la question de savoir s'il respecte l'objectif déclaré

¹ La fixation par les pouvoirs publics du niveau des dépenses de santé fait la spécificité des pays à assurance santé publique et obligatoire. Dans les pays à assurance privée et concurrentielle c'est finalement le consommateur qui fixe le niveau réel des dépenses de santé.

² La majorité écrasante a opté pour la filière publique de soins. V. statistique de la CNAM de janvier 2012 en annexe II.

dans la loi de 2004 d'intégrer le secteur privé de santé dans le système national de prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale. La réponse à cette question ne peut être que mitigée. Le cadre réglementaire mis en place crée trop de discriminations entre le secteur privé et le secteur public à commencer par l'absence de plafonnement de la prise en charge des dépenses sanitaires dans la filière publique. De plus aucune procédure d'accréditation ou de conventionnement n'est prévue avec le secteur public, contrairement à ce qui existe dans d'autres pays¹.

Finalement, on peut affirmer que c'est le cadre réglementaire de l'assurance maladie qui détermine le sens, la portée mais aussi les limites de la solidarité nationale en matière de financement de la santé. La mise en œuvre pratique de cette même solidarité dépend aussi d'un autre paramètre déterminant qui est le cadre conventionnel de l'assurance maladie.

§-2 Un cadre conventionnel déterminant

L'intégration du secteur privé au système national de prise en charge des dépenses de santé s'est opérée selon un processus juridique original, prévu par la loi du 2 août 2004, qui est le conventionnement². L'originalité de cette technique se manifeste à la fois au niveau de sa nature juridique (A) et au niveau de son contenu (B). Dans les deux cas il s'agit bien d'une technique déterminante pour la réforme et la mise en place du système tunisien d'assurance maladie.

A- La nature juridique du cadre conventionnel de l'assurance maladie

La convention médicale en droit de l'assurance maladie en Tunisie³ est une construction juridique originale qui peut déconcerter les juristes, à l'instar d'autres

¹ C'est le cas particulier du Canada et de la France. V. V-O. Ciaudo « La procédure d'accréditation des établissements de santé » Revue générale droit médical, n°8, 2002, p.21 ; J. M. De Forges et M. Cormier, « La prétendue simplification du système hospitalier du 4 septembre 2003 », Revue de droit sanitaire et social, 2004, n°1, p.110.

² V. R. Pellet « Les conventions médicales, contrat de droit public paradoxaux ». Mélanges guibal, tome II, p. 87.

³ V. M. Tarchouna, « La contractualisation dans l'assurance maladie ». RJL, mars 2008, p. 9 ; « La convention médicale ». Mélanges Mustapha Filali, Tunis, CPU 2010. p.385.

techniques du droit social¹ ; les juristes, étant habitués à des schémas plus classiques². En effet les lectures combinées des articles 11 et 12 de la loi du 2 août 2004 et du décret 2005-3154³, donnent à ce cadre conventionnel un aspect à la fois contractuel et réglementaire. Le premier aspect étant plus apparent que le second, plus réel.

1) Un aspect contractuel apparent

Le processus de conventionnement s'apparente à un contrat puisqu'il s'agit d'un accord conclu entre la CNAM et les organisations syndicales les plus représentatives des prestataires de soins⁴. L'aspect contractuel de la convention médicale est manifeste au niveau de la conclusion et de l'objet⁵.

En ce qui concerne la conclusion de l'accord les négociations s'effectuent directement entre la CNAM et les syndicats représentatifs des prestataires de soins sans que l'Etat y soit partie. Le document final ne peut produire cependant d'effets juridiques qu'à la suite d'une approbation ministérielle mais qui ne saurait modifier le contenu de l'accord. L'Etat n'a donc qu'un pouvoir d'approbation et de non approbation de l'accord car c'est le processus conventionnel qui fixe la durée de la convention.

Pour la convention cadre, aucune durée n'est fixée. Par application du droit commun des contrats⁶, cette convention serait réputée à durée indéterminée avec toute les conséquences qui en découlent, dont la possibilité de dénoncer l'accord par l'une des parties. Mais une réserve de taille limite ce recours au droit commun des contrats, l'article 5 du décret n°2005-3154 précité semble limiter cette possibilité aux seules organisations syndicales parties à la convention⁷. Pour les conventions sectorielles, l'article 10 du décret précité oblige les deux parties à l'accord à inclure une clause de durée dans chaque

¹ Les conventions collectives du travail posent à peu près la même problématique.

² A. Coulomb, « Prolonger, préciser, ... mais choisir », Droit social n° 9-10, 1997, p.865.

³ Portant détermination des modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les prestataires de soins. JORT n°99 du 13/12/2005 précité

⁴ Art. 3 du décret précité.

⁵ V. M. Tarchouna, op. cit.

⁶ Art. 242 du COC.

⁷ En fait cet article 5 ne cite pas la CNAM, contrairement aux conventions sectorielle, parmi les parties qui peuvent dénoncer la convention cadre.

convention. Elles sont donc à durée déterminée avec tacite reconduction sauf dénonciation par écrit six mois avant l'échéance par l'une des deux parties (CNAM ou organisation syndicale). Ces conventions sectorielles s'apparentent à l'évidence aux contrats de droit communs à durée déterminée¹. Des avenants à la convention peuvent être signés dans les mêmes conditions que celles prévues par le droit commun².

Sur un autre plan le conventionnement peut s'apparenter à un contrat au niveau de son objet. Si la loi de 2004 et le décret de 2005 imposent des clauses non négociables dans le dispositif des différentes conventions, il existe un nombre important de points négociables. *La convention médicale apparaît comme l'instrument contractuel pour déterminer les responsabilités respectives des professionnels de la santé et de la C.N.A.M. Elle vaut reconnaissance du domaine propre d'exercice des responsabilités de chacun. Mais le fait même qu'il y ait contrat vaut aussi reconnaissance que chacun ne peut exercer dans son domaine en totale autarcie*³. Cependant, nous pensons que cet aspect contractuel du conventionnement médical n'est qu'apparent. La concertation qui peut exister quant à la conclusion ou à la détermination de l'objet de la convention médicale vise en réalité à associer CNAM et professionnel de la santé sur la base du partenariat. Toutefois cette association n'aboutit pas à notre sens à un instrument juridique contractuel⁴. Trop d'éléments plaident en faveur du caractère unilatéral de ce conventionnement d'où son aspect réglementaire bien réel.

2) Un aspect réglementaire réel

C'est parce qu'elle est appelée à régir un authentique service public, celui de la prévoyance et de la sécurité sociale, que le processus conventionnel de l'assurance maladie ne peut avoir qu'un aspect contractuel apparent. C'est l'aspect réglementaire qui prime véritablement.

¹ M. Tarchouna, op. cit.

² Des avenants ont été effectivement signés avant même l'entrée en vigueur définitive de la réforme. Exemple : Arrêté du ministre des affaires sociales du 15/08/2007, portant approbation de l'avenant n°1 et l'avenant n°2 à la convention sectorielle des cliniques privées. JORT n°68 du 24/08/2007, p. 2924.

³ V. M. Tarchouna, op. cit.

⁴ Cette association de tous les partenaires a toujours été en réalité une constante de la réforme de l'assurance maladie.

Ce conventionnement, contrairement à la théorie générale des contrats, a un effet juridique plus que relatif. Signé entre la CNAM et les organisations syndicales les plus représentatives, ce conventionnement devrait normalement ne s'appliquer que parmi les parties signataires. Pourtant une fois approuvées, ces conventions s'appliquent à *la manière de la loi*¹, c'est-à-dire qu'elles ont un effet pour l'ensemble des praticiens, même ceux qui ne sont pas membres des syndicats en questions² et même aux organisations syndicales non signataires de ce conventionnement³. Comment qualifier juridiquement ces actes et ou les situer dans la hiérarchie normative ?

Deux points de vue existent concernant la qualification juridique de la convention d'assurance maladie. Le premier considère que les conventions médicales constituent des « *actes contractuels générateurs d'effet réglementaire* » conséquence de leur approbation ministérielle. C'est la position défendue par le CE français⁴, qui ouvre la possibilité au tiers de réclamer l'applicabilité de la convention et au juge de contrôler sa légalité formelle et matérielle. C'est aussi semble-t-il le même raisonnement que semble suivre le juge judiciaire qui apprécie la convention médicale par analogie avec les conventions collectives de travail⁵ : un acte contractuel au niveau de son élaboration et de son objet et un acte réglementaire au niveau de ses effets juridiques⁶.

Le second point de vue considère que la convention est un acte réglementaire dont seule l'élaboration est contractuelle. C'est l'acte d'approbation qui donne à la convention sa force juridique. La convention de ce fait *se confond avec l'approbation*⁷, c'est-à-dire avec une décision administrative à caractère réglementaire⁸. Ce point de vue est défendu par le Conseil Constitutionnel français dans sa décision n°89-269 du 22 janvier 1990⁹. L'élaboration concertée de l'acte réglementaire permet d'intégrer dans le processus normatif le point de vue des prestataires de soin. La prise en compte de ce corporatisme

¹ V. M. Tarchouna, op. cit.

² Sous réserve d'une adhésion individuelle à ce cadre conventionnel.

³ Puisque seul les organisations syndicales les plus représentatives participent à la négociation et à la conclusion de cadre conventionnel. V. l'art. 7 du D. de 2005 précité.

⁴ C.E, 9/10/1981, Syndicat des médecins de la Haute-Loire, A.J.D.A 1982, p.364.

⁵ V. M. Tarchouna, op. cit.

⁶ R. Pellet, op. cit. p.94 et M. Tarchouna, op. cit.

⁷ M Tarchouna, *ibid*,

⁸ D'ailleurs sans cette approbation, la convention ne peut s'appliquer d'elle-même. V. à titre d'exemple l'art. 24 de la convention cadre du 04/02/2006.

⁹ A.J.D.A 1990, p 473, note F. Benoit-Rohmer.

constitue toute l'originalité de la convention d'assurance maladie mais aussi de la solidarité nationale.

Dans tous les cas et indépendamment des débats doctrinaux et jurisprudentiels, le contenu de la convention d'assurance maladie constitue un maillon déterminant dans la structure globale du système tunisien d'assurance maladie.

B- Le contenu du cadre conventionnel de l'assurance maladie

Le conventionnement joue un rôle important dans la détermination de l'architecture globale du système tunisien d'assurance maladie et dans son applicabilité. Cependant il existe dans ce cadre une différence caractérisée entre la convention cadre et les conventions sectorielles

1) Le contenu de la convention cadre

La convention cadre a été signée le 4 février 2006 et approuvée par le décret du 22 février 2006¹. Elle réunit d'une part la CNAM et d'autre part, les principales organisations syndicales, des prestataires de soins² et également la fédération nationale de la santé relevant de l'UTICA. Cette convention rappelle dans son préambule les principes de base qui fondent le système tunisien d'assurance maladie à savoir la solidarité nationale, l'équité, la qualité des soins et la maîtrise des coûts. Elle insiste particulièrement sur la nécessité pour tous les intervenants de participer à la réalisation de ces objectifs. Ce même préambule rappelle aussi les principes de base qui s'appliquent aux professions médicales et paramédicales, à savoir l'indépendance de la profession, le secret médical, et plus généralement les grands principes de la déontologie médicale.

Le dispositif de la convention contient des dispositions relatives aux obligations des parties, au processus et au suivi de l'adhésion des prestataires de soins, au processus conventionnel ainsi que des dispositions relatives aux mécanismes de résolution des

¹ JORT n°17 du 28/02/2006, p. 451.

² C'est-à-dire des médecins, des pharmaciens, des biologistes, des cliniques privées et des centres privés d'hémodialyse.

conflits.

Concernant les obligations des parties, la convention cadre opère une différenciation entre des obligations communes, des obligations propres à la CNAM et des obligations propres aux différents prestataires de soins. Pour les obligations communes elle insiste sur le respect de la liberté de l'assuré social dans le choix de la filière de soins¹ et la nécessité d'échanger toutes les informations en relation avec le processus de la prise en charge des dépenses sanitaires par la CNAM². On relève que c'est la première fois qu'est évoquée la question des différentes « filières de soins » au profit des assurés sociaux, la loi de 2004 étant muette à ce sujet³. Quant au second point, soit la nécessité d'échanger les informations, il suppose la mise en place d'un système d'information efficace et consultable par tous les prestataires de soins. En ce qui concerne les obligations de la CNAM, la convention cadre insiste sur un point essentiel pour les prestataires privés de soins et qui est la rapidité du paiement des honoraires⁴. Concernant les obligations des praticiens, la convention cadre insiste sur un certain nombre de points tel que la non discrimination entre les assurés sociaux⁵, la garantie de la qualité des prestations⁶, la nécessité d'appliquer les tarifs conventionnels⁷ et la nécessité de participer à l'effort de compression des coûts de la santé notamment en matière de prescription médicamenteuse⁸.

Quant au processus d'adhésion, la convention cadre institue comme règle générale, la liberté d'adhésion des prestataires privés de soins à l'ensemble de ce processus⁹.

Enfin la convention cadre prévoit dans les articles 19 et suivants un mécanisme de résolutions des conflits ainsi que certains principes relatifs au régime répressif.

¹ Art. 3 de la convention.

² Art. 4 de la convention.

³ Cette différenciation des filières de soins sera confirmée dans un second temps par le décret n°2007-1367 du 11 juin 2007 précité.

⁴ Art. 6. Toutefois, la convention ne précise pas que cette question ne concerne que la filière privée avec le système du tiers payant. Cela est dû au fait qu'en 2006, la filière de remboursement –une exigence des prestataires privés de soins- n'a pas encore été décidée à l'époque.

⁵ Art. 11 de la convention.

⁶ Art. 12.

⁷ Art. 14.

⁸ Toutefois et à ce stade de la mise en place de la réforme en 2006, la convention cadre ne soulève pas explicitement la question très conflictuelle des médicaments génériques.

⁹ Art. 17.

2) Le contenu des conventions sectorielles

Les signatures des conventions sectorielles ont débuté après la conclusion de la convention cadre, puisqu'il s'agit de l'application et de l'adaptation de cette dernière aux spécificités de chaque prestataire privé de soins. Il s'agit surtout d'une concrétisation des différentes dispositions du cadre législatif et réglementaire de l'assurance maladie tunisienne.

Leur contenu oscille entre une certaine uniformisation et une variabilité toute relative, en fonction de chaque prestataire de soins.

L'uniformisation apparaît à travers la forme et la structure globale de chaque convention sectorielle. Toutefois étant précurseur d'un point de vue chronologique, mais surtout du point de vue de l'importance de la profession, la convention sectorielle des médecins de libre pratique constitue le modèle général de la convention sectorielle¹.

Le particularisme des conventions sectorielles se manifeste dans les dispositions relatives aux particularités professionnelles des différents prestataires de soins². Ces particularités ne justifient cependant pas certaines variabilités des conventions sectorielles.

La convention sectorielle relative aux laboratoires d'analyses médicales³ par exemple exclut les laboratoires des cliniques privées de son champ d'application. Cette

¹ Généralement le modèle conventionnel sectoriel se présente de la manière uniforme suivante :

- Un préambule rappelant les grands principes de la réforme tel qu'initié en 1996,
- Un titre sur les définitions des notions de base objet de la convention, sous forme de glossaire.
- Un titre sur le champ d'application de la convention à la fois pour les prestataires concernés, les bénéficiaires mais surtout les prestations objet de la convention,
- Un titre sur les conditions et les modalités d'adhésion,
- Un titre très fourni relatif aux règles de l'exercice conventionnel. Ce titre comportant généralement plusieurs chapitres relatifs à l'accès aux soins, à la délivrance des soins, à la rédaction des prescriptions et des documents et un chapitre uniforme relatif aux modes de transmission et d'échange des données,
- Un titre sur la rémunération des médecins,
- Un titre relatif au contrôle médical,
- Un titre relatif au suivi des relations conventionnelles et le règlement des litiges,
- Enfin un ensemble de titres rédigés de manières uniformes relatives à la formation médicales conventionnelles, à l'exercice conventionnels et aux régimes complémentaires et finalement un titre final relatif à la durée de la convention, de sa révision et des procédures de renonciation.

² A titre d'exemple on peut citer les dispositions relatives au contenu des prestations, aux procédés d'adhésion. V. par exemple l'art. 5 de la convention sectorielle des laboratoires d'analyse. JORT n°13 du 13/02/2007, p. 432.

³ Art. 2 de la convention. Op. cit. p. 432.

discrimination n'existe pas pour les autres prestataires -qui exercent dans les cliniques privées- dans leurs conventions sectorielles. L'autre particularité qui concerne cette même convention sectorielle est la possibilité de réviser annuellement les tarifs conventionnels, procédure inexistante dans les autres conventions sectorielles¹.

La convention sectorielle des médecins dentistes de libre pratique² contient également quelques particularités intéressantes telles que l'exclusion de l'adhésion groupée de ces médecins à la convention ou encore l'absence de la technique du tiers payant dans les modalités de prise en charge des soins dentaires par la CNAM³. Par contre les tarifs conventionnels ont été maintenus pour une durée de cinq années, contrairement à une moyenne de trois années pour les autres conventions sectorielles.

La convention sectorielle des cliniques privées⁴ contient également quelques dispositions inédites par rapport au modèle conventionnel sectoriel général. Il en est ainsi de l'obligation du respect d'un parcours de soins englobant impérativement le conventionnement de tous les prestataires de soins avant toute prise en charge par la CNAM des prestations fournies par les cliniques privées⁵. Sur un autre plan cette convention sectorielle est la seule qui prévoit explicitement une procédure d'arbitrage entre la CNAM et les cliniques privée en cas de litige⁶.

Finalement quel sens donner à ce conventionnement sectoriel par rapport au système tunisien de prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale ? Le conventionnement sectoriel constitue d'une part la concrétisation du cadre législatif et réglementaire vis-à-vis des différents prestataires de soins : c'est sans doute l'unique référence liant ces différents prestataires à l'ensemble du système d'assurance maladie. De ce fait la convention sectorielle est déterminante pour l'application ou la non application de

¹ Pour les autres conventions la possibilité de révision est soit triennale soit quadriennale.

² JORT n°13 du 13/02/2007, p. 450.

³ La raison est sans doute la contre partie de la docilité du syndicat des médecins dentistes de libre pratique sur les tarifs conventionnés (montant et durée).

⁴ JORT n°37 du 08/05/2007, p. 1499.

⁵ Pour les autres prestataires de soins, il s'agit d'une obligation qui se limite uniquement dans le cas où l'assuré social choisit la filière privée avec le système du 1/3 payant. Cette obligation n'existe absolument pas pour les médecins dentistes. V. infra, 2^{ème} partie, Titre1, Chapitre2, Section 2.

⁶ Article 43 de la convention précitée. Toutefois, la convention est silencieuse sur la composition et la procédure d'arbitrage.

la réforme pour chaque prestataire de soins.

Ce conventionnement sectoriel constitue, d'autre part la concrétisation de ce que Gilles Huteau appelle « *le compromis conventionnel entre l'assurance maladie et les professions médicales* »¹ ; c'est-à-dire un compromis entre les intérêts plus ou moins légitimes des différents prestataires de soins et la nécessité impérative de maîtrise des coûts. C'est sans doute là l'unique condition d'associer ces prestataires de manière active à une certaine forme de « solidarité » dans la prise en charge des dépenses de santé. Le conventionnement sectoriel concrétise juridiquement cette association².

¹ G. Huteau op. cit., p. 176.

² Pour le Professeur Didier Truchet, le système de conventionnement est devenu au fil du temps l'un des piliers du modèle social français et *a réussi à concilier (mais pas à réconcilier) la tradition libérale de la médecine française et la solidarité nationale qui paraissaient inconciliables*. Cette observation nous semble valable également pour le cas tunisien. D. Truchet, op. cit. p.112.

Chapitre deux

La réforme du cadre institutionnel de l'assurance maladie en Tunisie

La refondation du cadre législatif et réglementaire de la solidarité nationale en matière sanitaire s'est accompagnée, en toute logique, d'une refondation tout aussi importante du cadre institutionnel de l'assurance maladie en Tunisie. Une certaine originalité est à relever dans la démarche tunisienne et qui est la progressivité dans le démarrage des nouvelles institutions de l'assurance maladie ; mais aussi une prise compte d'une certaine commercialité latente, que nous avons qualifiée de logique d'assurance, particulièrement dans l'organisation et le fonctionnement des institutions de l'assurance maladie.

Dans une première étape ont été créées l'organe central de la CNAM ainsi que les centres régionaux d'assurance maladie qui se sont limités à prendre en charge la gestion des anciens régimes légaux d'assurance maladie de la CNSS et de la CNRPS. Cette phase transitoire constitua en quelque sorte une période d'apprentissage pour le personnel des deux caisses affectées à la CNAM¹ et condamnés à travailler ensemble. Cette phase constitue également une période d'unification des prestations fournies aux usagers de ces deux mêmes caisses².

Dans une seconde étape, les nouveaux organes ont commencé à fonctionner³ sur la base du nouveau cadre normatif institué à partir de la loi de 2004. La réforme du cadre institutionnel de l'assurance maladie met ainsi en évidence un acteur principal qui est la « Caisse Nationale d'Assurance Maladie », plus connue par son acronyme « CNAM » (**Section 1**). Cette même réforme met également en évidence une kyrielle d'organes qui

¹ Rappelons que l'art. 9 de la loi de 2004 précitée spécifie bien que « Sont intégrés d'office à la caisse par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et dans la limite des besoins de son fonctionnement, les agents de la CNSS et de la CNRPS exerçant dans les divers services ».

² Cette première étape entamée en 2005, c'est poursuivie jusqu'au 30/06/2008.

³ A partir du premier juillet 2008.

gravitent autour de la CNAM (**Section 2**).

Section 1: La CNAM : Manifestation principale de la réforme institutionnelle de l'assurance maladie

L'institution de la CNAM constitue la manifestation la plus visible du nouveau système tunisien d'assurance maladie. C'est l'« organe » de la solidarité nationale en matière sanitaire. Pourtant, la logique d'assurance n'est jamais loin dans la principale institution de l'assurance maladie tunisienne. Ce tiraillement entre logique de solidarité et logique d'assurance se manifeste à travers l'organisation proprement dite de la CNAM (§1) mais également à travers son fonctionnement (§2).

§-1 L'organisation de la CNAM

L'organisation de la CNAM obéit au schéma classique de la majorité des établissements publics en Tunisie (B). C'est au niveau de son statut (A) qu'est perçue l'ambivalence entre solidarité et assurance que nous avons annoncé précédemment.

A- Le statut de la CNAM

La logique de solidarité légitime a priori la main mise de l'Etat sur le principal organe de l'assurance maladie. Au niveau du statut, cela se concrétise par le caractère d'établissement public de la CNAM, c'est-à-dire une personne morale de droit public en charge d'un service public. La logique d'assurance fait que cette même CNAM n'est pas une institution totalement désintéressée financièrement et destinée uniquement à l'idée de servir le public. Les pouvoirs publics considèrent la CNAM depuis 2004 comme une entreprise publique¹ avec toutes les conséquences que cela implique.

¹ V. Décret 2004-2265 du 27/09/2004 fixant la liste des EPNA entreprises publiques. JORT n°79 du 01/10/2004, p. 2805 (légèrement modifié en 2007).

1) Le caractère d'établissement public de la CNAM : Une logique de solidarité a priori respectée

L'établissement public est une personne morale de droit public en charge d'un service public particulier, ou d'un groupe de services publics connexes¹. L'établissement public jouit d'une autonomie administrative et financière par rapport à la collectivité territoriale de rattachement². C'est l'article 7 de loi 2004-71 qui pose explicitement le caractère d'établissement public de la CNAM. Le décret n°2005-321 du 16/02/2005 précité constitue le fondement réglementaire de l'organisation administrative et financière de la CNAM ainsi que ses modalités de fonctionnement.

Le fait de reconnaître le caractère d'établissement public à la CNAM confirme la conception solidariste du système tunisien d'assurance maladie. En procédant de la sorte, les pouvoirs publics tunisiens reconnaissent implicitement le caractère de service public du système d'assurance maladie, un établissement public étant avant tout un service public personnalisé³ et l'idée même de service public trouvant son fondement originaire dans la conception solidariste de l'Etat⁴.

Sur un autre plan et comme toute personne morale de droit public, un établissement public bénéficie d'une garantie de solvabilité assurée par la collectivité de rattachement. Pour la CNAM, il s'agit de l'Etat. C'est finalement la collectivité nationale, c'est-à-dire la solidarité nationale qui garantit cette solvabilité financière. Cette garantie pourrait prendre la forme d'une participation directe de l'Etat au financement de la caisse⁵, mais elle est exclue actuellement. Cette garantie peut prendre également la forme de subvention d'équilibre ou d'exploitation⁶.

¹ La littérature sur la notion d'établissement public est extrêmement abondante V. à titre d'exemple : J. P. Théron « Recherche sur la notion d'établissement public » Paris, LGDJ 1976. Pour la Tunisie, v. A. Aouij Mrad « Droit des services publics » Tunis, ENA CREA 1998, p. 118 ; « Droit des Entreprises Publiques » op. cit. p.30.

² Pourtant cette autonomie sera toujours moins importante que l'autonomie des collectivités territoriales. La décentralisation en matière des établissements Publics est plus un procédé de gestion qu'un reconnaissance réelle d'intérêt propre. V. R. Chapus « Droit administratif général » Paris, Montchrestien, 1995, p.360.

³ V. A. Aouij Mrad « Droit des SP », ouvrage précité.

⁴ V. L. Duguit ouvrage précité.

⁵ Sous forme par exemple de fiscalisation des ressources à l'instar de la CSG française. V. infra, 2^{ème} partie, titre2, chapitre 2.

⁶ La grande majorité des EP en Tunisie en bénéficie.

Le caractère d'EP de la CNAM soumet cette dernière aux contrôles souvent lourds des représentants de l'Etat dans le cadre de l'exercice de la tutelle administrative¹ et les contrôles des juridictions financières que sont la Cour des comptes et la Cour de discipline financière.

Cependant, les pouvoirs publics ne sont pas aller beaucoup plus loin dans cette logique solidariste, puisque le même article 7 spécifie qu'il s'agit « *d'un établissement public à caractère non administratif* ». Par ailleurs le décret 2004-2265 du 27 septembre 2004 inclut la CNAM dans la liste des EPNA considérés comme entreprises publiques montrant la prise en compte de la logique d'assurance dans l'organisation de l'institution principale de l'assurance maladie.

2) La CNAM est aussi une entreprise publique : la prise en compte de la logique d'assurance et de rentabilité

Le fait que la CNAM soit considérée comme une entreprise publique conforte l'idée que la logique d'assurance ou une recherche de bénéfices ou d'une certaine rentabilité est prise en compte dans l'organisation du cadre institutionnel de l'assurance maladie en Tunisie. Pour démontrer cette affirmation un rappel du statut juridique des entreprises publiques en Tunisie s'avère nécessaire.

Une entreprise publique² se définit comme « *Un organisme doté de la personnalité juridique qui gère une activité de production de biens ou de services qu'il vend à ses usagers contre un prix et qui est toujours soumis au pouvoirs prépondérant des autorités publiques*³ ». Ce pouvoir prépondérant des autorités publiques se justifie par le fait que ces organismes renvoient à deux idées opposées : *efficacité et rentabilité d'un côté (« entreprise »), intérêt général et désintéressement de l'autre (« publique »)*⁴.

¹ Pour mieux comprendre le contexte général de la tutelle administrative en droit tunisien, v. L. Tarchouna « Décentralisation et déconcentration en Tunisie » Thèse d'Etat, Faculté de droit et des Sciences Politiques de Tunis, 2005. Pour la tutelle sur les EP, v. A. Aouij-Mrad, op. cit.

² V. K. Ben Messaoud « La notion d'entreprise publique » in « Le droit des entreprises publiques. Actes du colloque tenu à la Faculté de Droit et des Sciences Politiques de Tunis les 11 et 12 mars 2005, p.5.

³ A. Delion « La notion d'Entreprise publique », AJDA 1979, n°4, p.3.

⁴ A. Aouij-Mrad « Droit des Entreprises publiques » op. cit. , p. 21.

C'est la loi n°89-9 du 1^{er} février 1989¹ qui régit les entreprises publiques en Tunisie. L'article 8 de cette loi établit une distinction entre la forme de droit privé², et la forme de droit public³. En incluant un EPNA dans la liste des entreprises publiques, les pouvoirs publics veulent insister par une mesure forte, sur le caractère marchand du service géré dont la commercialité prend une place privilégiée à côté des impératifs d'intérêt général.

En incluant la CNAM dans cette liste, les pouvoirs publics s'insèrent parfaitement dans cette vision, d'autant plus qu'il leur était possible de suivre l'autre option, c'est à dire considérer la CNAM comme un EPNA non entreprise publique⁴. La prise en compte de la logique de rentabilité par la commercialité de l'activité gérée, en est sans doute la justification. La prise en compte de cette logique de rentabilité en tant qu'une assurance ne saurait être sans incidence sur le fonctionnement de la CNAM et sur la composition de ses organes.

B- Les organes de la Caisse nationale d'assurance maladie

La CNAM est une structure à l'organisation relativement complexe. Elle se compose d'un ensemble d'organes centraux dirigés par le conseil d'administration et le PDG⁵; mais aussi d'un nombre élevé de succursales, les centres régionaux.

¹ JORT n° 9 du 07/02/1989, p.203.

² Société dont le capital appartient entièrement ou partiellement à l'Etat avec cependant une limite inférieure de 50%. Auparavant il existait une limite inférieure de 35% pour les entreprises publiques du secteur financier c.a.d. les banques et les assurances.

³ Constitué par une liste d'établissement public non administratif fixé par décret. De ce qui précède, on comprend bien qu'il existe en Tunisie deux types d'Etablissement public non administratif :

- Des EPNA non entreprises publiques, ou la non administrativité s'apparente plutôt à un procédé de gestion et où le service public géré n'est pas nécessairement un SP administratif.

- Des EPNA entreprises publiques, ou la non administrativité est réellement liée à la nature du service géré, qui doit normalement avoir une nature réellement économique. Seul ce dernier type a réellement vocation à remplacer les authentiques EPIC.

V. M. Midoun, « Les établissements publics non administratifs : des établissements publics de troisième type ? » Mélanges Habib Ayadi, CPU, p.665.

⁴ Cette même remarque peut s'appliquer également pour les autres caisses sociales (CNSS et CNRPS) mais aussi pour l'office national de la famille et de la population. Dans tous les cas cette distinction entre les 2 types d'EPNA ainsi que la liste font en Tunisie l'objet de vives critiques doctrinales. V. notamment : M.Midoun, op.cit. ; A. Aouij-Mrad, op. cit. p. 30 et s.

⁵ V. R. Charfi-Turki « Les organes dirigeants des entreprises publiques » in « Le droit des entreprises publiques », colloque précité, p. 33.

1) Le Conseil d'administration¹ : l'organe décisionnel de CNAM

Le conseil d'administration de la CNAM, à l'instar de l'organisation de l'ensemble des entreprises publiques est son organe délibérant et aussi l'organe représentatif des différentes forces qui gouvernent l'assurance maladie en Tunisie². Sa composition, ses attributions et les modalités de son fonctionnement sont fixées par les articles 4 et suivants du décret 2005-321 précité.

La composition du conseil d'administration associe les trois parties les plus concernées par l'assurance maladie à savoir l'Etat³, le patronat⁴ et les travailleurs⁵. Les membres du conseil d'administration sont tous désignés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale sur proposition des ministères et des organisations concernés. Le président du conseil peut inviter toute personne dont l'avis est jugé utile pour l'une des questions inscrites à l'ordre du jour. Le conseil est chargé d'un certain nombre d'attributions⁶, qui ne peuvent pas faire l'objet de délégations et qui concerne les questions les plus importantes dans le fonctionnement de la CNAM. Ces attributions sont en conformité avec le modèle général des entreprises publiques en Tunisie.

¹ Sur les conseils d'administrations des entreprises publiques en Tunisie, V. A. Aouij-Mrad, op.cit., P. 39 et s. V. également M. Ben Letaïef « L'Etat et les entreprises publiques en Tunisie ». Paris, l'harmattan, 1998, p. 130 et p. 346.

² Une partie de la doctrine qualifie même le conseil d'administration d'organe politique. V. G. Huteau, op. cit. p. 82.

³ Quatre membres qui représentent directement l'Etat comme suit :

- *Un représentant du Premier ministre.
- *Un représentant du ministère chargé des finances.
- *Un représentant du ministère chargé de la santé publique.
- *Un représentant du ministère chargé du développement.

⁴ Trois membres sont choisis sur une liste de six noms présentés par les organisations patronales les plus représentatives.

⁵ Quatre membres choisis sur une liste de huit noms présentés par les organisations syndicales des travailleurs les plus représentatives.

⁶ L'article 5 du décret précité énumère ces attributions de la manière suivante :

- Etablir et arrêter les états financiers,
- Arrêter le budget prévisionnel de fonctionnement et d'investissement et suivre son exécution,
- Arrêter les contrats programmes et suivre leurs exécution,
- Approuver, dans le cadre des textes en vigueur, les marchés passés par la caisse ainsi que leur règlement définitif,
- Proposer l'organisation des services de la caisse, le statut particulier et le régime de rémunération de son personnel,
- Examiner la création des structures par district, par région et par localité et les modalités de leur organisation,
- Approuver les conventions d'arbitrage et les clauses arbitrales et les transactions amiables réglant les différends conformément à la législation en vigueur,
- Examiner les placements financiers et immobiliers.

Quant aux modalités de fonctionnement de la CNAM, l'article 6 dispose d'une part que le conseil d'administration se réunit au moins une fois tous les trois mois, ou chaque fois que cela est nécessaire, sur convocation de son président pour délibérer sur les questions relevant de ses attributions. D'autre part et d'après l'article 7 du même décret, le président du conseil d'administration désigne un cadre de la caisse pour assurer le secrétariat du conseil et préparer les procès-verbaux de ses réunions. L'article 8 quant à lui détermine les règles du quorum qui sont très classiques : Le conseil d'administration ne peut valablement délibérer qu'en présence de la majorité de ses membres présents ou représentés. A défaut du quorum lors de la première réunion, le conseil se réunit dans les quinze jours qui suivent, et ce, quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des voix des membres présents ou représentés et en cas de partage des voix, celle du président du conseil est prépondérante. Finalement, aucune originalité n'est perceptible dans le fonctionnement du conseil d'administration par rapport au schéma général des entreprises publiques.

Cependant malgré l'étendue de ces attributions, l'importance et la diversité de sa composition, c'est le PDG de la CNAM qui joue le rôle le plus central et sans doute le plus déterminant et ce, par le jeu des délégations et par sa présence permanente dans le fonctionnement quotidien de la caisse : c'est plus qu'un simple exécutif.

2) Le président directeur général de la CNAM

Le PDG de la CNAM est nommé par décret, il est secondé par un directeur général adjoint qui l'assiste dans ses fonctions qui sont soit exercées sous le contrôle du conseil d'administration, soit constituant son domaine propre à la gestion de la CNAM.

Pour le premier type d'attributions, l'article 9 de la loi précise que le PDG est chargé de la préparation des travaux du conseil d'administration et de la mise en œuvre de ses décisions et propositions. « *Il assume de manière générale toutes les attributions qui lui sont légalement déléguées par le conseil d'administration* ». Il établit dans ce cadre des rapports soumis à l'appréciation du conseil et doit rendre compte de sa gestion aux

administrateurs¹.

Quant au domaine propre d'attributions du PDG pour lesquels le conseil d'administration ne peut ni lui donner d'injonction, ni se substituer à lui, elles peuvent se regrouper en trois grandes familles.

D'abord, l'organisation des services et la gestion du personnel. Le PDG est dans ce cadre le supérieur hiérarchique de l'ensemble du personnel des différents services de la CNAM ainsi que ceux de ses structures régionales. Il est par ailleurs le seul responsable de la gestion du personnel. Il *recrute, nomme et révoque conformément au statut particulier de la caisse, à la législation et à la réglementation en vigueur*².

Ensuite des pouvoirs comptables et financiers. Le PDG assure la direction financière de la CNAM. Il est investi d'importantes attributions d'autant plus qu'il n'y a pas de séparation entre ordonnateur et comptable dans une entreprise publique soumise à la législation commerciale. En France la séparation entre ordonnateur (juge de l'opportunité de la dépense) et comptable (contrôle la régularité de l'ordonnancement) a été maintenue pour les caisses d'assurance maladie avec toutefois une spécificité. Il s'agit d'une indépendance fonctionnelle qui n'exclut pas une complémentarité de responsabilité. Le comptable est placé sous l'autorité administrative du premier, ce qui veut dire que le directeur général peut passer outre au refus de paiement de l'agent comptable³. Nous estimons qu'il s'agit d'une mesure assez originale qui peut être transposée dans le contexte tunisien⁴.

Enfin la représentation juridique de la CNAM : Dans le cadre de cette attribution, l'article 9 précité dispose clairement que le PDG *représente la caisse auprès des tiers dans tout les actes civils, administratifs et judiciaires, et ce, conformément à la législation en*

¹ Même s'il est très difficile dans le contexte tunisien du droit des entreprises publiques et de manière plus générale du droit des sociétés de contester les actes d'un PDG par le conseil d'administration.

² Art. 9, alinéa 3 du décret n°2005-321 précité. Toutefois dans la limite du statut du personnel dont il sera fait une analyse. V. infra, §2, A.

³ Sauf dans certain cas particuliers tel que l'absence ou l'insuffisance de crédit budgétaire. V. G. Huteau, op. cit., p. 86.

⁴ Si nous déplorons la présence de la CNAM et des autres caisses sociales dans la liste des EPNA-entreprises publiques, cette mesure fera de la CNAM une entreprises publiques pas tout à fait comme les autres.

vigueur¹.

Pour être complet signalons que le dernier alinéa de l'article 9 de la loi de 2004 autorise le PDG à *déléguer la totalité ou une partie de ses prérogatives ou sa signature aux agents placés sous son autorité*. La délégation de pouvoir aboutit le plus souvent à ce que chaque agent de direction bénéficiant de cette délégation soit chargé, au sein de la CNAM, d'un secteur entier d'activité².

3) Les centres régionaux et locaux³

Les centres régionaux et locaux représentent les organes les plus importants de la CNAM de part leur nombre élevé, mais aussi du fait qu'il s'agit d'organes qui sont en contact direct avec les usagers de l'assurance maladie.

Leur nombre est assez élevé puisqu'il est, au 1^{er} juin 2010, de 51 centres régionaux, locaux ou simples bureau⁴. Ces centres sont répartis sur tout le territoire. Tous les centres, quelque soit leur nature sont dotés de guichets d'accueils compétents pour l'ensemble des prestations rendues par la CNAM. Cependant seuls les centres régionaux, dirigés chacun par un directeur régional, disposent d'un réel pouvoir décisionnel pour les prestations nécessitant l'accord préalable de la CNAM et sont les seuls habilités à suivre les procédures de conventionnement individuel avec les différents prestataires de soins de libre pratique de la région. Hiérarchiquement, chaque centre local et chaque bureau dépend nécessairement d'un centre régional.

Malgré leur nombre élevé, les centres régionaux se caractérisent par une surcharge de travail et une faible capacité d'accueil avec leur corollaire de désorganisation d'où

¹ Sur le contentieux de la CNAM, v. infra, 2^{ème} partie, titre 2, chapitre 2.

² Exemple : la direction d'étude sur la maîtrise des coûts, la négociation avec les prestataires de soins...

³ C'est l'article 2, alinéa 2 du décret n°2005-321 qui constitue la base réglementaire de ces centres « **La caisse peut créer des structures par district, par région et par localité** ». Cependant les termes utilisés pour déterminer l'assise territoriale de ces structures nous paraissent assez flous par rapport au découpage territoriale du pays (Gouvernorat, Délégation, Secteur, Commune...)

⁴ Pour la liste complète de ces centres, v. annexe III.

l'insatisfaction systématique des usagers¹.

La CNAM, à travers son organisation, s'apparente à une structure complexe à la hauteur de sa tâche et des destinataires de ses prestations, c'est-à-dire la quasi-totalité de la population du pays. Cependant la menace d'un fonctionnement bureaucratique avec ses inévitables corollaires négatifs que sont les lenteurs et les blocages est réelle. Nous estimons que le fait d'être une entreprise publique, peut favoriser un allègement de ces lourdeurs et une amélioration de l'accueil des assurés sociaux. Nous n'avons pas la conviction que la CNAM et l'ensemble des caisses sociales de manière générale exploitent à fond l'ensemble des avantages liés à leur qualification juridique. L'analyse du fonctionnement de la CNAM confirme finalement une bureaucratie d'une machine administrative assez lourde, très loin d'une souplesse qu'une entreprise publique aurait dû faire sienne.

§-2 Le fonctionnement de la CNAM

La CNAM obéit à un régime de fonctionnement assez particulier. Etant une entreprise publique, la CNAM est régie essentiellement par le droit commun sans pour autant exclure le droit public². Il existe pourtant un nombre assez important de dérogation qui font de la caisse une entreprise publique pas comme les autres. Ce constat se vérifie aussi bien au niveau de son fonctionnement administratif (A) et de son fonctionnement financier et comptable (B).

A- Le fonctionnement administratif de la CNAM

Les questions les plus importantes relatives au régime des actes, au régime du personnel et au régime des biens de la caisse seront abordées en rapport avec la problématique générale de ce travail.

¹ Pour y remédier un certain nombre de solutions ont été envisagées tel que le travail en continu (8h, 19h) avec 2 équipes travaillant chaque demi journée, l'ouverture le dimanche matin... D'autres solutions sont restées lettre morte tel que la possibilité d'associer les bureaux de postes pour quelques prestations de la CNAM.

² Un établissement public est toujours soumis en partie au droit public. V. J-P Théron, op. cit., p. 90.

1) Le régime des actes

Pour apprécier le régime juridique des actes de la CNAM, deux paramètres doivent être pris en compte. En premier lieu, le caractère d'entreprise publique et d'établissement public non administratif de la caisse et en second lieu la nature du service géré soit l'assistance sociale.

En ce qui concerne le premier paramètre, les actes des entreprises publiques sont à priori des actes de droit commun : elles ne peuvent édicter des actes administratifs unilatéraux¹ et leurs contrats sont des contrats régis par le droit commun².

Pourtant, le second paramètre vient tempérer cette soumission des actes au droit commun. D'abord et pour ce qui concerne l'ensemble des caisses sociales de manière générale, leurs activités n'est pas tout à fait marchande. Elles peuvent édicter des actes que le TA qualifie « *d'administrative par nature*³ ». D'autre part et de manière plus globale, le TA a admis sa compétence en matière de REP vis-à-vis de tout organisme public gérant un service public et usant de procédés de la gestion publique⁴, dépassant ainsi le critère organique pourtant explicitement énoncé dans l'article 2 de la loi organique relative au TA. Concrètement cela signifierait que la CNAM sous certaines conditions peut édicter des actes administratifs unilatéraux susceptibles de REP⁵. Nous sommes bel et bien à ce niveau en présence d'un authentique pouvoir réglementaire en matière d'organisation et du bon fonctionnement du service public de l'assurance maladie.

D'autre part, en tant que structure administrative (la personnalité juridique en tant qu'établissement public est toujours de droit public) les instances dirigeantes de la CNAM utilisent au niveau interne, les mêmes procédés décisionnels classiques à l'instar de

¹ Conf. Loi organique n°72-40 du 01/06 1972 relative au TA (JORT n°23 du 02/06/1972, p. 738) et la loi n°96-38 du 03/06/1996, relative à la répartition des compétences entre les tribunaux judiciaires et le tribunal administratif et à la création d'un conseil du conflit de compétence. JORT n°47 du 11/06/1996, p. 1143.

² V. A. Aouij « Droit des entreprises publiques », op. cit. p. 49 et 66.

³ TA 27 septembre 1979 Ahmed Ben Hmida/PDG CNRPS, (rec. P.22), v. Y Ben Achour, « La justice administrative et le droit du contentieux administratif » Tunis, CPU, 1998. (En arabe)

⁴ V. TA Montassar Klibi/Ministre des finances 23/07/1976 (rec. P. 87). V. commentaire dans « Les grands arrêts de la jurisprudence administrative » (Sous la direction de R. Jenayah). Tunis, CPU, 2007, p. 21. (en arabe).

⁵ Sur le contentieux de l'assurance maladie V. 2^{ème} Partie, Titre II.

n'importe quelle autre structure administrative. Il en est ainsi des « instructions générales de service¹ » ou de certaine « directives² ». Ces actes communément appelés « mesures d'ordres intérieures » ne sont pas évidemment susceptibles d'être annulé dans le cadre d'un REP³.

2) Le régime du personnel de la CNAM

Le personnel de la CNAM obéit à un cadre législatif bien particulier. Dans la phase de démarrage, ce personnel a été intégré d'office à la CNAM par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale parmi le personnel appartenant déjà à la CNSS et de la CNRPS⁴ et ils demeuraient soumis au statut particulier des organismes de sécurité sociale⁵. Nous remarquons ainsi que bien qu'elle soit qualifiée d'entreprise publique, ses agents échappent substantiellement au régime de droit commun en la matière, c'est-à-dire le code tunisien du travail. Mais ils échappent également au cadre légal de droit commun qui régit le régime juridique du personnel des entreprises publiques⁶. Quelle est donc l'originalité du régime du personnel des caisses sociales de manière générale et de la CNAM en particulier ?

Ce régime – du fait de l'héritage historique de la sécurité sociale en Tunisie⁷- constitue un véritable panachage de trois statuts différents : Le statut de la fonction publique, le statut des agents des EPNA (et des Entreprises publiques) et le statut des salariés du secteur privé financier.

- Au statut de la fonction publique, le régime du personnel de la CNAM emprunte une certaine stabilité et une sécurité du travail plus marquée que celle existant dans le droit commun. Mais c'est surtout au niveau du déroulement de la carrière qu'on perçoit

¹ Certaines de ces instructions générales peuvent être déterminantes dans le fonctionnement de la CNAM. A titre d'exemple la CNAM a émis en 2010 deux importantes notes de services : la première excluant certaines dépenses du suivi de la grossesse du plafond annuel de prise en charge des dépenses sanitaires ordinaires, la seconde note garde la qualité d'ayant droit au conjoint divorcé d'un assuré social pendant une seule période d'une année.

² Sur la notion de directive en droit administratif tunisien, v. Y. Ben Achour « Droit administratif ». op. cit., p.443

³ Ibid, p.392.

⁴ Art. 9 de la loi n°2004-71 précité.

⁵ Décret n°99-2024 du 13 septembre 1999. JORT n°77 du 24/09/1999, p.1741.

⁶ Sur le régime du personnel des Entreprises Publiques, v. A. Aouij « Droit des Entreprises publiques », op. cit. p.56.

⁷ Caisse d'Etat, caisse privée. V. supra, Introduction, historique de l'assurance maladie en Tunisie.

fortement l'influence du statut général de la fonction publique¹.

- Au statut des agents des EPNA et des entreprises publiques² (dont la caisse constitue les deux à la fois), le statut des salariés de la CNAM emprunte la logique de panachage entre la fonction publique et le droit commun du travail, caractéristique de ce statut³.

- Le régime du personnel de la CNAM se rapproche du droit du travail sur de nombreux points mais aussi avec la convention collective du travail du secteur privé financier (Banques et assurances commerciales)⁴. Le code du travail complète le statut particulier du personnel des caisses sociales prévu par le décret 99-2024 précité. En matière de contentieux du travail par exemple, c'est la législation de droit commun qui s'applique, à savoir la compétence prud'homale. Par rapport au droit commun du travail, le statut du personnel de la CNAM constitue finalement une sorte de convention collective décidée unilatéralement par la puissance publique par voie décrétole. Cette originalité du régime du personnel et surtout cette idée de panachage est une confirmation de la double logique d'assurance et de solidarité qui caractérise l'assurance maladie et la sécurité sociale de manière générale. Cette double logique trouve cependant un moindre d'écho dans le régime des biens de la CNAM.

3) Les biens de la CNAM

En tant qu'EPNA entreprise publique, le régime des biens de la CNAM se caractérise par une dualité juridique puisqu'elle gère à la fois des biens publics et des biens privés.

Sont considérés biens publics, les biens meubles ou immeubles appartenant à l'Etat et qui sont affectés au profit de la caisse. Ce sont les biens d'affectation qui doivent faire retour à l'Etat en cas de dissolution par exemple. A ce niveau, la CNAM rejoint la quasi-

¹ Recrutement (toujours par concours), avancement, échelons, discipline, protection sociale, régime des retraites...

² L. n°85-78 du 05/08/1985 modifié par la L n°99-28 du 03/04/1999.

³ V. A. Aouij-Mrad, op. cit. p.57.

⁴ De nombreux points du statut du personnel contenu dans le Décret n°99-2024 précité ressemblent à beaucoup de dispositions contenues dans les conventions sectorielles du secteur bancaire et du secteur des assurances. V. à titre d'exemple modalités du concours, les avancements et les promotions, structure de la rémunération, formation continue. V. convention collective nationale des assurances et convention collective du personnel des banques et des établissements financiers approuvés par arrêté du ministre des affaires sociales le 23/08/1983.

totalité des entreprises publiques tunisiennes dont la masse de biens publics affectés et appartenant à l'Etat dépasse largement la masse de leur patrimoine propre¹.

Sont également considérés comme biens publics les biens faisant partie du domaine public (par détermination de la loi ou aménagés pour l'usage du public) concédés par l'Etat au profit de la caisse lorsque cette dernière gèrera éventuellement une activité privative du domaine public. Notons dans ce cadre qu'à la différence du cas français², le droit de posséder un domaine public n'est pas reconnu au profit des entreprises publiques en Tunisie. La CNAM ne pourrait prétendre être en possession directe d'une partie ou dépendance du domaine public, mais peut la gérer.

Sont considérés biens privés l'ensemble des biens meubles ou immeubles acquis directement par la CNAM. Cette distinction entre biens publics et biens privés de la Caisse est importante dans la mesure où théoriquement rien n'interdit l'application des voies d'exécution de droit commun à l'encontre des biens propres aux entreprises publiques³. En France le principe d'insaisissabilité de l'ensemble des biens des entreprises publiques est reconnu, rapprochant le régime juridique de ces biens de celui des biens publics⁴.

B- Le fonctionnement financier et comptable de la CNAM

L'organisation des finances de la CNAM obéit au schéma général régissant l'ensemble des entreprises publiques tunisiennes.

Pour ce qui concerne les ressources de la caisse, celles-ci se répartissent selon l'article 10 du décret n°2005-321 précité⁵ en 5 catégories :

1. les cotisations et les pénalités y afférentes⁶.

¹ V. A. Aouij Mrad, op. cit. p.72.

² V. à ce propos les arrêts de principe du CE 06/02/1981 Epp (Revue Administrative 1982, p.36, note F. Moderne) et CE 21/03/1984 Mansuy (RDP 1984, p. 1059, note Y. Gaudemet).

³ V. les articles 37 et 39 bis du code tunisien de comptabilité publique.

⁴ V. Ph. Godfrin « Droit administratif des biens ». Paris, Armand Colin, 2001, p. 7.

⁵ Relative à l'organisation administrative et financière de la CNAM.

⁶ Et ce au titre des régimes suivants :

- Du régime de base d'assurance maladie.
- Du régime complémentaire d'assurance maladie géré, le cas échéant, par la caisse conformément à l'article 20 de la loi n° 2004-71 précitée.

2. Les montants octroyés à la caisse au titre de la réparation du préjudice ainsi que les montants revenant à la caisse dans le cadre des actions subrogatoires et la répétition de l'indu.
3. Les produits des placements des fonds de la caisse
4. Les dons et legs que la caisse est autorisée à recevoir,
5. Toutes autres ressources qui lui sont dues, en vertu d'un autre texte législatif ou réglementaire ou en vertu de conventions.

Le décret précité ne mentionne pas et ce, contrairement à la majorité des entreprises publiques tunisiennes, l'emprunt parmi les ressources possible de la caisse. En Tunisie ces emprunts peuvent être lancés soit sur le marché financier interne, soit sur le marché financier international¹. L'emprunt est un moyen de limiter le rôle de l'Etat en matière de financement des entreprises publiques, mais c'est aussi un moyen qui risque d'alourdir leur trésorerie en raison de la fluctuation et de la lourdeur des taux d'intérêt qui se rajoutent au remboursement du principal de la dette. Les bailleurs de fonds internationaux exigent systématiquement que l'Etat appose sa garantie pour tous les accords de prêts. Cette garantie de l'Etat est autorisée par une loi, dans la limite d'un montant total annuel fixé chaque année par la loi de finance, car il existe un risque d'engager des dépenses sur les finances publiques².

En ce qui concerne les charges de la caisse celle-ci se répartisse selon le même article 10 du décret précité de la manière suivante :

1. Les dépenses mises légalement ou judiciairement à la charge de la caisse, pour le paiement des prestations sociales auxquelles elle est tenue en vertu des régimes cités à l'article 8 de la loi n° 2004-71 du 2 août 2004 précitée.
- 2- Les dépenses d'action sanitaire et sociale.
- 3- Les dépenses de fonctionnement.

• Des régimes légaux de réparation des dommages résultant des accidents de travail et des maladies professionnelles dans les secteurs public et privé. (Ce régime ne fait pas partie du système d'assurance maladie).

• De tout autre régime obligatoire d'assurance maladie prévu par la législation en vigueur.

• Des indemnités de maladie et de couchés prévues par les régimes de sécurité sociale en vigueur.

¹ Surtout pour les montants les plus élevés.

² V. art 26 de la loi n°67-53 du 8/12/1967, portant loi organique relative au budget (JORT n°52 du 12/12/1967, p. 1574), tel que modifiée par la loi organique n°2004-42 du 13/05/2004 (JORT n°40 du 18/05/2004 p. 1292).

4- Les dépenses d'investissement.

5- Les autres dépenses supportées par la caisse en vertu d'un texte législatif ou réglementaire ou en vertu de conventions.

Précisons enfin que le dernier alinéa de l'article 10 précité dispose « *Les dépenses mentionnées au point 1 du paragraphe II du présent article et les dépenses du personnel sont estimatives, les autres dépenses sont limitatives* ».

Quant à la comptabilité de la CNAM la loi organique du budget, le code de comptabilité publique et la loi 89-9 du 1^{er} février 1989 relative aux participations et entreprises publique imposent à toutes les entreprises publiques une soumission à la comptabilité commerciale. Cette soumission n'exclut pas l'existence d'un certain nombre de dispositions contraignantes pesant sur leur fonctionnement comptable. L'examen des articles 11 et 12 du décret précité confirme à la foi l'insertion de la CNAM dans le droit commun des entreprises publiques et cette lourdeur.

La comptabilité de la Caisse est donc tenue conformément aux règles de comptabilité commerciale. Elle tient pour chaque régime géré des comptes séparés .Elle doit également affecter des fonds de réserve provenant des excédents financiers dégagés par chacun de ces régimes. Ses comptes font l'objet d'une révision annuelle effectuée par un membre de l'Ordre des experts comptables de Tunisie, et ce, conformément à la réglementation en vigueur. Les comptes sont soumis à l'approbation du ministre des affaires sociales. Le conseil d'administration procède, le cas échéant, en cours d'année, à la révision des dotations du budget afférent à l'exercice en cours soit à la demande du ministre des affaires sociales, soit à la demande du président-directeur général.

C'est le conseil d'administration de la caisse qui arrête à la fin du mois d'août de chaque année les budgets prévisionnels de fonctionnement et d'investissement, ainsi que le schéma de financement des projets d'investissement¹.

¹ Alinéa premier de l'article 10 du décret n°2005-321 précité.

Section 2 : Les autres organes institués par la réforme du cadre institutionnel de l'assurance maladie

Si la CNAM semble être le principal organe du système tunisien d'assurance maladie, elle n'est cependant pas le seul. La réforme de 2004 a créé d'autres organes moins connus certes, qui jouent un rôle déterminant dans la concrétisation des principes de la solidarité nationale en matière sanitaire. Il s'agit des organes de conseils et de conciliation (§1) ; et des organes de régulation (§2).

§- 1 Les organes de conseil et de conciliation

Les organes de conseil et de conciliation de l'assurance maladie tunisienne constituent des éléments incontournables de la bonne gouvernance du système. Le conseil national de l'assurance maladie (A) constitue le principal organe de conseil de ce système. Quant aux organes de conciliations (B), ils constituent un ensemble de structures peu connues des différents acteurs de l'assurance maladie tunisienne.

A- Le conseil national de l'assurance maladie

Créé par le titre IV de la loi du 2 août 2004 précité, le conseil national de l'assurance maladie est organisé par le décret 2005-2192¹. Il soulève des interrogations sur son organisation et sur son utilité.

1) L'organisation du conseil, un espace de concertation de la solidarité nationale en matière sanitaire

Le conseil est l'héritier direct de l'ancienne commission nationale de l'assurance maladie² dont il reprend les grands traits. Mais aussi constituant l'une des concrétisations la politique de concertation qui a guidé la mise en place de la réforme de l'assurance

¹ Décret 2005-2192 du 09/08/2005 relatif à la création du conseil national d'assurance maladie. JORT n°65 du 16/08/2005, p. 2115.

² Commission prévue par le décret n°96-1018 du 27/05/1996. JORT n°45 du 04/06/1996, p. 1111. Cette commission a joué le rôle déterminant dans l'élaboration de la loi de 2004 et dans le processus de négociation pour la mise en place du volet réglementaire de la réforme. V. supra chapitre 1^{er}.

maladie depuis 2004. La composition de ce conseil cherche à refléter la diversité des acteurs directement concernés par la solidarité nationale en matière sanitaire. Cette diversité se vérifie dans la composition élargie du conseil. Cette composition est prévue par l'article 2 du décret 2005-2192¹. Son analyse reflète à ce niveau également cette dialectique entre logique d'assurance et logique de solidarité qui caractérise le nouveau régime d'assurance maladie. Si les représentants de l'administration, des caisses sociales, des ordres professionnels et des syndicats reflètent la première logique, la présence de représentants de l'organisation de défense du consommateur, de la fédération tunisienne des sociétés d'assurance et de l'union nationale des mutuelles reflètent plutôt la seconde logique.

Les membres du conseil national de l'assurance maladie sont désignés par arrêté du ministre des affaires sociales sur proposition des ministères, structures et organisations concernés et ce, pour un mandat de trois ans renouvelable une seule fois. Le président du conseil peut convoquer toute personne dont il juge sa présence utile. Le conseil national d'assurance maladie se réunit, sur convocation de son président au moins une fois tous les six mois et chaque fois que cela est jugé nécessaire. Le président du conseil procède à la

¹ Art. 2. « *Le conseil national d'assurance maladie est présidé par le ministre chargé de la sécurité sociale ou son représentant, et composé des membres suivants :*

- un représentant du Premier ministre,
- un représentant du ministère chargé de la sécurité sociale,
- un représentant du ministère chargé des finances,
- un représentant du ministère chargé du développement économique,
- un représentant du ministère chargé de la santé publique,
- un représentant du ministère chargé du commerce,
- un représentant du ministère chargé de l'enseignement supérieur,
- un représentant du ministère chargé de l'industrie,
- un représentant de la caisse nationale d'assurance maladie,
- un représentant de la caisse nationale de sécurité sociale,
- un représentant de la caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale,
- un représentant du centre de recherches et d'études de sécurité sociale,
- un représentant de l'institut national de la santé publique,
- un représentant de l'union générale tunisienne du travail,
- un représentant de l'union tunisienne de l'industrie, du commerce et de l'artisanat,
- un représentant de l'union tunisienne de l'agriculture et de la pêche,
- un représentant de l'organisation de défense du consommateur,
- un représentant de l'association des retraités,
- un représentant de la fédération tunisienne des sociétés d'assurances,
- un représentant de l'union nationale des mutuelles,
- le président du conseil national de l'ordre des médecins ou son représentant,
- le président du conseil national de l'ordre des médecins dentistes ou son représentant,
- le président du conseil national de l'ordre des pharmaciens ou son représentant,
- le secrétaire général de chaque syndicat professionnel de prestataires de soins ou son représentant. ».

fixation de l'ordre du jour des travaux du conseil et à la convocation des membres, quinze jours avant la date de la tenue du conseil. La convocation doit être accompagnée des dossiers inscrits à l'ordre du jour des travaux du conseil¹. Sur proposition du conseil, des commissions techniques spécialisées peuvent être créées auprès de lui pour étudier l'une des questions se rapportant au domaine de l'assurance maladie. Le secrétariat du conseil est confié aux services du ministère des affaires sociales².

A travers l'organisation de ce conseil on est bien en présence du schéma classique d'une administration consultative tunisienne. L'originalité de ce conseil se manifeste par contre au niveau des attributions de ce conseil, originalité tempérée cependant par le manque d'effectivité de ce conseil et l'irrégularité flagrante de son fonctionnement.

2) Les attributions du conseil, une effectivité et une utilité douteuses

Le conseil a deux principales attributions. D'une part, d'après l'article premier du décret 2005-2192 le conseil national d'assurance maladie procède au suivi périodique du régime d'assurance maladie et à l'évaluation de sa situation financière. Il évalue son fonctionnement et veille à sa conformité aux objectifs assignés au système sanitaire, comme il évalue le comportement sanitaire des assurés sociaux et des prestataires de soins. Il propose, sur cette base des modifications susceptibles de garantir le bon fonctionnement du régime de base et des régimes complémentaires et en particulier en ce qui concerne la qualité des prestations et la rationalisation de la consommation des soins. Il propose enfin des moyens et des mécanismes susceptibles de garantir l'équilibre financier du régime d'assurance maladie.

Nous remarquons que ces points reprennent une partie seulement des principes

¹ Notons qu'en matière de convocation et de quorum le conseil obéit aux mêmes règles de fonctionnement des organismes administratifs collégiaux. « *Le conseil ne peut siéger légalement qu'en présence de la moitié des membres au moins. Si le quorum n'est pas atteint à la première réunion, celle-ci sera reportée à une date ultérieure qui fera l'objet d'une convocation adressée une semaine au moins avant la date de la réunion.*

La seconde réunion est considérée légale quelque soit le nombre des présents.

Les décisions et recommandations du conseil sont prises à la majorité des voix des membres présents, et en cas de partage des voix, celle du président est prépondérante ». (Art.5 du décret n°2005-2192 précité)

² Qui procède notamment à :

- la préparation des dossiers présentés au conseil,
- la tenue des procès-verbaux,
- le suivi des propositions du conseil et ses recommandations. (Art.6 du décret précité).

énoncés lors du CMR de 1996. Par contre cet article insiste beaucoup sur l'équilibre financier du système (comportement des acteurs, propositions pour garantir cet équilibre). Le conseil serait-il par conséquent l'institution de veille de cet équilibre financier de l'assurance maladie tunisienne ? Sur la base de ce même article, le conseil émet un avis sur toutes les questions portant sur le fonctionnement du régime d'assurance maladie, sur la base de rapports périodiques établis par la Caisse nationale d'assurance maladie ou fournis par les organismes représentés au conseil.

L'article 7 du décret 2005-2192 prévoit par ailleurs que le conseil élabore un rapport annuel sur le suivi et l'évaluation du fonctionnement du régime d'assurance maladie, transmis au Premier ministre avant la fin du mois de juin de chaque année. Le contenu de ce rapport est nécessairement dénué de toute valeur normative puisque l'article 8 de ce même décret dispose clairement que « *Les avis du conseil national d'assurance maladie sont consultatifs* ». Nous estimons qu'une évolution doit être opérée à ce niveau et que donner une certaine valeur juridique aux avis du conseil national de l'assurance maladie ne peut être que bénéfique pour l'ensemble du système.

Depuis la mise en place du conseil l'obligation annuelle de se réunir a été peu respectée d'où des interrogations légitimes sur l'utilité de ce conseil. Depuis son instauration en 2005, le conseil n'a tenu qu'une seule séance de travail en novembre 2008 et une réunion le 13 Août 2009¹. D'autre part l'article 7 du décret 2005-2192 a été également peu respecté puisque seulement deux rapports ont été adressés au premier ministre, le premier en juin 2009, le second en juin 2010². C'est toute l'utilité voire même la crédibilité de ce conseil qui est remise en cause³. Cette absence d'effectivité de ce conseil contraste fortement avec la rigueur qui caractérise les institutions suivantes tout aussi importantes de l'assurance maladie tunisienne à savoir les commissions paritaires

¹ Consacrée exclusivement à l'audition d'un discours prononcé par le ministre des affaires sociales et d'une prise de parole du PDG de la CNAM V. Journal La Presse du 14/08/2009. Notons qu'une réunion prévue pour fin 2012 a été reportée pour 2013 sans qu'une date précise ne soit donnée par les services du ministère des affaires sociales.

² Ces deux rapports n'ont jamais été publiés.

³ Cette absence de régularité dans le fonctionnement du conseil, pourtant voulu comme un espace de concertation et de dialogue privilégié en matière de solidarité nationale dans le secteur sanitaire, n'est pas sans laisser les parties concernées sans réactions et parfois même prononcer des indignations publiques. Voir la réaction à ce sujet du secrétaire général du syndicat des médecins dentistes de libre pratique rapportée par le journal Assabah le 04/01/2011 (en arabe).

régionales.

B- Les commissions paritaires régionales, organes de conciliation de l'assurance maladie

Contrairement aux autres organes de l'assurance maladie, ces commissions ne sont pas prévues par la loi de 2004, ni d'ailleurs par aucun dispositif réglementaire. C'est le dispositif conventionnel sectoriel qui les a créées et qui peuvent jouer un rôle déterminant de conciliateur en matière de solidarité nationale sanitaire. Nous examinerons successivement leur composition, leur organisation et les modalités de leur fonctionnement.

1) Composition et organisation

Les conventions sectorielles régissant les rapports entre la CNAM et les prestataires privés de soins ont prévu un dispositif de conciliation pour certaines spécialités et ce, en cas de survenance d'un conflit entre les parties. Si leurs nombres varient en fonction de chaque prestataire de soins¹, les CPR se caractérisent par une uniformité quant à leur composition et à leur organisation. Notons toutefois que certaines conventions sectorielles ne mentionnent pas l'existence de CPR²

Chaque CPR se réunit au moins une fois par mois sur convocation de son président. Ce président et le vice président sont désignés pour une période de six mois selon deux règles uniformes fixées par l'ensemble du dispositif conventionnel :

- La présidence est fixée par alternance entre les syndicats des prestataires médicaux d'une

¹ - Les médecins : 5 CPR à Tunis, Sfax, Sousse, Gabes et Béja (art. 114 de la convention sectorielle des médecins de libres pratiques)

- Les pharmaciens : 3 CPR à Tunis, Sfax, Sousse (art.69 de la convention sectorielle des pharmaciens de libre pratique)

- Les médecins dentistes : 5 CPR à Tunis, Sfax, Sousse Gabes et Béja (art.61 de la convention sectorielle des médecins dentistes de libres pratiques)

Notons que la compétence territoriale de chaque CPR est déterminée par un simple échange de courrier entre les signataires des conventions sectorielles. Ex. art. 69 de la convention sectorielle des pharmaciens d'officines.

Nous remarquons que la répartition géographique des CPR respecte les zones où se concentrent les praticiens concernés (Grand Tunis, Sahel et Sfax).

² Il s'agit respectivement de la convention sectorielle des médecins biologistes (qui sont soit médecins, soit pharmaciens et par conséquent concernés par les CPR de leurs dispositifs conventionnels sectoriels), de la convention sectorielle des cliniques privées et de la convention sectorielle des physiothérapeutes.

part, et la CNAM d'autre part.

- Le président et le vice président désignés pour une même période ne peuvent appartenir à la même partie.

Quant aux autres membres, leur nombre varie en fonction des spécificités de chaque prestataire de soins. Dans tous les cas, les conventions sectorielles fixent par avance le nombre et les modalités de choix de chaque CPR¹. Les réunions des CPR se tiennent au siège de la CNAM du chef lieu du gouvernorat concerné sur convocation du chef du centre régional de la caisse conformément aux conventions sectorielles.

La réunion du CPR exige un quorum que les conventions sectorielles fixent à quatre membres². L'ordre du jour des réunions est fixé par le président. Il doit obligatoirement lui adjoindre des problèmes formulés par écrits par les membres du syndicat concerné³ et adressées au président de la CPR avant la date de la réunion. Les convocations pour les réunions des CPR se font 7 jours au minimum avant la date fixée. Ces convocations doivent obligatoirement être accompagnées par une lettre d'information récapitulant l'ordre du jour, ainsi qu'une copie de chaque dossier qui sera examiné lors de la réunion. Chaque membre du syndicat conventionné avec la CNAM, dont le dossier sera examiné par la CPR, doit être également informé de la date de la réunion et éventuellement y être convoqué.

Les décisions des CPR sont prises à la majorité des voix des membres présents. Des expertises et ou des investigations peuvent être demandées avant toute prise de décision⁴.

¹ V. à titre d'exemple l'art 117 de la convention sectorielle des médecins de libre pratique fixant la composition des CPR comme suit :

- 3 Représentants des syndicats des médecins libéraux les plus représentatifs.
- 3 Représentants de la CNAM désignés par le PDG.

² A défaut la CPR se réunit 7 jours après la date de la première réunion et délibère quelque soit le nombre des présents. Exemple art. 78 de la convention sectorielle des pharmaciens, mais aussi l'art. 123 de la convention sectorielle des médecins de libre pratique ou l'art. 70 de la convention sectorielle des médecins dentistes de libre pratique.

³ Toutefois, pour que cette formulation soit recevable à l'ordre du jour de la réunion de la CPR, la totalité des conventions sectorielles imposent une obligation de conventionnement avec la CNAM pour chaque auteur de cette formulation. Exemple, l'art. 114 de la convention sectorielle des médecins de libre pratique.

⁴ Voir à titre d'exemple l'art. 128 de la convention sectorielle des médecins de libre pratique.

2) Les missions insuffisantes des CPR

Les commissions paritaires ont pour mission le suivi de la relation conventionnelle et au règlement des litiges et ce, à titre exclusivement consultatif. Les CPR constituent *un premier niveau de recours aux parties ayant pour objectif l'instauration d'un espace de dialogue, d'échange et de rapprochement des points de vue des parties. Leur mission consiste en la recherche d'une résolution amiable et consensuelle des litiges qui lui sont soumis*¹. Toutefois, elles disposent d'une certaine marge de manœuvre pour résoudre les litiges à l'amiable avant de saisir la commission nationale d'assurance maladie.

Au cours des réunions, les discussions tournent généralement autour de thèmes qui se répètent quelque soit la nature du prestataire de soins. Ces thèmes ou ces questions peuvent être résumés sur les points suivants : Des questions en rapport avec la compétence des instances de la CNAM², des problèmes liés à l'information³ et généralement toutes les questions de prise en charge par la CNAM des dépenses de santé pouvant être problématique vis-à-vis des prestataires de soins⁴.

Il semblerait pour autant que les CPR n'atteignent pas au niveau régional le degré de concertation qui existe à l'échelle nationale au sein du conseil national d'assurance maladie⁵. L'assurance maladie tunisienne et par conséquent la solidarité nationale en matière sanitaire aurait beaucoup à gagner s'il existait un véritable espace de concertation entre les différents acteurs de la santé publique et l'assurance maladie au niveau local et régional. Les CPR sont naturellement appelés à jouer ce rôle à condition de renforcer leurs

¹ Enoncé qui se répète dans l'ensemble des conventions sectorielles. V. à titre d'exemple l'art. 71 de la convention sectorielle des pharmaciens d'officine ou l'art. 114 de la convention sectorielle des médecins de libre pratique.

² Les prérogatives de chacun des membres des CPR, l'étendue des prérogatives du contrôle médical. Le rapport des instances de la CNAM avec les différents prestataires de soins et avec les assurés sociaux

³ Circulation de l'information, système d'information entre CNAM et prestataires (information sur les plafonds de prise en charge, dossier médical des assurés sociaux, rapport entre les prestataires de soins dans le cadre du parcours de soins concerté).

⁴ Exemples : Le respect des délais de remboursement, les problèmes de la prise en charge des APCI dans les secteurs publics et privés.

De manière générale, chaque prestataire médical de libre pratique désireux de soulever une quelconque question ou un quelconque litige est appelé à saisir le président de la commission par écrit.

⁵ Et ce, en se basant sur la composition, les compétences et les thèmes discutés au sein des deux organismes. Malheureusement les PV des réunions ne sont pas publiés pour pouvoir opérer une comparaison réellement objective.

compétences et d'élargir leurs compositions¹.

Il semble que le contrôle prime sur la concertation dans la gestion des problèmes et des conflits en matière d'assurance maladie. Ce constat est en réalité observable dans tous les aspects de la gouvernance politique, administrative et financière en Tunisie. Dans un contexte plus sociologique, il s'analyse dans le cadre de la faiblesse de la société civile dans tous les domaines et particulièrement dans le domaine médico-social.

L'existence d'instances régionales du contrôle médical plus connus par les praticiens et les malades que les CPR, risque de tempérer une éventuelle volonté pour renforcer le rôle des CPR au niveau régional et local.

§-2 Le contrôle médical, principal organe de la régulation médicale de l'assurance maladie ?

L'organisation du contrôle médical (B) est prévue par le chapitre V de la loi 2004-71 précitée. Ses modalités d'application sont fixées par le décret 2005-3031 du 21/11/2005². Il constitue le principal moyen de régulation de l'assurance maladie en Tunisie à travers des attributions nettement renforcées par la réforme de 2004 (A).

A- Les attributions du contrôle médical

Le décret n°2005-3031 du 21 novembre 2005 constitue un dispositif assez complet du contrôle médical de l'assurance maladie tunisienne. Il s'agit en quelque sorte d'un dispositif d'alerte au profit de la solidarité nationale contre toute éventualité d'abus que ce soit sur le plan strictement médical ou –principale innovation du dispositif actuel- sur toute entrave du bon fonctionnement de cette solidarité en matière sanitaire.

¹ Il serait possible d'inclure dans cette composition des représentants d'usagers ainsi que les représentants des instances régionales des syndicats des travailleurs. Notons qu'en droit français il existe trois échelons de conciliation entre l'assurance maladie et les praticiens, ayant une compétence beaucoup plus élargie que les CPR de l'assurance maladie tunisienne : Les commissions paritaires nationales (CPN), les commissions paritaires régionales (CPR) et les commissions paritaires locales (CPL). V. par ex. les articles. 5.3.1, 5.3.2 et 5.3.3 de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par l'arrêté du 3/02/2005. Journal officiel français n°35 du 11 février 2005 p. 2275.

² JORT n° 94 du 25/11/2005, p. 3331.

1) Le renforcement des attributions du contrôle médical

Dans les précédents régimes légaux d'assurance maladie, le contrôle médical faisait partie du cadre étriqué de la gestion de la branche maladie de la sécurité sociale. Pour chaque régime il existait un contrôle médical rattaché à la caisse gérant ce régime¹. La réforme de 2004 unifie le contrôle médical en même temps qu'elle unifie le régime de l'assurance maladie. Le décret de 2005 tout en assignant une fonction classique à ce contrôle le renforce de façon ambitieuse semblant soucieux de la pérennité de la solidarité nationale en matière sanitaire. L'objectif de ce contrôle est de « *veiller sur la bonne dispensation des prestations de soins au profit des assurés sociaux et leurs ayants droit, de participer à la promotion de leurs qualité et à rationaliser les dépenses du régime d'assurance maladie et des différents régimes gérés par la caisse nationale d'assurance maladie* ».

Si « la bonne dispensation des prestations » de soins constitue une tâche logique d'un contrôle médical dans le cadre de l'assurance maladie, l'insistance sur la qualité et sur la rationalisation des dépenses constituent les deux points capitaux de l'innovation et du renforcement du rôle du contrôle médical en Tunisie² indépendamment de la partie sur laquelle s'exercera ce contrôle ; c'est à dire les bénéficiaires, les prestataires de soins conventionnés et les structures et établissements de soins conventionnés.

En ce qui concerne les bénéficiaires, le contrôle médical est classique sous forme d'un avis médical valant approbation pour un certain nombre de prestations fournies par la

¹ C.a.d. un contrôle médical rattaché à la CNSS prévu par l'art. 17 de la loi n°60-30 du 14/112/1960 relative à l'organisation des régimes de sécurité sociale. Le décret n°91-487 du 1/04/1991 (JORT n°26 du 19/04/1991, p. 893) réorganise la commission médicale auprès de la CNSS. Le contrôle médical pour le secteur public est prévu par l'art. 7 du décret beylical du 12/04/1951 (JOT du 17/04/1951, p.469) créant un contrôle médical auprès de la société de prévoyance des fonctionnaires tunisiens, réorganisé et intégré à la CNRPS par le décret n°73-91 du 12/03/1973 (JORT n°10 du 09/03/1973 p. 355).

Les attributions de ces 2 contrôles médicaux se limitaient essentiellement à vérifier le « bien fondé » des prescriptions médicales justifiant les demandes de prestation sanitaires soumis à leur accord. D'autres missions se sont greffées au fil des années au fur et à mesure du développement des prestations d'assurance maladie de la CNSS et de la CNRPS. Mais ce contrôle n'atteint pas l'ampleur des attributions de contrôle médical de la CNAM. V. Md Salah Kasmi. « L'assurance maladie en Tunisie : Nouveautés et aspect pratique ». Tunis, Imprimerie Papeterie Centrale, 2008, p. 214 et s.

² C'est toute une politique de qualité en matière des services de santé qui est en train d'être mise en place en Tunisie depuis quelques années que ce soit au niveau du ministère de la santé publique ou au niveau des hôpitaux. V. infra titre 2.

CNAM. Le contrôle médical constitue le principal filtre contre les éventuels abus des bénéficiaires en matière de prestations fournies dans le cadre du régime de base d'assurance maladie. Une lacune importante de ce dispositif demeure à savoir la non prise en compte d'éventuels abus dans les régimes complémentaires qui peut être une source d'éventuel dysfonctionnement de ce régime de base¹.

En ce qui concerne les prestataires le décret 2005-3031 cadre ce contrôle médical dans le strict respect des dispositions législatives organisant l'exercice des professions médicales et paramédicales en insistant en particulier sur le respect du secret médical². Ce garde fou s'il encourage les praticiens à coopérer avec le contrôle médical risque de limiter ce dernier lorsqu'il s'agira d'appliquer les procédés de ce contrôle vis-à-vis des praticiens. L'article 9 du décret 2005-3031 détermine ces procédés, il s'agit de la collecte d'informations et de l'accès aux documents dans le cadre des prestations de soins objet de la demande de prise en charge. En cas de défaillance, l'article 11 du décret précise que « *le praticien conseil procède à la consignation des ses observations portant sur les défaillances et les manquements constatés dans un rapport qui sera transmis obligatoirement à la caisse nationale d'assurance maladie qui prend les mesures nécessaires pour préserver les intérêts de toutes les parties* ». La rédaction de cet article et la prudence des expressions laisse percevoir le souci de rassurer les prestataires de soins vis-à-vis du contrôle médical. Le décret ne spécifie pas le genre de mesures que doit prendre la CNAM en cas de défaillance des praticiens. Nous considérons qu'il s'agit d'une grande lacune. La recherche du consensus et des solutions amiables semblent être prioritaires dans ce cas de figure.

Ce flou qui concerne le contrôle médical se retrouve pour les soins dispensés dans les structures et établissements privés conventionnés avec la CNAM. Si un droit de visite³

¹ Le droit français étend le champ d'intervention du contrôle médical à l'ensemble des régimes complémentaires au régime de base de l'assurance maladie. V. J.J. Dupeyroux, M. Borgetto et R. Lafore « Droit de la sécurité sociale ». Paris, Dalloz, 2011, p. 551 et s.

² Art. 8 du décret précité. Notons que cette insistance ne figure pas lorsqu'il s'agit de contrôler les bénéficiaires. Il s'agit en l'occurrence de rassurer les différents prestataires de soins, qui avaient exprimé lors des travaux préparatoires d'élaborations des textes d'application de la loi de 2004 des réserves sur l'augmentation des pouvoirs du contrôle médical.

³ Art. 12 du décret précité.

et de communication des renseignements et autre documents¹ sont reconnus aux contrôleurs, le même souci de ménager à la fois ces structures privées et les praticiens qui y exercent sont perceptibles dans le décret 2005-3031. L'article 15 par exemple donne aux médecins conseil un pouvoir de constatation des conditions d'hébergement des malade couverts par l'assurance maladie *et leur conformité aux critères et normes prévus par la législation organisant l'exercice de l'activité de ces structures et établissements*, ce même article ne dit pas quelles suites donner en cas d'infractions commises par ces structures à cette législation.

S'il y'a vraiment renforcement des attributions du contrôle médical dans le cadre de la réforme de 2004, ce renforcement est avant tout un élargissement des compétences et par conséquent de la masse de travail des praticiens contrôleurs sans réel accroissement de leurs prérogatives et moyens d'actions. Malgré cette évolution inachevée, le contrôle médical de la CNAM est vraisemblablement le seul organe outillé à exercer une régulation médicale et ce, dans l'intérêt de la solidarité nationale.

2) Le contrôle médical, instrument de régulation² médicale de l'assurance maladie tunisienne

L'existence d'un contrôle médical constitue un outil efficace d'orientation des choix techniques et surtout financiers de l'assurance maladie. La réforme de 2004 renforce implicitement ce rôle d'orientation. Aux classiques contrôles à priori et concomitant³, l'article 17 de la loi 2004-71 assigne à ce contrôle de nouvelles missions particulièrement sur les deux axes suivants⁴ : D'une part, ce contrôle doit désormais suivre et contrôler la *qualité des services rendus par les fournisseurs des prestations de soins fournies aux assurés sociaux et à leurs ayants droit*. D'autre part, il doit suivre *l'évolution des dépenses de santé*. Le décret 2005-31 détaille⁵ ces deux axes.

Le praticien conseil doit d'abord réaliser *des études évaluatives aux niveaux national et régional concernant les prestations de soins prodiguées aux assurés sociaux et*

¹ Art. 13.

² Sur la notion de régulation v. J.-Ph. Colson « Droit public économique ». Paris, LGDJ 2001, p. 499 à 521.

³ Donner des accords préalables, effectuer des contre-visites

⁴ Alinéa 1 et 3 de l'art. 17 de la loi n°2004-71 précitée.

⁵ Dans son titre III.

leurs ayants droit et notamment en ce qui concerne la promotion de la qualité des prestations de soins, la maîtrise du coût de ces prestations et la rationalisation du comportement sanitaire du bénéficiaire¹.

Le praticien conseil doit procéder ensuite à *l'analyse, à la synthèse au suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs des prestations de soins dispensées aux bénéficiaires à partir des résultats du contrôle périodique ou par la sélection d'un échantillon des dossiers médicaux des bénéficiaires.*

Il procède, également et surtout *au suivi du rythme de l'évolution des indicateurs relatifs à la prise en charge de certaines maladies, à la prescription et la consommation des médicaments, aux explorations, et analyses, aux périodes d'arrêt du travail et aux prestations octroyées aux bénéficiaires².* Le praticien conseil peut désormais accomplir ces missions en coordination avec les structures sanitaires et hospitalières, les structures professionnelles et syndicales des prestataires de soins. Il peut aussi travailler avec les associations concernées par l'octroi des prestations de soins et la recherche dans le domaine médical et sanitaire³.

Le praticien conseil participe enfin à *la conception et à la mise en œuvre des programmes nationaux de promotion de la qualité des prestations de soins, des programmes d'optimisation de l'exploitation des ressources humaines et financières affectées à la prise en charge des prestations de soins, de programmes de prévention de certaines maladies à coût onéreux, et de tout ce qui peut garantir la qualité, la sécurité et l'efficacité des prestations servies aux bénéficiaires⁴.* Toutes ces études et rapports doivent être obligatoirement transmis à la direction générale de la caisse nationale d'assurance maladie.

Le praticien conseil devient ainsi non seulement un véritable expert et évaluateur de l'assurance maladie mais de toute la politique médico-sociale du pays. La jonction avec sa mission classique de contrôle le transforme en un véritable régulateur du système de prise

¹ Art. 17 du décret n°2005-31 précité.

² Art. 18 du décret 2005-31.

³ Art. 19.

⁴ Art. 20.

en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale¹.

Cependant, il ne faut pas se leurrer. Ce schéma aussi séduisant soit-il ne pourra jamais remplacer l'efficacité d'une véritable autorité de régulation autonome ou indépendante de l'assurance maladie, qui reste à construire en droit tunisien². D'abord, il ne faut pas oublier que les praticiens conseil sont d'abord des professionnels médicaux et paramédicaux. Le risque à ce que les solidarités corporatives l'emportent n'est pas à écarter. Ensuite les dossiers traités dans le cadre de l'exercice de la mission de contrôle stricto sensu, limitent le temps consacré à la seconde et à la troisième mission. Enfin, l'organisation même du contrôle médical se caractérise par des faiblesses évidentes. La régulation du secteur de la santé est pour l'instant diluée dans l'organisation des services centraux du ministère de la santé publique dans *un contexte de transaction*³.

B- L'organisation du contrôle médical, des faiblesses évidentes

Le contrôle médical se compose d'un corps de praticiens médicaux appelés « les médecins conseils » ou « pharmaciens conseils ». Cependant, leur activité s'effectue dans le cadre des instances régionales⁴ ou de l'instance nationale⁵ de la CNAM.

1) Les instances régionales du contrôle médical

Des commissions régionales de contrôle médical (CRCM) ont été créées auprès de la CNAM. Leur nombre et leur attribution sont fixés par arrêté du ministre des affaires sociales⁶. Elles sont compétentes pour résoudre les contestations des assurés sociaux à propos des décisions rendues par les bureaux régionaux et locaux de la CNAM sur avis du praticien conseil.

¹ La mission de contrôle influence la mission d'étude et d'évaluation qui influence à son tour la mission de contrôle aboutissant à une régulation du système

² V. infra Titre II, Chapitre1, Section1, paragraphe 2.

³ V. A. Aouij-Mrad « La régulation du secteur de santé dans un contexte de transaction » in « La régulation » Acte du colloque de l'association tunisienne de droit administratif les 5 et 6 mars 2010 (sous la direction de H. Ben Salah et A. Aouij-Mrad). Tunis, CPU, 2011, p. 79.

⁴ Prévues par les articles 25 et s. du décret n°3031-2005 précité. Toutefois, tout en existant dans la pratique en 2012, l'arrêté fixant le nombre et la composition de ces commissions régionales n'est pas encore publié.

⁵ Prévues par les articles 30 et s. du même décret.

⁶ Art. 26 du décret n°3031-2004.

L'assuré social peut être convoqué, soit directement soit par le biais d'un représentant, devant la commission et être invité à présenter des justificatifs à sa demande sept jours avant la date de la réunion de la dite commission¹. La commission a toute la liberté d'ordonner des enquêtes, des vérifications et des expertises. Elle peut inviter le médecin traitant du bénéficiaire ainsi que n'importe quel spécialiste dont l'avis peut être utile pour la décision de la commission². La commission est obligée de donner une décision motivée confirmant ou infirmant l'avis du médecin ou du pharmacien conseil dans un délai de quinze jours de la date de réception de la demande de révision. L'assuré social prend connaissance de la dite décision dans un délai de sept jour de son émission³.

Malgré ce dispositif assez clair, il est important de souligner dans ce cadre que le dispositif conventionnel de la CNAM ne prévoit pas du tout la question des CRCM. Aucune convention sectorielle ne fait une allusion à ces commissions. Sans doute est-ce le fait que l'arrêté d'application ne soit pas encore publié qui explique cette lacune. Dans la pratique les travaux de ces CRCM se concentrent sur les problèmes rencontrés par les patients dans leurs relations avec la CNAM sans s'intéresser aux praticiens. Ce qui contredit la structure même du décret 2005-3031. Le titre II de ce décret, relatif à l'exercice du contrôle médical est subdivisé en deux chapitres : Le premier concerne le contrôle médical des bénéficiaires et le second concerne le contrôle médical des prestataires de soins conventionnés⁴.

Le décret 2002-3031 ne spécifie pas enfin le niveau de rattachement des CRCM. On ne sait s'il s'agit uniquement des centres régionaux de la CNAM ou s'il concerne également les centres locaux. La non publication de l'arrêté d'application explique dans une large mesure ces lacunes liées au fonctionnement des CRCM. La situation n'est pas différente pour ce qui concerne l'instance nationale du contrôle médical.

¹ Art. 27.

² Art. 28.

³ Art. 29.

⁴ V. infra, B.

2) L'instance nationale du contrôle médical

Il s'agit de la commission nationale du contrôle médical (CNCM) prévue par le chapitre III du décret 2005-3031 qui siège auprès du ministre de la sécurité sociale et non auprès des instances centrales de la CNAM.

Elle est composée de médecins¹. Son président est nommé par le ministre des affaires sociales. Les autres médecins² représentent le ministère de la santé publique (1 membre), la CNAM (3 membres) et les « *organisations des partenaires sociaux les plus représentatives*³ » (3 membres). Les réunions de cette commission sont très fréquentes puisqu'elles ont lieu au moins une fois par mois et chaque fois que le président l'estime nécessaire⁴.

La commission nationale est compétente pour examiner l'ensemble des demandes de révisions adressées⁵ par les assurés sociaux contre les décisions des commissions régionales les concernant⁶. L'assuré social peut assister personnellement à la réunion ou se faire assister par un représentant ou par son médecin traitant. En contre partie, la commission nationale peut se faire assister d'un médecin spécialiste pour examiner l'assuré social ou son dossier médical⁷. Les décisions de la CNCM doivent être rendues dans un délai de soixante jours de la date de réception de la demande de révision. Elle en informe le contenu à l'assuré social et à la CNAM dans un délai de quinze jours de la date d'émission de la décision⁸.

¹ Alors que les praticiens conseils comportent également des pharmaciens conseils, qui se trouvent ainsi complètement occultés par l'instance nationale du contrôle médical.

² Art. 31 du décret 2005-3031 précité.

³ Toutefois le décret ne précise pas quelles sont ces organisations et sur quel critère s'opère le choix. Il aurait été plus préférable de renvoyer cette question à un arrêté d'application du ministre des affaires sociales.

⁴ Ce dernier fixe en même temps l'ordre du jour de l'ensemble de ces réunions.

⁵ Ces demandes doivent être écrites, adressées directement par l'assuré social ou par le biais d'un représentant, auprès du secrétariat de la commission ou auprès des services centraux ou régionaux de la CNAM. Ces demandes doivent être adressées dans un délai de 30 jours de la date de notification de la décision de la CRCM. Art. 33 du décret 2005-3031 précité.

⁶ Elle peut convoquer l'assuré social par lettre recommandée dans un délai de 15 jours avant la réunion.

⁷ Pour le reste, la commission nationale du contrôle médical fonctionne selon un schéma classique des instances administratives collégiales. La commission ne peut délibérer qu'en présence de la moitié de ses membres (qui constitue donc son quorum). Les décisions sont prises à la majorité des voix des membres présents. En cas d'égalité, celle du président est prépondérante. V. art. 36 du décret 2005-3031.

⁸ Art. 37.

La structure centrale du contrôle médical est organisée d'une manière qui occulte les prestataires privés des soins. Les commissions régionales et la commission nationale doivent exercer une mission de contrôle non seulement sur les aspects médicaux du dossier de l'assuré social, mais également sur l'ensemble des aspects de ce dossier qui concerne l'assurance maladie de manière générale¹.

Il semble donc qu'il existe un décalage entre les attributions du contrôle médical tel que définies par la loi et par le décret 2005-3031 et le fonctionnement des instances de ce même contrôle médical. Pourtant, les textes assignent à ce contrôle une mission qui se rapproche d'un authentique pouvoir de régulation au sein d'un environnement administratif et sanitaire pas toujours en phase avec le système d'assurance maladie tel que refondé en 2004.

Conclusion du titre 1

Le système tunisien d'assurance maladie révèle dans sa nouvelle organisation deux principaux enseignements. Le premier est l'insuffisance et la fragilité du cadre normatif pourtant profondément refondé en 2004. Le second est le souci du compromis avec les prestataires privés de soins qui caractérisent à la fois les textes et les institutions de l'assurance maladie. L'introduction du procédé de conventionnement est à cet égard la principale innovation de la réforme de 2004. Le système ainsi créé concrétise une forme de concertation dans la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé. Nous estimons toutefois que cette concertation demeure insuffisante car ni les textes, ni les institutions de l'assurance maladie ne prennent suffisamment en compte le principal intéressé de la solidarité nationale : l'assuré social.

¹ On peut citer à titre d'exemple le non respect des tarifs conventionnels, des règles conventionnelles de prescription médicale....

Titre 2

Les rapports du système tunisien d'assurance maladie avec son environnement

L'un des principaux apports du renouveau de la solidarité nationale en matière sanitaire à travers la réforme de 2004 est le renforcement de l'intégration du nouveau système d'assurance maladie avec son environnement direct. Si, malgré quelques insuffisances, la solidité des liens entre ce système et l'administration socio-sanitaire et hospitalière sont confirmés (**Chapitre premier**), son ouverture au secteur privé en constitue la principale innovation (**Chapitre deux**). La solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé intègre désormais clairement tout l'environnement socio-sanitaire du pays. Nous aborderons successivement les deux dimensions de cet environnement du système tunisien d'assurance maladie.

Chapitre premier

Les rapports avec l'administration socio-sanitaire et hospitalière

Si le système d'assurance maladie constitue la principale manifestation de la prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale, cette solidarité est nécessairement encadrée par le principal garant de cette solidarité à savoir l'Etat. Cet encadrement se fait essentiellement par la tutelle qu'exercent certains services centraux ou décentralisés de l'Etat sur l'assurance maladie (**Section première**). Cette tutelle ne semble pas avoir été affectée par la réforme de 2004.

Sur un autre plan, l'hôpital public constitue la principale structure où cette solidarité nationale exerce sa plénitude. Mais c'est aussi dans ce même hôpital public que cette solidarité affiche ses lacunes et exprime visiblement les grandes limites de sa portée. Les rapports entre l'assurance maladie et l'environnement hospitalier public connaît depuis la réforme de 2004 une redéfinition du rôle de chaque acteur. L'assurance maladie et l'hôpital public constitue en Tunisie un couple intimement liés agissant de concert dans l'action médico-sociale du pays (**Section deux**). Pourtant ce lien aussi fort soit-il manque d'harmonie. C'est comme si chacun concrétisait la solidarité nationale à sa manière. La recherche d'une synergie entre l'hôpital public et l'assurance maladie dans le cadre d'une seule et unique solidarité nationale est loin d'être réalisée en droit tunisien.

Section 1: L'assurance maladie et l'administration, un pilotage centralisé de la solidarité nationale

L'administration sanitaire et sociale se compose de l'ensemble des structures administratives centrales¹ ou décentralisées², ministérielles ou territoriales³ en charge de l'action médicale et médico-sociale. L'ensemble de ces structures si elles ne font pas directement partie du système tunisien d'assurance maladie ne sont pas moins importantes pour comprendre le fonctionnement et la logique générale de ce système.

Si la réforme de 2004 a engendré une refonte certes mineure, des services centraux administratifs en lien avec l'assurance maladie, cette même réforme n'a pas eu d'impact visible sur l'environnement administratif régional et local de l'action médicale et médico-sociale.

Sur un autre plan, la loi de 2004 aurait pu constituer une occasion pour instaurer de nouvelles structures administratives de régulation ou d'accréditation au service de l'assurance maladie⁴ et dans l'intérêt des assurés sociaux⁵.

Nous aborderons successivement, dans le cadre de l'environnement administratif de l'assurance maladie, l'administration centrale sanitaire et sociale (§1) ainsi que les autres structures administratives de cet environnement (§2), essentiellement les administrations

¹ Les structures administratives centrales font partie de l'Etat. Dépourvues de personnalité juridique indépendante elles se situent surtout dans le cadre des services ministériels. V. H. Ben Salah « L'organisation administrative de la Tunisie ». Tunis, ENA, CREA, 1993, p. 62 et s., Md R. Jenayah « Droit administratif ». Tunis, CPU, 2008 p. 85 et s. (en arabe), Y Ben Achour, « Droit Administratif ». op cit., p. 72 et s. Pour une approche plus théorique v. M.L. Martin, A. Cabanis « Administration d'Etat, Administration centrale, Administration nationale » in « Administration et changement : mutation structurelle et pénétration territoriale en Tunisie » Sous la direction de H. Ben Salah et H. Roussillon. Publication de la Faculté de Droit et des Sciences Politiques de Tunis et Presses de l'Institut des Sciences politiques de Toulouse, 1991, p.15.

² Les structures administratives décentralisées sont dotées d'une personnalité juridique indépendante par rapport à celle de l'Etat. Ce sont soit des établissements publics soit des collectivités territoriales. V. H. Ben Salah, « L'organisation administrative de la Tunisie », op. cit. p. 130 et s., Y. Ben Achour, op. cit. p. 155 et s. Md R. Jenayah, op. cit. p. 113 et s. Pour une approche globale de la décentralisation en Tunisie, v. L. Tarchouna « Décentralisation et déconcentration en Tunisie ».Thèse précitée.

³ Par administrations territoriales nous entendons l'ensemble des structures administratives agissant dans le cadre d'une circonscription territoriale régionale ou locale ; nonobstant son caractère décentralisé (les collectivités territoriales) ou centralisé (l'administration territoriale de l'Etat). V. R. Chapus op. cit., p. 193.

⁴A l'instar de ce qui existe en droit comparé.

⁵ Et même dans l'intérêt de l'ensemble des utilisateurs des services de santé si on prend en compte les deux principaux objectifs de la loi à savoir la qualité des soins et la maîtrise des coûts qui profitent normalement à tout le monde. En droit comparé, c'est souvent des autorités publiques indépendantes qui veillent à la réalisation des ces deux objectifs. V. infra chapitre deux, B.

territoriales.

§-1 L'administration centrale et l'assurance maladie

Deux structures administratives centrales font clairement partie de l'environnement direct de l'assurance maladie tunisienne. Il s'agit bien sûr et d'abord de la tutelle directe de cette assurance maladie à savoir le ministère en charge des affaires sociales (A), mais aussi du ministère en charge de la santé publique (B). D'autres structures administratives centrales peuvent avoir des liens ou un impact plus ou moins importants sur l'assurance maladie. (C).

A- Le ministère en charge des affaires sociales

Etant une branche de la sécurité sociale, l'assurance maladie est soumise à ce titre à la tutelle du ministère des affaires sociales. Cependant, cette tutelle est purement administrative et concerne surtout la CNAM ce qui fait de ce ministère un acteur plutôt mineur de l'environnement de l'assurance maladie tunisienne.

1) L'exercice de la tutelle

Ce sont les décrets 96-269¹ et 2005-2978² qui fixent les attributions du ministère des affaires sociales, de la solidarité et des tunisiens à l'étranger³.

La mission générale de ce ministère consiste à mettre en œuvre la politique sociale de l'Etat, visant à assurer un développement social équilibré, à consacrer les principes de *solidarité entre les individus, les catégories et les générations composant la société et à consolider le bien être social à travers la consécration des valeurs de l'auto responsabilité, et ce, dans les domaines du travail et des relations professionnelles, de la santé et la*

¹ Décret n°96-269 du 14/02/1996, portant organisation du ministère des affaires sociales. JORT n°17 du 27/02/1996, p. 376.

² Décret n°2005-2978 du 8/11/2005 fixant les attributions du ministère des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger. JORT n°91 du 15/11/2005, p. 3258.

³ Notons que l'intitulé de ce ministère est changeant. Par commodité nous utiliserons l'expression « ministère des affaires sociales ».

*sécurité au travail, de la sécurité sociale, de la promotion des catégories vulnérables et à besoins spécifiques, de l'enseignement des adultes, de l'encadrement de la communauté tunisienne à l'étranger et du logement social*¹.

Nous remarquons à ce niveau que ce décret reprend à son compte une partie du dispositif de la constitution du 1^{er} juin 1959 tel que modifiée en 2002² particulièrement son insistance sur la notion de solidarité nationale. Cette nouvelle considération se reflète au niveau des attributions telles que mentionnées par le décret précité

Ainsi, le ministère doit d'une part *élaborer les projets visant à développer et à ancrer les principes de solidarité et d'entraide, assurer l'égalité des chances et combattre toutes formes d'exclusion et de marginalisation sociales*. D'autre part ce même décret insiste sur la nécessité pour le ministère de *consolider et développer les régimes de sécurité sociale en vue d'activer leur rôle en tant que facteur essentiel du développement économique et social*³.

Cependant et malgré ces louables intentions, c'est l'exercice de la tutelle sur la CNAM qui constitue en réalité le rôle le plus concret de ce ministère en matière d'assurance maladie. Cette tutelle prévue par la loi du 2 août 2004 et par le décret 2005-321⁴ est une tutelle classique d'ordre administratif qui respecte les schémas classiques de la tutelle sur les EPNA en droit administratif tunisien⁵. La qualification de la CNAM en tant qu'entreprise publique⁶ ne limite en rien les lourdeurs de cette tutelle. Concrètement c'est la direction générale de la sécurité sociale au sein du ministère qui exerce cette tutelle

¹ Art. 1er du décret 2005-2978. La politique sociale de l'Etat en matière de lutte contre les précarités, le chômage et les déséquilibres régionaux est remise en cause depuis 2011.

² Constitution suspendue en 2011. Notons que l'avant projet de la future constitution présentée au sein de l'assemblée constituante en décembre 2012 ne prévoit pas dans son dispositif la notion de la solidarité nationale.

³ Art. 4 du décret 2005-2978. Notons qu'à ce niveau également les événements de 2011 remettent en cause toute la politique du développement économique et social du pays.

⁴ Relatif à l'organisation administrative et financière de la CNAM.

⁵ Sur la tutelle administrative en matière de décentralisation technique en droit tunisien, et particulièrement sur les EPNA et les entreprises publiques v. Décret n°2002-2197 du 7/10/2002 relatif aux modalités d'exercice de la tutelle sur les entreprises publiques, à l'approbation de leurs actes de gestion, à la représentation des participants publics dans leurs organes de gestion et de délibération et à la fixation des obligations mises à leur charge. JORT n°83 du 11/10/2002, p. 2364.

⁶ V. supra, titre I

sur la CNAM, mais aussi sur l'ensemble des caisses sociales¹. Les textes réduisent ainsi fortement le rôle du ministère des affaires sociales dans la direction de l'action publique en matière d'assurance maladie, sauf pour les questions strictement techniques en rapport avec l'action administrative de l'Etat.

2) L'administration centrale sociale : acteur mineur de l'environnement de l'assurance maladie

De ce qui précède et en tant qu'organe de l'Etat, c'est-à-dire l'expression supérieure de l'idée de la solidarité nationale ; on peut légitimement s'interroger sur le rôle réel de l'administration centrale sociale en matière d'assurance maladie.

D'abord c'est le ministère des affaires sociales qui proposent les principales nominations que ce soit au sein de la CNAM ou au sein des autres structures de l'assurance maladie tunisienne (Conseil National d'assurance maladie, commissions paritaires, contrôle médical...)². Ensuite, ce ministère à travers ses représentants siège au sein d'un certain nombre de ces organes notamment collégiaux sans nécessairement en occuper la présidence³. Enfin et sans jouer le rôle d'initiative ou d'impulsion qui aurait dû être le sien, le ministère des affaires sociales constitue la structure au sein de laquelle sont menées les négociations entre les différents partenaires sociaux pour l'élaboration des textes en rapport avec l'assurance maladie⁴.

En réalité, l'administration centrale sociale agit à l'ombre de deux mastodontes de l'environnement de l'assurance maladie tunisien. Il s'agit d'abord des partenaires sociaux⁵

¹ Direction prévue par le décret 1996-269 précité. Notons que le bureau des affaires régionales et des établissements sous tutelle ne constitue pas un vis-à-vis de la CNAM et des autres caisses sociales.

Remarquons aussi que ce décret n'a pas été modifié après la réforme de 2004. La création d'une direction propre à l'assurance maladie constituera à notre sens un signal fort de l'importance de ce secteur au sein de l'administration centrale de l'Etat.

² Toutefois, ce ministère est formellement exclu pour ce qui concerne la nomination du PDG de la CNAM.

³ Pour les organes collégiaux ministériels c'est le premier ministre qui occupe cette présidence, c'est particulièrement le cas du conseil national d'assurance maladie. Pour les organes collégiaux à caractères techniques, cette présidence est souvent confiée au PDG de la CNAM.

⁴ Les ministres en général et le ministre des affaires sociales en particulier semblent reprendre à ce niveau plus d'initiatives après la révolution de 2011. V. l'annonce du ministre des affaires sociales le 16/01/2012 (Journal La presse de Tunisie du 17/01/2012) sur une prochaine grande réforme du système d'assurance maladie, annonce qui demeure toutefois non concrétisée fin 2012.

⁵ UGTT, Syndicats des principaux prestataires de soins et dans une moindre mesure, l'UTICA et principaux ordres professionnels médicaux.

mais aussi de la CNAM elle-même.

Les partenaires sociaux ont toujours joué le rôle déterminant dans la politique générale de l'assurance maladie que ce soit lors de la phase d'élaboration du nouveau régime ou après 2007/2008 dans le fonctionnement des institutions de l'assurance maladie mais aussi dans les révisions périodiques des différentes conventions médicales. Ces différents partenaires conserveront à notre avis leurs rôles déterminants dans les futures réformes de l'assurance maladie tunisienne pour les raisons suivantes. Il est d'abord difficile de renoncer à l'association qui existe depuis 1996 des différents partenaires sociaux dans la mise en œuvre de la solidarité nationale en matière sanitaires. Ensuite et depuis 2011, la société civile tunisienne connaît un renouveau certain. Il est désormais difficile de l'ignorer dans toute politique sociale. Les partenaires sociaux de l'assurance maladie est une partie importante de cette société civile désormais acteur majeur¹.

Quand à la CNAM nous avons vu précédemment qu'elle constituait avec ses différents organes non seulement l'institution qui dirige réellement et concrètement le système ; mais que associée au contrôle médical, elle joue un rôle également déterminant dans la régulation du système.

Ces deux structures ainsi que la nature du régime politique tunisien² d'avant 2011 limitaient drastiquement le rôle du ministère des affaires sociales en matière de détermination des grands choix dans la prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale. Cette situation semble se répéter pour ce qui concerne la deuxième structure centrale de l'administration sanitaire et sociale.

B- Le ministère de la santé et l'assurance maladie

Synthétisant à la fois l'action sociale et sanitaire de l'Etat, l'assurance maladie est nécessairement concernée par les structures centrales du ministère de la santé.

¹ Nous n'avons pas un recul nécessaire pour pouvoir juger du caractère durable de ce constat. En 2012, la Tunisie est encore en période transitoire.

² Caractérisée par le rôle central des services de la présidence de la république dans la détermination des grandes orientations en matière de politiques publiques. V. H. Ben Salah, op. cit. et Y. Ben Achour, op. cit. p.64 et s.

L'administration centrale sanitaire constitue un acteur important de l'environnement médico-social dans la mesure où les institutions publiques sanitaires constituent le principal lieu où s'exerce la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé. On analysera d'abord la nature des rapports qui existent entre l'assurance maladie et l'administration centrale sanitaire et on s'interrogera ensuite sur l'impact de la réforme de 2004 sur l'organisation des services du ministère de la santé.

1) Les rapports entre l'assurance maladie et le ministère de la santé

D'après le décret 74-1064 du 28 novembre 1974¹ relatif aux missions et aux principales attributions du Ministère de la Santé Publique, les services centraux du ministère doivent *veiller sur la santé de la population dans le but de permettre le développement harmonieux de ses facultés physiques et mentales et de son adaptation au milieu naturel et à l'environnement social du pays par la lutte contre les causes de détérioration du bien-être physique ou mental qui peut l'affecter individuellement ou collectivement.*

A ce titre, le ministère *élabore pour le gouvernement, la politique de santé publique, la planifie, veille à sa mise en œuvre et en contrôle l'exécution dans les domaines de la prévention, des soins, du médicament, des stupéfiants et des laboratoires et de la réadaptation.*

De ce qui précède, on peut affirmer que le ministère de la santé possède un droit de regard général sur toutes les questions en rapport avec la santé et l'action médico-sociale. L'assurance maladie même en ayant pas de lien institutionnel ne peut de ce fait ignorer cette administration centrale sanitaire. De même le ministère de la santé ne peut ignorer également l'assurance maladie. Quel est donc la nature des rapports qui existent entre les deux ?

En réalité il existe plusieurs niveaux de rapports entre l'administration centrale sanitaire et l'assurance maladie. Le premier niveau concerne les questions purement

¹ JORT n°74 du 3/12/1974, p.2653.

administratives ou de simple gestion. L'administration centrale sanitaire est représentée à ce titre dans les différentes instances de direction¹ ou de concertation² du système tunisien d'assurance maladie. De même la CNAM peut être amenée à être représentée dans certaines structures du ministère de la santé publique.

Le second niveau concerne l'exercice de la tutelle. Il s'agit d'abord d'une tutelle directe prévue par l'article 18 du décret 2005-321 relatif à l'organisation administrative et financière de la CNAM³. Il s'agit ensuite d'une tutelle indirecte sur l'assurance maladie pour les deux raisons suivantes : D'une part, une partie des acteurs directs du système de l'assurance maladie⁴ font partie des professions médicales naturellement soumises à la tutelle et parfois même à la hiérarchie des services centraux du ministère de la santé publique⁵. D'autre part, les principaux lieux concernés par les services de l'assurance maladie sont soit un hôpital public soit des structures privées de prestations sanitaires, lieux qui sont juridiquement soumis à la tutelle du ministère de la santé publique.

Le troisième niveau concerne les bénéficiaires des services de l'administration centrale sanitaire et des services de l'assurance maladie qui sont souvent les mêmes : un malade ou ayant droit assuré social. Cela signifie que l'action globale de l'Etat au niveau sanitaire ou au niveau de l'assurance maladie pour être fiable ne peut se faire sans un minimum de concertation entre le ministère de la santé et les principaux acteurs de l'assurance maladie.

Nous remarquons ainsi que la relation entre l'assurance maladie et l'administration centrale sanitaire est extrêmement liée. L'une ne peut fonctionner sans l'autre. Il est

¹ Un représentant du ministère de la santé siège au conseil d'administration de la CNAM. V. art. 4 du décret 2005-321 précité.

² Un représentant du ministère de la santé au sein du conseil national d'assurance maladie (V. art. 2 du décret 2005-2192 précité) et au sein de la commission nationale du contrôle médical. V. art. 31 du décret 2005-3031 précité.

³ La caisse nationale d'assurance maladie communique au ministère de la santé, pour information, les documents suivants :

- le contrat- programmes,
- les budgets prévisionnels de fonctionnement et d'investissement et les schémas de financement des projets d'investissement,
- les états financiers,
- les états de liquidité pour chaque fin du mois,

Ces documents sont transmis dans un délai n'excédant pas quinze jours à partir de la date de leur préparation.

⁴ Particulièrement le contrôle médical.

⁵ Lorsqu'il s'agit par exemple des médecins de la santé publique.

pourtant paradoxal de constater que la réforme de 2004 a eu un impact très négligeable sur l'organisation des services centraux du ministère de la santé publique en Tunisie.

2) L'impact négligeable de la réforme de l'assurance maladie sur l'organisation du ministère de la santé

S'il est indéniable qu'à l'instar de l'ensemble des départements ministériels le cadre juridique régissant le ministère de la santé publique a connu une certaine évolution¹, on perçoit une influence négligeable de la grande réforme de l'assurance maladie de 2004 sur le cadre régissant l'administration centrale sanitaire².

La persistance *des fondements d'origine de ce domaine*³, c'est-à-dire et pour simplifier la question, la persistance d'une logique de gestion de ce ministère qui remonte au lendemain immédiat de l'indépendance voilà plus de cinquante ans ; expliquerait en partie cette non-prise en compte des nouvelles règles du jeu de la gouvernance de la santé publique en Tunisie à partir de 2004. A titre d'exemple, aucune structure de coordination avec l'assurance maladie ne figure dans l'organigramme pourtant maintes fois remanié des services centraux du ministère de la santé.

Cependant, et malgré ces lacunes la modernisation opérée sur les structures internes du ministère de la santé offrent à notre avis un terrain adapté à l'existence d'une assurance maladie en tant qu'acteur déterminant de la santé publique tunisienne. Nous en donnerons quelques exemples. Il y a ainsi l'objectif de qualité parmi les missions du ministère de la

¹ Outre le décret 74-1064 du 28 novembre 1974 précité v. le décret n°81-793 du 9/06/1981 portant organisation des services de l'administration centrale du ministère de la santé publique (JORT n°40 du 12/06/1981, p. 1405), modifié par le décret n°82-757 du 5/05/1982 (JORT n°34 du 11/05/1982, p. 1087), le décret n°84-1433 du 3/12/1984 (JORT n°75 du 14/12/1984, p.2856), le décret 85-1406 du 8/11/1985 (JORT n°81 du 15/11/1985, p. 1552), le décret n°90-559 du 30/03/1990 (JORT n°24 du 6/04/1990, p. 491), le décret n°98-470 du 23/02/1998 (JORT n°18 du 3/03/1998, p. 432), le décret n°2000-2357 du 17/10/2000 (JORT n°86 du 27/10/2000, p. 2590), le décret n°2006-746 du 13/03/2006 (JORT n°23 du 21/03/2006, p. 678) et le décret n°2007-3017 du 27/11/2007 (JORT n°96 du 30/11/2007, p. 4251). V. K. Tliche-Aloui, commentaire dans « Les grands textes du droit de la santé » sous la direction de A. Aouij-Mrad. Tunis, CPU, 2012, p. 35.

² Contrairement par exemple à l'influence capitale qu'a jouée la réforme du cadre normatif régissant les hôpitaux publics (loi n°91-63 du 29/07/1991 relative à l'organisation sanitaire et la loi n°93-116 du 22/11/1993 portant création des Etablissements Publics de Santé) sur les modifications apportées au cadre juridique régissant le ministère de la santé, particulièrement les décrets n°74-1064 et 81-793 précités.

³ V. S. Dabbou-Ben Ayed, « Les mutations structurelles du service de santé tunisien ». in « Rôle de l'Etat et restructuration des système de santé ». Ouvrage collectif sous la coordination de A. Aouij-Mrad. Tunis, CPU, 2009, p. 25 et s.

santé¹ qui rejoint l'objectif d'améliorer la qualité des prestations sanitaires, un objectif majeur de la réforme du 2 août 2004. Il y'a aussi le remaniement des sous directions² ainsi que la réforme de la direction des services communs³ dans une optique visant à éviter les gaspillages rejoint l'un des objectifs les plus importants de la réforme de la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses sanitaires à savoir la maîtrise des coûts.

En réalité qu'il s'agisse de la politique de prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale ou de l'action menée par les services centraux du ministère de la santé publique, le cadre général est le même : il s'agit de la politique publique en matière sanitaire⁴. L'essentiel est de savoir coordonner et harmoniser l'ensemble. Nous estimons pour notre part la situation juridique et institutionnelle actuelle peu favorable à cet objectif de coordination et d'harmonisation. Cette situation est encore plus flagrante pour ce qui concerne les autres structures de l'administration centrale concernées par l'assurance maladie.

C- Les autres structures administratives centrales en rapport avec l'assurance maladie

La réforme de 2004 est une grande réforme de l'ensemble du système tunisien de l'assurance maladie. Il s'agit d'une réforme des structures, une réforme des modalités de prise en charge des dépenses sanitaires mais surtout une réforme du financement de ce système⁵ qui ne peut ignorer à la fois les grands équilibres économiques du pays et surtout sa réalité budgétaire. Par conséquent, les structures centrales administratives en charge de la planification et du budget sont naturellement concernées par tous système de prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale.

¹ Art. 26 du décret n°2006-746, modifiant le décret n°81-793 précité et relatif à l'organisation des services de l'administration centrale du ministère de la santé.

² Décret n°2006-746 précité.

³ S. Dabbou-Ben Ayed, op. cit., p. 27.

⁴ Sur la notion de « politiques publiques » v. P. Muller « Les politiques publiques ». Paris, PUF, collection que sais-je ? 2003. Sur la notion de politique publique de santé v. par exemple B. Bonnici « L'hôpital, enjeux politiques et réalités économiques ». Paris, La Documentation française, 2003 ; « La politique de santé en France ». Paris, PUF, collection que sais-je ? 2003.

⁵ Pour la description détaillée de ce système, v. infra 2^{ème} partie, titre 2.

Pourtant il n'existe en Tunisie aucune structure institutionnelle ou un mécanisme normatif de coopération ou au moins de coordination entre le fonctionnement de l'assurance maladie et la gouvernance financière et budgétaire nationale¹. Seule une obligation de communication de certain document pour information sont effectués au profit du premier ministre², du ministère des finances³ et du ministère du développement économique⁴, et ce dans le cadre de l'exercice de la tutelle.

Pourtant, la démarche visant à intégrer le financement des branches de la sécurité sociale dans un cadre budgétaire⁵ se généralise. La Tunisie qui depuis 2011 semble intégrer systématiquement l'exigence de transparence et les impératifs de bonne gouvernance dans ses politiques publiques, ne peut échapper à cette démarche. Les services centraux du ministère des finances devraient être dans cette logique un acteur majeur des finances sociales⁶.

Quant aux services centraux de l'administration économique et malgré un cadre juridique assez mouvant⁷, les hautes capacités d'expertise en matière de prospection et de

¹ Aujourd'hui de nombreux pays ont consacré le procédé de « budgétisation » de leurs comptes sociaux dans les mêmes conditions que les procédés législatifs budgétaires normaux avec une intervention directe des services centraux administratifs en charge des finances et de l'économie. C'est par exemple le cas des lois annuelles françaises de financement de la sécurité sociale. V. à titre d'exemple : D. PELJAK, « Traité de finances publiques hospitalière ». Bordeaux, les études hospitalières, 2011 particulièrement p.133 et s. ; J-P. Chauchard, « Droit de la sécurité sociale ». Paris, L.G.D.J. 2010, p. 230 et s.

² Des données mensuelles: l'état de liquidité, l'effectif, la masse salariale, les recrutements et les départs par situation administrative ; Des données semestrielles : l'endettement ,les créances selon les échéances et les nominations aux emplois fonctionnels ; Des données annuelles: les indicateurs d'activité (revenus, les charges d'exploitation et le résultat d'exploitation), les tableaux des emplois et des ressources, les investissements, le portefeuille, l'effectif, les recrutements et les départs d'agents par situation administrative, la masse salariale, le budget du fonds social et ses emplois et le bilan social. Art. 17 du décret 2005-321 relatif à l'organisation administrative et financière de la CNAM.

³ Le contrat- programmes, les budgets prévisionnels de fonctionnement et d'investissement et les schémas de financement des projets d'investissement, les états financiers, les états de liquidité pour chaque fin du mois. Art. 18 du décret 2005-321.

⁴ Les contrats - programmes, les programmes de travail, les budgets prévisionnels de fonctionnement et d'investissement et les schémas de financement des projets d'investissement, les états financiers. Art. 19 du décret 2005-321.

⁵ Pour au moins les 3 raisons suivantes :

- 1- plus de transparence
- 2- plus de coordination avec les finances de l'Etat
- 3- Plus de démocratie en associant annuellement le Parlement dans le fonctionnement et le financement des différentes branches de la sécurité sociale.

⁶ Sur cette notion de finances sociales, v. R. Pellet, « La réforme des finances sociales ». RDSS 2009, p. 1126.

⁷ Les structures administratives centrales en charge de l'économie n'ont jamais connu un équilibre quant à leur rattachement et à leur compétence. V. Décret n° 96-270 du 14 février 1996 fixant les attributions du

planification économique peuvent intéresser l'assurance maladie pour établir les différentes stratégies en matière de financement pour le moyen et le long terme¹. Malheureusement à ce niveau également, aucune procédure légale ou institutionnelle n'est prévue entre l'assurance maladie et l'administration centrale économique.

Pour pérenniser la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses sanitaires nous estimons qu'il est impératif de faire collaborer tous les organes centraux de l'Etat ayant une incidence sur cette solidarité. En réalité s'il y a lacune à ce niveau, elle se trouve surtout au niveau de l'encadrement normatif de l'assurance maladie et particulièrement au niveau de la loi du 2 août 2004. Cette absence de prise en compte de l'environnement de l'assurance maladie qu'il soit réel ou virtuel est aggravée pour ce qui concerne les administrations territoriales et les organes de régulation et de certification.

§-2 L'assurance maladie et les autres administrations à portée sanitaires et sociales

A côté des administrations centrales de l'Etat, l'assurance maladie cohabite avec d'autres structures administratives pouvant avoir un rôle médical et social aussi important que les structures centrales : il s'agit des structures déconcentrées et des collectivités publiques territoriales (A). Beaucoup plus virtuelle est par contre la question qui se pose en droit tunisien sur la nécessité ou pas d'inclure dans cet environnement des organismes de régulation et de certification dédiés exclusivement à l'assurance maladie (B).

ministère du développement économique (JORT n°19 du 05/03/1996, p.424) ; Décret n° 96-271 du 14 février 1996 portant organisation du ministère du développement économique. (JORT, ibid, p.425) et Décret n° 2002-3011 du 11 novembre 2002 portant rattachement des structures relevant des ex-ministères du développement économique et de la coopération internationale et de l'investissement extérieur au ministère du développement et de la coopération internationale (JORT n°95 du 22/11/2002, p. 2751).

¹ Parmi les compétences de l'administration centrale économique qui s'ajoutent aux compétences générales en matière budgétaire et économique, figure celle *de promouvoir l'information statistique dans tous les domaines, au niveau national et régional et ce dans le cadre du système national de la statistique* (Art.9 du décret 96-270) ; ainsi que *de la conception et de la coordination des politiques de population ainsi que du suivi de leur exécution avec les services et organismes concernés*(Art.8 du décret 96-270).

A- Les administrations territoriales et les collectivités territoriales

Il s'agit des structures administratives ayant une assise territoriale limitée dotées ou pas d'une personnalité juridique indépendante. En l'état actuel du droit tunisien¹ ces administrations territoriales sont constituées soit par les services extérieurs de l'Etat au niveau régional (essentiellement des directions régionales), soit des circonscriptions territoriales générales de l'Etat (Gouvernorat, Délégation...) et enfin par les collectivités publiques territoriales. Nous nous intéresserons uniquement à celles qui peuvent concerner l'assurance maladie et, de manière plus générale, la solidarité en matière sanitaire².

1) L'assurance maladie et les directions régionales

Les principales directions régionales concernées par l'assurance maladie sont naturellement les services extérieurs des ministères de la santé publique³ et des affaires sociales⁴. Elles ont pour principale mission de représenter le ministère et d'exercer certaines compétences de leur ministère dans le gouvernorat, de coordonner avec les autorités locales et particulièrement le gouverneur l'ensemble des mesures qui entrent dans le champ de leurs compétences relevant des ministères et de participer à l'exercice de la tutelle administrative sur les établissements publics.

Les directions régionales de la santé et des affaires sociales reproduisent à l'échelle régionale quasiment le même organigramme que les structures centrales. Elles reproduisent également dans leurs fonctionnements les mêmes défauts de déficit d'implication dans les questions qui relèvent de l'assurance maladie et, dans une moindre mesure, toutes les questions relatives à la solidarité nationale en matière sanitaire⁵.

¹ En attendant une remise à fond de l'ensemble de l'administration territoriale en Tunisie dans le cadre de la nouvelle Constitution de l'après révolution du 14/01/2011.

² A titre de comparaison v. M.-L. Moquet-Anger « Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé ». Dalloz 2009, n°2224.

³ V. Décret n° 2010-1668 du 5 juillet 2010, fixant les attributions et l'organisation des directions régionales de la santé publique. JORT n°55 du 09/07/2010, p. 1896.

⁴ Réorganisé par le décret 2011-4650 du 10/12/2011 relatif à l'organisation et aux attributions des directions régionales des affaires sociales. JORT n°95 du 13/12/2011, p.3067 (en arabe).

⁵ A titre d'exemples ces directions régionales ne sont pas impliquées en matière d'assistance médicale ou en matière de promotion des handicapés.

Ces directions régionales fonctionnent en réalité selon le schéma classique et critiqué¹ de la déconcentration administrative tunisienne, et qui semble « sclérosé » depuis plus d'une vingtaine d'année². Pourtant, la réforme de la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses sanitaires pourrait être une excellente occasion de réformer l'administration territoriale de l'Etat en matière sanitaire et médico-sociale.

A cet égard deux solutions sont envisageables: fusionner les deux directions³ pour créer une nouvelle structure administrative ayant de large compétence en matière sanitaire et médico-sociale à l'échelle régionale ou les intégrer dans une structure tierce de régulation publique de l'ensemble de la politique sanitaire à l'échelle régionale⁴. Provisoirement une collaboration et une participation entre les structures régionales et locales de la CNAM et les autres structures serait souhaitable pour assurer un minimum de cohérence et d'efficacité dans le fonctionnement de la politique sanitaire à l'échelle régionale dans tous ses aspects. Il faut aussi prendre en compte le rôle important que doivent jouer les autres administrations territoriales que sont le gouvernorat et les collectivités territoriales régionales et locales.

2) Les autres administrations territoriales

Le gouvernorat et les communes pourraient jouer un rôle intéressant en matière de prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale⁵. Chacune de ces autorités constitue une expression d'une partie de cette solidarité nationale⁶. Ensuite de part leurs attributions, mais aussi de part leur proximité avec la population, ces autorités participent de manière très importante à l'action sociale de l'Etat et dans une moindre mesure à l'action sanitaire.

¹ V. L. Tarchouna, thèse précitée, p. 867, Md. R. Jénayah, ouvrage précité, p. 65 et 109 (en arabe).

² Sclérose qui s'explique en grande partie par la nature du régime politique et administratif tunisien teinté par un fort centralisme politique et administratif au profit du chef de l'Etat. Toutefois, les perspectives post révolutionnaire semblent être prometteuses en vue d'une remise à plat de l'ensemble de l'administration territoriale tunisienne. V. avant projet de la Constitution, version du 14/12/2012, articles 132 à 143.

³ La fusion des services extérieurs de deux ministères différents est inédite, pour l'instant, en Tunisie.

⁴ V. infra paragraphe B.

⁵ V. L. Levoyer « Nouvelle gouvernance de la santé : quelle place pour les collectivités territoriales ? ». AJDA, 30/11/2009, p. 2219.

⁶ Représentation de la solidarité nationale incarnée par l'Etat pour ce qui concerne le gouvernorat, solidarité à l'échelle régionale et locale pour ce qui concerne les conseils régionaux et les communes. Toutefois, cette solidarité à l'échelle territoriale ne peut être dissociée de la solidarité nationale.

En ce qui concerne le gouverneur, son rôle de pivot de l'administration territoriale déconcentrée¹ et décentralisée² en fait un des acteurs de l'action médicale et médico-sociale. Toute administration publique, quelque soit sa nature ou son statut juridique et se trouvant dans la circonscription territoriale d'un gouvernorat est soumise à un certain droit de regard du gouverneur du fait de son statut juridique et de ses attributions. Les centres régionaux et locaux de la CNAM n'échappent pas à ce cadre institutionnel de l'administration territoriale tunisienne.

Les collectivités territoriales³, faute d'un cadre juridique clair⁴ et de moyens financiers adéquats, ne constituent pas des acteurs de premier plan en matière de prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale. Pourtant la commune à un premier niveau territorial et le gouvernorat à un second niveau constituent des acteurs administratifs de premier plan pour régler l'ensemble des problèmes de leurs administrés, notamment ceux liés à l'assurance maladie à l'échelle locale et régionale. Une participation dans des organismes de concertation des centres locaux et régionaux de la CNAM serait à notre avis le minimum souhaitable.

¹Le gouvernorat est en Tunisie la circonscription territoriale de droit commun de l'Etat en Tunisie. V. Décret Beylical du 21 juin 1956 portant statut du personnel supérieur des services extérieurs de l'administration régionale (JOT du 22/06/1956, p.828) et la loi n°75-52 du 13/06/1975 fixant les attributions des cadres supérieurs de l'administration régionale (JORT n°41 du 17/06/1975, p. 1298). Le gouverneur est en Tunisie « Dépositaire de l'autorité de l'Etat (art.8 de la loi 75-52), représentant du gouvernement dans sa circonscription et chef de l'administration régionale (art. 10). Les art. 14 et 17 du décret n°89-457 du 24/03/1989, portant délégation de certains pouvoirs des membres du gouvernement aux gouverneurs (JORT n°31 du 02/05/1989, p. 790) donne quelque compétence sanitaire et sociale au profit du gouverneur tel que l'autorisation d'exercice de certaine profession paramédicale ou l'octroi d'autorisation d'ouverture ou de fermeture de cliniques privées.

² Le gouverneur préside le conseil régional du gouvernorat qui devient ainsi l'échelon régional de la décentralisation territoriale tunisienne. Toutefois ce rôle est suspendu depuis la révolution de 2011.

³ C.a.d. les conseils régionaux de développement organisés par la loi organique n°89-11 du 04/02/1989 (JORT n°10 du 10/02/1989, p. 218), et les communes organisées par la loi n°75-33 du 14/05/1975 (JORT n°34 du 20/05/1975, p.1056) modifiée à plusieurs reprises particulièrement par la loi n°95-68 du 25/07/1995 (JORT n°59 du 25/07/1995, p. 1563). Notons que l'ensemble de l'administration territoriale décentralisée subit depuis 2011 les vicissitudes juridiques et fonctionnelles de l'après révolution du 14/01/2011. Dissolutions des conseils régionaux, dissolutions des conseils municipaux et leur remplacement par des délégations spéciales et ce en attendant une remise à plat du cadre Constitutionnel et même conceptuel de la décentralisation territoriale en Tunisie.

⁴ La loi de 1989 et la loi de 1975 n'assigne pas aux conseils régionaux ni aux communes une mission à caractère médical ou médico-social. Pourtant ce même cadre juridique semble donner une compétence de droit commun, particulièrement pour les communes, pour l'ensemble des affaires locales et régionales et ce dans le cadre du respect des impératifs de la planification économique nationale.

En droit comparé¹, les collectivités locales participent directement dans la gestion des organismes de prise en charge des dépenses médicales par la solidarité nationale. En droit français, les collectivités territoriales peuvent même prendre en charge des actions locales de santé². Depuis la loi du 21 juillet 2009³ elles participent également au fonctionnement et au financement des *agences régionales de santé* c'est à dire l'autorité administrative suprême de l'Etat *de la gouvernance territoriale du système de santé français*⁴.

La réforme de 2004 aura été à notre sens une occasion manquée d'inclure de manière plus institutionnalisée les collectivités territoriales dans la gestion de l'assurance maladie. Les collectivités territoriales pourraient même jouer un rôle plus original en intégrant des organismes d'accréditation ou de certification qui sont encore à construire agissant pour le compte de l'assurance maladie.

B- L'absence d'autorité d'accréditation et de certification des prestataires de soins pour le compte de l'assurance maladie

L'accréditation des prestataires de soins ou leurs certifications au profit des organismes de prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale, constituent de nos jours l'un des procédés les plus efficaces pour assurer une meilleure qualité des soins et surtout une meilleure rationalité financière de ces mêmes soins. Il existe un peu partout dans le monde des techniques différentes pour assurer cette accréditation ou cette certification. Ces techniques peuvent être mises en œuvre dans un cadre administratif classique ou par l'intermédiaire d'une autorité publique indépendante⁵. En Tunisie, il n'existe aucune procédure ni aucun organisme en charge d'accréditer ou de

¹ V. E. Cadeau « Région et démocratie sanitaire : quels rapport ? ». Revue générale de droit médical, n°9, 2003, p. 5 ; L. Levoyer « Nouvelle gouvernance de la santé : quelle place pour les collectivités territoriale ». AJDA 2009, p. 2219, « la participation des collectivités territoriale au financement des politiques locales de santé ». Dalloz 2009, n°2225.

² L. Levoyer, op. cit. p. 2221.

³ Loi française n°2009-879 du 21/07/2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JO français du 22/07/2009, p.12184.

⁴ V. L. Levoyer « La participation des collectivités territoriales au financement des politiques locales de santé ». Dalloz n°39 du 21/09/2009, p.26.

⁵ Agence de l'Etat, autorité administrative indépendante.

certifier¹ les différents prestataires de soins² bien que l'utilité de ce genre d'organisme dans l'environnement de l'assurance maladie soit évidente.

Au regard d'un système d'assurance maladie, la certification constitue un ensemble de procédures et de normes que doit respecter tout prestataire de soins en contre partie d'une reconnaissance de la part de l'organisme finançant l'assurance maladie. Cette reconnaissance³ prend souvent la forme d'un label facilement identifiable par les assurés sociaux. C'est finalement une reconnaissance de la part de l'organisme de la sécurité sociale du respect d'une qualité fixé par l'organisme lui-même, de la part du prestataire de soins. Elle concerne globalement l'ensemble des prestataires de soins des secteurs public et privé, des cabinets de ville ou des structures institutionnelles telles les cliniques ou les hôpitaux. La réforme du 2 août 2004 ne prévoit aucun procédé de certification. Pourtant, l'un des objectifs affirmés de la réforme est d'instituer une médecine de qualité accessible à tous et sur la nécessaire amélioration de la qualité des hôpitaux publics⁴. Les conditions juridiques d'institutionnalisation d'une procédure de certification des prestataires de soins par l'assurance maladie sont, pourtant réunies actuellement. Cette certification devrait englober l'ensemble des prestataires, y compris ceux du secteur public. C'est une partie substantielle de l'esprit même de la réforme de 2004.

Quant à l'accréditation il s'agit d'un ensemble de procédures et de conditions⁵ que doit respecter un prestataire de soins, public ou privé, au regard d'une qualité fixée préalablement par l'organisme de sécurité sociale, en contrepartie de la prise en charge par cet organisme de tout ou partie des dépenses de santé des affiliés de cet organisme. La procédure d'accréditation peut être précédée préalablement par une procédure de certification, procédure qui présume le respect de la qualité exigée par un système de prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale. A ce niveau également, la

¹ Même si la procédure de conventionnement entre la CNAM et les différents prestataires privés de soins englobe dans une certaine mesure un aspect qui s'apparente à une procédure d'accréditation.

² La situation est encore plus flagrante pour les prestataires de soins publics qui ne sont même pas concernés par la procédure de conventionnement prévus par la loi de 2004 et le décret 2005-3154 portant détermination des modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les prestataires de soins.

³ Cette reconnaissance peut se faire directement par l'organisme de sécurité sociale ou par un organisme tiers agissant pour le compte de la sécurité sociale.

⁴ V. travaux préparatoires de la loi du 2 août 2004, séances du 28/07/2004. JO des délibérations de la chambre des députés, n°36, p. 1410. (En arabe).

⁵ Particulièrement les conditions en rapport avec les questions de tarifications.

réforme de 2004 n'a pas consacré une procédure complète d'accréditation, même si le processus de conventionnement des prestataires privés de soins par la CNAM peut être considéré comme une forme simplifiée d'accréditation. Cependant, ce conventionnement ne concerne nullement les prestataires publics de soins¹.

Cette absence d'autorité ou de procédure de certification et d'accréditation est à mettre en rapport avec le contexte général du droit tunisien qui se caractérise par une organisation laissant peu de place aux nouvelles formes de gouvernance administrative que ce soit au niveau institutionnel ou matériel. L'assurance maladie en Tunisie n'échappe pas à cette lacune. Pourtant, l'utilité de l'existence d'organismes de régulation ou de certification dans ce domaine en droit comparé ne laisse pas de doute.

En droit français, il existe la haute autorité de santé (HAS)² chargée de l'accréditation et de la certification des principaux prestataires de soins conventionnés avec l'assurance maladie. Des professionnels de santé mandatés par la HAS réalisent les visites sur la base d'un manuel. Ceci permet une évaluation globale des établissements de santé. Cette procédure de certification s'effectue tous les 4 ans. Son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'une structure de santé en conformité avec les objectifs de qualité telle que fixés par les normes du système français d'assurance maladie. Cette certification concerne essentiellement les établissements de santé publics ou privés, les installations autonomes de chirurgie esthétique et les groupements de coopération sanitaire.

Quant à l'accréditation, elle s'effectue dans le cadre de la certification et concerne essentiellement les médecins exerçant une spécialité considérée comme à risque et figurant dans un décret³. Pour certains médecins libéraux répondant aux critères prévus par le code français de la sécurité sociale, l'accréditation ouvre droit à une aide financière de la part de l'assurance maladie pour la souscription à une assurance en responsabilité civile professionnelle.

¹ Voir supra, Titre 1, Chapitre 1, section 2.

² V. D. Truchet « Droit de la santé publique ». op. cit. p. 41 et s ; M. Dupont, C. Bergognan-Esper, C. Paire « Droit hospitalier » op. cit., p.76

³ Il s'agit des spécialités de gynécologie-obstétrique, d'anesthésie-réanimation, de chirurgie, de spécialités interventionnelles ainsi que des activités d'échographie obstétricale, de réanimation ou de soins intensifs.

En Tunisie, le cadre juridique et également depuis 2011 le contexte politique nous semble favorable à la mise en place de ce type de mécanismes en matière d'assurance maladie. Les assurés sociaux y gagneraient en qualité et en clarté et le système de soins y gagnerait en transparence et en éthique¹. Peut être aussi que l'un des objectifs fixé par la loi du 2 août 2004 deviendrait réalisable, à savoir la mise à niveau des hôpitaux publics, qui sont des structures déterminantes de l'environnement direct de tout système d'assurance maladie.

Section 2 : L'assurance maladie et l'Hôpital public

Si un système d'assurance maladie constitue une manifestation tangible de la solidarité nationale en matière sanitaire, l'hôpital public apparaît comme la principale institution de cette solidarité nationale. L'hôpital public fait office d'emblème du second (§1). A un autre niveau le système tunisien d'assurance maladie assigne à l'hôpital public, dans le cadre de la réforme un objectif de mise à niveau qualitatif, mais qui semble pour l'instant difficilement réalisable (§2).

§-1 Les rapports de l'Hôpital public avec l'assurance maladie

L'hôpital public et l'assurance maladie entretiennent des rapports ambivalents. Si l'hôpital public constitue la structure principale où se réalisent les prestations fournies par la CNAM et de manière générale la solidarité nationale en matière sanitaire (A) cette même CNAM constitue le principal financeur de l'hôpital public (B). L'hôpital public et l'assurance maladie constituent finalement les deux volets par lesquels s'exprime la solidarité nationale en matière de prise en charge de dépenses sanitaires.

A- L'hôpital public, structure de droit commun des prestations de la solidarité nationale

L'hôpital public constitue la principale structure sanitaire à laquelle s'adressent les

¹ A titre d'exemple, l'un des principaux enseignements des expériences étrangères en matière d'accréditation et de certification est le renforcement de la lutte contre les conflits d'intérêts en matière sanitaire.

affiliés de la CNAM. Il constitue également la principale structure d'accueil des malades bénéficiant d'autres modalités de prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale.

1) L'Hôpital public et la CNAM

On entend par « l'hôpital public¹ » l'ensemble des structures de soins dotées d'une personnalité juridique de droit public² et soumis à la tutelle du ministère de la santé publique. L'hôpital public peut exercer en outre des missions complémentaires, notamment de prévention, de formation et de recherche. L'hôpital public ne constitue pas une catégorie juridique homogène en droit tunisien. Dans la majorité des cas, il prend la forme juridique d'un établissement public administratif (EPA)³. Mais pour ce qui concerne les plus grands⁴, leur forme juridique est celle d'un établissement public de santé (EPS)⁵. Sur un autre niveau il existe une classification en rapport avec « la taille » de l'hôpital en nombre de lits et en moyens techniques et en personnel ainsi qu'en rapport avec l'enseignement médical⁶. Enfin l'hôpital public joue un rôle déterminant en matière d'enseignement médical et paramédical, que ce soit pour la formation et pour l'exercice des différents stages.

Une lecture globale de la réforme de 2004, de la loi et de ses textes d'application, montre que l'hôpital public est la structure d'accueil de droit commun des assurés sociaux affiliés à la CNAM. Ce constat confirme le fait que l'hôpital public constitue le centre de

¹ Pour une approche théorique de l'hôpital public V D. Stingre « Le service public hospitalier ». Paris, PUF, collection que sais-je ? 1998, M. Dupont, C. Bergognan-Esper, C. Paire, op. cit. p. 133.

² Ce sont donc nécessairement des établissements publics.

³ Sur la notion d'EPA en droit tunisien v. A. Aouij-Mrad « Droit des services publics » .op.cit., p. 107 et s., Y. Ben Achour, op. cit. p. 243

⁴ Particulièrement les hôpitaux à vocation universitaire.

⁵ Prévus par la loi n°91-63 du 29/07/1991 (JORT n°55 du 06/08/1991, p. 1390) et organisé par le décret n°91-1844 du 02/12/1991 (JORT n°86 du 17/12/1991, p. 2009), v. A. Aouij-Mrad « Le statut juridique de l'établissement public de santé : réflexion sur une réforme ». Mélanges Hareth M'zioudet. Tunis, CPU, 1994, p253 ; Y. Ould Ahmed, thèse précitée, p. 101.

⁶ L'art. 10 de la loi 91-63 donne la liste des hôpitaux publics. Il s'agit respectivement des centres de santé de base, des hôpitaux de circonscriptions, des hôpitaux régionaux et des établissements sanitaires à vocation universitaire.

gravité de l'ensemble du système de santé et même des politiques publiques de santé¹. Il concentre une part importante de la capacité d'accueil, des emplois, de la technique et du savoir médical. Tout cela soumet l'hôpital à une contrainte financière forte qu'il se doit de concilier avec sa vocation de service public.

En ce qui concerne le cas particulier de l'assurance maladie, l'hôpital public constitue la voie normale réservée aux affiliés de la CNAM dans le cas où ces derniers n'exercent pas leur faculté de choix de leurs parcours sanitaire². L'hôpital public demeure par ailleurs ouvert à l'ensemble des assurés sociaux affiliés à la CNAM quelque soit la modalité de prise en charge qu'ils auront choisie³. De manière générale, l'hôpital public vis-à-vis du système tunisien d'assurance maladie constitue en quelque sorte une soupape de sécurité en cas de carence du secteur privé ; mais aussi une garantie et un facilitateur du bon fonctionnement de ce système⁴. En s'adressant à l'hôpital public, les assurés sociaux font réaliser à la CNAM une économie substantielle par rapport aux mêmes prestations existant dans le secteur privé sanitaire. Cela d'ailleurs explique la quasi inexistence de prise en charge des dépenses médicales dans le secteur privé avant la réforme entamée par la loi du 2 août 2004⁵. Cette même raison explique aussi le non plafonnement de la prise en charge des dépenses au sein de l'hôpital public, alors que ce plafonnement existe⁶ pour cette prise en charge dans le secteur privé. L'hôpital public participe à sa manière à la solidarité nationale en matière sanitaire dans le cadre du système tunisien d'assurance maladie, mais aussi en dehors de ce système.

¹ Ce constat semble être universel. A titre d'exemple en France, le secteur hospitalier représente près de la moitié de la consommation des soins et des biens médicaux. , v. B. Bonnici, « L'hôpital : enjeux politique et réalité économique », ouvrage précité.

² V. infra, 2^{ème} partie.

³ V. l'art. 19 du décret n°2007-1367 du 11/06/2007, portant détermination des modalités de prise en charge, procédure et taux des prestations de soins au titre du régime de base d'assurance maladie. JORT n°47, du 12/06/2007, p. 1982.

⁴ L'hôpital public offre des facilités et peut être même des largesses que le secteur privé ne peut supporter, particulièrement pour tout ce qui se rapporte aux questions financières (retard dans les délais de prise en charge des malades admis, retard dans le remboursement des factures à la charge de la CNAM, régularisation de certaines situations à posteriori ou avec un effet rétroactif...). Ces facilités sont peut être une garantie de la pérennité du système dans un contexte financier d'un pays comme la Tunisie.

⁵ Les quelques exceptions qui existaient auparavant se rapportaient à quelques prestations médicales rares mais très sollicitées dans les hôpitaux publics tel que l'hémodialyse ou la chirurgie cardio-vasculaire. D'ailleurs la réforme de 2004 a reconduit les modalités de prise en charge dans les mêmes conditions antérieures à la réforme.

⁶ Il est même dérisoire. V. infra, 2^{ème} partie.

2) L'hôpital public et les autres aspects de la solidarité nationale en matière sanitaire

L'hôpital public constitue en soi une manifestation de la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses sanitaires. Cette solidarité se vérifie sur plusieurs niveaux.

D'abord, il accapare la partie la plus substantielle du budget de l'Etat allouée à la santé publique¹. Cependant ce financement public connaît depuis quelques années une certaine stagnation, particulièrement pour ce qui concerne les EPS².

L'hôpital public joue ensuite un rôle déterminant en matière d'offre de soins pour les catégories des malades les plus défavorisées. En premier lieu il y a les structures publiques de première ligne, particulièrement en zone rurale³. Ces structures s'adressent à des populations entières vivant dans la précarité dans des conditions généralement difficiles, privilégiant –à côté des soins courants- l'urgence et l'accueil. Ces hôpitaux sont parfois obligés de passer outre les conditions financières d'admission⁴ exigés par les textes, impliquant ainsi la solidarité nationale dans la prise en charge de ces catégories de population.

L'hôpital public constitue la seule structure de soins d'accueil des malades titulaires de cartes de soins gratuits⁵ ou semi gratuits⁶. Les premières cartes concernent les malades les plus démunis non couverts par aucun régime obligatoire de sécurité sociale. Le second type de cartes, permet à leurs titulaires de bénéficier de tarifs réduits. Ils s'adressent à certaines catégories d'usagers⁷ de l'hôpital public. En réalité ce système de carte de soins,

¹ V. annexe IV.

² Ce constat est à lier avec deux paramètres importants. Le premier est le recul du financement public du secteur de la santé dans son ensemble au profit des ménages et des assurances santé (y compris le système de la CNAM). Le second est la réforme entamée par la loi 91-63 et particulièrement la réforme financière et comptable (introduction de la comptabilité analytique, système de facturation...), ce qui a eu pour incidence l'augmentation des ressources propres d'une bonne partie des hôpitaux publics particulièrement les EPS. V. Y. Ould Ahmed, thèse précitée p. 113, A. Aouij-Mrad et H. Ben Salah, article précité.

³ V. les art. 11 et 12 de la loi 91-63 précitée relatifs aux centres de santé de base et aux hôpitaux de circonscriptions.

⁴ Notamment pour les soins ambulatoires.

⁵ Décret n°98-1812 du 21 septembre 1998. JORT n°78 du 29/09/1998, p.1975.

⁶ Décret n°98-409 du 18 février 1998. JORT n°17 du 27/02/1998, p.405.

⁷ Exemple une famille de deux personnes gagnant au maximum un revenu mensuel égal au SMIG.

compense l'inexistence en droit tunisien d'un système de couverture sociale universelle¹.

L'hôpital public joue enfin un rôle déterminant et parfois même exclusif en matière de médecine de prévention. Il est ainsi la manifestation de la solidarité nationale en matière de vaccination obligatoire². L'hôpital public est aussi le partenaire privilégié en matière de campagnes de prévention et de sensibilisation sanitaire³, pouvant parfois être à l'origine de ces campagnes.

Ainsi, le rôle pivot joué par l'hôpital public en matière de solidarité nationale sanitaire lui confère une place particulière dans l'ensemble de l'organisation sanitaire de la Tunisie. Cette place particulière explique entre autre la raison pour laquelle l'assurance maladie est devenue la principale source de financement de l'hôpital public en Tunisie.

B- L'assurance maladie, principal financeur de l'hôpital public

Dans la répartition classique⁴ du financement la santé et du financement de l'hôpital public en particulier, l'assurance maladie occupe une place de choix. Cette place est croissante de même que celle des ménages contrairement au financement public de l'hôpital. La réforme de 2004 semble aller dans ce sens. La répartition de ce financement n'est pourtant pas homogène pour l'ensemble des hôpitaux publics toutes catégories et formes juridiques confondues. Nous pouvons distinguer au sein même du système d'assurance maladie un financement direct de l'hôpital public et un financement indirect.

1) Le financement direct de l'hôpital public par le système d'assurance maladie

L'hôpital public étant la principale structure de prestations de santé dans le cadre du système d'assurance maladie, il était normal que la CNAM en constitue l'une des sources de financement. Jusqu'au début des années 90 il n'existait pas en Tunisie un financement

¹ Nous reviendrons avec plus de détails sur les problèmes posés par l'assistance médicale de l'Etat.

² Effectuée gratuitement dans les centres de protection maternelle et infantiles (P.M.I.).

³ Exemple les campagnes de prévention cancéreuse, contre les accidents....Ces campagnes peuvent aller jusqu'à effectuer des diagnostics préventifs gratuits pour certaines pathologies. Exemple, les journées des maladies du rein. V. communiqué de l'agence TAP du 05/03/2012 disponible sur le site : <http://www.tap.info.tn>.

⁴ Etat/Ménage/Assurances sociales.

direct de l'hôpital public par les organismes de sécurité sociale¹. C'est la réforme de l'organisation sanitaire entamée en 1991² qui a introduit les procédés de financement direct et global de l'hôpital public, par les caisses sociales, puis par la CNAM à partir de la réforme de 2004³.

Ce financement direct de l'hôpital public par le système d'assurance maladie pose cependant la problématique de la détermination d'un critère fiable pour le réaliser. Il existe pour cela plusieurs systèmes expérimentés dans certains pays, déterminant ces critères de financement qui peuvent être résumés en trois types de systèmes :

Le premier système est appelé « prix de journée ». Ce système consiste à allouer les ressources financières en fonction d'un critère qui correspond à peu près au coût complet de l'activité mesurée sur la durée de la présence du malade affilié à la CNAM à l'hôpital. Ce système fut appliqué un peu partout dans le monde et surtout durant les périodes de forte expansion économique au lendemain immédiat de la seconde guerre mondiale⁴. Son avantage réside dans sa simplicité : il suffit de se baser sur le résultat des exercices budgétaires précédents pour calculer les besoins de chaque établissement. Mais son inconvénient majeur réside dans son caractère inflationniste. En effet, il est dans l'intérêt de chaque établissement de retenir au maximum les malades assurés sociaux pour obtenir plus de financements. C'est pour cette raison qu'il a été abandonné dans la majeure partie des pays du fait des crises économiques⁵.

Le second, la dotation globale, est un système qui consiste à allouer à chaque établissement de soins des moyens de financement en fonction d'une dotation. Celle-ci ne

¹ La CNSS et la CNRPS octroyaient au budget de l'Etat une enveloppe globale forfaitaire, fixée par la loi de finance, en contre partie de l'accueil de leurs affiliés dans les structures publiques de soins. Notons que cette dotation globale forfaitaire n'a pas disparu avec les réformes de 1991 sur l'organisation sanitaire et de 2004 sur l'assurance maladie. Cependant son montant a fortement baissé depuis.

² Essentiellement la loi 91-63 et le décret 91-1844 précités.

³ Ce financement direct a concerné dans une première étape uniquement les EPS, les seuls hôpitaux publics outillés pour cela (introduction d'un système de facturation, introduction de la comptabilité privée).

⁴ C'est-à-dire au moment de la mise en place des assurances sociales inspirées par le model Beveridgien.

⁵ Et ce à la suite d'une période d'expansion économique continue au lendemain de la 2^{ème} guerre mondiale jusqu'au début des années 70. V.J. Fourastier « Les trente glorieuses ou la révolution invisible » Paris, ed. Pluriel 1980.

peut être révisée au cours de l'année, sauf dans de rares cas¹. Le but de ce système était de tenter de maîtriser l'envolée des dépenses de santé, car l'inconvénient majeur est le fait qu'il ne reflète pas la réalité des coûts de prestation de chaque établissement et qu'il a souvent été un facteur d'inégalité que se soit entre établissements ou entre régions. Le but recherché qui est de réaliser des économies, n'a pas été atteint comme le relèvent différentes études menées notamment au sein de l'OCDE².

D'où le troisième et dernier système de financement direct de l'hôpital public qui existe dans le monde qui consiste à lui allouer des ressources financières selon des critères purement médicaux.³ Pour être efficace, ce système doit être accompagné d'un système d'information complet. Le mérite principal de ce troisième système est qu'il tient compte de l'activité réelle des établissements au moment de l'allocation des ressources et d'inciter à une optimisation des coûts. Les pays qui appliquent ce système l'accompagnent généralement d'un système d'accréditation que ce soit au niveau central ou au niveau régional⁴.

L'OMS, mais aussi la Banque Mondiale préconisent la mise en place de ce troisième système. C'est aussi ce système qu'on tente d'introduire en Tunisie que ce soit pour le financement de l'hôpital public par l'assurance maladie ou pour les dotations budgétaires au profit de l'hôpital.

Malgré cela, il semble qu'aucun pays au monde, même les plus avancés en matière d'information médicales comme le Canada ne peut prétendre avoir trouvé l'équilibre parfait en matière de financement de l'hôpital public par les organismes d'assurance maladie et de résoudre ainsi, les problèmes qui peuvent en découler⁵. Cette remarque est encore plus pertinente pour le cas tunisien.

¹ Pour une présentation plus détaillée du système de la dotation globale, v. J. Grollier, « Le financement des hôpitaux publics », Rennes, Editions école nationale de la santé publique, 1998, p. 49 et s.

² Pour ce qui concerne les principaux pays de l'OCDE, v. le n°spécial de la revue d'économie financière 1995, n°34.

³ V. « La tarification à la pathologie, les leçons de l'expérience étrangère », Actes du colloque organisé à Paris par la DRESS les 7 et 8 juin 2001. Paris, la documentation française, n° hors série, juillet 2002.

⁴ V. supra section précédente.

⁵ Et notamment des problèmes éthiques. V. O. Zribi-Benslimane « La dimension éthique dans l'analyse du système de santé tunisien », in « Santé, argent et éthique... ». Ouvrage collectif, précité, p. 125.

Sur un autre plan, et malgré les grandes réformes du début des années 90 et du milieu des années 2000 le système tunisien d'assurance maladie continue à financer l'hôpital public indirectement et ce, par l'octroi de dotations globales au profit du budget de l'Etat en contre partie de l'accueil des malades affiliés à la CNAM dans certains hôpitaux publics.

2) Le financement indirect de l'hôpital public par le système d'assurance maladie

Si le financement direct de l'hôpital public par la CNAM a concerné dans une première étape les EPS, ce financement s'est progressivement généralisé à l'ensemble des autres grandes structures publiques hospitalières au fur et à mesure de l'introduction du système de facturation dans la gestion de leurs comptes. Demeurent toutefois un certain nombre d'hôpitaux publics qui échappent toujours à ce financement direct. Il s'agit essentiellement des petites structures hospitalières particulièrement les centres de santé de base. Par conséquent, les caisses sociales octroient toujours au profit du budget de l'Etat des dotations forfaitaires en contre partie de l'accueil dans ces structures hospitalières précitées, des affiliés de la CNAM. Cet état de fait prolonge les inconvénients qui existaient avant la réforme de l'organisation hospitalière de 1991, certes à une échelle plus réduite. Le maintien de cette dotation forfaitaire peut par ailleurs être source de gaspillage financier, incompatible avec l'objectif de maîtrise des coûts contenue dans la réforme de l'assurance maladie de 2004.

Ce système de dotation forfaitaire de la part de l'assurance maladie pour financer une partie des hôpitaux publics semble connaître des dysfonctionnements qui peuvent avoir des conséquences néfastes sur le fonctionnement même de l'hôpital et de la CNAM. En effet cette contribution forfaitaire dépend plus de la réalité de la situation financière de la caisse que de la réalité des dépenses effectuées au profit de l'assuré social¹. Or, comme celles-ci gèrent d'autres risques qui sont souvent excédentaires², la tentation est grande pour faire des manipulations entre risques.

¹ Cette même observation peut être également donnée pour ce qui concerne la contribution forfaitaire de l'Etat au profit de l'ensemble des hôpitaux publics.

² A côté de l'assurance maladie, la CNAM gère le régime des accidents de travail et des maladies professionnelles, en vertu des art. 5 et 8 -1 de la loi 2005-71. En 2010, ce régime dégagait un excédent 110 746 milliers de dinars contre un déficit du régime d'assurance maladie évaluée la même année à 102 079 milliers de dinars. V. annexe II.

L'autre limite de ce système tient au fait que la contribution directe des affiliés sociaux ainsi que celles des caisses sociales ne représentent pas la totalité des dépenses faites au profit des premiers. Des subventions d'équilibre payées par l'Etat à l'hôpital public au profit des assurés sociaux sont nécessaires, ce qui pose un problème général d'équilibre et de cohérence. La raison est qu'une dotation forfaitaire suit rarement l'inflation continue des dépenses de santé¹.

C'est donc une mise à niveau globale de l'hôpital public qui doit être opérée pour clarifier d'abord et définitivement les critères de dotations financières, mais ensuite pour généraliser le financement direct par les caisses à l'ensemble des hôpitaux publics. Cette recherche de qualité et cette mise à niveau est l'une des principales exigences de la réforme de 2004.

§-2 L'assurance maladie et la mise à niveau de l'hôpital public

La mise à niveau de l'hôpital public est une exigence de la réforme de 2004 (A). Toutefois, cette réforme constitue en soi une limite objective à cette exigence car elle fait de l'hôpital public l'expression ou le symbole d'une certaine rémanence de la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses sanitaires (B).

A- La mise à niveau de l'hôpital public : un impératif de la réforme de 2004

Pour comprendre cet impératif de mise à niveau de l'hôpital public, une recherche sur ses origines et ses fondements s'avère nécessaire qui doit être complétée par ses manifestations juridiques.

1- Les fondements de l'impératif de mise à niveau

La mise à niveau trouve son origine dans la phase de négociation ayant précédé la mise en place de la réforme de 2004. Il s'agissait d'une concession faite au syndicat des

¹ N'étant pas doté d'un système de facturation et de comptabilité perfectionnées, les petites structures hospitalières sont de toute façon incapables de fournir à la CNAM une information fiable quand au cout réel supporté pour soigner les assurés sociaux.

travailleurs¹, qui défendait le maintien de l'hôpital public comme institution pivot du nouveau système d'assurance maladie². La centrale syndicale voyait dans la réforme, et dans un souci d'équité entre l'ensemble des malades, une occasion d'améliorer la qualité des hôpitaux publics, particulièrement au niveau de leur accueil en ambulatoire et au niveau de l'hôtellerie. Ce préalable exigé est en rapport avec le fait que malgré toutes ses faiblesses, seul l'hôpital public peut être capable d'accueillir la partie des travailleurs les plus défavorisés. La perspective d'une mise en place d'un ticket modérateur, dans le cadre de l'ouverture du système au secteur privé sanitaire était jugée par la centrale syndicale comme insuffisante et non à la portée de ces travailleurs³.

Sur un autre plan, l'exigence d'une qualité globale de l'hôpital public dans le cadre d'une mise en place d'un système d'assurance maladie nous semble hors contexte. C'est pourtant une conséquence paradoxale de l'ouverture de la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé au secteur privé. En effet, ce dernier c'est toujours caractérisé par une certaine image de confort et de qualité par rapport à l'hôpital public, attirant les malades les plus aisés, alors que rien ne prouvait une qualité de soins supérieure aux hôpitaux publics. Cette image surqualifiée⁴ de secteur de santé privé⁵ a conforté l'inégalité réelle des prestations des hôpitaux publics au niveau de l'accueil et de l'hôtellerie⁶. L'image de l'hôpital public sous qualifiée à ce niveau devient celle d'une médecine du pauvre, en déficit d'hygiène, attirant les malades les plus miséreux, faute de moyens d'accès à la clinique privée et à la médecine libérale de manière générale.

Ainsi, la question de la qualité de l'hôpital public est en partie une question d'image à améliorer et de malades non nécessairement défavorisés à attirer. Cette question de qualité de l'hôpital public est aussi et peut être une question de recherche sur les moyens de permettre l'accès de la médecine libérale aux franges les moins favorisées de la population pour nuancer cette image de « standing » dont bénéficie la médecine libérale

¹ L'UGTT, à l'époque unique centrale syndicale et donc partenaire exclusif des négociations.

² Nous rappelons que dans les premières versions proposées pour la réforme, l'idée était de créer un parcours de soins unique passant obligatoirement par un médecin traitant généraliste du secteur privé. V. supra, introduction et titre 1 et infra, 2^{ème} partie, titre 1, chapitre 1

³ Dans tous les cas et en cas de défaut de paiement, le secteur privé n'offre pas de solutions ou de facilités de paiement comme le fait souvent l'hôpital public.

⁴ V. H. Ben Salah et A. Aouij-Mrad, article précité.

⁵ Particulièrement les cliniques privées.

⁶ H. Ben Salah et A. Aouij-Mrad, op. cit.

qui ne peut avoir qu'un mauvais impact sur celle de l'hôpital public. Seul un système d'assurance maladie à la fois soucieux de l'image de l'hôpital public et ouvert à la médecine libérale pourra réaliser cette exigence de qualité de l'hôpital public, qui trouva une certaine consécration juridique dans le système issu de la réforme du 2 août 2004.

2- Les manifestations juridiques de l'impératif de mise à niveau

En droit comparé, les grandes réformes des systèmes de prise en charge des dépenses sanitaires sont toujours accompagnées d'une remise à niveau des hôpitaux publics¹. Ce constat s'observe également en droit tunisien de manière plus timide et surtout indirecte.

D'abord, l'exigence de qualité des hôpitaux publics a toujours existé dans les déclarations, procès verbaux de discussion et mémorandums d'accord lors de la phase de préparation et d'élaboration de la réforme de 2004².

Ensuite, et dès son article premier, la loi du 2 août 2004 insiste sur le caractère complémentaire des secteurs sanitaires public et privé. Mais la disproportion supposée ou bien réelle au niveau de la qualité entre les deux secteurs ne peut pas les rendre complémentaires. S'il est admis que le secteur privé sanitaire bénéficie d'un certain standing, cette exigence de complémentarité ne peut que constituer une augmentation en qualité pour l'hôpital public. En réalité, entre l'hôpital public et la clinique privée l'influence pour toutes les questions de qualité ne peut être que réciproque. Chacun peut constituer le référent qualitatif -au niveau de ses points forts- pour l'autre. Par exemple et tout en étant nuancé nous pouvons considérer que la clinique privée est un référent qualitatif pour l'hôpital public pour les questions se rapportant à l'hygiène, à la propreté des locaux et aux conditions d'accueil des malades de manière générale. L'hôpital public peut constituer par contre un référent qualitatif pour toutes les questions relatives à l'organigramme, au désintéressement, à la logistique et peut être aussi à la médecine de

¹ Pour le droit français, v. à titre d'exemple : J-P. Didier « La nouvelle gouvernance à l'hôpital public ». Dalloz n°39 du 21/09/2009, p.15 (n°2223) ; J-M. Pontier « Une réforme de l'hôpital sous le signe de la modernisation et de l'efficacité ». AJDA 2009, p.2205.

² Les échos de cette exigence ont été publiés dans les journaux de l'époque. V. particulièrement Assabah durant le premier semestre 2004.

pointe.

Enfin, l'article 17 -1 de la loi précitée assigne au contrôle médical une mission de *suivi et de contrôle de la qualité des services rendus par les fournisseurs des prestations de soins et l'observation de leur accommodement avec l'état de santé du bénéficiaire*. Ce texte ne fait pas de différence entre le secteur public et le secteur privé de la santé. La qualité¹ exigée de l'ensemble des praticiens dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie devient une exigence de qualité de l'hôpital public, particulièrement quand ce dernier est le lieu d'exercice principal des praticiens.

Toutefois, une exigence aussi positive soit-elle, ne peut se contenter de simples bonnes volontés. L'exigence d'amélioration de la qualité de l'hôpital public si elle n'est pas accompagnée d'une expression normative claire et de moyens financiers adéquats, ne peut demeurer que l'expression d'une ambition limitées.

B- Les limites de la mise à niveau de l'hôpital public ou la rémanence de la solidarité nationale

L'hôpital public, en tant que principal prestataire de services couverts par la solidarité nationale en matière sanitaire, constitue en même temps la limite supérieure de ce que cette même solidarité nationale peut offrir en matière sanitaire. Cette rémanence de la solidarité nationale est à la fois normative, conceptuelle et financière.

1- Les limites normatives

L'exigence d'une mise à niveau de l'hôpital public, en tant qu'accompagnateur de la réforme de l'assurance maladie, trouve ses limites à la fois dans le dispositif textuel issu de la réforme du 2 août 2004², et dans l'absence d'un dispositif normatif assez contraignant pour imposer cette qualité voulue au départ, dans les différentes phases d'élaboration de ladite réforme.

¹ La qualité des soins selon l'OMS consiste à « *délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiqués et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ».

² Que ce soit le texte de la loi ou les textes d'application

La qualité de l'hôpital public n'a pas trouvé une consécration explicite dans le dispositif final de la loi du 2 août 2004. Pourtant, beaucoup d'articles, notamment ceux fondés sur les principes de la réforme, telle que élaborée en 1996¹, auraient pu aisément contenir cette exigence. Il s'agit surtout de l'article premier² qui omet de reprendre le principe de qualité dans la liste des principes du régime institué par la loi et de l'article 5 qui aurait pu consacrer la mise à niveau de l'hôpital public dans le cadre du contenu du régime de base³.

Les mêmes omissions existent également dans certains textes d'application, particulièrement le décret 2007-1367 du 11 juin 2007⁴, portant détermination des modalités de prise en charge, procédures et taux des prestations de soins au titre du régime de base d'assurance maladie. Tout son chapitre 2 du titre 2 est consacré à la filière publique de soins, mais ne prévoit aucune modalité propre à garantir des normes minimales de qualité dans les soins prodigués dans les hôpitaux publics. L'article 7 du décret prévoit un processus de conventionnement entre la CNAM et les institutions publiques de soins qui ne relèvent pas du ministère de la santé publique mais aucun exemple ne peut être fourni en 2013 sur ce type de convention. En toute logique, ces conventions seront construites sur la base de celles conclues entre la CNAM et les cliniques privées qui prévoient un dispositif contraignant en la matière⁵.

Enfin, la loi 2004-71, si elle a prévu explicitement dans l'article 11 et dans le cadre des conventions médicales, un dispositif contraignant pour la *garantie de la qualité de services*, elle n'a pas prévu de mécanismes équivalents pour garantir cette qualité de service dans les hôpitaux publics. Pourtant il existe en droit comparé des exemples d'accréditation des hôpitaux public sur la base de critères qualitatifs⁶. Il existe toutefois des exemples où les réformes des systèmes d'assurance maladie n'ont pas été accompagnées

¹ V. supra : introduction+ titre 1, chapitre premier.

² L'expression « ...dans le cadre d'un système sanitaire complémentaire de qualité englobant... » qui existait dans les premières versions de la loi de 2004 a été supprimée de la version finale. V. Travaux préparatoires, séance du 28/07/2004, JO des délibérations de la chambre des députés, session législative 2003/2004, n°36, p. 1372 (en arabe).

³ A cet égard on peut s'interroger sur une éventuelle prise de conscience que la mise à niveau de l'hôpital public est un objectif difficilement réalisable en Tunisie.

⁴ JORT n°47 du 12/06/2007, p.1983.

⁵ V. à titre d'exemple les articles 48 et s. de la convention sectorielle des médecins de libre pratique ou l'art. 22 de la convention sectorielle des médecins dentistes de libre pratique.

⁶ En droit français et canadien notamment. V. supra, Section première.

par des mécanismes juridiques contraignants de mise à niveau des hôpitaux publics¹.

A côté de ces carences normatives en matière de mise à niveau des hôpitaux publics dans le cadre de la mise en place du système actuel d'assurance maladie, il existe d'autres carences plus graves, notamment en matière de conception de la qualité recherchée.

2) Des limites conceptuelles

Dès les premières phases d'élaboration du système actuel d'assurance maladie, la question de la qualité de l'hôpital public a toujours été une revendication constante des différents acteurs qui ont mené les négociations et particulièrement la centrale syndicale. Cette exigence est également très perceptible dans les travaux préparatoires de l'élaboration législative de la réforme². Pourtant, à aucun moment, une quelconque partie n'a osé présenter exactement sa propre conception de cette qualité de l'hôpital public. Cela dénote-t-il d'une prise de conscience pour les uns d'une impossibilité de concrétiser juridiquement cette exigence ? Ou d'une crainte pour les autres de s'engager juridiquement sur un objectif difficilement réalisable³ ? Ou tout simplement d'un manque d'imagination et de perspective en la matière ?

Savoir ce qu'on recherche par l'instauration de la qualité des hôpitaux publics est primordial⁴. D'abord nous estimons qu'il est inutile de raisonner sur cette qualité de l'hôpital public dans une optique de satisfaction optimale des usagers car alors la qualité serait une donnée hautement subjective et par conséquent impossible à quantifier⁵. La qualité se manifesterait plutôt par un abandon progressif des approches quantitatives au profit d'une logique davantage soucieuse des besoins concrets et des attentes des usagers

¹ C'est le cas de la réforme marocaine du système d'assurance maladie par le dahir n°1-02-296 portant promulgation de la loi n°65-00 portant code de couverture médicale de base. Bulletin officiel marocain n°5058 du 21/11/2002, p. 1333.

² V. travaux préparatoires précités.

³ Avec toutes les conséquences éventuelles qui peuvent s'en suivre particulièrement au niveau de la responsabilité.

⁴ L'hôpital public et le référent du système sanitaire dans son ensemble.

⁵ La satisfaction de l'utilisateur n'est qu'une donnée parmi d'autres de la qualité de l'hôpital public. V. C. Hurlimann « Approche conceptuelle de la qualité des soins ». Actualité et dossier en santé publique, la Documentation Française, n°35, juin 2001, p. 23.

de l'hôpital, notamment en termes d'individualisation des prestations délivrées, de simplification et d'humaniser les relations avec les soignants.

Au regard de certaines expériences étrangères, quelques pistes d'amélioration de la qualité de l'hôpital public dans ses relations avec l'assurance maladie pourrait être proposée. D'abord, une refondation du statut juridique¹ de l'ensemble des hôpitaux. Le statut d'EPA semble trop contraignant et peut être considéré comme l'une des entraves à l'amélioration de la qualité². N'oublions pas que la CNAM a un statut d'entreprise publique. Cette refondation doit être accompagnée par une réflexion globale sur le statut du personnel de l'hôpital³. Ensuite repenser la gouvernance et l'organisation de l'hôpital public⁴ en impliquant les organismes de l'assurance maladie, mais aussi les malades, dans cette gouvernance⁵. Certains auteurs parlent de nos jours de la possibilité d'instaurer une véritable démocratie sanitaire⁶.

L'idéal serait d'instaurer des indicateurs objectifs de performance et de qualité, accompagnés d'une formule de certification, voire d'une accréditation entre la CNAM et l'hôpital public. Cependant, ces quelques propositions demeureraient inefficaces sans l'existence de moyens financiers adéquats. Cette carence des moyens financiers constitue la troisième limite dans la mise en place d'une mise à niveau de l'hôpital public.

¹ Sur l'influence du statut juridique de l'hôpital public sur la qualité de ses prestations, v. à titre d'exemple : J-M. Pontier, « Une réforme de l'hôpital sous le signe de la modernisation et de l'efficacité », article précité, p.2205, particulièrement p.2208.

² Malgré ses lacunes, le statut d'EPS –encore perfectible- et qui existe depuis 1991 en droit tunisien semble mieux convenir aux hôpitaux.

³ V. D. Jean-Pierre, « La nouvelle gouvernance à l'hôpital et la fonction publique ». Dalloz n°39 du 21/09/2009, p.15. (n°2223).

⁴ V. C. Esper : « La nouvelle gouvernance hospitalière : vers une meilleure prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale ». La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale, actes du colloque précité, p.83 et s. Dans ce cadre, l'auteur appelle à multiplier la contractualisation, notamment avec le personnel et la tutelle. Elle appelle également à multiplier les délégations de gestion.

⁵ Nous estimons qu'il est impératif à cet égard de multiplier les espaces de dialogue. Les incompréhensions et les tensions qui existent souvent au sein des hôpitaux sont dues essentiellement à l'absence de ce genre d'organes.

⁶ V. M. Deguerge, « Droit des malades et qualité du système de santé ». AJDA 2002, p. 509.

3) Les limites financières

L'importance des moyens financiers dans la mise à niveau et l'amélioration de la qualité de l'hôpital public n'est pas à prouver. Trois dépenses en relation directe avec les dépenses de qualité sont particulièrement onéreuses : l'achat des produits et des matériels médicaux¹, le recrutement du personnel médical et paramédical² et l'entretien des bâtiments et des matériaux, particulièrement ceux des EPS qui ont des tailles gigantesques³.

Cependant les ressources ne suivent pas ces besoins avec toutes les conséquences néfastes qui s'ensuivent sur la qualité des prestations. Cette carence financière a plusieurs raisons.

La première d'entre elles est la faiblesse des ressources propres de l'hôpital public. Son financement dépend largement d'autres acteurs en premier desquels se trouve l'Etat. Cette limite est accentuée pour les hôpitaux publics n'ayant pas le statut d'EPS, c'est-à-dire la majorité des structures hospitalières publiques. L'obstacle est, dans ce cas, juridique⁴. Un changement de statut pour la majorité des établissements hospitaliers publics, dans la perspective d'avoir leurs propres ressources doit à notre avis être envisagé.

La seconde raison est relative à la stagnation du financement public du secteur de la santé en général et des hôpitaux public en particulier. Les investissements reculent et les subventions de l'Etat stagnent⁵. Cela crée des pressions énormes sur la gestion financière de l'hôpital public et la qualité des prestations s'en trouve affectée puisqu'il est plus facile de rogner sur les postes budgétaires en rapport avec l'amélioration de la qualité de l'hôpital

¹ Dont les prix connaissent une inflation supérieure à la moyenne.

² La rémunération du personnel médical en Tunisie dépasse la rémunération de droit commun pour l'ensemble des agents publics. Cette rémunération demeure toutefois insuffisante pour éviter la fuite du personnel médical vers le secteur privé. L'ensemble des structures hospitalières du pays semblent souffrir d'une situation de sous effectif, particulièrement les hôpitaux de l'intérieur.

³ Il est intéressant de noter à cet égard que le seul budget des 10 EPS du pays s'élève en 2010 à 174150 milliers de dinars contre un budget d'à peu près 188 000 millier de dinars pour l'ensemble des autres hôpitaux de pays (34 hôpitaux régionaux et 109 hôpitaux de circonscription). V. annexe IV (extrait carte sanitaire, version préliminaires de décembre 2011).

⁴ La possibilité pour les EPA de vendre directement des services et par conséquent d'avoir des ressources financières propres et régulières est limitée par le droit tunisien.

⁵ La part des dépenses publiques de santé par rapport au PIB est passée de 2,65% en 2000 à 2,29% en 2010. V. carte sanitaire, annexe IV.

public que sur tout autres postes budgétaires.

La troisième raison est en rapport avec le déficit des caisses sociales qui augmentent d'année en année. Si la situation est, pour l'instant, encore maîtrisable pour ce qui concerne la CNAM¹, elle est inquiétante pour ce qui concerne la CNRPS² et surtout la CNSS³. Il est donc difficile d'impliquer financièrement les caisses sociales dans la mise à niveau qualitative de l'hôpital public.

La dernière raison est en rapport avec le mauvais recouvrement par l'hôpital public de ses créances, particulièrement quand le créancier est un malade non couvert par un système de prise en charge de ses dépenses sanitaires. Les hôpitaux publics recourent au système des traites qui demeurent dans une large proportion impayées. Le recours à la justice est malheureusement pour l'hôpital, souvent sans effets⁴ et c'est parfois l'hôpital public lui-même qui renonce à entamer des poursuites judiciaires.

Après quatre années d'entrée en vigueur du système actuel d'assurance maladie, il s'emblerait que son impact sur la qualité de l'hôpital public demeure pour l'instant limité⁵. S'il y a possibilité de mise à niveau de l'hôpital public cela sera sans doute réalisé par d'autres moyens, sans implication de l'assurance maladie, mais en inventant peut être d'autres formes de solidarité nationale. En attendant, l'ouverture de la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé aux prestataires privés de soins, constitue la principale mesure d'amélioration des prestations sanitaires contenue dans la réforme de 2004. Les prestataires privés de soins constituent désormais des acteurs incontournables de l'environnement de l'assurance maladie.

¹ La CNAM a connu en 2010 un excédent de 35 979 millier de dinar. V. annexe 2. Rappelons cependant que la CNAM ne bénéficie pas pour l'instant de la possibilité de recouvrer directement le produit des cotisations. Elle dépend largement des recouvrements effectués par la CNSS et la CNRPS.

² Déficit de 23 millions de dinars en 2009 contre un solde positif de 10 millions de dinars en 2003.

³ Déficit de 70 millions de dinars en 2007.

⁴ Les traites sont souvent utilisées pour les malades les plus défavorisés souvent insolubles.

⁵ Le désengorgement des hôpitaux publics par exemple, l'un des objectifs majeurs de la réforme de 2004, n'a pas été réalisé.

Chapitre deux

Les rapports de l'assurance maladie avec les prestataires privés de soins

L'une des principales innovations de la réforme du système tunisien d'assurance maladie est sans conteste l'ouverture de ce système aux prestataires privés de soins¹, même si ce secteur privé a toujours été concerné par la prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale. Il existait en effet et dans le cadre du régime d'assurance maladie géré par la CNRPS une option de prise en charge des maladies ordinaires plafonnée dans le cadre de la médecine libérale, en contre partie d'une surcharge de cotisations sur les pensions et salaires². Il existait également une liste de prestations sanitaires prises en charge par la CNSS et la CNRPS qui pouvaient s'effectuer dans le secteur privé sanitaire³. En dehors de ces cas, la solidarité nationale avant l'entrée en vigueur du système instauré par la loi du 2 août 2004 ne fonctionnait que pour la prise en charge des dépenses sanitaires dans les hôpitaux publics ou parapublics, tels les polycliniques de la CNSS.

L'article premier de la loi intègre sans équivoque les prestataires privés de soins dans le nouveau système de prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale: *Il est institué un régime d'assurance maladie, au profit des assurés sociaux et de leurs ayants droit, fondé sur les principes de la solidarité et l'égalité des droits dans le cadre d'un système sanitaire complémentaire qui englobe les prestations servies dans les secteurs public et privé de la santé.* Cette intégration pose cependant de nombreuses questions liées d'une part à la détermination de ces prestataires de soins en rapport avec l'assurance maladie (**Section 1**) et, d'autre part à l'organisation des rapports de la CNAM avec ces mêmes prestataires privés de soins (**Section 2**).

¹ C'est également l'un des grands principes de la réforme au moment de son lancement par le CMR de 1996 précité.

² V. supra, introduction.

³ Hémodialyse, imagerie médicale, chirurgie cardio-vasculaire.

Section 1: L'assurance maladie et la diversité du secteur privé sanitaire

L'ensemble du dispositif normatif du système tunisien d'assurance maladie, qu'il soit législatif, réglementaire et conventionnel fait nettement la différence entre deux types de prestataires privés de soins : D'une part, les professionnels privés de la santé (**Paragraphe 1**) et d'autre part, les structures institutionnelles sanitaires privées (**Paragraphe 2**) qui bénéficient désormais, grâce à la réforme, d'un nouveau marché de soins.

§-1 La diversité des professions médicales et paramédicales en rapport avec l'assurance maladie

La réforme du 2 août 2004 donne un nouveau statut aux différents prestataires de soins de libre pratique dans leurs rapports avec l'assurance maladie¹. Si le rôle des professions médicales (**A**) ou juxta médicale (**B**) est reconfirmé par la réforme, avec un nouvel agencement, la situation demeure ambiguë pour les autres professionnels privés du monde de la santé (**C**).

A- Les médecins de libre pratique et l'assurance maladie, un agencement inachevé

A l'instar de la majorité des pays du monde, le droit tunisien fait la différence entre deux types de médecins selon le critère de durée des études: les médecins généralistes et les médecins spécialistes. Ces derniers bénéficient naturellement d'une supériorité scientifique sur les premiers, mais aussi d'un prestige plus prononcé vis-à-vis des patients

La réforme du 2 août 2004 semble remettre en cause cette hiérarchisation en essayant d'instituer un nouvel agencement entre médecins généralistes et médecins spécialistes au profit des premiers. Mais les médecins spécialistes ont réussi à imposer le maintien de leur rôle central dans le parcours médical des assurés sociaux précisément lorsque ces derniers s'adressent au secteur privé sanitaire².

¹ Ce n'est pas leur statut de professionnel médical, en tant que tel, qui est décrit dans ce cadre, mais leur statut de prestataires de soins couverts par l'assurance maladie, d'où des différences et des contradictions entre les deux statuts.

² Dans le secteur public, le nombre des consultations faites par des médecins généralistes en soins ambulatoires dépasse largement celui des médecins spécialistes.

1) Le recentrage inachevé du rôle du médecin généraliste de libre pratique dans le système tunisien d'assurance maladie

Les médecins généralistes¹ constituent en Tunisie près de la moitié du nombre des cabinets médicaux² et ils constituent la majorité des diplômés en médecine. Le recours au médecin généraliste est avantageux pour le malade car il s'agit d'un médecin de proximité bien réparti sur l'ensemble du territoire du pays. C'est le professionnel de santé qui connaît logiquement le mieux son patient, qui participe activement à la médecine préventive et à la veille sanitaire et désengorge les structures sanitaires publiques ou privées de même que les médecins spécialistes souvent débordés³. Le tarif de sa consultation est plus économique que celui d'un spécialiste.

C'est pour ces raisons que la tendance dans le monde, en ce qui concerne les réformes des systèmes de prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale, est de mettre le médecin généraliste dans une position de centre de gravité⁴ : il doit être l'initiateur du processus de soins⁵. C'est le parcours sanitaire coordonné de l'assurance maladie dont le but principal est de rationaliser le coût financier de l'assurance maladie.

En Tunisie, la réforme, telle qu'entamée en 1996 n'échappait pas à cette tendance. A l'origine, l'idée était de créer un parcours sanitaire unique⁶ passant obligatoirement par un médecin généraliste conventionné avec le système et lié à ses patients pour une période minimale. Cela aurait contribué à améliorer le rendement des cabinets des généralistes, souvent sous exploités et à ouvrir de nouvelles opportunités pour les diplômés généralistes en médecine. De plus cela aurait coûté moins cher pour le nouveau système à instituer et aurait fait par conséquent et indirectement des économies pour la collectivité nationale.

¹ Sur le statut médical, la formation et les conditions d'établissement des médecins généralistes, v. A. Aouij-Mrad, « Le service public de la santé ». Thèse précitée, p. 118 et pp 213 et s.

² Le nombre global de ces cabinets médicaux en 2011 est évalué à 6273 dont 2965 généralistes et 3308 spécialistes. V. cartes sanitaire, annexe IV.

³ V. infra, 2).

⁴ C'est le cas du système danois, espagnol, italien et français. V. G. Duru et A. Beresniak « Economie de la santé ». Paris, Masson 2008, p. 15 et s.

⁵ A l'exception de quelques spécialités qui échappent par nature à la formation des médecins généralistes (la médecine dentaire par exemple) ou qui nécessitent des connaissances particulières (la pédiatrie par exemple) et/ou des outils particuliers (la gynécologie par exemple).

⁶ Y compris pour les cas d'hospitalisations dans les structures sanitaires publiques.

Mais la résistance de l'UGTT réussira à imposer un parcours sanitaire public échappant totalement au cabinet des médecins généralistes¹. La résistance des médecins spécialistes réussira à imposer un autre parcours sanitaire privé parallèle, échappant totalement aux cabinets des médecins généralistes².

Ce qui devait être, au moment de l'élaboration de la réforme de 2004, une tendance générale, s'est transformé avec la loi 2004-71 et ses textes d'application, en une simple option. Le corporatisme professionnel et syndical serait-il plus fort que le souci de pérenniser la solidarité nationale en matière sanitaire ? La résistance des médecins spécialistes est très révélatrice à ce sujet et donne une partie de la réponse.

2) La résistance des médecins spécialistes en tant qu'acteurs incontournables du système tunisien d'assurance maladie

Les médecins spécialistes constituent un échelon déterminant dans le parcours sanitaire. Si une bonne partie d'entre eux sont intégrés dans le système hospitalo-universitaire, certains ont choisi de s'établir pour leur propre compte dans des cabinets de ville³. Ils sont par conséquent des bénéficiaires de l'extension du système d'assurance maladie instauré en 2004 au secteur privé sanitaire. Sur un autre plan, le recours massif aux cabinets de médecins spécialistes –y compris pour des pathologies qui ailleurs sont du ressort des médecins généralistes- constitue une spécificité tunisienne. Cet état de fait participe substantiellement à l'augmentation du coût de la santé et du taux de la participation des ménages dans les dépenses de santé⁴. C'est pour cette raison qu'il été prévu au départ d'instituer un parcours sanitaire limitant au maximum le recours aux médecins spécialistes.

Cependant, cette volonté a été confrontée, dès les premières semaines de

¹ V. supra, chapitre premier, section 1.

² Sur les parcours de soins, v. infra, 2^{ème} partie, titre1, chapitre1.

³ 3308 cabinets en 2011. V. annexe IV, carte sanitaire.

⁴ Les ménages constituent environ 40% des dépenses totale de santé. 85% du financement du secteur privé sanitaire provient du paiement direct des ménages. V. N. Achour « Le système de santé tunisien : état des lieux et défis ». Rapport présenté en septembre 2011, non publié, v. annexe 1.

négociations et particulièrement au moment de l'élaboration des textes d'application¹ de la loi à une résistance farouche de la part des représentants des médecins spécialistes. Ces derniers ont réussi à se libérer de leur dépendance vis-à-vis des médecins généralistes dans le cadre de la réforme de 2004. En réalité cette résistance des médecins spécialistes en tant qu'acteurs incontournables, imposant leur propre dynamique dans le système d'assurance maladie, dépasse largement le strict cadre du parcours de soins. Nous nous intéresserons dans ce cadre à trois principales formes de résistances.

D'abord la résistance consistant à imposer un parcours de soins passant directement par le médecin spécialiste. Ceci implique pour la solidarité nationale une charge plus élevée, puisque les honoraires des médecins spécialistes sont plus importants que les honoraires des médecins généralistes.

Ensuite, les médecins spécialistes ont résisté à la représentativité unique du corps des médecins dans les négociations. Ignorée à ces débuts, cette représentativité propre est rapidement devenue incontournable dans les premières phases de fonctionnement du nouveau système en 2007².

Enfin et cela constitue la résistance la plus grave vis-à-vis de la logique de solidarité qui prime tout système d'assurance maladie est le non respect par beaucoup de spécialistes des tarifs conventionnés de la CNAM. Ce dépassement tarifaire est un phénomène qui concerne l'ensemble des médecins³ et qui n'épargne aucun pays⁴. La gravité de ce type de résistance consiste dans le fait de dissuader les patients les plus démunis de recourir aux médecins spécialistes, contredisant ainsi l'un des objectifs majeurs de la loi de 2004, à savoir l'équité sociale. La deuxième conséquence négative de cette

¹ Puisque la loi du 02/08/2004 est silencieuse sur le parcours sanitaire dans le secteur privé. La raison est qu'en 2004, la question du rôle respectif des médecins généralistes et des médecins spécialistes n'était pas encore résolue.

² Sur les rapports entre le système d'assurance maladie, les syndicats des médecins et le système d'assurance maladie, v. infra, Section 2, §.1.

³ Même si les médecins généralistes dans leurs rapports avec la CNAM semblent mieux respecter les tarifs conventionnels.

⁴ Les données scientifiques et statistiques sont par définitions peu viables face à un phénomène qui frôle l'illégalité. Seul quelques enquêtes sociologiques ou de presse peuvent donner une illustration plus ou moins exacte de ce phénomène. V. à titre d'exemple la grande enquête menée sur ce sujet par le journal le monde : « Dépassements d'honoraires : comment s'en accommodent les patients ». n° du 11/04/2012. Il s'agit d'une enquête menée sur 15500 fiches de médecins français.

résistance est de créer chez les rares praticiens qui respectent les tarifs conventionnels une situation d'encombrement avec pour conséquence un allongement des délais d'obtention de rendez-vous qui peut être préjudiciable pour la santé du patient. Enfin, cette résistance risque d'introduire dans la santé publique des pratiques qui relèvent plus d'un certain mercantilisme que de la volonté de se soigner, tels les marchandages tarifaires¹ ou la recherche de praticiens sur la base d'honoraires les moins chers.

En contre partie les médecins spécialistes continuent de bénéficier d'avantages par rapport aux médecins généralistes, tels l'exercice de l'activité privée complémentaire (APC) au sein des hôpitaux publics². La réforme de 2004 leur offre un avantage supplémentaire qui est la possibilité de ne pas respecter les modalités de prise en charge lorsqu'un patient s'adresse à un médecin spécialiste dans le cadre du système du 1/3 payant³.

Finalement, les rapports entre l'assurance maladie et les médecins du secteur privé et particulièrement les médecins spécialistes sont la manifestation de rapport de forces entre la solidarité nationale et un certain corporatisme professionnel médical puissant. Le réalisme et l'efficacité du système impose la recherche d'un certain équilibre entre ces deux paramètres. Cet équilibre imparfait est sans doute la contre partie nécessaire pour intégrer des praticiens de qualité appartenant au secteur privé dans le système national de prise en charge des dépenses de santé. Cette recherche d'équilibre est cependant moins évidente pour ce qui concerne les autres professionnels de la santé appartenant au secteur privé.

¹ Journal Le Monde, *ibid*.

² La question des APC dépasse largement la réforme de l'assurance maladie. Elle concerne surtout les règles de la fonction publique et les règles de la déontologie médicale. V. A. Mbarek « L'activité privée complémentaire des médecins. Problèmes juridiques ». In « Rôle de l'Etat et restructurations des systèmes de santé » *op. cit.*, p. 123.

³ Contrairement au médecin généraliste, le médecin spécialiste peut refuser le tiers payant et exiger un paiement immédiat de ses honoraires. L'assuré social peut néanmoins se faire rembourser par la CNAM. V. *infra*, 2^{ème} partie, titre 1, chapitre 1.

B- L'assurance maladie et les juxtamédicaux libéraux : une assimilation mesurée aux médecins de libre pratique

Les juxtamédicaux¹ sont composés par l'ensemble des professionnels de santé qui peuvent exercer leurs arts soit sous le contrôle d'un médecin, soit en dehors de ce contrôle. Ces professionnels bénéficient en outre d'un monopole d'exercice dans quelques attributions, chose qui n'existe pas par exemple pour les professions paramédicales. Il s'agit dans le cas tunisien des pharmaciens et des chirurgiens dentistes². Ces juxtamédicaux dont le rôle est essentiel au sein du système de santé sont concernés par l'extension de l'assurance maladie au secteur privé médical. Le système tunisien d'assurance maladie reprend en ce qui les concerne et de manière mesurée, le même type de rapports existant avec les médecins de libre pratique.

1) L'assurance maladie et les pharmaciens de libre pratique : Une assimilation totale aux médecins

Avant la réforme de 2004, les pharmaciens de libre pratique n'étaient que partiellement intégrés par le système d'assurance maladie alors en vigueur³. En matière de médicaments, la solidarité nationale ne fonctionnait qu'au sein des pharmacies hospitalières et des polycliniques de la CNSS. Avec la réforme du 2 août 2004, l'intégration des pharmaciens de libre pratique dans le système de prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale s'est réalisée dans les mêmes conditions que celle des médecins. Cette assimilation entre les deux principaux prestataires privés de services de santé se vérifie sur plusieurs niveaux.

D'abord l'intégration s'est faite sur la base du même processus conventionnel que celui qui lie la CNAM et les médecins de libre pratique. Cela signifie que l'ensemble de la convention cadre est opposable aux pharmaciens conventionnés et qu'elle constitue la base d'une convention sectorielle propre aux pharmaciens de libre pratique.

¹ Pour une étude globale de la situation des juxtamédicaux en Tunisie, v. A. Aouij-Mrad, thèse précitée, p. 313 et s.

² C'est le type de formation reçue et le contrôle obligatoire ou non par un médecin qui différencie un juxta médical et un paramédical. V. A. Aouij-Mrad, op. cit.

³ C'est le cas pour l'achat de médicaments dans le cadre du régime optionnel de la CNRPS ou dans le cadre des prises en charge dans le secteur privé sanitaire, antérieures à la réforme de 2004. Ex. : l'hémodialyse, la chirurgie cardio-vasculaire. V. supra, introduction.

Cette assimilation se vérifie ensuite dans les procédés de prise en charge du médicament par la CNAM¹ qui s'effectue dans les mêmes conditions que les procédés de prise en charge des honoraires des médecins de libre pratique. Les pharmaciens de libre pratique, dans le cadre du système tunisien d'assurance maladie, dépendent largement du choix fait par le patient de la filière de soins² et par conséquent du type de rapport qui le lie avec son médecin traitant. Ainsi, en-dehors de la liberté d'être conventionné ou pas avec la CNAM³, les pharmaciens de libre pratique n'ont aucune maîtrise du type de rapport qu'ils peuvent avoir dans le système d'assurance maladie⁴.

Enfin certaines lacunes et difficultés d'ordre réglementaires ou conventionnelles, existant entre la CNAM et les médecins de libre pratique se retrouvent avec les pharmaciens de libre pratique. Ainsi en est-il des problèmes de communication, des problèmes liés à la rapidité du remboursement par la CNAM, dans le cadre du tiers payant, des prestations fournies et l'accès aux informations concernant les assurés sociaux, particulièrement les informations relatives au plafonnement des dépenses prises en charge par la CNAM.

Toutefois, la réforme de 2004 et surtout le processus conventionnel n'est pas allé jusqu'au bout de la logique d'assimilation avec les médecins de libre pratique, puisque l'idée proposée au départ pour créer « un pharmacien référent »⁵ que doit choisir obligatoirement chaque assuré social n'a pas été retenue dans le dispositif final réglementaire et conventionnel du système tunisien d'assurance maladie. Par conséquent, l'intégration des pharmaciens de libre pratique au sein du système de prise en charge par la solidarité nationale des dépenses sanitaires est absolument uniforme pour l'ensemble des pharmaciens conventionnés. Il en est presque de même pour les autres juxtamédicaux de

¹ Procédé prévu par la convention sectorielle des pharmaciens de libre pratique en date du 26/04/2007, approuvée par l'arrêté du ministre des affaires sociales du 1/06/2007. JORT n°14 du 08/06/2007, p. 1926.

² Sur le rôle des pharmaciens dans les filières de soins, v. infra, 2^{ème} partie, titre premier, chapitre 2.

³ Il s'agit en réalité d'une fausse liberté. L'écrasante majorité de la clientèle des pharmaciens de libre pratique sont affiliés à la CNAM, puisque la majorité des malades sont aussi des assurés sociaux.

⁴ Un patient ayant choisi le système du tiers payant, ne payera que sa côte part du prix du médicament. C'est la CNAM qui remboursera le pharmacien pour la partie du prix supportée par la solidarité nationale. Un patient ayant choisi la filière de remboursement, payera la totalité du prix du médicament et se fera ensuite rembourser par la CNAM. Enfin un assuré social ayant choisi la filière publique et se présente à une officine privé pour acquérir ses médicaments ne pourra pas invoquer la solidarité nationale en matière sanitaire et doit par conséquent supporter la totalité du prix du médicament. V. infra, 2^{ème} partie, Titre 1, chapitre 2.

⁵ A l'image du médecin de famille désormais obligatoire pour le système du tiers payant. V. infra 2^{ème} partie.

libre pratique que sont les chirurgiens dentistes.

2) L'assurance maladie et les médecins dentistes de libre pratique : une situation avantageuse par rapport aux médecins

L'assimilation des chirurgiens dentistes aux médecins de libre pratique dans le cadre du système tunisien d'assurance maladie est moins importante par rapport aux pharmaciens. Ils ont pourtant longtemps fait partie d'un point de vue corporatif du conseil de l'ordre des médecins¹. La création d'un ordre spécifique propre aux médecins dentistes² n'a pas véritablement renforcé leurs autonomies vis-à-vis des médecins. Pourtant le dispositif conventionnel liant la CNAM aux médecins dentistes est plus avantageux que celui liant la CNAM aux médecins de libre pratique et ce, pour les raisons suivantes.

La convention sectorielle³ des médecins dentistes institue un mode de rémunération plus avantageux que celui des médecins de libre pratique. En effet, ce mode et contrairement à la convention des médecins de libre pratique, ne dépend pas du choix du parcours de soins effectué par l'assuré social. L'article 45 de la convention des médecins dentistes dispose que « *Le médecin dentiste consulté perçoit l'intégralité de ses honoraires du bénéficiaires qui se fait rembourser ultérieurement par la caisse...* ». Cet avantage nous semble important car d'une part il élimine toute procédure administrative entre le médecin dentiste et la CNAM, du fait de l'absence de contact entre eux puisque c'est à l'assuré social de le faire. D'autre part, il dispense le médecin dentiste, en ce qui concerne les assurés sociaux ayant choisi la formule du tiers payant, du soin de vérifier si l'assuré social a atteint son plafond de prise en charge des dépenses sanitaires par la CNAM. Cette tâche doit obligatoirement être effectuée par les médecins et les pharmaciens de libre pratique conventionnés afin de ne pas perdre leurs rémunérations. Cet avantage garantit par conséquent une rémunération du médecin dentiste moins risquée et plus rapide que celle du médecin généraliste par exemple⁴.

¹ Il existe par exemple une seule loi commune relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecins et des médecins dentistes. V. loi n°91-21 du 13/03/1991. JORT n° 19 du 15/03/1991 p. 408.

² Loi précitée.

³ Convention approuvée par l'arrêté du ministre des affaires sociales du 06/02/2007 et publiée au JORT n°13 du 13/02/2007, p. 451.

⁴ Mais aussi du pharmacien de libre pratique vis-à-vis des assurés sociaux ayant choisit la formule du 1/3 payant.

Toutefois, les médecins dentistes ont dû consentir vis-à-vis de la CNAM de quelques concessions. D'abord la convention sectorielle des médecins dentistes est celle qui a la durée la plus longue par rapport aux autres conventions sectorielles, soit cinq années renouvelables. Ensuite elle est la seule qui ne prévoit pas de révision des tarifs pendant toute sa période de validité et d'application. Il semblerait que la phase de négociation entre la CNAM et le syndicat des médecins dentistes de libre pratique ait été plus facile par rapport aux négociations menées avec les représentants syndicaux des autres prestataires de soins.

C- L'assurance maladie et les paramédicaux de libre pratique : une intégration limitée

Les professionnels privés de la santé autres que les médecins et les pharmaciens se caractérisent par leur diversité et leur degré d'institutionnalisation variable. Leurs points communs est qu'ils exercent tous leur art sous le contrôle d'un médecin¹. Si les infirmiers constituent le corps paramédical le plus important quantitativement dans tout système de santé, le statut de ceux d'entre eux qui exercent pour leur propre compte demeure ignoré par l'assurance maladie. Quant aux autres professions paramédicales, leur situation est ambivalente en matière d'assurance maladie.

1) Les infirmiers de libre pratique : une profession ignorée par le système tunisien d'assurance maladie

La grande majorité des infirmiers tunisiens exercent leur profession en tant que salariés qu'il s'agisse d'hôpitaux publics, des cliniques privées, de cabinets de médecins, d'officines pharmaceutiques mais aussi au sein d'institutions publiques ou privées². Pourtant il existe d'une part, un certain nombre d'infirmiers qui exercent leur métier pour leur propre compte. D'autre part, il n'est pas rare que des infirmiers salariés continuent à exercer presque clandestinement après leurs horaires de travail. Dans ces deux derniers cas, le recours à un infirmier se fait souvent loin du médecin et parfois même en dehors de son contrôle ; particulièrement pour quelques pathologies bénignes, des urgences non graves³

¹ Toutefois ce degré du contrôle du médecin varie sensiblement d'une profession paramédicale à une autre.

² Plusieurs administrations, établissements publics et entreprises privées possèdent leurs propres infirmeries.

³ Des blessures superficielles par exemple.

et parfois même dans le cadre d'automédication nécessitant des injections par seringue par exemple. Nous remarquons ainsi qu'il existe un besoin bien réel des prestations des infirmiers en dehors d'un cadre hospitalier ou strictement médical.

Pourtant, le système tunisien d'assurance maladie ne reconnaît aucun statut aux infirmiers exerçant pour leurs propres comptes. Il en résulte que l'ensemble des frais supportés dans les infirmeries privées ne sont pas pris en charge par la solidarité nationale. La principale cause de cette lacune est sans contexte le faible degré d'institutionnalisation de la profession d'infirmier libéral. Cette profession en Tunisie n'est organisée ni sous une forme ordinale¹, ni syndicale². Or l'article 3 du décret n°2005-3154 du 06 décembre 2005, portant détermination des modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre la CNAM et les prestataires de soins dispose clairement que « *les conventions prévues à l'article 2 du présent décret sont conclues entre, d'une part, la CNAM et d'autre part, les organisations syndicales les plus représentatives des prestataires de soins* ».

Ce faible degré d'institutionnalisation qui fait obstacle au conventionnement des infirmiers de libre pratique est critiquable. L'absence d'une organisation syndicale pour les infirmiers de libre pratique capable de négocier avec la CNAM peut éventuellement faire obstacle à la conclusion d'une convention sectorielle. Mais rien n'empêche les pouvoirs publics de fixer d'autorité les obligations des infirmiers³ de libre pratique dans le cadre du système d'assurance maladie. Cette intervention⁴ peut constituer une base légale d'un conventionnement individuel des infirmiers libéraux à la convention cadre de l'assurance maladie, cette dernière ne donnant pas une liste limitative des prestataires de soins de libre pratique.

Cette ouverture du système aux infirmiers établis à leurs propres comptes ne peut

¹ Contrairement au cas français par exemple ou un ordre national des infirmiers depuis la loi française n°2006-1668 du 21/12/2006 (JO 27/12/2006). V. G. Rousset « Principes communs : Professions paramédicales ». Jurisclasseur droit médical et hospitalier. LexisNexis SA 2010, Fasc.7-3, p.4.

² Il existe cependant une association d'infirmiers de libre pratique qui n'a jamais été sollicitée en tant qu'interlocuteur de la CNAM.

³ Et notamment les tarifs qui ne seront plus dans ce cas conventionnels, mais réglementaires.

⁴ Qui peut demeurer provisoire en attendant l'intégration complète des infirmiers libéraux dans l'ensemble du dispositif conventionnel de la CNAM.

être qu'avantageuse pour les comptes de la CNAM. Un infirmier est toujours moins cher à rembourser qu'un praticien médecin ou juxta médical. Peut être serait-ce aux infirmiers de libre pratique¹ d'agir pour mettre fin à cette ignorance réciproque. D'ailleurs en droit français il existe un processus conventionnel² régissant les rapports entre les caisses d'assurance maladie et les infirmiers établis pour leurs propres comptes.³

En ce qui concerne la situation des autres professions paramédicales de libre pratique, la situation semble être plus ambivalente.

2) Le statut ambivalent des autres professionnels de santé

Les professions paramédicales autres que les infirmiers sont diverses⁴. Certaines sont bien établies et organisées. D'autres professions sont mal connues du grand public et parfois mal organisées. Cette ambivalence se retrouve également dans le statut que leur octroie le système tunisien d'assurance maladie. Une partie infime de ces professions paramédicales dispose d'une position claire vis-à-vis du système tunisien d'assurance maladie. Il s'agit des physiothérapeutes qui ont conclut une convention sectorielle le 6

¹ L'association tunisienne des infirmiers de libre pratique est reconnue comme étant professionnelle sur la page officielle du ministère de la santé publique (V. http://www.santetunisie.ms.tn/msp/service_public/association). Elle peut jouer à cet égard un rôle déterminant.

² Convention signée le 31/07/1997. V. G. Rebecq « Assurance maladie. Conventions nationales des professions de santé autres que les médecins ». Jurisclasseur droit médical et hospitalier. LexisNexis SA 2010, Fasc. 85-1, p. 31.

³ Il faut signaler que contrairement au cas tunisien, les infirmiers de libre pratique sont organisés par des syndicats et dispose depuis 2006 d'un ordre professionnel. G. Rosset, op. cit. p. 3.

⁴ Les professionnels paramédicaux autres que les infirmiers qui peuvent exercer à titre libéral sont les suivants :

- Les masseurs-kinésithérapeute, ou physiothérapeutes,
- Les pédicure-podologue,
- Les ergothérapeutes,
- Les psychomotriciens,
- Les orthophonistes,
- Les orthoptistes,
- Les audioprothésistes,
- Les opticiens-lunetier,
- Les prothésistes et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées,
- Les diététiciens,
- Les auxiliaires de puériculture,
- Les ambulanciers,
- Les ostéopathes et chiropracteurs,
- Les sages-femmes.

Notons que cette liste n'est pas exhaustive. Elle dépend en grande partie de l'évolution du savoir et de la technique. V. G. Rousset, op. cit.

septembre 2007¹.

Pourtant l'absence de certaines professions paramédicales anciennes et bien structurées peut surprendre à cet égard. Il s'agit particulièrement des sages-femmes, des orthophonistes, des psychomotriciens et des audioprothésistes dont les associations respectives sont reconnues par le ministère de la santé publique comme étant à caractère professionnel. Paradoxalement, la CNAM peut être amenée à rembourser indirectement ces professionnels de libre pratique dans le cadre de la prise en charge forfaitaire de certains actes dans les cliniques privée². C'est le cas par exemple des sages-femmes dans le cadre de la prise en charge forfaitaire des accouchements³.

Un conventionnement de l'ensemble des professions paramédicales par la CNAM constituera à coup sûr une reconnaissance de ces professionnels souvent mal connus. C'est la logique même de l'ouverture de la solidarité nationale aux prestataires privés de soins qui l'impose⁴. En l'état actuel des choses et en l'absence de ce conventionnement général, cette ouverture ne peut demeurer qu'inachevée. Médecins, pharmaciens, dentistes aussi important soit-ils ne constituent pas pour autant l'ensemble du secteur privé sanitaire qui ne peut fonctionner sans l'assistance de l'ensemble des professions paramédicales.

A titre de comparaison il existe en droit français une multitude de conventions nationales conclues dans le cadre du système d'assurance maladie avec des professionnels de santé autre que les médecins et les juxtamédicaux. Il s'agit d'une part des conventions nationales des sages femmes⁵, des masseurs-kinésithérapeutes⁶, des orthophonistes⁷, des orthoptistes⁸, des opticiens lunetiers⁹ et des transporteurs sanitaires¹⁰. D'autre part, les

¹ Approuvé par arrêté du ministre des affaires sociales du 05/10/2007 et ce après extension par arrêté du même ministre du 05/10/2007 des dispositions de la convention cadre aux physiothérapeutes. JORT n°83 du 16/10/2007, p.3464.

² V. infra, 2^{ème} partie. Titre 1, chapitre 2.

³ Et ce dès l'entrée en vigueur partielle de la réforme de 2004 le 1^{er} juillet 2007.

⁴ Rappelons que les articles 2 et 3 du décret n°2005-3154 du 06/12/2005, portant détermination des modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre la CNAM et les prestataires de soins (JORT n°99 du 13/12/2005) ne donnent pas une liste limitative de prestataires de soins.

⁵ Conclue le 1^{er}/10/1999 (JO 9/01/2000).

⁶ Conclue le 03/02/1994 (JO 18/05/1994).

⁷ Conclue le 31/10/1996 (JO 09/01/1997).

⁸ Conclue le 19/04/1999 (JO 05/08/1999).

⁹ Conclue le 14/10/2003

¹⁰ Conclue le 05/02/1997 (JO du 14/03/1997).

pédicures et podologues bénéficient du maintien d'un ancien dispositif conventionnel¹ dans le cadre du système actuel d'assurance maladie. On remarque donc que quasiment l'ensemble des professionnels paramédicaux de libre pratique bénéficient d'une position claire vis-à-vis de l'assurance maladie en droit français².

Mais le secteur privé sanitaire n'est pas seulement constitué de simples professionnels de libre pratique. Il s'agit également de structures institutionnelles variées.

§-2 : L'assurance maladie et les structures institutionnelles sanitaires du secteur privé

L'ouverture du système tunisien d'assurance maladie au secteur privé sanitaire par la réforme de 2004 a constitué pour les institutions sanitaires du secteur privé un événement majeur. Limitées avant cette réforme aux seules catégories de malades solvables et par conséquent aisés³, ces structures institutionnelles sanitaires du secteur privé se sont trouvées subitement face à une nouvelle catégorie de clientèle, les assurés sociaux. Si les cliniques privées constituent les principales bénéficiaires de cette ouverture de la solidarité nationale au secteur privé (A), d'autres structures institutionnelles privées, tels les laboratoires d'analyse biologique et les centres médicaux spécialisés ont vu leur chiffre d'affaires augmenter substantiellement après l'entrée en vigueur du système d'assurance maladie en 2007 et 2008(B).

A- L'assurance maladie et les cliniques privées

Les cliniques privées ont toujours existé dans le système sanitaire tunisien⁴. Longtemps synonyme d'une médecine pour riches, elles ont vu leur nombre augmenter à partir des années 90 particulièrement dans les villes côtières⁵. Leur intégration au système

¹ Il s'agit des conventions départementales conclues entre les caisses primaires d'assurance maladie et un syndicat de praticiens en vertu du régime institué par le décret n°60-451 du 12/05/1960 (JO 13/05/1960).

² V. G. Rebecq, article précité.

³ Mais aussi à certaines catégories de malades bénéficiant d'assurance groupe ou d'assurance complémentaires.

⁴ Organisées pour la première fois sous la dénomination de maison de la santé par décret beylical du 30/07/1936 et par arrêté du 28/08/1936. V. JOT du 25/09/1936, p. 1082.

⁵ L'afflux massifs de patients étrangers des pays voisins a favorisé l'augmentation du nombre des cliniques privées en Tunisie.

national d'assurance maladie représente une étape décisive de leur évolution. Cependant cette extension de la solidarité nationale à l'ensemble des cliniques privées demeure inachevée.

1) L'intégration des cliniques privées dans le système tunisien d'assurance maladie

Les cliniques privées dans le système sanitaire tunisien constituent d'un point de vue usuel une dénomination générique désignant l'ensemble des établissements sanitaires privés. Il existe une nomenclature juridique pour chaque établissement¹ qui dépend des moyens techniques, financiers et humains de chaque structure ainsi que de la volonté de ses créateurs à savoir lui attribuer un but lucratif ou pas. Cette différence de degré et de portée nous donne une classification des structures sanitaires privées qui est la suivante :

- Les hôpitaux privés² ;
- Les cliniques pluridisciplinaires ou les polycliniques³ ;
- Les cliniques mono disciplinaires⁴ ;
- Les établissements de santé prêtant la totalité de leurs services au non résidents⁵.
- Les établissements de santé privés gérés par des associations⁶.

Les cliniques de la deuxième et troisième catégorie sont les plus nombreuses en Tunisie⁷ et sont par conséquent les premières concernées par toute ouverture du système de financement de la santé par la solidarité nationale au secteur privé sanitaire.

L'intégration des cliniques privées dans le système tunisien d'assurance maladie

¹ Prévu par l'art. 40 de la loi 91-63 précitée et organisé par le décret n° 93-1915 du 31/08/1993 (JORT n°73 du 28/09/1993, p. 1621) et le décret n°98-793 du 04/04/1998 (JORT n°31 du 17/04/1998, p.770). V. Y. Oul Ahmed, thèse précitée, p. 240 ; M. Ouardi, « Les Etablissements sanitaires privés ». In « Commentaire des grands textes du droit de la santé ». Ouvrage collectif sous la direction de A. Aouj-Mrad. Tunis, CPU 2012, p. 89.

² Il s'agit de l'établissement sanitaire privé qui se rapproche le plus des CHU et des grands hôpitaux publics régionaux. Ils doivent avoir une capacité minimum de 100 lits et doivent disposer obligatoirement d'un certain nombre de services (7 services dont un service pour les urgences, un service de chirurgie et un service d'imagerie...V. art. 5 du décret 93-1915).

³ Ressemblant aux hôpitaux privés mais avec une capacité en lit moindre. Ils peuvent en outre être dispensés d'avoir 2 services parmi la médecine générale, la chirurgie et la gynécologie. Art. 13 du décret 93-1915.

⁴ Prévu par la section II du décret 93-1915.

⁵ Prévu, par la loi n°2001-94 du 07 août 2001 relative aux établissements de santé prêtant la totalité de leurs services au profit des non résidents. JORT n°63 du 07/08/2001, p. 2027.

⁶ Prévue par l'art. 23 du décret 93-1915.

⁷ Respectivement 49 et 32 établissements fin 2011 d'où l'explication de la concordance qui existe entre les établissements sanitaires privés et l'expression « cliniques privées » dans le langage usuel et parfois juridique tunisien. V. N. Achour, rapport précité. V. annexe I.

s'est faite selon le même processus conventionnel qui a été suivi pour l'ensemble des prestataires privés de soins¹. Cependant au regard des enjeux systémiques² et économiques³ de cette intégration, la réforme de 2004 a eu des conséquences qui dépassent largement la solidarité nationale en matière sanitaire et de manière plus générale l'action médico-sociale.

En premier lieu cette intégration a engendré pour les cliniques privées une extension de leur marché. Aux malades aisés ou couverts par des systèmes de couverture complémentaire assez généreux, il convient d'ajouter depuis 2007 l'ensemble des malades assurés sociaux ayant choisi l'une des deux filières permettant une prise en charge d'une partie de leurs dépenses de santé dans les cliniques privées⁴.

En second lieu, cette intégration a eu pour conséquence l'implication des cliniques privées dans la politique médico-sociale de l'Etat. Depuis la réforme, ces cliniques ne sont plus de simples acteurs ou collaborateurs du service public de la santé, mais de véritables gestionnaires directs de ce service. Soumis au droit de la santé national, ils concrétisent par cette intégration l'exigence nationale⁵ d'un droit à la santé. Concrètement, cela se manifeste par l'obligation qui pèse sur elles de respecter l'ensemble des principes de la réforme de 2004 en matière d'égalité d'accès⁶, de continuité du service⁷, mais aussi de qualité des soins⁸.

Enfin, en troisième lieu, cette intégration des cliniques privées les transforme en un acteur incontournable pour la réalisation d'un des objectifs majeurs de la réforme de 2004, à savoir la maîtrise des dépenses de santé. Sans un minimum de bonne volonté des

¹ Convention sectorielle des cliniques privées, approuvée par l'arrêté du ministre des affaires sociales du 04/05/2007 et publiée au JORT n°37 du 08/05/2007, p. 1499.

² Les cliniques privées constituent un secteur influent l'ensemble du système sanitaire et social tunisien. V. Y. Ould Ahmed, thèse précitée, p. 240.

³ En termes d'emploi et de chiffre d'affaire.

⁴ Soit le système du 1/3 payant, soit le système du remboursement. V. infra, 2^{ème} partie, titre 1, chapitre 2.

⁵ Exigence constitutionnelle et législative. V. supra, titre1, chapitre1, section1.

⁶ Art. 1^{er} de la loi 2004-71.

⁷ C'est une obligation qui a pour fondement la loi 91-63 relative à l'organisation sanitaire.

⁸ Prévu par l'ensemble des dispositions de la réforme de 2004 en rapport avec le processus conventionnel et le contrôle médical.

cliniques privées, cet objectif devient complètement irréalisable¹.

Finalement, cette intégration des cliniques privées constitue la manifestation la plus visible de la refondation mais aussi de l'extension de la solidarité nationale en matière sanitaire. Mais l'analyse approfondie de cette interrogation révèle ses limites.

2) L'extension inachevée de la solidarité nationale : La remise en cause de l'équité du système sanitaire

L'extension de la prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale aux cliniques privées demeure en 2012 encore inachevée. Cette limite est à la fois matérielle et organique.

D'un point de vue organique, la limite est en rapport avec le fait que l'ensemble des cliniques privées ne sont pas toutes concernées par la prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale. Ainsi, les hôpitaux privés ne sont pas mentionnés par le champ d'application de la convention sectorielle. Aucune logique ne peut expliquer cette omission, si ce n'est l'inexistence dans la pratique tunisienne et jusqu'à la fin des années 2000 de véritables hôpitaux privés². Nous pouvons considérer qu'il s'agit tout simplement d'une maladresse des rédacteurs de la dite convention³ sectorielle.

L'autre limite concerne la non extension du système tunisien d'assurance maladie aux cliniques off-shore⁴, réservé à priori aux non résidents. Le problème dans cette non extension réside dans le fait que ces cliniques peuvent réserver une partie de leurs capacités⁵ aux tunisiens résidents. Non conventionnées avec la CNAM et échappant à toute logique de limitation tarifaire, les cliniques off-shore ne bénéficient dans ce cas de figure qu'aux tunisiens aisés pouvant payer des prestations dans les mêmes conditions que les

¹ Nous estimons qu'un écart important entre les tarifs pratiqués par les cliniques et la prise en charge réelle par la CNAM aboutira à terme à des cliniques privées redevenues inaccessibles pour la majorité des assurés sociaux.

² La situation semble toutefois changer avec l'établissement d'un premier hôpital privé

³ La convention s'applique finalement à l'ensemble des cliniques privée au sens usuel plus que juridique. Ce sens usuel s'applique aux hôpitaux privés.

⁴ Prévu, par la loi 2001-94 précitée.

⁵ « Dans la limite d'une proportion ne dépassant pas 20% du chiffre d'affaires réalisé avec les non - résidents durant l'année écoulée ». Art.2 de la loi précitée.

patients étrangers. La solution résiderait dans l'intégration de ces cliniques off-shore dans le même dispositif conventionnel que les autres cliniques pour la partie des prestations réservées aux résidents tunisiens.

D'un point de vue matériel, c'est la comparaison avec l'hôpital public qui révèle les limites de la solidarité nationale pour les cliniques privées. En effet, le système tunisien d'assurance maladie¹ ne prend pas en charge les dépenses sanitaires effectuées dans les cliniques privées dans les mêmes proportions que dans les hôpitaux publics². Aux limites générales imposées à l'ensemble des prestataires de soins du secteur privé conventionnés avec la CNAM³, s'ajoutent des limites propres aux cliniques privées.

La première limite concerne l'existence d'une liste préétablie de prestations d'hospitalisations⁴ qui constitue aussi le cadre de l'intervention de la solidarité nationale. Cette liste détermine à la fois le type d'hospitalisation ainsi que l'acte ou les actes entrant dans ce cadre⁵. La limite est donc double : ne peuvent être pris en charge que les hospitalisations qui figurent sur la liste⁶ ou les actes mentionnés dans le cadre de l'hospitalisation, un acte n'est pas pris en charge s'il suit une hospitalisation, même si cette dernière figure sur la liste⁷.

La deuxième limite est en rapport avec le forfait global conventionnel⁸ (FGC) qu'il s'agisse d'interventions chirurgicales et médicales ou d'hospitalisations sans intervention chirurgicale. Ce FGC comprend des éléments tels que les consommables médicaux, les éléments d'hébergement... qui sont facturés à l'unité pour le malade assuré social, mais

¹ Et ce contrairement à d'autres systèmes étrangers où il y a très peu de discriminations entre les hôpitaux publics et les cliniques privées en matière d'assurance maladie. C'est par exemple le cas du système français.

² Absence de liste de prestation, absence de plafonnement de prise en charge.

³ Ces limites concernent les modalités, taux de prise en charge et plafonnement dans les 2 filières de soins du secteur privé. V. infra 2^{ème} partie, Titre I, chapitre I.

⁴ Déterminé par arrêté conjoint du ministre des affaires sociales et du ministre de la santé publique du 29/06/2007. JORT n°52 du 29/06/2007, p.2257.

⁵ Exemple l'accouchement constitue une hospitalisation. L'accouchement par voie basse et l'accouchement par voie césarienne constituent les deux actes possibles et pris en charge par la CNAM dans le cadre de cette hospitalisation. V. annexe VI.

⁶ On peut citer à titre d'exemple certaines maladies rares ou encore l'IVG.

⁷ On peut citer à titre d'exemple la pause de plaque (non prévu par l'arrêté) dans le cadre d'une « Hypertrophie prostatique » qui est prévue par le même arrêté dans la liste des hospitalisations prises en charge par la CNAM.

⁸ Qui ressemble dans une large mesure au forfait de prise en charge dans les hôpitaux publics.

pris en charge forfaitairement par la CNAM. Le résultat est les différences plus ou moins importantes entre ce que doit payer l'assuré social¹ et la prise en charge réelle par la CNAM des dépenses de santé effectuées dans les cliniques privées².

Finalement à travers l'ensemble de ces limites, c'est l'un des principaux objectifs de la réforme de 2004 qui semble être ainsi remis en cause. La situation semble être plus respectueuse de cet objectif pour ce qui concerne les autres structures institutionnelles privées.

B- L'assurance maladie et les autres structures institutionnelles privées

Les centres privés d'hémodialyse ont été en Tunisie les véritables précurseurs de l'extension de la solidarité nationale aux dépenses sanitaires effectuées chez des prestataires de santé privés et ce bien avant la réforme de 2004. Cette dernière a étendu la solidarité nationale aux prestations fournies par d'autres centres médicaux spécialisés, ainsi qu'aux laboratoires d'analyses.

1) Les centres médicaux spécialisés

Les centres médicaux spécialisés³ sont des structures de soins le plus souvent ambulatoires mais pouvant parfois comporter des services hospitaliers⁴. Ils sont souvent mono disciplinaires offrant des prestations nécessitant un personnel qualifié et l'utilisation de matériel de pointe souvent fort onéreux.

Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de 2004, les centres médicaux spécialisés sont concernés par l'extension du financement par la solidarité nationale des dépenses de

¹ Ticket modérateur+pourcentage à la charge de l'assuré social+différence entre le FGC et la facture détaillée de la clinique.

² Dans tous les cas cette différence est beaucoup plus importante par rapport à l'hôpital public. (Ticket modérateur+pourcentage à la charge de l'assuré social)

³Prévu par le Décret n°98-793 du 04/04/1998 relatif aux établissements sanitaires privés. JORT n°31 du 17/04/1998, p.770.

⁴ La différence avec les cliniques privées se situe dans le fait que l'hospitalisation est une activité normale pour ces cliniques, alors qu'elle est exceptionnelle pour les centres spécialisés. Toutefois, l'ambiguïté peut exister pour certaines structures telles que les centres de soins cardio-vasculaires. Sont-ils des cliniques mono disciplinaires ou des centres spécialisés ?

santé. Cependant et contrairement à ce qui existe pour les autres prestataires privés de soins, les modalités de cette extension ne furent pas uniformes mais suivant trois modalités différentes.

La première modalité concerne exclusivement les centres d'hémodialyse¹. Le dispositif mis en place avant la réforme de 2004 dans le cadre des régimes légaux gérés par la CNSS et la CNRPS fut maintenu, la CNAM ne faisant que remplacer lesdites caisses dans leurs rapports avec les centres d'hémodialyses privés².

La deuxième modalité concerne le conventionnement du centre spécialisé sur la base de la convention sectorielle des cliniques privées³. Il s'agit là de procédures suivies en Tunisie par certains centres privés de procréation médicalement assistée (PMA) et par les centres privés de radiothérapie et/ou de chimiothérapie⁴.

La troisième modalité concerne le regroupement d'un certain nombre de praticiens agissant dans la même spécialité et conventionnés individuellement, leurs structures collectives ne l'est pas. Dans ce cas le centre spécialisé sera juridiquement, et du point de vue de l'assurance maladie, assimilé à un cabinet de groupe. La prise en charge des dépenses par la solidarité nationale ne pourra alors concerner que les soins prodigués en ambulatoire. C'est le cas de quelques structures privées⁵ spécialisées en psychiatrie, en pédiatrie, en gynécologie obstétrique, en chirurgie esthétique⁶... mais aussi en procréation médicalement assistée.

¹ Régi par le décret n°98-795 du 04/04/1998 fixant les conditions de création et d'exploitation des centres d'Hémodialyse. JORT n°31 du 17/04/1998 p. 772.

² C'est ce qui ressort de l'art. 33 du décret 2007-1367, portant détermination des modalités de prise en charge, procédures et taux de prestations de soins au titre du régime de base d'assurance maladie. JORT n°47 du 12/06/2007, p.1983.

³ Même si la frontière semble être floue entre centre médical spécialisé et clinique mono disciplinaire, nous avons des doutes sur la légalité de cette procédure car la convention sectorielle donne une définition assez restrictive de la clinique privée.

⁴ Mais aussi par les structures privées de soins cardio-vasculaires si on les considère comme étant des centres médicaux spécialisés et non des cliniques mono disciplinaires.

⁵ Certains sont dotés d'une personnalité juridique sous forme de société commerciale, d'autres prennent la forme juridique de société civile. Cette différence n'a pas un impact vis-à-vis de la CNAM.

⁶ La chirurgie esthétique ne fait pas partie de la liste de pathologies dont les frais sont pris en charge par l'assurance maladie sauf en de rares exceptions pour corriger par exemples les effets secondaires d'autres pathologies. Mais les chirurgiens esthétiques peuvent être individuellement être conventionnés avec la CNAM sur la base de la convention sectorielle des médecins de libre pratique.

L'ouverture du système tunisien d'assurance maladie à ces centres spécialisés a permis à une grande partie de la population d'accéder à une médecine de qualité et onéreuse¹. Cette ouverture a en même temps donné un nouvel élan aux investissements dans quelques filières de pointe du secteur privé médical². Dans ce domaine, l'ambivalence entre logique de solidarité et logique de commercialité qui prévaut en matière d'assurance maladie apparaît clairement. Elle l'est beaucoup moins pour ce qui concerne les rapports du système d'assurance maladie avec les laboratoires d'analyses.

2) Les laboratoires d'analyses

La spécificité des rapports qui existent entre les laboratoires d'analyses et le système tunisien d'assurance maladie réside dans le particularisme du conventionnement sectoriel³. En effet, ce conventionnement ne concerne que les biologistes⁴ qui doivent signer une convention individuelle quelque soit la forme juridique de leur laboratoire d'analyse⁵. Le laboratoire d'analyses conventionné comme étant le « *laboratoire dont le responsable a adhéré à la convention sectorielle...* ». L'article trois de la même convention dispose par ailleurs que « *L'adhésion à la convention (...) est personnelle et individuelle. Toutefois pour tout laboratoire exploité par une société professionnelle, l'adhésion est collective et doit impliquer personnellement tous les associés* »⁶.

La raison de la spécificité de ce régime juridique est double. D'une part il n'existe pas de structures syndicales propres aux laboratoires en tant que structures institutionnelles⁷ propres. D'autre part, il n'existe pas d'uniformité dans la formation et la spécialité des biologistes responsables des laboratoires d'analyses qui, peuvent être

¹ Nous pensons particulièrement aux centres privés de radiothérapie et aux centres privés de PMA.

² Exemple : les centres de radiothérapies.

³ V. Arrêté du ministre des affaires sociales du 06/02/2007 portant approbation de la convention sectorielle des biologistes de libre pratique. JORT n° 13 du 13/02/2007, p. 424.

⁴ Notons à ce niveau une divergence entre l'intitulé de l'arrêté d'approbation (Convention des biologistes de libre pratique) et l'intitulé de la convention tel que publiée au JORT (Convention sectorielle des laboratoires d'analyses médicales).

⁵ Il existe une disparité entre les formes juridiques (société commerciale ou simple cabinet) et les moyens humains et matériels des différents laboratoires d'analyses tunisiens, certains se rapprochant d'un véritable centre médical spécialisé. V. paragraphe précédent.

⁶ Art. 3 de la convention sectorielle des laboratoires d'analyses.

⁷ Les négociations avec la CNAM ont été menées avec le « Syndicat National des Biologistes de Libre Pratique ».

indifféremment des médecins biologistes ou des pharmaciens biologistes. Cette spécificité se révèle purement procédurale car l'adhésion individuelle du biologiste responsable aboutit finalement et dans la pratique au conventionnement de son laboratoire d'analyses. Sont exclus par contre de ce conventionnement, les laboratoires d'analyses de l'ensemble des cliniques privées¹.

L'autre spécificité des rapports qui existent entre les laboratoires d'analyses et la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses sanitaires est celle du particularisme de leur prise en charge. Contrairement à ce qui existe chez les autres médecins, le recours à un laboratoire d'analyses conventionné ne peut se faire directement. Il nécessite toujours une ordonnance médicale préalable prescrite par un autre prestataire de soins lui-même conventionné².

Indépendamment de ces spécificités, l'ouverture de la solidarité nationale au financement des dépenses effectuées dans les laboratoires d'analyses privés a eu pour autre conséquence également une ouverture subite du marché de ces laboratoires aux assurés sociaux des régimes légaux de sécurité sociale, alors qu'avant la réforme de 2004, la solidarité nationale ne fonctionnait que pour les analyses biologiques effectuées au sein des hôpitaux publics dans des conditions nettement moins avantageuses pour les assurés sociaux³.

Section 2 : L'organisation des rapports de l'assurance maladie avec les prestataires privés de soins

L'organisation des rapports entre l'assurance maladie et les prestataires privés de soins se caractérise par la diversité des interlocuteurs (§1) et les insuffisances dans l'aménagement de ces rapports (§2).

¹ L'art.2 de la convention sectorielle des laboratoires d'analyses dispose clairement que «...sont exclus du champs d'application de la convention les laboratoires d'analyses médicales des établissements sanitaires privés ».

² Qu'il soit prestataire personne physique (médecin) ou personne morale (clinique). Art. 15 de la convention sectorielle des laboratoires d'analyses.

³ Problèmes d'encombrement, délais trop long pour l'obtention des comptes rendus constituent les principaux maux des laboratoires d'analyses des structures publiques sanitaires.

§-1 La diversité des interlocuteurs de l'assurance maladie

Deux principales structures représentatives des praticiens médicaux ont toujours joué un rôle déterminant dans l'organisation sanitaire en Tunisie¹. Il s'agit, et par ordre d'importance, des ordres professionnels et des syndicats professionnels. Pourtant, pour ce qui concerne le système d'assurance maladie, cet ordre d'importance s'inverse. Si les syndicats professionnels sont les principaux interlocuteurs de la CNAM, ils demeurent pourtant très disparates selon chaque type de prestataires de soins (B). Quant aux ordres professionnels, leurs rôles en tant qu'interlocuteurs de la CNAM demeurent d'une implication très limitée (A).

A- Des ordres professionnels peu impliqués

Les ordres professionnels² ont été peu associés aux différentes phases de la mise en œuvre de la réforme du 2 août 2004. Si l'ordre des médecins a pu démontrer un certain dynamisme dans la phase de négociation³, ce dynamisme demeure toutefois mesuré surtout après l'entrée en vigueur de la dite réforme. Quant aux autres ordres professionnels leurs degré d'implication a été extrêmement faible.

L'ordre des médecins est le plus ancien des ordres professionnels tunisien dans le secteur de la santé⁴. Cette longue expérience explique sa visibilité plus importante par rapport aux autres. Cependant le rôle qu'il a joué dans la mise en place et son rôle actuel dans le fonctionnement du système d'assurance maladie est ambivalent. S'il a été relativement dynamique dans la phase d'élaboration de ce système, il demeure discret depuis le début du fonctionnement de ce système en 2007 et en 2008.

¹ Que ce soit en matière d'organisation de la profession ou en matière de détermination des grands choix de la politique sanitaire du pays. Si les ordres professionnels et les syndicats de praticiens incarnent ensemble le corporatisme médical ils constituent en même temps de véritables groupes de pressions au sens sociologique et politique du terme. V. supra Introduction et Titre 1, chapitre 1.

² Sur la notion d'ordre professionnel G. Liet-Veaux « Ordres professionnels » Jurisclasseur administratif, Fasc. 146, 2012 et « Ordre professionnel médical », Fasc. 147, 2009.

³ Surtout en ce qui concerne le volet réglementaire et conventionnel de la réforme. V. exemple annexe VII.

⁴ Le premier texte organisant l'ordre des médecins en Tunisie est la loi n°58-38 du 15/03/1958 (JORT du 21/03/1958, p. 282.) V. A. Aouij-Mrad, thèse précitée, p. 266 ; Y. Ould Ahmed, thèse précitée, p. 375. Sur l'histoire de la réglementation de la médecine de manière générale en Tunisie v. B. Gaumer, op. cit. p. 203.

Durant la phase de préparation, le conseil national de l'ordre des médecins a participé à quelques réunions préparatoires, depuis le lancement de l'idée de réforme en 1996. Son apport s'est surtout exprimé dans son champ d'intervention naturel à savoir les questions relatives aux principes d'organisation de la profession et les questions relatives à la déontologie médicale. L'ordre des médecins a dû effectuer des arbitrages déterminants¹ pour un certain nombre de questions en relation directe avec l'assurance maladie telles celles du libre choix du praticien, de la liberté de prescription, du contrôle médical ou encore de la fixation des honoraires. Sur ce dernier point, l'ordre des médecins a joué un rôle déterminant en conciliant entre les tarifs conventionnels et les tarifs ordinaires².

Cependant, depuis l'entrée en vigueur du système, le rôle de l'ordre des médecins est devenu quasiment inexistant. En effet, à part le conseil national d'assurance maladie³, aucune structure de gestion du système tunisien d'assurance maladie ne l'implique quoique cela soit fort souhaitable pour le bon fonctionnement du système d'assurance maladie. Les questions du contrôle médical et de la lutte contre le dépassement des tarifs conventionnels⁴ seraient plus efficaces si l'ordre des médecins y était activement associé.

Dans tous les cas de figure, la visibilité de l'Ordre des médecins dans le système tunisien d'assurance maladie est plus réelle que celles des autres ordres professionnels. L'ordre des pharmaciens a été consulté sur quelques questions techniques, telles que la bio équivalence entre les médicaments génériques et les médicaments princeps.⁵

L'élargissement de l'organisation de l'ensemble des professionnels de santé sous forme d'ordre professionnel⁶ et leur implication dans le fonctionnement du système

¹ Le Conseil de l'Ordre assiste souvent le syndicat des médecins de libre pratique dans ces différentes prises de positions. Il a aussi parfois joué un rôle d'arbitre entre ce syndicat et les autres négociateurs (représentant de l'Etat, UGTT, et autres syndicats professionnels). Parfois le Conseil remet à l'ordre le syndicat lorsqu'il estime que ses prises de positions outrepassent ses prérogatives, ou portent atteintes à l'organisation et aux principes de la médecine.

² Le conseil de l'ordre a réussi à maintenir l'autonomie de la fixation des tarifs ordinaires par rapport aux tarifs conventionnels. Les premiers demeurent plus élevés que les seconds.

³ L'art. 2 du décret 2005-2192 du 09/08/2005 relatif à la création du conseil national d'assurance maladie précité.

⁴ L'unification des tarifs ordinaires et des tarifs conventionnels serait à cet égard souhaitable.

⁵ Et ce dans l'optique de consacrer le prix du médicament le moins cher comme référence de prise en charge par la CNAM. V. infra, 2^{ème} partie.

⁶ Particulièrement ceux dont la formation nécessite des études supérieures et qui sont susceptibles de s'établir pour leurs propres comptes.

d'assurance maladie ne peut que conforter ce système. Cela aboutira sans doute à une responsabilisation plus élevée de ces professionnels¹ sur les questions essentielles de l'assurance maladie, particulièrement celles de la maîtrise des coûts ou du respect des impératifs de qualité. En attendant, le système tunisien d'assurance maladie privilégie les structures syndicales des professionnels de santé.

B- Des syndicats professionnels² disparates

La même ambivalence prévalant en matière ordinaire entre les médecins d'une part et les autres prestataires de soins se reproduit en matière syndicale³. Toutefois, ces syndicats jouent un rôle plus important que les ordres professionnels dans la mise en place et le fonctionnement du système tunisien d'assurance maladie, bien que des faiblesses persistent dans le syndicalisme médical.

1) L'assurance maladie et le renouveau du syndicalisme médical

Les syndicats des prestataires de santé ont toujours existé et joué un rôle important dans le fonctionnement du secteur sanitaire. Mais en toute logique, ils se contentaient de défendre des intérêts strictement professionnels, soit des intérêts matériels ou tenants aux conditions de travail.

Avec le lancement en 1996 du chantier de la réforme de l'assurance maladie –qui concerne directement des questions d'ordre pécuniaire⁴ et des questions relatives aux

¹ Nous estimons qu'un professionnel du secteur libéral est plus enclin à être discipliné vis-à-vis d'un ordre professionnel que vis-à-vis de toute autre structure associative ou syndicale.

² Il s'agit de syndicats indépendants qui ne dépendent pas d'une centrale syndicale pour salarié, à l'instar de l'UGTT en Tunisie. Ces syndicats peuvent englober aussi bien des personnes physiques que morales, tel que la chambre nationale syndicales des cliniques privées. Ils sont régis par la législation de droit commun relative aux associations.

³ Les syndicats professionnels ayant participé dans les négociations et/ou dans le processus conventionnel sont les suivants : le syndicat tunisien des médecins libéraux, le syndicat national des biologistes de libre pratique, le syndicat tunisien des médecins dentistes de libre pratique, la chambre syndicale nationale des cliniques privées, le syndicat des pharmaciens d'officine de jour, le syndicat des pharmaciens d'officine de nuit et la chambre syndicale des physiothérapeutes. Le syndicat national des médecins spécialistes de libre pratique participe depuis 2007 au processus de négociation. Il a signé la convention sectorielle des médecins de libre pratique le 23/03/2009 (v. journal le temps du 24/03/2009) sans y avoir participé dans son élaboration.

⁴ Les tarifs conventionnels par exemple.

conditions du travail¹- le rôle des syndicats médicaux s'est retrouvé subitement revigoré. Ils furent les partenaires privilégiés des négociations relatives à la mise en place de l'armature du système actuel. Agissant en authentique groupe de pression, ils réussirent à orienter la réforme dans le sens voulu par les intérêts corporatifs des professionnels de la santé publique². Nous avons déjà démontré au début de ce travail l'influence du corporatisme syndicale dans la réforme de 2004, particulièrement pour ce qui concerne le volet réglementaire de la réforme³.

Durant cette phase préparatoire de la réforme, les enjeux de l'assurance maladie ont mis également en évidence la divergence d'intérêts existant à l'intérieur de la même corporation. Cela fut le cas pour les médecins de libre pratique ou les négociations d'élaboration de la réforme avaient mis à jour la divergence profonde entre médecins généralistes de libre pratique⁴ et l'ensemble des médecins spécialistes⁵. Cette divergence d'intérêts fut d'ailleurs à l'origine de la création d'un syndicat de médecins spécialistes de libre pratique indépendant⁶.

Concernant les syndicats et le fonctionnement du système, il faut rappeler que si la loi du 2 août 2004 est ambiguë sur le sujet de représentativité⁷, le décret 2005-3154 précité, relatif aux modalités de conclusion des conventions cadre et sectorielles, érige les syndicats « *les plus représentatifs des prestataires de soins* » en interlocuteurs exclusifs du processus de conventionnement dans son ensemble⁸. Ces syndicats sont également des interlocuteurs importants lorsqu'une modification de la législation de l'assurance maladie est envisagée et pour laquelle ils sont obligatoirement consultés. Enfin, ils sont membres de droit de l'une des instances les plus importantes du système tunisien d'assurance

¹ Les parcours de soins par exemple.

² Cette influence est surtout palpable lors des négociations pour la mise en place du volet réglementaire de la réforme. V. supra titre1, chapitre1, section 2.

³ V. supra, titre 1, chapitre 1.

⁴ Les médecins généralistes de libre pratique ont intérêt à instituer un régime de prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité nationale qui soit le plus généreux possible et ou ils joueraient un rôle pivot.

⁵ Les médecins spécialistes – y compris ceux salariés des hôpitaux publics et par conséquent concernés par l'activité privée complémentaire- avaient intérêt à ce que le système envisagé soit le plus restrictif possible.

⁶ Créé en 2006 (statut déposé le 13/01/2006) à la suite d'une scission avec le syndicat tunisien des médecins libéraux

⁷ L'article 11 de la loi 2004-71 utilise l'expression très large de *représentants de fournisseurs de soins*.

⁸ Article 3 du décret.

maladie à savoir le Conseil National d'Assurance Maladie¹.

Mais si les syndicats des principaux prestataires de soins ont réussi à orienter la réforme de 2004 vers un certain corporatisme, il n'en demeure pas moins que le syndicalisme médical conserve des limites en matière d'assurance maladie.

2) Les insuffisances du syndicalisme médical dans le cadre du système d'assurance maladie

Si la loi de 2004 et un certain nombre de ses textes d'application, donnent un statut privilégié aux syndicats des prestataires de soins, ce syndicalisme médical ne doit pas être surestimé dans le système tunisien d'assurance maladie.

Ainsi, la liste des prestataires de soins concernés par ce syndicalisme demeure jusqu'à aujourd'hui limitée. Il s'agit des médecins, des pharmaciens, des biologistes, des médecins dentistes et des physiothérapeutes de libre pratique. On constate donc qu'à part les physiothérapeutes, il y a une absence inexplicquée de tout syndicalisme relatif aux professions paramédicales. Pourtant le décret 2005-2192² assigne à ces syndicats un rôle exclusif dans l'ensemble du processus conventionnel, d'où la concordance parfaite entre les secteurs médicaux, juxtamédicaux ou paramédicaux concernés par des conventions sectorielles et les secteurs médicaux, juxtamédicaux et paramédicaux concernés par ce syndicalisme professionnel. Il s'agit là d'une insuffisance grave, eu égard à l'objectif d'ouverture du système au secteur privé de la santé, envisagée par la réforme du 2 août 2004. Un conventionnement individuel avec la CNAM sur la base de la convention cadre peut être une solution à cette lacune³. L'application de l'article 13 de la loi 2004-71, qui permet au ministre des affaires sociales d'envisager des mécanismes de prise en charge en dehors du processus conventionnel, peut constituer aussi une autre solution⁴.

L'autre limite du syndicalisme médical vis-à-vis du système d'assurance maladie

¹ Art. 2 du décret 2005-2192 précité.

² Décret relatif aux modalités de conclusion des conventions cadre et sectorielles, précité.

³ En attendant la constitution d'un syndicat susceptible de négocier une convention sectorielle.

⁴ L'article 13 de la loi 2004-71 dispose « *Afin de garantir la continuité des soins, le ministre chargé de la sécurité sociale peut déterminer, le cas échéant, des mécanismes de prise en charge par la caisse au profit de ses assurés des prestations de soins qui leurs sont prodiguées par les fournisseurs des dites prestations* ».

concerne la faible implication des syndicats dans la réalisation des grands objectifs du système particulièrement pour ce qui concerne les objectifs d'équité, de qualité et de maîtrise des coûts. La logique qui associe les syndicats demeure dominée par une forme de recherche d'un partenaire pour les négociations¹, plus que de véritables partenaires responsabilisés pour prendre part activement dans la gestion de l'ensemble du système d'assurance maladie et la réalisation de ses principaux objectifs. Les syndicats des prestataires de soins tout comme les ordres professionnels ont un rôle important à jouer à ce niveau dont le premier serait un nouvel aménagement des rapports entre le système d'assurance maladie et l'ensemble des prestataires privés de soins.

§-2 L'aménagement des rapports entre l'assurance maladie et les prestataires privés de soins

Les rapports entre le système d'assurance maladie et les différents prestataires de soins peuvent prendre plusieurs formes, à la fois institutionnelles et matérielles. Le système tunisien d'assurance maladie associe ses prestataires grâce à des outils de concertation et dans une moindre mesure grâce à des outils d'aménagement. Cependant ces outils demeurent limités (A). Une refondation des rapports entre l'assurance maladie et les prestataires privés de soins serait à rechercher (B).

A- Les limites des outils de concertation et d'aménagement existants

D'un point de vue institutionnel, l'assurance maladie associe faiblement les différents prestataires privés de soins. De plus il existe des outils d'aménagement de l'ensemble du secteur de la santé où c'est le système d'assurance maladie lui même qui est peu impliqué.

1) Absence d'une concertation suffisante au niveau institutionnel

L'existence de structures de dialogue et de concertation englobant les prestataires du système sont pour l'instant d'une fiabilité limitée.

¹ D'où ce corporatisme qui est sous-jacent dans l'ensemble du système mis en place par la loi du 02/08/2004.

Le conseil national d'assurance maladie englobant l'ensemble des représentants des prestataires de soins, syndicat ou ordre professionnel, ne change pas beaucoup à la donne. Les carences peuvent se résumer dans les points suivants :

- L'opacité des critères de nomination des membres du conseil, particulièrement pour ce qui concerne les représentants des prestataires de soins.
- Le peu d'autonomie qui domine son fonctionnement du fait de la non séparation entre l'autorité qui exerce la tutelle administrative et l'autorité qui nomme les membres de ce conseil.
- La prédominance de l'intérêt corporatif sur l'intérêt propre de la CNAM. Une volonté des représentants des prestataires de soins pour marquer une ligne de conduite préalablement déterminée par le syndicat ou par l'ordre professionnel concerné n'est pas à exclure.

La périodicité des réunions¹ de ce conseil est insuffisante pour qu'il puisse être déterminant en tant qu'espace de dialogue et de concertation. Quant aux délibérations, elles n'aboutissent pas à la prise de décisions réellement exécutoires. Il s'agit souvent de simples recommandations² qui peuvent néanmoins servir de base pour de véritables mesures normatives³ prises par d'autres autorités⁴. D'où la légitimité de se poser la question sur l'utilité réelle de ce conseil.

Quant aux organes de la CNAM, le conseil d'administration exclut totalement de sa composition les représentants des prestataires privés de santé⁵. Cette absence trouve peut être son origine par le fait que la composition des caisses sociales en Tunisie se veut uniforme⁶. Toutefois, parce qu'elle concerne le secteur privé sanitaire, nous considérons que l'absence des représentants des prestataires privés de soins constitue une carence.

C'est finalement toute la gouvernance de l'assurance maladie qui est à revoir si l'on veut construire un système dans lequel l'ensemble des acteurs, et particulièrement les

¹ V. supra, Titre 1, chapitre 2.

² Le conseil n'émet que de simples avis consultatifs qui s'apparentent à une mesure non décisive et par conséquent non susceptible d'un examen de légalité par un recours pour excès de pouvoir. V. R. Chapus, op. cit. p. 464.

³ Sous forme d'un texte législatif ou réglementaire. R. Chapus, ibid.

⁴ Législateur, pouvoir réglementaire, CNAM, partenaires du processus conventionnel.

⁵ V. l'art. 18 du décret 2005-321 précité.

⁶ La composition du conseil d'administration de la CNAM est identique à celle de la CNSS et la CNRPS.

prestataires privés de soins, jouent pleinement leur rôle. La logique de solidarité devrait normalement primer sur toute autre logique en matière de financement de la santé par l'assurance maladie. L'aménagement des rapports avec les différents prestataires de soins doit prendre en compte cette donnée fondamentale. A contrario, le système de santé, qui se base notamment sur les compétences de ces prestataires privés de soins, semble ne pas donner la place qui lui revient à l'assurance maladie comme le révèlent les carences existant dans l'élaboration et l'exécution de la carte sanitaire.

2) Absence de concertation au niveau de la carte sanitaire

La carte sanitaire est un élément déterminant de la régulation spatiale de la politique sanitaire en Tunisie¹, particulièrement pour ce qui concerne l'établissement des prestataires privés de soins². Cette question capitale pour la réalisation de l'un des objectifs majeurs de la réforme de 2004, l'équité³, n'est nullement abordée dans le contexte juridique propre à l'assurance maladie.

De manière générale la carte sanitaire souffre en Tunisie d'un *cadre juridique inadapté* pour un résultat aboutissant à *une répartition déséquilibrée*⁴. La recherche de solutions pour remédier à ces insuffisances pourrait donner un rôle déterminant aux instances de l'assurance maladie qui constituerait l'un des espaces d'aménagement des rapports entre la CNAM et les prestataires privés de soins. La recherche d'une juste répartition régionale des services de santé par le public et par le privé n'est-il pas l'une des manifestations les plus concrètes de la solidarité nationale en matière de financement de la

¹ La carte sanitaire donne une idée d'ensemble sur l'impact géographique de la politique sanitaire de l'Etat en terme d'investissement, d'infrastructure et d'équilibre régional. La carte sanitaire donne également une idée d'ensemble sur le rôle réel joué par le secteur privé sanitaire dans la santé publique. V. Y. Ould Ahmed, thèse précitée, p.69 et s.

² L'art. 4 al. 2 de la loi 91-63 relative à l'organisation sanitaire dispose à cet effet : « *La carte sanitaire du pays détermine, compte tenu de la répartition géographique, de l'importance et de la qualité de l'équipement public et privé existant, de l'évolution démographique ainsi que du progrès des techniques médicales, les zones et les secteurs sanitaires dans lesquels des établissements de soins et d'hospitalisation peuvent être créés. La carte sanitaire est révisée périodiquement, et de manière obligatoire, au début de chaque plan national de développement* ». Une carte sanitaire provisoire a été publiée en décembre 2011 ne prenant pas en compte le démarrage d'un plan national de développement. La phase transitoire que connaît le pays et qui empêche l'élaboration d'une planification économique en est la principale raison.

³ Le déséquilibre régional en matière sanitaire est un problème récurrent du droit de la santé tunisien. V. A. Aouij-Mrad, These précitée, p. 147 et s.; A. Aouij-Mrad, H. Ben Salah, article précité.

⁴ Y. Ould Ahmed, op. cit.

santé ?

Pourtant l'assurance maladie est faiblement impliquée dans l'élaboration, l'exécution ou le suivi de cette carte sanitaire. La CNAM¹ est consultée uniquement dans la phase d'élaboration de la carte². Elle est en revanche complètement exclue pour les autres phases. Prestataires privés de soins, instances de l'assurance maladie et pouvoirs publics doivent constituer les trois pôles de concertation pour l'élaboration, l'exécution et le suivi de cette carte sanitaire.

L'autre insuffisance de la carte sanitaire concerne les limites intrinsèques de son contenu. Sa normativité est quasiment insignifiante, son utilité laisse interrogateur³ et son contenu est loin de concrétiser les impératifs de la solidarité nationale. La lecture des cartes sanitaires qui ont été élaborées depuis 1991 maintient les mêmes déséquilibres sociaux et régionaux en matière d'accès aux soins⁴.

C'est finalement l'ensemble des mécanismes de concertation entre la CNAM et les prestataires de soins qui sont à revoir. La refondation du système d'assurance maladie devrait s'accompagner d'une refondation de ces rapports.

B- Pour une refondation des rapports entre l'assurance maladie et les prestataires privés de soins

Deux modalités principales peuvent aider à intégrer pleinement les prestataires privés de soins dans le « jeu » institutionnel du système tunisien d'assurance maladie. Il faut d'une part mener une réflexion sur les institutions existantes et d'autre part envisager la possibilité de créer des interdépendances réciproques entre la CNAM et les prestataires de soins sur le devenir et du système de santé et du système d'assurance maladie.

Concernant le premier point une représentativité, limitée pour l'instant, des prestataires privés de soins est une nécessité au sein des instances dirigeantes de la

¹ Mais aussi, la CNSS et la CNRPS.

² La loi de 1991 relative à l'organisation sanitaire associe l'ensemble des caisses sociales. Cependant, la CNAM n'a participé qu'à l'élaboration de la carte sanitaire actuellement en vigueur (décembre 2011).

³ Utilité face à la planification économique et spatiale (Les plans d'aménagement).

⁴ Le projet de carte sanitaire élaboré en décembre 2011 maintient ce même constat.

CNAM¹. Ensuite et pour ce qui concerne le conseil national d'assurance maladie, donner une certaine normativité à ses recommandations et avis de ce conseil pourrait être utile pour le fonctionnement du système.

Concernant le second point, il faut noter que la réalisation des grands principes qui furent à l'origine de la mise en place de la réforme de 2004 est un enjeu commun à l'ensemble des acteurs de l'assurance maladie². La création d'interdépendances au niveau institutionnel entre la CNAM et les principaux prestataires privés de soins doit être renforcée pour concrétiser ces principes.

L'inclusion de l'assurance maladie dans l'organisation du secteur privé de la santé doit être envisagée malgré de fortes résistances qui seront probablement exprimées. Elle est conditionnée par l'octroi d'un statut qui donnera la primauté à l'assurance maladie dans l'organisation de la santé de manière plus globale³. Ce n'est que par la suite lorsqu'un statut de l'assurance maladie sera établi qu'elle pourra trouver la place qui lui revient dans l'organisation du secteur privé de la santé.

Deux propositions simples pourraient y aider. Il pourrait être ainsi envisagé la présence d'un praticien représentant l'assurance maladie dans les instances ordinales⁴ et professionnelles des prestataires privés de soins. On pourrait aussi donner un statut contraignant aux tarifs conventionnels des prestataires privés de soins⁵ avec toutes les conséquences qui en découlerait au niveau disciplinaire et pénal. Mais cela signifierait aussi la fin des tarifs ordinaux pour les médecins et les juxtamédicaux⁶.

¹ Particulièrement en ce qui concerne le conseil d'administration. V. supra, paragraphe précédent.

² Malgré de nombreuses lacunes, la concertation entre les partenaires sociaux dans l'élaboration et la mise en place de la réforme est à cet égard une démarche positive.

³ Il est intéressant de noter à ce niveau que la loi 91-63 relative à l'organisation sanitaire, n'a pas été révisée pour prendre en compte les impératifs de la réforme de l'assurance maladie opérée en 2004.

⁴ Juridiquement c'est possible. En Tunisie, le juge administratif considère les Ordres professionnels comme des personnes morales de droit public. V. TA Anouar Bechr/Conseil national de l'Ordre des avocats. 14/07/1983. (Rec. P.277). Commentaire publié dans « les grands arrêts du Tribunal Administratif », ouvrage précité p. 277, v. également Y. Ben Achour, « Commentaire de l'Arrêt Anouar Bechr » RTD, 1984, p. 115 (en arabe).

⁵ Cela signifie que ces tarifs seraient d'ordre public.

⁶ Toutefois, pour garantir l'implication de l'ensemble des prestataires privés de soins, la concertation doit être maintenue dans la détermination des honoraires.

Conclusion du Titre 2

Les rapports de l'assurance maladie avec son environnement direct concrétisent à la fois la continuité et l'innovation en matière de prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale. Continuité dans les structures administratives en rapport avec cette solidarité et continuité dans le maintien de l'hôpital public comme principal lieux où s'exerce cette solidarité. L'innovation se manifeste principalement dans l'ouverture de cette solidarité au secteur privé sanitaire qui peut théoriquement accueillir l'ensemble des assurés sociaux sans aucune discrimination. Toutefois, à travers cette ouverture il n'est pas sûr que le système tunisien d'assurance maladie implique le secteur privé sanitaire dans une logique réellement solidariste. Le principal constat est par contre l'émergence d'un nouveau marché pour les prestataires privés de soins : les malades assurés sociaux.

Conclusion de la première partie

Le système d'assurance maladie est en Tunisie l'incarnation principale de la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé. Toutefois, malgré la refondation du système en 2004, nous relevons des imperfections limitant cette affirmation.

L'encadrement juridique de cette solidarité telle qu'incarnée par le système d'assurance maladie demeure incomplet. Les bases constitutionnelles sont à reconstruire depuis la suspension en 2011 de la Constitution. Les fondements légaux et réglementaires sont à compléter et à clarifier. Le dispositif conventionnel est à enrichir et à renforcer.

Les instances de la CNAM, gérant cette solidarité, sont marquées par une bureaucratie classique que ce soit au niveau des statuts ou de la gestion. Un effort pour renforcer la logique de solidarité est à envisager. Une participation plus accrues des assurés sociaux dans ces instances et leurs ouvertures vers la société civile doivent, de notre point de vue, constituer les objectifs principaux de cet effort. Dans le sens contraire, la CNAM doit être plus impliquée dans le système national de santé publique, et faire partie parmi les régulateurs de ce système. Dans ce cadre l'accréditation et la certification de l'ensemble des prestataires de soins doit être envisagée en Tunisie.

L'environnement de la solidarité nationale nous révèle plusieurs imperfections au niveau des structures administratives centrales, une non implication des structures administrative décentralisée et le maintien de l'hôpital public dans un déficit de qualité contraire à l'objectif de la réforme de 2004.

Concernant les prestataires privés de soins, leur rapport avec l'assurance maladie est dominé plus par l'esprit de corporation que par un effort de solidarité. A cet égard, le système issu de la réforme de 2004 demeure insuffisant pour mieux les impliquer dans l'effort de solidarité nationale. Transformer l'assurance maladie et ses principes en un enjeu commun entre la société, les pouvoirs publics et l'ensemble des praticiens qu'ils soient du secteur public ou du secteur privé doit constituer un objectif. C'est seulement

ainsi que nous estimons que la solidarité nationale pourra fonctionner de manière optimale et dépasser les limites de la prise en charge des dépenses de santé, qui constituent également les limites de la solidarité nationale.

DEUXIEME PARTIE

LE CONTENU DU SYSTEME TUNISIEN D'ASSURANCE MALADIE : UNE SOLIDARITE NATIONALE LIMITEE

Le renouvellement de la solidarité nationale opérée par la réforme du système d'assurance maladie, a pour but essentiel de faire bénéficier la partie la plus large possible de la population de prestations sanitaires¹. Ce bénéfice doit être le plus large possible quant à son contenu et le plus équitable possible quant à sa portée. Il s'agit de la principale finalité de la réflexion entamée depuis 1996. Mais, l'expression « prestations d'assurance maladie » n'est pas uniforme. Ces prestations sont soit financières, soit en nature. Les prestations en nature couvrent la totalité ou une partie des dépenses que peut effectuer un assuré social ou son ayant droit, qu'il s'agisse des honoraires médicaux, des analyses, des explorations par imagerie, des hospitalisations, des médicaments et des appareillages². Les prestations financières sont constituées par des indemnités versées à l'assuré social pour compenser une invalidité et par conséquent une incapacité à travailler liée à une pathologie³ prise en charge par l'assurance maladie.

D'un autre côté et comme la majorité des pays, le système tunisien d'assurance maladie différencie entre un régime de base obligatoire et un régime complémentaire facultatif, le premier étant supposé intégrer l'offre de soins nécessaire au maintien des individus et de la population dans son ensemble en bonne santé.

Le régime de base obéirait à la logique de solidarité prévalant normalement dans tout système de prise en charge des dépenses de santé garantie par la collectivité nationale. Il obéit donc aux grands principes ayant guidé la réforme de 2004, particulièrement pour ce qui concerne les questions liées à l'équité et à l'égalité. Cependant cet ensemble relié à la solidarité nationale serait le plus que pourrait garantir la collectivité nationale. Il est admis⁴, par ailleurs, que chaque membre de la société doit supporter une part plus ou moins importante⁵ des frais financiers nécessaires à cette offre de soins et ce sont les régimes complémentaires qui peuvent, éventuellement, intervenir dans ce cadre.

¹ A défaut de couvrir l'ensemble de la population. La couverture universelle n'est pas un objectif immédiat de la réforme de 2004. V. Travaux préparatoires, op. cit.

² L'art. 5 de la loi 2004-71 va dans ce sens.

³ Mais aussi les indemnités de couche. V. art. 8, al.3 de la loi 2004-71.

⁴ Une santé entièrement gratuite est difficilement envisageable. V. G. Koubi « Réflexion sur la gratuité dans le droit de la santé » Revue de droit sanitaire et social, n°1, 1999, p.3.

⁵ Sous la forme d'un ticket modérateur ou d'une quote-part à payer, v. infra, titre 1, chapitre 2.

Ce régime, n'obéirait plus à une logique de solidarité, mais à une logique d'assurance. Dans celui-ci les prestations et tarifs sont variables, les discriminations admises et les bénéficiaires plus limités¹. Les organismes publics d'assurance maladie peuvent gérer des régimes complémentaires², mais c'est le plus souvent des compagnies commerciales d'assurance ou des mutuelles qui le font. Cependant la complémentarité entre les deux régimes est encore à construire dans le système tunisien. La solidarité nationale est pour l'instant exclue des régimes complémentaires. Pourtant, dans de nombreux pays comme on l'abordera, le régime de base et les régimes complémentaires sont tellement liées que finalement les régimes complémentaires expriment une forme nouvelle de la solidarité nationale³ en matière sanitaire, qui semble être différée dans le cas tunisien.

Sur un autre plan, nous verrons que le système tunisien offre aux assurés sociaux un ensemble de parcours de soins plus ou moins généreux, se réalisant exclusivement dans le secteur public ou associant secteur public et secteur privé, ce qui constitue à ce niveau sans doute la grande originalité de la réforme de 2004.

Mais toutes les prestations reliées à la solidarité nationale n'ont de sens que si elles sont protégées et surtout pérennisées. Instituer un système risquant d'atteindre rapidement ses limites, en termes de réalisation de ses objectifs, constitue une menace pour le système lui-même, mais aussi pour la cohésion sociale et les grands équilibres économiques du pays. Cela suppose l'existence de techniques de financement adéquates accompagnées d'une juste allocation des dépenses et suppose également l'existence, à côté d'une administration performante, d'un juge vigilant. Si la réforme de 2004 envisage la maîtrise des dépenses de santé comme moyen de pérennisation du système, elle est en revanche sans impact sur le contentieux de l'assurance maladie, contentieux qui fait partie en Tunisie du contentieux de droit commun de la sécurité sociale.

¹ C'est généralement la frange la plus aisée de la population. Toutefois, l'employeur, qu'il soit public ou privé peut toujours souscrire au profit de ses employés les moins favorisés une assurance maladie complémentaire.

² Le deuxième paragraphe de l'art. 20 de la loi 2004-71 prévoit cette éventualité.

³ Procédures et des supports uniques pour les deux régimes. Une seule peut devenir ainsi le seul interlocuteur de l'assuré social. V. infra, Titre I chapitre 1.

Envisager la portée de la prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale c'est envisager d'une part, les modalités variables de prise en charge des dépenses de santé par le système d'assurance maladie (**Titre 1**). Mais c'est envisager d'autre part, les moyens adéquats pour pérenniser cette solidarité nationale (**Titre 2**) que ce soit en matière du financement ou en matière des contrôles et du contentieux.

Titre 1

La diversité des modalités de prise en charge des dépenses de santé : une solidarité nationale à la carte ?

Pour comprendre les modalités de prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale il est nécessaire de déterminer qui en sont les bénéficiaires et quel en est le contenu (**Chapitre 1**). Le système tunisien d'assurance maladie oblige par ailleurs ces bénéficiaires à choisir un des parcours sanitaires proposés par le système (**Chapitre 2**). Cette diversité des prestations et du parcours de soins constitue une grande spécificité de la réforme de 2004.

Chapitre premier

Le contenu et les bénéficiaires de la prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale

La réforme du 2 Août 2004 constitue une réforme en profondeur du contenu des prestations que propose la solidarité nationale en matière sanitaire, consistant à redéfinir le régime de base du nouveau système d'assurance maladie et surtout son ouverture au secteur privé sanitaire. Elle consiste également à donner un statut au régime complémentaire¹, même si cela a encore une concrétisation limitée et sans doute différée.

Quant aux bénéficiaires de la solidarité nationale en matière sanitaire, la réforme de 2004 n'apporte pas de nouveautés particulières. La loi maintient la différence classique entre l'assuré social et ses ayants droits tout en reprenant au droit commun de la sécurité sociale le soin de déterminer la liste de ces ayants droits. Mais c'est surtout la non extension du système créé par la réforme du 2 août 2004 aux non affiliés des régimes légaux de la sécurité sociale qui pose les véritables questions des limites de la solidarité nationale mais aussi de l'autonomie du système d'assurance maladie par rapport au droit commun de la sécurité sociale.

Pour avoir une idée claire sur l'efficacité des modalités de prise en charge des dépenses de santé par le système tunisien d'assurance maladie, il faudrait d'une part identifier les bénéficiaires de cette solidarité nationale (**Section 1**) et d'autre part cerner le contenu des prestations offertes dans le cadre de cette solidarité (**Section 2**).

¹ Les régimes complémentaires, en dehors d'un cas optionnel pour les affiliés de la CNRPS n'avait aucun statut avant la réforme du 02/08/2004.

Section 1 : Les bénéficiaires de la solidarité nationale

La solidarité nationale s'adresse normalement en matière de dépenses de santé à l'ensemble de la population. S'il est naturellement admis qu'il faut être un assuré social pour pouvoir bénéficier de tous les aspects de la solidarité nationale (**Paragraphe 1**), l'existence d'un système d'assistance médicale en dehors du système d'assurance maladie étend cette solidarité nationale aux non assurés sociaux (**Paragraphe 2**). La solidarité nationale en matière sanitaire dépasse ainsi le cadre du système d'assurance maladie¹.

§-1 L'assuré social, principal bénéficiaire de la solidarité nationale

L'une des originalités du système tunisien d'assurance maladie est la concordance qui existe en matière d'assujettissement entre les régimes généraux de sécurité sociale et la CNAM. Pour être affilié à la CNAM il faut d'abord être assujetti à l'une des caisses sociales qui existent en Tunisie (CNSS ou CNRPS). Cela concerne à la fois l'assuré social lui-même (**A**) ou l'un des ses ayants droit (**B**).

A- L'affiliation à une caisse de sécurité sociale, condition préalable de bénéfice de la solidarité nationale

La condition d'affiliation à l'une des caisses sociales pour bénéficier des prestations de la CNAM est perceptible dès l'article premier de la loi 2004-71². Cela engendre pour principale conséquence l'absence d'un formalisme particulier d'affiliation et d'assujettissement à la CNAM. Mais cela engendre aussi un flou juridique quant à l'affiliation automatique à la CNAM et pose la question de l'autonomie du droit de l'assurance maladie par rapport au droit commun de la sécurité sociale. Cette question est en rapport avec l'étendue de la solidarité nationale vis-à-vis des individus composant la société elle-même source de cette solidarité.

¹ A. Aouij-Mrad, « Santé publique et solidarité nationale ». Article précité, p.43.

² « Il est institué un régime d'assurance maladie, au profit des assurés sociaux et de leurs ayants droit... »

1) La question de l'affiliation automatique des assurés sociaux à la CNAM : un flou juridique

En vertu de l'article premier de la loi 2004-71, tout assuré social est automatiquement affilié au système d'assurance maladie. Concrètement cela signifie que pour pouvoir bénéficier des prestations offertes par la solidarité nationale dans le cadre du système d'assurance maladie, il faut obligatoirement appartenir à l'une des catégories du régime légal de la sécurité sociale¹.

Si pour les agents du secteur public et assimilés les choses sont simples puisque leur régime de sécurité sociale est uniforme et sans catégories², pour les travailleurs du secteur privé il existe en revanche une grande diversité de régimes³ depuis l'instauration de la CNSS par la loi n°60-30 du 14 décembre 1960⁴ qui s'explique par l'extension continue du régime de sécurité sociale à de nombreuses catégories de travailleurs. En 2012 encore, cette extension n'est toujours pas achevée puisqu'il existe toujours des catégories de travailleurs⁵ ou des parties de la population⁶ qui ne sont toujours pas couverts par un régime de sécurité sociale⁷. Cela signifie que théoriquement et par principe ces catégories sont encore exclues des prestations du système d'assurance maladie.

Pourtant et contrairement à l'esprit des articles premier et 3 de la loi 2004-71⁸, l'affiliation à la CNAM n'est toujours pas systématique. Si l'alinéa 2 de l'article 3 précité dispose que *les étapes d'application de la présente loi pour les différentes catégories*

¹ Avec pour principale conséquence des démarches administratives à la charge de l'employeur (sauf pour les travailleurs indépendants) et l'existence d'un identifiant unique entre la CNAM et la Caisse dont relève le travailleur.

² Dans le secteur public, géré par la CNRPS il existe un régime général unique de sécurité sociale et des régimes spéciaux réservés aux membres du gouvernement, aux gouverneurs, aux députés et aux personnels de l'électricité, du gaz et du transport. V. A. Mouelhi, op. cit. , p. 109

³ Dans le secteur privé, géré par la CNSS, un régime général (les salariés non agricole) cohabite avec des régimes particuliers. A. Mouelhi, op. cit. p. 94 et s.

⁴ Loi relative à l'organisation des régimes de sécurité sociale. JORT n°57 du 13-16/12/1960, p.1602. Notons que cette loi a connu diverses modifications. La dernière en date est celle de la loi n°98-91 du 02/11/1998. JORT n°89 du 16/11/1998, p.2184.

⁵ Exemples les travailleurs journaliers dans le secteur du bâtiment, les employés de maison journaliers et travaillant pour leurs propres comptes.

⁶ En premier lieu les demandeurs d'emploi, les jeunes diplômés, certains stagiaires, les femmes au foyer n'ayant pas la qualité d'ayant droit.

⁷ Le taux de couverture sociale effectif avoisine en 2012 les 81%. Source ministère des affaires sociales, <http://www.social.tn>.

⁸ *Les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurés sociaux mentionnés dans les différents régimes légaux de sécurité sociale.*

d'assurés sont fixées par décret, le décret promulgué¹ ne concerne que l'entrée en vigueur partielle du régime le premier juillet 2007². Par conséquent seuls les affiliés à la CNRPS et une partie des affiliés à la CNSS sont concernés par l'assurance maladie. Pour ces derniers il s'agit respectivement des travailleurs salariés dans le secteur non agricole³, des travailleurs salariés du secteur agricole⁴, des travailleurs Tunisiens à l'étranger⁵, des travailleurs non salariés dans le secteur agricole et non agricole⁶, des artistes, créateurs et intellectuels⁷. Certaines catégories d'assurés sociaux sont par conséquent exclues du champ d'application de l'assurance maladie à l'instar des étudiants et nouveaux diplômés, les ouvriers des chantiers, les employés de maisons, les artisans marins pêcheurs et les travailleurs licenciés pour des raisons économiques. Parmi ces catégories exclues beaucoup ont virtuellement le plus besoin de la solidarité nationale. L'extension du champ d'application du décret n°2007-1366 est une évidence pour respecter l'esprit de la réforme de 2004 et pour surmonter ce flou juridique persistant.

L'autre grande question qui concerne les rapports entre l'assujettissement à un régime légal de sécurité sociale et l'affiliation à la CNAM concerne l'autonomie du système d'assurance maladie par rapport au régime général de sécurité sociale.

2) L'affiliation automatique des assurés sociaux à la CNAM et l'autonomie du système d'assurance maladie

Si la question d'affiliation automatique des assurés sociaux à la CNAM relève d'une certaine bonne intention⁸, cet automatisme remet néanmoins en cause l'autonomie du système d'assurance maladie vis-à-vis du droit commun de la sécurité sociale.

¹ Décret n°2007-1366 du 11/06/2007, portant détermination des étapes d'application de la loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie aux différentes catégories d'assurés sociaux mentionnés dans les différents régimes légaux de sécurité sociale. JORT n°47 du 12/06/2007, p.1982.

² Pour les accouchements et le suivi de la grossesse, les APCI et une première liste de chirurgie et d'hospitalisation.

³ Leur régime est régi par la loi 60-30 précitée.

⁴ Régime institué par la loi n° 81-6 du 12 février 1981 (JORT n°9 du 13/02/1981, p 265), telle que modifiée et complétée par la loi n° 89-73 du 2 septembre 1989 (JORT n°60 du 05/09/1989, p. 1338).

⁵ Le régime de sécurité sociale des travailleurs tunisiens à l'étranger est prévu par le décret n° 89-107 du 10 janvier 1989. JORT n°4 du 17/01/1989, p. 98.

⁶ Ce régime est prévu par le décret n° 95-1166 du 3 juillet 1995. JORT n°55 du 11/07/1995, p. 1486.

⁷ Leur régime de sécurité sociale est prévu par la loi n° 2002-104 du 30 décembre 2002. JORT n°106 du 31/12/2002, p. 3187.

⁸ Faciliter au maximum les procédures pour les assurés sociaux.

L'assurance maladie constitue l'une des branches principales de la sécurité sociale¹. Mais l'idée de créer une caisse autonome et unique pour la branche maladie relève d'une logique d'unification de cette branche pour l'ensemble des assurés sociaux, mais elle relève également d'une logique de son autonomie par rapport à toutes les autres branches de la sécurité sociale². Les conséquences de la remise en cause de l'autonomie de l'assurance maladie au niveau de l'affiliation peuvent paraître anodines, mais elle peut paradoxalement atténuer l'intention de départ consistant à créer un système d'assurance maladie autonome.

En premier lieu, les prestations de la solidarité nationale en matière d'assurance dépendent entièrement de la situation de l'assuré social vis-à-vis de sa caisse d'origine. Les conséquences peuvent être néfastes en cas de chômage prolongé par exemple, particulièrement vis-à-vis des ayants droit de l'assuré social lorsque ces derniers sont encore mineurs. La dissociation de la situation de l'assuré social vis-à-vis de sa caisse d'origine et vis-à-vis de la CNAM serait souhaitable dans ce cadre.

En second lieu, cette automatisation dans l'affiliation exclut de facto la possibilité pour les non assurés sociaux de condition modeste³, mais ayant une certaine faculté contributive⁴ de souscrire une assurance maladie dans le cadre de la solidarité nationale.

En troisième lieu et tant qu'il n'existera pas une procédure autonome d'affiliation à la CNAM, de nombreuses professions non concernées par les régimes légaux de la sécurité sociale⁵ se trouveront toujours exclues du champ d'application de l'assurance maladie.

¹ V. supra, introduction.

² La réforme aurait pu confier la gestion du système nouvellement créé aux caisses sociales déjà existantes, comme ce fut le cas avant 2004. La création en fin de compte d'une « CNAM » constitue une démonstration de ce souci d'autonomie du nouveau système par rapport au droit commun de la sécurité sociale.

³ Et qui ont besoin par conséquent de la solidarité nationale en matière sanitaire. Ces catégories ne peuvent prétendre bénéficier de l'assistance médicale gratuite. Ils n'ont pas les moyens également de souscrire une assurance maladie du secteur privé. C'est le cas par exemples des personnes qui travaillent à la tâche ; ou qui ne travaillent pas mais qui possèdent de petits revenus issus de propriété foncière par exemple.

⁴ Certains d'entre eux peuvent même payer des impôts.

⁵ C'est surtout le cas des professions libérales (les avocats, les médecins de libres pratique, les architectes...). Certaines de ces professions ont dû créer une caisse autonome de sécurité sociale comportant une branche maladie. C'est le cas par exemple de la Caisse de Prévoyance et de Retraite des Avocats (CAPRA), créées par le décret n°2008-355 du 11/02/2008 relative à l'organisation et à la gestion de la CAPRA. JORT n°14 du 15/02/2008, p. 729. La solidarité dans ce cadre est d'ordre corporative et non plus nationale.

Cette exclusion a des conséquences négatives sur le financement de la CNAM puisque certaines professions exclues –surtout les professions libérales- se caractérisent par leur forte capacité contributive¹.

Pour rétablir la logique d'autonomie qui a guidé en partie la réforme de 2004, sans porter atteinte à l'automatisation d'affiliation pour les assurés sociaux de la CNSS et de la CNRPS, nous nous permettons d'avancer les deux propositions suivantes : La première est d'élargir d'autorité le champ d'application du système issu de la réforme de 2004 à des professions non concernées par la sécurité sociale², la seconde est d'instituer dans tous les cas de figure une filière ou procédure d'affiliation autonome qui sera destinée aux non affiliés de la CNSS et de la CNRPS.

B- L'extension du bénéfice de la solidarité nationale aux ayants droit de l'assuré social

L'extension de la solidarité nationale dans le cadre du système d'assurance maladie est une exigence importante de la loi du 02 août 2004. Si la liste de ces ayants droit est classique et semble répondre à une certaine standardisation universelle, des problèmes persistent pour certains ayants droits particulièrement pour certains descendants et dans certaines situations le conjoint.

1) Les ayants droit bénéficiaires de la solidarité nationale dans le cadre du système d'assurance maladie

L'article 4 de la loi n°2004-71 donne une liste assez exhaustive des ayants droit qui peuvent prétendre bénéficier des prestations du système d'assurance maladie et ce dans les mêmes conditions que l'assuré social. Ces ayants droit peuvent être le conjoint, des descendants, des ascendants et les survivants à un assuré social décédé.

En ce qui concerne le conjoint³, la loi impose deux conditions pour pouvoir prétendre bénéficier des prestations du système d'assurance maladie. Il ne faut pas être

¹ V. infra, Titre 2, chapitre premier.

² Les professions libérales (sauf les avocats) encore dépourvues d'un système de sécurité sociale, les professions paramédicales de libre pratique, les notaires et les huissiers notaires...

³ Alinéa 2 de l'article 4 de la loi 2004-71.

divorcé et ne pas bénéficier au titre de son activité d'une couverture maladie obligatoire. Si la première condition est logique¹, la seconde signifie que le conjoint peut avoir une activité professionnelle comme il peut ne pas en avoir, l'essentiel étant de ne pas être couvert par une assurance maladie dans le cadre de la solidarité nationale. Par contre il peut avoir la qualité d'ayant droit tout en bénéficiant d'une couverture maladie privée² qui ne pourra être dans ce cas que complémentaire³.

En ce qui concerne les descendants⁴, ces derniers doivent nécessairement se trouver dans l'un des trois cas de figures suivants. D'abord le cas du mineur, il ne doit pas bénéficier s'il travaille d'une couverture maladie dans le cadre du système de la loi de 2004⁵. Dans ce dernier cas, le respect de l'âge légal du travail des mineurs⁶ est impératif. Il y a ensuite le cas de la fille, quelque soit son âge et *tant que son obligation alimentaire n'incombe pas à son époux et tant qu'elle ne dispose pas de source de revenu*⁷. Il s'agit d'une disposition discriminatoire au profit de la fille qui a toujours existé en droit tunisien. Cette discrimination positive existe également dans de nombreux autres textes que ce soit en droit civil ou en droit social⁸. La raison est de maintenir la fille à la charge de son père ou tuteur légal jusqu'à son mariage. Si elle divorce et qu'elle ne bénéficie pas de pension alimentaire, elle redevient à la charge de son père ou tuteur légal. Il y a enfin le cas de l'enfant handicapé quelque soit son âge et qui est dans l'incapacité de travailler. Si l'enfant handicapé peut travailler⁹, il ne doit pas bénéficier d'une couverture médicale obligatoire, et ce dans les mêmes conditions que le conjoint travailleur ou l'enfant mineur travailleur.

¹ Même s'il aurait fallu à notre sens maintenir une durée de bénéfice des prestations après le divorce pour un temps limité (1 an par exemple) pour ne pas perdre brutalement les avantages liés à l'assurance maladie, particulièrement lorsque le conjoint n'a pas de ressources.

² L'article 4 est explicite : « *le conjoint non divorcé et ne bénéficiant pas au titre de son activité d'une couverture légale obligatoire contre la maladie* ».

³ La loi de 2004 interdit les double emplois en matière d'assurance maladie. V. infra Section 2.

⁴ Alinéa 3 de l'article 4.

⁵ Il peut, par contre et à l'instar du conjoint ayant droit, bénéficier d'une couverture maladie complémentaire puisque l'alinéa 3 parle aussi d'une *couverture légale obligatoire*.

⁶ Fixé à 16 ans en droit tunisien. V. art. 53 du code du travail.

⁷ Nous remarquons que contrairement à l'enfant mineur travailleur et au conjoint travailleur, la loi exclu la fille majeure des prestations du système de la CNAM à la seule condition d'avoir des ressources propres, même si ces ressources ne donnent pas accès à un système de couverture maladie.

⁸ En droit civil, l'obligation alimentaire incombe au chef de famille au profit de sa fille jusqu'à son mariage ; en droit social, une fille à la qualité d'ayant droit pour l'ensemble des branches de la sécurité sociale jusqu'à son mariage.

⁹ Notons à cet égard une mauvaise formulation de l'article 4 de la loi n°2004-71, qui impose pour l'enfant handicapé ayant droit ces deux conditions de manière cumulatives, ce qui est assez contradictoire.

En ce qui concerne le survivant d'un assuré social décédé¹ (conjoint, descendants ou ascendants), la seule condition imposée par la loi pour bénéficier des prestations de l'assurance maladie est de ne pas bénéficier d'une couverture médicale obligatoire dans le cadre du système de la CNAM. Ils peuvent néanmoins bénéficier d'une couverture complémentaire au titre de leur activité professionnelle. Ces mêmes règles s'appliquent également pour les ascendants².

Malgré le caractère généreux qui semble marquer cette extension du bénéfice de la solidarité nationale à l'ensemble des ayants droit précités, des insuffisances persistent limitant justement ce caractère généreux.

2) Les limites de l'extension de la solidarité nationale aux ayants droit de l'assuré social

Ces limites sont liées au fait que la liste des ayants droit telle que déterminée par l'article 4 de la loi 2004-71 reprend dans une large mesure la même liste qui existe dans le droit commun de la sécurité sociale³. Or trois principaux reproches peuvent être adressés à cette liste. Les deux premiers concernent un certain flou qui persiste dans certaines situations pour le conjoint et le descendant. Le troisième concerne son caractère incomplet.

En ce qui concerne les limites en rapport avec le conjoint ayant droit, l'alinéa 2 de l'article 4 de la loi 2004-71 est équivoque sur la nécessité d'avoir ou pas une couverture médicale obligatoire, et ce indépendamment du fait de savoir si le conjoint travaille ou pas. Or les services régionaux et locaux excluent de facto de la liste des conjoints ayants droit, ceux qui occupent une liste de profession indépendamment de l'existence ou pas d'un régime obligatoire d'assurance maladie liée à cette profession. C'est le cas des professions libérales⁴, de certaines professions comme les paramédicaux de libre pratique et des auxiliaires de justice établis pour leur propre compte⁵. Cette exclusion que nous

¹ Alinéa 4 de l'article 4 de la loi de 2004.

² Alinéa 5.

³ Cette liste se caractérise par une conception restrictive de la notion de personne à charge, critère fondamental pour déterminer la liste des personnes ayants droit.

⁴ La question ne se pose pas pour les professions libérales qui possèdent une caisse autonome telle que les avocats depuis 2007.

⁵ Les huissiers de justices et les huissier-notaires, les experts judiciaires, les traducteurs assermentés...

considérons contraire à la loi, semble se baser sur des directives internes des services de la CNAM¹.

En ce qui concerne les insuffisances liées aux descendants, cela concerne surtout les enfants des assurés sociaux poursuivant des études supérieures. Ces derniers, en entrant dans la catégorie « étudiant »² de la sécurité sociale, perdent subitement un certain nombre d'avantages liés à la catégorie d'ayants droit, en particulier la possibilité d'accéder aux prestations de soins des fournisseurs de soins de libre pratique conventionnée avec la CNAM ce qui constitue une régression évidente. Le maintien du statut d'ayant droit des enfants étudiants des assurés sociaux jusqu'à un certain âge serait judicieux à notre sens³.

De manière plus générale la liste des ayants droit nous semble insuffisante. Si le critère de personne à charge est déterminant pour l'établissement de cette liste, beaucoup de personnes à charge au sens de la culture tunisienne sont exclues de la liste des ayants droit⁴. Si on part d'un présupposé que la solidarité nationale a remplacé la solidarité familiale en matière des dépenses de santé cette dernière devient de facto plus restrictive. En droit comparé, la liste des ayants droit prend en compte le contexte culturel du modèle familial et de son évolution⁵. Sans prétendre le généraliser à l'ensemble des branches de la sécurité sociale, la prise en compte du contexte culturel tunisien de solidarité familiale aurait pu élargir la couverture du système d'assurance maladie à une large frange de la

¹ C'est ce que prétendent les services de la CNAM que ce soit au niveau central ou au niveau des centres régionaux et locaux. Nous n'avons pas pu nous procurer une trace écrite de ces exclusions.

² En s'inscrivant dans un établissement d'enseignement supérieur, l'étudiant paye à la CNSS une contribution forfaitaire et annuelle de 5d lui donnant un droit d'accès aux hôpitaux publics et aux polycliniques de la CNSS (et à leurs pharmacies). L'étudiant paye un ticket modérateur uniquement. V. loi n°65-17 du 28/06/1965 (JORT n°34 du 25/06/1965, p. 787) modifié par la loi n°88-40 du 06/05/1988 (JORT n°34 du 13/05/1988, p. 735).

³ Avec un coût financier minime pour la CNAM, puisque les jeunes de 15 à 35 ans constitue la catégorie de la population qui consomme le moins les services et produits de santé.

⁴ Les oncles et les tantes sans ressources et sans enfants ; les frères et sœurs âgés sans ressources et sans enfants ; les beaux parents sans ressources ; les orphelins de famille, même éloignée. De manière générale, la notion de proche familial est encore une notion mal définie par le droit et peu abordée par la doctrine. V. A. Aouij-Mrad « Proches et fin de vie médicalisée : de quelques particularisme du droit tunisien ». In « Proches et fin de vie médicalisée ». Ouvrage collectif sous la direction de B. Feuillet, Réseau universitaire international de bioéthique. A paraître sous les éditions Bruylant.

⁵ En droit français la liste des ayants droit de l'assurance maladie est plus importante que le cas tunisien. Outre le conjoint et les descendants à charge, elle englobe le concubin, les ascendants, les descendants, la personne liée à un assuré par un pacte social de solidarité (PACS), les collatéraux jusqu'au 3^{ème} degré ou alliés au même degré et de manière générale toute *personne qui vit avec et à la charge effective, totale et permanente avec l'assuré* (art. 78 de la loi française du 27/01/1993). V. J. J Dupeyroux, M. Borgetto et R. Lafore, op. cit. p. 476 et s.

population et réduire de fait la problématique, persistante en droit tunisien, des personnes non assurées sociales et non couvertes par un système d'assurance maladie.

§-2 Les non assurés sociaux et la solidarité nationale

En Tunisie, le système institué par la réforme du 2 août 2004, ne comporte pas une filière d'affiliation autonome ou spécifique pour les non assurés sociaux. Si la possibilité de créer des régimes spéciaux existe pour certaines catégories professionnelles non concernées par les régimes légaux de sécurité sociale, la question demeure non résolue pour les plus démunis d'entre eux. Une partie de ces derniers bénéficient tout de même d'une assistance médicale constituant en quelque sorte une solidarité nationale de substitution¹(A). Cette assistance demeure toutefois statique et insuffisante, il y a toujours en Tunisie une frange importante de la population, démunie et non couverte par un système de prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale. La réflexion sur l'instauration d'une couverture universelle (B), au sein du système créé par la réforme s'impose.

A- L'assistance médicale de l'Etat : Une solidarité nationale de substitution

Les insuffisances liées à la population couverte par la solidarité nationale, en rapport avec le système d'assurance maladie ont toujours existé² et ont amené les pouvoirs publics à instituer un système de prise en charge par l'Etat des dépenses de santé au profit des plus démunis. Ce système est composé de deux volets : le premier concerne des tarifs réduits de soins, le second une prise en charge totale sous forme de cartes de soins gratuites. Ce système demeure cependant insuffisant.

¹ A. Aouij-Mrad, mélanges Dali Jazi, article précité, p. 47.

² L'aide médicale existe en Tunisie depuis le début du XXème siècle. V. B. Gaumer, op. cit., p. 227 et s.

1) Les deux types d'assistance médicale

Le premier type d'assistance médicale est régi par les dispositions du décret 98-409 du 18 février 1998¹ remplaçant l'ancien système de carte de soins gratuits de 2^e catégorie (AMG II)². Il concerne les personnes qui n'appartiennent à aucune catégorie des régimes légaux de sécurité sociale et disposant d'un revenu ne dépassant pas un certain seuil³. Ce système donne droit aux personnes concernées l'accès aux soins dans les structures sanitaires publiques, selon le degré de spécialisation du praticien consulté et la nature de la consultation. Le bénéficiaire paye un pourcentage plafonné du plein tarif⁴. Pour pouvoir

¹ JORT n°17 du 27/02/1998, p.405. Ce décret a été modifié à plusieurs reprises particulièrement par le décret 2005-2886 (JORT n°86 du 10/10/2005, p.2911) et le décret 2012-2522 du 16/10/2012 (JORT n°84 du 23/10/2012, p. 2628).

² Institué par la loi n°87-29 du 12/06/1987. JORT n° 43 du 16/06/1987, p. 767.

³ Ce seuil est fixé par l'article 2 de décret précité : il est égal au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) pour une famille de deux personnes, une fois et demie le SMIG pour une famille composée de trois à cinq personnes et deux fois le SMIG pour une famille composée de plus de cinq personnes. Le dernier alinéa de l'article 4 ne prend en compte que le conjoint, les descendants et les ascendants (pour ces derniers depuis 2005 seulement). Une personne seule ne peut prétendre au bénéfice de ce système puisque l'article 4 parle de famille. Toutefois, la modification de 2012 sans doute sous la pression du contexte particulier que vit le pays depuis 2011 ajoute de nouvelles catégories de bénéficiaires qui sont les suivants :

- les travailleurs licenciés pour des motifs économiques dans le cadre des commissions de contrôle du licenciement qui atteindront l'âge de la retraite anticipée dans un an ou deux ans,
- les travailleurs licenciés pour des motifs économiques ou techniques ou suite à la fermeture définitive, subite et illégale dont l'âge ne dépasse pas 40 ans, n'ayant pas de conjoint et d'enfants à charge et qui n'ont pas pu conclure des contrats de réintégration dans la vie active prévus par le décret n° 2009-349 du 9 février 2009, et ce, après l'expiration de la période de bénéfice de la couverture sanitaire procurée par la loi relative à la sécurité sociale n° 2002-24 du 27 février 2002 portant modification de la loi n° 96-101 du 18 novembre 1996, relative à la protection sociale des travailleurs,
- les ascendants à la charge des affiliés à l'un des régimes de la sécurité sociale dont une période d'un an ou de deux ans les sépare de l'âge de 55 ans pour bénéficier de la couverture sanitaire,
- les travailleurs saisonniers ou temporaires dans le domaine des chantiers de construction ou des services dont les salaires ne sont pas déclarés régulièrement à la caisse nationale de la sécurité sociale, ne dépassant pas l'âge de 40 ans et n'ayant pas de conjoint et d'enfants à charge,
- les diplômés de l'enseignement supérieur et de fin de formation professionnelle de sexe masculin, en chômage non bénéficiaires de l'un des mécanismes du fond national de l'emploi, et ce, après l'expiration d'une année complète de l'obtention du diplôme,
- les jeunes de sexe masculin qui ont abandonné leur scolarité âgés de plus de vingt (20) ans, en chômage et sont issus soit de familles bénéficiaires de cartes de soins à tarifs réduits ou de familles affiliées à l'un des régimes de la sécurité sociale. Si cet ajout résout le problème de l'absence de toute couverture maladie chez de nombreux tunisien, nous estimons qu'il s'agit d'une mesure purement contextuelle, mal préparée et qui risque d'alourdir la charge financière de la solidarité nationale vers des proportions insupportables.

⁴ Les articles 17 à 22 du décret mentionné fixent ces différents pourcentages selon le procédé suivant :

- Pour les consultations : 20% dans les centres de santé de base (médecine générale), 25% dans les hôpitaux de circonscription (médecine générale), 30% dans les hôpitaux régionaux (médecin spécialiste) et 30% dans les hôpitaux universitaires (Maître de Conférences ou Professeur). Nous remarquons que le système encourage la proximité.
- Pour les hospitalisations : Le forfait d'une journée quelque soit la durée d'hospitalisation, les soins prodigués et les produits consommés.
- Pour les examens complémentaires (radiologie, biologie...) : 20% du plein tarif plafonné à 30d.
- Pour les séances d'hémodialyse : 1d par séance.

bénéficiaire de ce système de solidarité, la personne concernée doit s'acquitter d'un montant annuel de 10d. Ce premier type d'assistance concrétise une forme de gratuité relative des services de santé au profit de la population concernée.

Le deuxième type d'assistance médicale est régi par le décret 98-1812 du 21 septembre 1998, fixant les conditions et les modalités d'attribution et de retrait de la carte de soins gratuits¹. Elle remplace l'ancien système de carte de soins gratuit de type 1 (AMG 1)². Accordée à *tout tunisien indigent, à son conjoint et à ses enfants légalement à charge*³ (article 2 du décret), cette carte donne droit, selon l'article 4 du même décret, à son titulaire et à ses ayants droit, une gratuité totale dans l'ensemble des structures publiques sanitaires⁴. Nous sommes à ce niveau en présence d'un cas de gratuité absolue d'un service public. La solidarité nationale s'exprime à travers les deux variantes de ce système à travers la prise en charge directe par l'Etat des dépenses de santé au profit des bénéficiaires. Cela se concrétise par une dotation budgétaire au profit des hôpitaux en contre partie de l'accueil des titulaires de ces cartes. C'est le contribuable qui est solidaire de l'indigent.

Cependant, malgré la générosité apparente de ces deux systèmes, beaucoup de lacunes persistent dans le système d'assistance médicale aux plus nécessiteux. La non révision du dispositif réglementaire après plus de 14 ans de sa mise en place en est peut être l'une des explications.

2) Les limites de la solidarité nationale à travers le système d'assistance médicale

L'assistance médicale totalement ou partiellement gratuite pose la problématique de la gratuité du service public de la santé⁵. Elle constitue une réponse adéquate à

- Pour les prothèses et implant : 20% de leurs prix plafonné à 50d.

¹ JORT n°78 du 29/09/1998, p.1975, modifié par le décret n°2012-2521 du 16/10/2012. JORT n°84 du 23/10/2012, p. 2627.

² Institué par la loi n°87-29 précitée.

³ Nous remarquons deux différences notables avec le système d'assistance partielle : le bénéficiaire peut être un individu sans attache familiale (...*tout tunisien*...); le bénéfice de ce système n'a pas été étendu aux ascendants à charge.

⁴ Contrairement au système de carte de soins réduit, l'assistance médicale gratuite ne comporte pas un mécanisme d'encouragement de recours aux structures de proximité.

⁵ V. G. Koubi, article précité. Pour l'ensemble des services publics, v. R. Hertzog « Recherche sur la gratuité et la non gratuité des services publics » Thèse pour le doctorat d'Etat en droit, Strasbourg 1972 ; M. Borgetto

l'inaccessibilité de près d'un million de personnes¹ en Tunisie à la solidarité nationale dans le cadre du système d'assurance maladie. Cette solidarité « réservée », de substitution et qui échappe au droit commun de la couverture médicale souffre de nombreuses lacunes.

En premier lieu, cette assistance est fortement centralisée au niveau de la détermination du nombre des bénéficiaires. L'Etat fixe préalablement le nombre de cartes à distribuer, puis répartit ce nombre par quotas au niveau de chaque gouvernorat². Le système ainsi créé ne constitue pas une réponse à un besoin, mais une curieuse anticipation des besoins fixés préalablement par l'Etat. C'est comme si l'Etat décidait arbitrairement du nombre de familles indigentes ou nécessiteuses ayant un besoin d'une assistance médicale³. D'ailleurs, le nombre global des cartes de soins n'a pas varié depuis plus de 20 ans. Il existe toutefois deux circulaires du ministre des affaires sociales qui essaient malgré tout d'établir des critères chiffrés pour évaluer les demandes en carte de soins gratuite ou de carte de soins à tarifs réduits⁴.

Le second reproche concerne la lenteur et la complexité de la procédure pour l'obtention des dites cartes. La procédure pour l'obtention des cartes de soins réduits doit obligatoirement passer par trois commissions⁵ dont les réunions sont rares. De plus, pour les cartes de soins gratuites, une commission doit préalablement établir une liste nominative des futurs bénéficiaires⁶ que d'autres commissions doivent approuver. La carte vaut pour cinq années mais doit être validée annuellement par les services sociaux compétents pour examiner périodiquement la situation sociale des bénéficiaires ou des

« L'idée de gratuité et la notion de solidarité sociale » in G. Koubi et G.-J. Gugliemi (sous la direction de) « La gratuité une question de droit ? » Paris, l'Harmattan, 2003, p.21.

¹ En additionnant les personnes concernées par les 2 types d'assistance et les personnes à charge concernées.

² Art. 2 et 9 du décret n°98-409 et art. 2 du décret n°98-1812.

³ Cette façon de procéder en matière d'assistance ne se limite pas uniquement en Tunisie à la maladie seulement.

⁴ Circulaire du Ministre des Affaires sociales n° 5 du 31 mars 1999 fixant les dispositions et les applications relatives à l'octroi de la carte de soins gratuits et son retrait. Cette circulaire énonce les critères suivants : - Incapable de travailler à cause de l'âge ou de la maladie ou de l'handicap - un revenu individuel annuel ne dépassant pas le seuil de pauvreté - Avoir des handicapés parmi les membres de la famille - l'absence de soutien ou de potentiel actif parmi les membres de la famille. - Abaissement du niveau de vie - état de l'habitation et les services sanitaires.

⁵ Une commission locale, une commission régionale et une commission nationale

⁶ Le principal critère de cette liste nominative est le bénéfice des candidats d'aides sociales dans le cadre d'autres programmes destinés aux plus nécessiteux.

personnes à leurs charge et peut aboutir à son retrait¹. A l'expiration des cinq années et si le bénéficiaire veut renouveler sa carte il doit entamer les procédures 6 mois avant la fin de validité de sa carte². Nous estimons que la complexité de ces procédures et leur lenteur sont inadaptées au niveau socioculturel des bénéficiaires³.

Le troisième reproche concerne les effets pervers de l'assistance médicale de l'Etat. Si cette assistance, si complexe soit-elle, se base sur une forme de générosité en rapport avec la solidarité nationale, cette dernière participe paradoxalement à une forme de stigmatisation des titulaires des cartes d'assistance médicale⁴. Ces cartes risquent d'être perçues comme un label de pauvreté et d'indigence. Leurs titulaires sont parfois des boucs émissaires des maux de l'hôpital public⁵. L'assistance médicale de l'Etat institue une forme de discrimination par rapport aux autres usagers de l'hôpital public, et plus généralement en matière de santé. C'est pour cette raison qu'à défaut d'une santé gratuite pour tous, on observe un peu partout dans le monde une suppression progressive de l'assistance médicale au profit des plus démunis⁶. La solution envisagée dans les pays qui ont supprimé cette aide de l'Etat a été la création pour l'ensemble de la population, au sein du système d'assurance maladie, d'un minimum commun de prestations médicales ce qui constitue une forme d'intégration des plus indigents au droit commun de la couverture médicale par la solidarité nationale, l'Etat prenant en charge les cotisations des plus démunis. C'est le système de la couverture universelle. Le contexte actuel du pays impose une réflexion sur l'opportunité d'instaurer cette couverture universelle.

¹ Article 12 du décret n°98-409 et article 9 du décret n°98-1812.

² Nous ne citons ici que les procédures les plus importantes. D'autres procédures existent et peuvent constituer un motif de refus ou la perte du bénéfice d'une carte de soins.

³ Toutefois, le rôle joué par l'autorité administrative qu'est le sous-délégué (omda), atténue ce risque.

⁴ Cette stigmatisation est l'une des principales raisons de la suppression de l'aide directe de l'Etat en matière sanitaire en droit français.

⁵ Certaine enquête menée auprès du personnel soignant ou auprès des autres usagers des hôpitaux les accusent à tort d'être à l'origine des mauvaises conditions d'accueil au niveau de l'encombrement et au niveau de l'hygiène.

⁶ En droit français par exemple, l'assistance médicale de l'Etat est confinée aux seuls étrangers se trouvant en situation irrégulière.

B- L'opportunité d'une couverture universelle en droit tunisien ou la nécessaire unification de la solidarité nationale

La couverture maladie universelle constitue à notre sens le seul procédé qui englobe l'ensemble de la population dans un système unifié de prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale. Ce procédé met à égalité les différentes catégories de la population, indépendamment de leurs ressources, face à un minimum de prestation sanitaires garanties par la solidarité nationale. Il s'agit donc d'un procédé qui dépasse les concepts d'assurés sociaux ou non assurés sociaux face au système d'assurance maladie.

Une couverture universelle répondrait aux principaux objectifs qui ont été à l'origine de la mise en route de la réforme du 2 août 2004, principalement pour ce qui concerne l'augmentation de la couverture de la population et surtout l'équité en matière des services de santé. Cette couverture répondrait aussi aux revendications en matière d'accès au soins posées par les régions les plus pauvres du pays ou par les catégories les plus nécessiteuses de la population sans aucun effet de stigmatisation tel qu'il existe actuellement dans le système de l'assistance de l'Etat.

Cependant, il faut demeurer conscient des entraves qui empêchent à court terme la mise en place d'une couverture maladie universelle dans un contexte économique et social propre à la Tunisie.

Il y a d'une part le coût financier d'une telle mesure pour la CNAM. Ce qui engendrerait inévitablement une revalorisation des cotisations¹ ou une implication directe du contribuable². Pour cette raison, la mise en place d'une telle mesure devrait obligatoirement être accompagnée d'une réforme de fond du financement du système d'assurance maladie. La progressivité de la mise en place de la couverture universelle³ et la généralisation des régimes complémentaires doivent être également envisagées.

¹ Notons que le taux global appliqué en Tunisie (6,75%) est parmi le plus bas au monde. Il y a par conséquent encore de la marge.

² C'est-à-dire introduire une dose de financement de l'assurance maladie par l'impôt. V. infra, titre2, chapitre 1.

³ Une intégration des titulaires des cartes de soins réduits peut être une première étape. Ces titulaires possèdent en effet une certaine capacité contributive, certes modeste, qui pourra atténuer le coût financier de cette première étape de la mise en place de la couverture universelle.

D'autre part, certains pays par souci d'équité¹ ont opté pour une forme de régime complémentaire financé par la solidarité nationale et réservé aux plus pauvres². Il n'est pas certain que l'économie tunisienne et les capacités contributives de la population supporteront cette variante de la couverture maladie universelle. L'instauration d'une couverture universelle médicale ne peut être que prudente et mesurée pour prendre en compte le contexte économique et social de la Tunisie. C'est la condition pour maintenir un contenu satisfaisant des prestations offertes par la solidarité nationale dans le cadre du système d'assurance maladie.

Section 2 : Le contenu des prestations dans le cadre de la prise en charge par la solidarité nationale des dépenses de Santé

La réforme de 2004 a maintenu la classification universalisée et qui existait dans le système antérieur, entre des prestations dans le cadre d'un régime de base et des prestations dans le cadre d'un régime complémentaire. Si les premières prestations sont effectivement consacrées et gérées par la CNAM, les secondes sont pour l'instant confiées au secteur privé et constitue une simple éventualité pour la CNAM. Mais les expériences dans les exemples les plus aboutis dans le monde, démontrent qu'il arrive un temps où la solidarité nationale reprend le dessus et se charge de manière prépondérante de la gestion des régimes complémentaires. Finalement, en parlant des prestations du système d'assurance maladie, on distingue entre d'une part « un panier » obligatoire offert par la solidarité nationale (§1) et, d'autre part, des « paniers » en option où pour l'instant la présence de la solidarité nationale est différée ou provisoirement exclue (§2)

¹ Etant réservé à ceux qui sont exclus du régime général de l'assurance maladie, il est difficile d'imaginer que les bénéficiaires d'une couverture universelle puissent avoir les moyens pour souscrire à une assurance maladie complémentaire. Dans les pays où les régimes complémentaires sont développés, cette situation engendre une nouvelle inégalité entre les affiliés au régime général (régime de base de l'assurance maladie), accompagné par une complémentarité santé et les affiliés à une couverture santé universelle (régime de base uniquement et par conséquent un reste à charge à payer). C'est la principale explication pour la création d'une couverture complémentaire pour les plus démunis.

² C'est particulièrement le cas du système français d'assurance maladie où il existe en sus de la couverture maladie universelle (CMU) une autre couverture universelle, dite complémentaire (CMU-C). V. J-P. Chauchard op. cit., p.383 et s. ; M. Badel « Mutuelles et CMU-C, un partenariat fructueux ? » RDSS 2009, p.432.

§-1 Le régime de base ou le panier de la solidarité nationale en matière sanitaire

Le régime de base du système d'assurance maladie constitue la raison d'être de la réforme du 02 août 2004. L'article premier de la loi établit un lien direct entre le régime de base et le maintien en bonne santé des assurés sociaux. Les caractéristiques du régime de base **(A)** et son contenu **(B)** confirment l'esprit de l'article 2 : il s'agit d'un panier commun de prestations qui s'adresse à l'ensemble des assurés sociaux sans discriminations¹. Ce panier révèle les contours et les limites de la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé.

A- Les principales caractéristiques du régime de base

A l'instar des systèmes obligatoires d'assurance maladie qui existent un peu partout dans le monde, deux principales caractéristiques sont inhérentes à ce régime : son caractère obligatoire et absolu.

1) Le caractère obligatoire

Le caractère obligatoire du régime de base se manifeste de plusieurs manières, concernant chacune un niveau différent de caractère.

Le premier niveau concerne le caractère obligatoire du régime au regard de la catégorie de la population concernée. Les assurés sociaux de la CNSS et de la CNRPS ne peuvent refuser leur affiliation à la CNAM². Dans l'éventualité de l'instauration d'une couverture universelle, cette obligation *rationae personae* du régime de base s'étendra donc à l'ensemble de la population du pays³.

¹ Nous devons toutefois atténuer cette question de non discrimination, car si l'offre n'est pas discriminatoire, nous verrons que la procédure peut en revanche l'être. V. infra, chapitre 2.

² Indépendamment du fait que l'assuré social accepte ou refuse les prestations de la CNAM.

³ Des pays ayant institué une couverture universelle réservent cette obligation *rationae personae* à leurs seuls nationaux ex. les pays arabes du golfe, v. V. Piolet, « Les Emirats et royaumes arabes : les travailleurs migrants au pays des *free zones* » Hérodote 2009 n°133, p. 136 ; d'autres l'étendent aux étrangers résidant de manière régulière à l'instar du système français V. J. P. Chachard, op. cit. p. 381.

Le deuxième niveau concerne le caractère obligatoire des prestations. Etant un « panier » unique et indivisible, le régime de base est constitué d'un ensemble de prestations dont la jouissance et l'accès est conditionné par le respect d'un ensemble d'actes et de procédés impératifs¹ que l'assuré social est libre d'accepter ou de refuser. Mais en cas de non respect de ces règles, il perd la jouissance des prestations du système d'assurance maladie². Le régime de base constitue en quelque sorte une offre plus ou moins généreuse, mais une offre à accepter ou refuser dans son ensemble.

Le troisième niveau concerne le caractère obligatoire des cotisations³ du régime de base. Ces cotisations sont d'ordre public et à la charge de l'assuré social et de son employeur. L'assuré social ne peut refuser de payer ces cotisations au motif qu'il refuse de bénéficier des avantages du système d'assurance maladie et qu'il prend en charge lui-même ses dépenses de santé, ou se fait rembourser ses dépenses par un autre système de prise en charge. Cette caractéristique concerne l'ensemble des cotisations de la sécurité sociale.

2) Les caractères unique et absolu

Le caractère unique du régime de base signifie qu'il ne peut y avoir un autre système de prise en charge des dépenses sanitaires comportant un régime de base obligatoire et identique au système de la CNAM, qu'il soit public ou privé. Les exigences de la solidarité nationale sont incompatibles avec la concurrence en matière de régime de base⁴. La concurrence peut en revanche concerner, les régimes complémentaires. Ce caractère unique n'est cependant pas universalisé, puisqu'il existe dans certains systèmes de prise en charge des dépenses sanitaires à l'étranger, une forme de concurrence entre « des » régimes de base⁵

¹ Formulaires à remplir, délais à respecter, accord préalable à solliciter, s'adresser uniquement aux praticiens conventionnés....Notons que si le contenu du panier est unique nous verrons infra que les règles d'accès à ce panier ne sont pas uniques.

² Sans bien entendu perdre son droit d'accès aux soins.

³ Fixés à 6.75% pour les assurés sociaux actifs et à 4% pour les assurés sociaux retraités. V. infra Titre 2 chapitre 1.

⁴ Une vraie solidarité nationale est une solidarité qui inclut toutes les catégories sociales de la population. Le régime de base a besoin des facultés contributives des catégories les plus aisées de la population.

⁵ C'est le cas des pays dépourvus de système d'assurance maladie garanti par la solidarité nationale, l'exemple le plus célèbre en la matière est le système américain. V. supra, introduction.

Le caractère absolu signifie que le régime de base s'applique pour l'ensemble des assurés sociaux sans dérogation possible. Il en résulte deux conséquences.

D'un part, l'impossibilité de conclure des accords ou des ententes sur les taux ou les montants des prises en charge¹. Cette prohibition absolue est l'une des caractéristiques principales du régime de base de l'assurance maladie en comparaison aux autres régimes de réparation du secteur public ou privé², particulièrement au régime de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles³ qui est obligatoire⁴ mais qui n'est pas absolu. Il est en effet possible de conclure des accords ou des ententes sur les modalités ou les montants des réparations⁵.

D'autre part, la deuxième conséquence de ce caractère absolu concerne l'impossibilité de limiter le bénéfice du régime de base aux assurés sociaux bénéficiant d'une assurance groupe, offrant des prestations identiques ou supérieures au régime de base. Si la loi n'interdit pas explicitement au secteur privé de proposer une couverture santé globale, le caractère absolu du régime de base de la CNAM fait en sorte que les bénéficiaires assurés sociaux des ces assurances groupes continuent à bénéficier des prestations du régime de base et doivent continuer à cotiser. Le risque est alors l'existence de doubles emplois entre le régime de base et les assurances groupes. Pourtant parmi les principes exprimés dès le lancement de la réforme en 1996, figure explicitement l'interdiction des doubles emplois⁶ entre le régime de base du système d'assurance maladie et tout autre système de couverture médicale. Dans la pratique, les doubles emplois existent donc toujours en Tunisie entre le régime de base de l'assurance maladie et les assurances groupes gérés par des sociétés privés d'assurance et les mutuelles de santé⁷.

¹ Que ce soit pour les augmenter ou les diminuer.

² L'entente est par exemple possible en matière de réparation des dommages corporels causés par les accidents de circulation. V. la loi n°2005-86 portant insertion d'un cinquième titre au code des assurances concernant l'assurance de la responsabilité civile du fait de l'usage des véhicules terrestres à moteur et au régime d'indemnisation des préjudices résultant des atteintes aux personnes dans les accidents de la circulation. JORT n°67 du 23/08/2005, p. 2182.

³ Prévu par la loi n°94-28 du 21/02/1994. JORT n° 15 du 22/802/1994, p. 308.

⁴ Ce régime est géré depuis 2005 par la CNAM. Mais cette gestion ne se fait pas dans le cadre du système d'assurance maladie institué par la loi n2004-71. V. art. 5 de la loi.

⁵ Art. 72 de la loi n°94-28 précitée.

⁶ V. le compte rendu du CMR de 1996, précité.

⁷ Contrairement aux objectifs énoncés au moment de la mise en place de la réforme, l'art. 19 de la loi 2004-71, relatif aux régimes complémentaires n'interdit pas explicitement les double emplois.

Techniquement et juridiquement, il était pourtant aisé d'éviter ces doubles emplois, puisque la loi 2004-71 et ses textes d'application déterminent avec force détails le contenu du régime de base du système tunisien d'assurance maladie.

B- Le contenu du régime de base : l'expression contrastée de la solidarité nationale :

La loi du 2 août 2004 et ses textes d'application déterminent avec précision le contenu du régime de base du système d'assurance maladie. La solidarité nationale tunisienne, en matière de prise en charge des dépenses de santé s'exprime de manière contrastée : si la prise en charge des dépenses liée à la maladie ordinaire demeure encore limitée, elle est en revanche totale pour une liste de maladies de longue durée. Quant aux prises en charge des autres maladies, leur situation est plus ambivalente.

1) La prise en charge limitée de la maladie ordinaire

La prise en charge des dépenses liées à la maladie ordinaire est la prestation la plus courante du régime de base de l'assurance maladie. Contrairement à ce qui concerne les autres prises en charge, la maladie ordinaire n'est pas définie et elle échappe à la logique de listing mentionnée dans l'article 5 de la loi 2004-71¹. Pourtant cette prise en charge demeure limitée par un certain nombre de paramètres.

Le premier concerne la nécessité pour le bénéficiaire de supporter un reste à charge ou une quote part appelé ticket modérateur². Ce ticket modérateur concerne à la fois la consultation, les médicaments, l'analyse biologique et l'imagerie médicale. Le taux de ce

¹ La seule contrainte est le respect de la nomenclature générale des actes professionnels fixée par arrêté du ministre de la santé publique du 1er juin 2006 (JORT n°46 du 09/06/2006, p.1514. Texte modifié par l'arrêté du 01/03/2010. JORT n°19 du 05/03/2010, p.584), ainsi que le respect de l'arrêté conjoint du ministre des affaires sociales et du ministre de la santé publique du 13 avril 2007 (JORT n°32 du 20/04/2007, p.1256), fixant les listes des spécialités et des actes médicaux et paramédicaux, des médicaments, de l'appareillage, des frais de transport sanitaire, ainsi que la liste des prestations nécessitant l'accord préalable, pris en charge par le régime de base d'assurance maladie

² Le ticket modérateur est défini par l'art. 2 du décret 2007-1367 portant détermination des modalités de prise en charge, procédures et taux des prestations de soins au titre du régime de base d'assurance maladie précité comme suit : « *quote part des frais à la charge du bénéficiaire des prestations de soins et qui représente la différence entre les montants dus au titre des prestations de soins conformément aux tarifs conventionnels et les montants pris en charge par la caisse dans le cadre du régime de base d'assurance maladie* ». V. J.J. Dupeyroux, M. Borgetto et R. Lafore, op. cit. p. 480.

ticket¹ est variable selon le degré de nécessité de l'acte ou du médicament et selon la filière de soins choisie². Le montant de ce ticket, s'il apparaît comme abordable et plafonné pour la filière publique, ne l'est pas en revanche pour les deux filières privées. Le montant restant à charge de l'assuré, notamment pour certains médicaments, mais aussi pour la consultation du médecin spécialiste peut être onéreux pour les catégories des assurés sociaux les plus défavorisés. La barrière financière pour accéder aux soins demeure donc un problème en Tunisie, même après la réforme du 2 août 2004.

Le deuxième paramètre qui limite la prise en charge de la maladie ordinaire par la solidarité nationale concerne le plafonnement de cette prise en charge. Il y a un plafonnement global dans le cadre du budget de la CNAM et des déficits autorisés, et un plafonnement individuel par assuré social et en fonction du nombre de personnes à charge ayant droit. Toutefois si ce deuxième plafonnement existe dans la majorité des grands systèmes d'assurance maladie, seules les deux filières privées sont concernées en Tunisie par ce plafonnement³. La filière publique n'est pas concernée pour l'instant. En cas d'augmentation des déficits sociaux en Tunisie, le plafonnement de la prise en charge de la maladie ordinaire dans le cadre du régime de base dans la filière publique serait inévitable.

Le troisième paramètre concerne les modalités procédurales de cette prise en charge obligeant les assurés sociaux à s'adresser soit aux services ambulatoires des hôpitaux publics avec les caractéristiques qui sont les siennes⁴, soit à s'adresser à des médecins privés conventionnés avec la CNAM et n'appliquant pas nécessairement les conditions tarifaires conventionnelles. Ces limites procédurales peuvent décourager certains assurés sociaux, particulièrement les plus favorisés d'entre eux, à exiger le bénéfice des prestations de l'assurance maladie.

¹ Le détail des taux seront donné infra lors de l'étude du parcours sanitaire (v. chapitre 2), mais aussi lors de l'étude du financement du système. (v. titre 2 chapitre 1).

² Filière publique ou l'une des deux filières privées.

³ Bien que la loi n°2004-71 soit silencieuse en la matière.

⁴ V. supra, 1^{ère} partie, titre 2, chapitre 1.

2) La prise en charge totale de certaines maladies de longue durée

Dès la première phase de l'entrée en vigueur du système d'assurance maladie le 1^{er} juillet 2007 certaines maladies graves, chroniques ou de longue durée ont été entièrement prise en charge par la solidarité nationale. Ces maladies sont officiellement dénommées « Affection Prise en Charge Intégralement » (APCI). C'est l'arrêté conjoint du ministre de la santé publique et du ministre des affaires sociales du 25 juin 2007¹ qui fixe en annexe la liste de ces APCI².

La CNAM a publié en outre un petit livret qui détaille avec précision la liste des pathologies prises en charge intégralement dans le cadre de chaque affection³. La prise en charge de l'ensemble des frais en relation avec ces affections est intégrale qu'il s'agisse de consultations, médicaments, analyses biologiques, imagerie médicale, hospitalisation et intervention chirurgicale⁴. Elle est intégrale également pour toute autre pathologie résultant d'une APCI. Cette prise en charge est enfin totale quelque soit la filière de soins choisie. Elle est conditionnée par une demande de prise en charge en APCI sur la base d'un rapport rédigé par le médecin traitant l'assuré social après accord d'une commission spéciale au sein des centres régionaux de la CNAM.

Toutefois, malgré son caractère à priori très généreux, la prise en charge des maladies chroniques ou de longue durée par la solidarité nationale n'est pas exemptes de certaines limites. D'une part cette prise en charge n'est pas uniforme quant à sa durée ou à sa portée. La durée normale de la prise en charge est fixée pour la majorité des APCI à 5 années. Cependant elle tombe à une année pour les psychoses et les névroses ou encore la tuberculose, 3 années pour les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Toutefois

¹ JORT n°51 du 26/06/2007 p.2228.

² V. annexe V.

³ Par exemple pour les rhumatismes (n°17 de la liste), il s'agit des pathologies suivantes : Polyarthrite rhumatoïde

Spondylarthrite ankylosante

Rhumatisme psoriasique

Rhumatisme des entérocolopathie.

Notons que ce livret est repris avec précisions par certain site web, particulièrement ceux destinés aux praticiens. V. à titre d'exemple : www.medwin.org.

⁴ V. les articles 9, 14 et 17 du décret n° 2007-1367 du 11 juin 2007 portant détermination des modalités de prise en charge, procédures et taux des prestations de soins au titre du régime de base d'assurance maladie. JORT n°47 du 12/06/2007, p. 1983.

cette durée peut évidemment être renouvelée dans les mêmes conditions. D'autre part et si pour certaine APCI, la liste des pathologies est ouverte (les rhumatismes par exemple), d'autres APCI contiennent une liste de pathologie fermée (la grande majorité des APCI). Ensuite, et pour certaine APCI, la réglementation interne de la CNAM exige, avant de pouvoir bénéficier d'une prise en charge intégrale, une durée minimum d'affection. C'est particulièrement le cas des psychoses et des névroses où cette durée minimum est d'une année ; elle est par contre de trois mois pour l'insuffisance rénale chronique.

Cependant la limite importante en ce qui concerne les APCI concerne la liste même de ces affections. Cette liste ne contient pas l'ensemble des maladies chroniques ou de longue durée, connues par la science. A titre d'exemple, le syndicat tunisien des médecins spécialistes de libre pratique en propose une liste de 39 affections¹ courantes. En France, le système d'assurance maladie reconnaît une liste de 30 maladies de longue durée contenant plus de 300 pathologies différentes et il existe un processus de révision des maladies de longue durée²

L'insertion sans aucune limitation des maladies orphelines³ parmi la liste des APCI serait à notre avis judicieuse. Les maladies longues ou graves qui ne figureraient pas dans la liste continueront à être pris en charge par le système d'assurance maladie selon les mêmes modalités que la prise en charge des maladies ordinaires. Mais dans ce cas, le risque serait un épuisement rapide du plafond de prise en charge lorsqu'il existe (pour les filières privées) et l'explosion du montant de la quote part supportée par l'assuré social atteint d'une affection lourde ou chronique et ne figurant pas dans la liste des APCI. La recherche d'une solution pour ces cas, qui ne sont pas très nombreux, est importante pour garantir les objectifs de la réforme de 2004 et particulièrement l'objectif d'un accès aux soins équitable et égalitaire pour la totalité des assurés sociaux.

¹ V. <http://stmsl-tunisie.com>.

² V. P. L. Bras, E. Grass et O. Obrecht « En finir avec les affections de longue durée (ALD), plafonner le reste à charge ». Revue Droit social, 2007, p.463. Pour information, en 1945 le système français ne reconnaissait que 3 affections de longue durée.

³ C.a.d. des maladies dont le nombre des patients est très limité, nécessitant souvent un traitement lourd. Le nombre de ces maladies est très élevé et augmente avec l'évolution des connaissances médicales. Le droit français d'assurance maladie prévoit un dispositif spécial, appelé dispositif des affections hors liste ou ALD31.

Des dépendances non nécessairement pathologiques peuvent aussi être prises en charge dans les mêmes conditions que les maladies longues et/lourdes. Nous songeons dans ce cadre aux dépendances liées à certains handicaps, aux poly pathologies causées par des maladies ordinaires, aux dépendances des personnes âgées ou encore à l'accompagnement de fin de vie, qui peut prendre parfois plusieurs mois.

3) Le caractère ambivalent des autres prestations de l'assurance maladie

Concernant les autres prestations, la solidarité nationale apparaît plus ou moins effective qu'il s'agisse du suivi de la grossesse, et de l'accouchement, des actes chirurgicaux et des appareillages et prothèses¹.

a. Le suivi de la grossesse et l'accouchement. Cette prise en charge a été l'une des toutes premières applications du système d'assurance maladie de 2004. Elle s'effectue en dehors de la maladie ordinaire et elle concerne la femme assurée sociale ou conjoint-ayant droit d'un assuré social. Pour le suivi de la grossesse, la prise en charge s'effectue dans les structures publiques selon les modalités identiques que la prise en charge des dépenses de maladies ordinaires. Par contre, pour les deux filières privées, un plafonnement spécial, en sus du plafonnement prévu pour les maladies ordinaires, a été ajouté en 2010² au profit des femmes assurées sociales ou conjointes d'assuré sociaux. La prise en charge des accouchements est quasiment totale dans les structures d'accouchement public, l'assuré social supportant uniquement le ticket modérateur. Pour les deux filières privées, la prise en charge pour les accouchements se fait dans les cliniques privées sur la base d'un remboursement forfaitaire variant selon le type d'accouchement pratiqué³. Toutefois, la prise en charge est conditionnée par la nécessité de pratiquer l'accouchement dans une

¹ Pour les analyses biologiques et l'imagerie médicale la prise en charge se fait soit dans le cadre de la maladie ordinaire, soit dans le cadre des APCI.

² Arrêté du ministre des affaires sociale du 24/06/2010, modifiant et complétant l'arrêté du ministre des affaires sociales du 03/06/2008, portant fixation du plafond annuel des montants de prestations de soins ambulatoires pris en charge par le régime de base d'assurance maladie, au titre de la filière privée de soins ou du système de remboursement. JORT n°52 du 29/06/2010, p.1802.

³ Accouchement normal, accouchement par césarienne, accouchement gémellaire. V. annexe de l'arrêté conjoint du ministre des affaires sociales et du ministre de la santé publique du 29 juin 2007, portant fixation de la liste des prestations d'hospitalisation dispensées dans les établissements sanitaires privés conventionnés avec la CNAM. JORT n°52 du 29/06/2007, p.2257. V. annexe VI.

clinique conventionnée¹, et le forfait ne prend pas en compte le conventionnement du personnel médical et ses assistants² et par conséquent le respect des tarifs conventionnés de la CNAM. Le résultat en est le risque d'une différence entre le taux supposé de la prise en charge par la CNAM et le taux réel de cette prise en charge qui devient dérisoire. A notre avis cette situation ne concrétise pas l'objectif d'ouverture de l'assurance maladie au secteur privé sanitaire et au profit de l'ensemble des assurés sociaux en matière d'accouchement.

b. Les hospitalisations. Cette prise en charge est prévue par les articles 15, 19 et 30 du décret 2007-1367 du 11 juin 2007. Les conditions de prise en charge des hospitalisations dans les hôpitaux publics et les cliniques privées sont identiques pour tous les assurés, sans tenir compte de l'option choisie (filière publique, ou l'une des deux filières privées).

Dans les hôpitaux publics toute hospitalisation quelque soit sa nature est prise en charge directement par la CNAM, l'assuré social ne paie que le ticket modérateur, quelque soit la filière choisie³.

Dans les cliniques privées conventionnées, la CNAM prend en charge les interventions chirurgicales selon la liste fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé publique du 29 juin 2007⁴. L'assuré peut obtenir préalablement une décision de prise en charge auprès de la Caisse qui lui permet d'éviter de payer l'intégralité des frais, il ne paye que sa quote-part. Il peut également s'acquitter de la totalité des frais de l'hospitalisation et se faire rembourser par la Caisse après présentation d'un bulletin de soins accompagné des pièces justificatives. Ce dispositif est entré en vigueur dès la première phase d'application de la réforme le 1^{er} juillet 2007 et il ne remet pas en cause certains droits acquis antérieurs à la réforme en matière d'hospitalisations. Ces droits concernent les opérations cardiovasculaires effectuées dans les cliniques spécialisées conventionnée avec les caisses sociales autres que la CNAM,

¹ Selon un procédé de prise en charge identique à celui des hospitalisations. V. infra b.

² Médecin gynécologue, sage femme et éventuellement médecin anesthésiste.

³ Pour une description plus détaillée des hospitalisations dans le cadre de l'assurance maladie, v. infra. Chapitre 2.

⁴ JORT n°52 du 29/06/2007, p.2257.

ainsi que les hospitalisations de jour pour hémodialyse effectués également dans des centres spécialisés¹.

c. Les appareillages et prothèses. La CNAM prend en charge dans le cadre du régime de base d'une liste d'appareillage et de prothèses fixées en annexe par l'arrêté du 13 avril 2007². Cette prise en charge est identique pour l'ensemble des assurés sociaux quelque soit la filière choisie. Pour pouvoir en bénéficier, les assurés sociaux doivent obtenir un accord préalable de la CNAM de prise en charge sur la base d'un rapport médical et sur présentation d'un devis du prix de l'appareillage en question³. La prise en charge en matière d'appareillage et de prothèse se fait sur la base des tarifs forfaitaires de référence⁴. Ces tarifs forfaitaires ne suivent pas nécessairement l'augmentation continue des appareillages et prothèses causant des différences entre le prix réel et le montant de la prise en charge par la CNAM.

d. Le transport sanitaire. Sa prise en charge constitue une prestation commune du régime de base pour l'ensemble des assurés sociaux quelque soit la filière de soins choisie. Elle s'effectue sur la base de tarifs forfaitaires pour les véhicules appartenant à des structures publiques, l'assuré social ne payant que le ticket modérateur hospitalier. Pour le secteur privé, la prise en charge s'effectue sur la base des tarifs conventionnels, le transporteur privé sanitaire doit donc être impérativement conventionné avec la CNAM.

e. Les prestations de nature financière : Le régime de base d'assurance maladie donne la possibilité aux assurés sociaux⁵ de bénéficier de quelques prestations de natures financières. Ces prestations prennent la forme d'indemnité pour compenser l'incapacité de l'assuré social à travailler. Il existe 3 grandes indemnités dans le système tunisien d'assurance maladie.

¹ Art. 34 du décret n°2007-1367 précité. Ces droits concernent surtout les affiliés sociaux de la CNRPS.

² La liste est longue. Elle est disponible sur le site web de la CNAM : <http://www.cnam.nat.tn/>

³ La CNAM peut exiger un autre devis provenant d'un fournisseur différent.

⁴ Article 21 du décret n°2007-1367 précité.

⁵ Les ayants droit ne sont pas concernés par cette prestation du régime de base de l'assurance maladie.

Il y a d'abord les indemnités journalières pour cause de congé de maladie ordinaire. Leur base de calcul est le salaire que perçoit l'assuré social divisé par 30¹, le premier jour du congé n'étant pas indemnisé. Il y a ensuite les indemnités réservées à l'assurée sociale femme pour cause de congé maternité. L'assurée sociale percevra une indemnité de 2 mensualités. La base de calcul étant son salaire déclaré. Le troisième type d'indemnité est une indemnité pour cause de maladie longue ou chronique nécessitant un repos supérieur à 6 mois. La base de calcul de cette indemnité est 50% du salaire perçu ou du revenu déclaré.

Si le régime de base, offre un certain nombre de prestations assez généreuses, le reste à charge que doit supporter l'assuré social risque d'être élevé et nécessite le recours aux régimes complémentaires non obligatoires pour atténuer l'onérosité de ce reste à charge, en attendant l'intégration de ces régimes dans la solidarité nationale.

§-2 Les régimes complémentaires : une solidarité nationale différée ?

Les régimes complémentaires du système d'assurance maladie sont prévus par la loi n°2004-71². Si pour l'instant la CNAM semble être exclue de la gestion de ces régimes (B), la solidarité nationale y est cependant implicite et la loi n'exclut pas la possibilité pour la CNAM de gérer un ou plusieurs régimes complémentaires. Rien n'exclut par ailleurs l'extension de ces régimes à l'ensemble des assurés sociaux. Préalablement, la détermination du contenu de ces régimes s'avère nécessaire (A).

A- Le contenu des régimes complémentaires

Contrairement au régime de base, les régimes complémentaires sont pluriels car il n'y a pas un minimum obligatoire. Malgré leur caractère multiforme, deux tendances s'y dégagent pour la prise en charge des assurés. La première concerne *les prestations de soins qui ne rentrent pas dans le cadre du régime de base*, la seconde concerne *la partie des dépenses non prise en charge par ce régime*³. Nous commencerons par présenter le deuxième cas de figure.

¹ Pour les travailleurs indépendants, la base du calcul est le revenu mensuel déclaré, divisé par 30.

² Les articles 19 et 20.

³ Article 19 de la loi n°2004-71.

1) Le régime complémentaire dans le cadre du régime de base de l'assurance maladie

Les régimes complémentaires dans le cadre du régime de base de l'assurance maladie vise à diminuer voire à annuler ce que doit supporter l'assuré social dans le cadre des prestations consommées. Il s'agit d'un relais à la solidarité nationale qui dans le cadre du régime de base atteint sa limite supérieure. Deux cas de figures peuvent constituer un champ d'intervention pour les régimes complémentaires dans le cadre du régime de base obligatoire.

Le premier cas qui est le plus fréquent consiste à prendre en charge la totalité ou une partie plus ou moins substantielle du reste à charge de l'assuré social dans le cadre du régime de base¹. Cette prise en charge peut prendre la forme d'un remboursement ou la forme du tiers payant mais dans la deuxième forme, des études récentes ont démontré que le tiers payant en matière de couverture complémentaire² encourage la surconsommation médicale. Ce serait l'une des causes principales de l'augmentation des déficits sociaux dans la branche maladie. Pour limiter ce risque, certains pays interdisent une prise en charge totale du reste à charge, ou à défaut, instaure une franchise minimum pour toute consommation médicale non remboursable que ce soit par le régime de base ou le régime complémentaire. C'est le cas en particulier du droit français³.

Le deuxième cas de figure pouvant constituer un champ d'intervention pour les régimes complémentaires dans le cadre du régime de base, consiste à élargir la prise en charge lorsqu'un plafond de remboursement prévu par le régime de base est atteint⁴. Cependant et pour éviter le risque d'une surconsommation médicale, les régimes complémentaires institue également un plafonnement plus ou moins élevé⁵.

¹ Ticket modérateur, reste à charge du prix des médicaments, différence entre une prise en charge forfaitaire et prix réellement payé (pour certaines hospitalisations, certains traitements tels que la radiothérapie, les appareillages et prothèses...).

² Particulièrement s'il est combiné au tiers payant dans le cadre du régime de base. Cela donne une fausse impression pour l'assuré social d'une santé entièrement gratuite.

³ V. J.J. Dupeyrou, M. Borgetto et R. Lafore, op. cit. p. 482, v. également D. Tabuteau « Solidarité et santé », revue Droit social, 2007 p.136.

⁴ Ce cas de figure dans le système tunisien d'assurance maladie ne concerne que les deux filières privées.

⁵ Ce plafonnement est cependant nettement plus généreux que le régime de base (200d, v. infra chapitre2). Exemple 5000d prévu par la convention d'assurance maladie complémentaire entre la banque « UBCI » au profit de son personnel et la « Compagnie des Assurances Maghrébéa ».

Les organismes gérant les régimes complémentaires cumulent généralement ces deux types de prise en charge. Mais c'est surtout en dehors du régime de base que les régimes complémentaires s'épanouissent.

2) Les régimes complémentaires en dehors du régime de base de l'assurance maladie

Les prestations de soins qui n'entrent pas dans le régime de base de l'assurance maladie¹ constituent le terrain privilégié d'intervention des régimes complémentaires de l'assurance maladie. Nous présenterons quelques cas de figures possibles d'intervention des régimes complémentaires en dehors du régime de base.

Le premier cas concerne l'élargissement des prestations de prise en charge couvertes par le régime de base. Pour la maladie ordinaire, cet élargissement ne peut se faire puisque le régime de base ne définit pas et ne donne pas une liste des maladies ordinaires². Pour les APCI le système tunisien ne reconnaît qu'une liste de 24 affections³. Pour les autres affections les régimes complémentaires peuvent prendre le relais à la solidarité nationale et la même remarque concerne la liste des hospitalisations, de chirurgie, les appareillages et les prothèses.

Le deuxième cas de figure concerne un élargissement des bénéficiaires de la couverture médicale par l'allongement de l'âge des ayants droit descendants à charge, ou par l'inclusion par exemple du conjoint quelque soit sa situation professionnelle⁴. Dans ce cas le régime complémentaire prend le relais de la solidarité nationale pour faire bénéficier ces personnes des prestations du régime de base.

Le troisième cas de figure concerne la possibilité pour les régimes complémentaires de prendre en charge des dépenses dans des domaines médicaux qui ne sont pas abordés

¹ Article 19 de la loi n°2004-71.

² Il est très difficile de trouver un acte ou une prestation médicale courante qui ne soit pas prévu par la nomenclature officielle des ministères de la santé et des affaires sociales.

³ V. supra paragraphe précédent.

⁴ Le régime complémentaire peut prendre aussi en charge des dépenses d'APCI dont la durée minimum d'affection est insuffisante pour le régime de base. (1 année par exemple pour les névroses et les psychoses).

par le régime de base tels la médecine préventive¹ et palliative², la médecine esthétique et de confort³ et à certains soins qui font toujours débat au sein de la communauté médicale⁴ et qui ne sont pas reconnus par le régime de base de l'assurance maladie tunisienne.

Enfin la spécificité tunisienne fait que les régimes complémentaires peuvent remplacer sans l'annuler le régime de base⁵ en offrant des prestations identiques à des conditions beaucoup plus avantageuses⁶. La loi du 2 août 2004 est silencieuse⁷. Le risque est le double emploi et le cumul des avantages entre le régime de base et le régime complémentaire. Malheureusement, ni la loi de 2004, ni ses textes d'applications n'ont prévu dans le cadre de la gestion du régime complémentaire une procédure de coordination ou de sanction en cas de double emploi ou de cumul des avantages avec le régime de base.

B- La gestion du régime complémentaire : une confirmation de la logique d'assurance

C'est la logique d'assurance et non la logique de solidarité qui prédomine la gestion des régimes complémentaires. L'article 20 de la loi n°2004-71 confie explicitement la gestion des régimes complémentaires *aux sociétés d'assurances et aux sociétés mutualistes créées conformément à la législation en vigueur*. Toutefois ce même article 20 n'exclut pas la possibilité pour la CNAM *en cas de besoin et à titre exceptionnel d'assurer la gestion d'un régime complémentaire, sur la base d'un arrêté conjoint des ministres chargés de la*

¹ Prise en charge par exemple des dépenses liées aux régimes alimentaire pour lutter contre l'obésité, prise en charge des dépenses de servage pour lutter contre le tabagisme, l'alcoolisme ou la toxicomanie, prise en charge des moyens de contraceptions et de lutte contre les MST. C'est différents cas de figure ne sont pas prévus par le droit tunisien d'assurance maladie.

² En dehors des soins prodigués dans le cadre des APCI et des hospitalisations pris en charge par le régime de base.

³ Rappelons que certaines cures peuvent être prises en charge par le régime de base.

⁴ Traitement homéopathique, acupuncture et toute la para médecine de manière générale qui n'est pas prévu par le droit tunisien d'assurance maladie.

⁵ En étant par exemple affilié à la filière publique de la CNAM, les consultations dans le secteur privé ne sont pas prises en charge. En souscrivant une complémentaire santé, l'assuré social peut renoncer à recourir au système de la CNAM et utiliser uniquement les prises en charge de sa complémentarité pour l'ensemble de ses dépenses de santé dans le secteur privé, puisque ces derniers ne sont pas reconnus par le régime de base de la filière publique de l'assurance maladie. Cette situation est aussi avantageuse pour l'assuré social, car les plafonds de prise en charge des régimes complémentaire sont nettement plus élevés que les plafonds de la CNAM. V. infra, chapitre 2.

⁶ Rappelons le caractère obligatoire et unique du régime de base de l'assurance maladie.

⁷ Notons que parmi les principes et objectifs de la réforme établis par le CMR de 1996 figure l'objectif de mettre fin entre les doubles emplois et le cumul des bénéfices.

sécurité sociale et des finances. La question est de savoir si cet ajournement est provisoire ou définitif.

1) La prédominance des mutuelles et des sociétés d'assurance : absence d'articulation avec la CNAM

En Tunisie ce sont les compagnies d'assurances¹ et les sociétés mutualistes² qui gèrent les régimes complémentaires d'assurance maladie. L'affiliation se fait sous forme d'assurance groupes au profit de catégories d'employés du secteur public³ ou privé⁴. L'affiliation individuelle est pour l'instant peu développée en Tunisie⁵. Les contrats sont régis par la législation de droit commun relative aux assurances⁶.

La prédominance des mutuelles et des assurances groupes pose la question du caractère réellement facultatif des régimes complémentaires. Juridiquement si rien n'oblige un travailleur à adhérer à un régime de mutuelle santé ou d'assurance groupe, les automatismes d'affiliation du travailleur en question aux régimes complémentaires, au moment de son recrutement, tempèrent ce caractère facultatif car il est rare que le salarié fasse spontanément ce choix, d'où la faiblesse des affiliations individuelles réellement voulues. De plus, en Tunisie rien n'est fait pour encourager les assurés sociaux à souscrire à ces régimes complémentaires et il n'y existe pas de mécanismes d'encouragement des employeurs à souscrire au profit de leurs employés des assurances groupes. Dans les législations européennes, il existe des mécanismes d'encouragement fiscaux⁷ pour les

¹ Obéissant au régime juridique de droit commun des sociétés commerciales régies par le code du commerce et le code des sociétés commerciales.

² Obéissant au régime des associations, une mutuelle est un organisme à but non lucratif. Cependant la législation en matière d'assurance est commune que ce soit pour les compagnies d'assurance ou pour les mutuelles. V. code tunisien des assurances promulgué par la loi 92-24 du 09/03/1992. JORT n°17 du 17/03/1992, p. 314.

³ Les magistrats, les forces de sécurité intérieure....

⁴ Agents du secteur bancaire.

⁵ L'écrasante majorité des assurances santés complémentaires sont souscrites en Tunisie sous forme d'assurance groupe.

⁶ On est en pleine logique de droit privé. C'est théoriquement le domaine de l'autonomie de la volonté, même si cette dernière est atténuée par le caractère « d'adhésion » des contrats d'assurance. Sur la notion de contrat d'adhésion v. à titre d'exemple : Ph. Malaurie et L. Aynès « Droit civil, les obligations ». Paris, Cujas 1993, p. 184.

⁷ Sous forme d'abattement d'assiette ou de réduction. En droit tunisien seul la souscription à l'assurance vie bénéficie d'un encouragement fiscal.

employeurs mais aussi pour les employés pour les encourager à créer ou à souscrire à des mécanismes d'assurance santé complémentaires.

Cependant le problème de gestion des régimes complémentaires concerne leur défaut d'articulation avec la CNAM et par conséquent avec le régime de base. Si des représentants de la Fédération tunisienne des sociétés d'assurance¹ et de l'Union nationale des mutuelles siègent au sein du Conseil national d'assurance maladie², la limite de cet organe consultatif³ rend insuffisant toute articulation ou coordination entre régime de base et régime complémentaire. De même, le décret 2007-1367 relatif aux modalités de prise en charge⁴, prévoit un dispositif de coordination entre la CNAM et les organismes gérant des régimes complémentaires. Ce dispositif n'est toujours pas appliqué fin 2012. En France la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie⁵ oblige l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)⁶ et l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) à coordonner leurs missions dans une logique d'unification de la couverture maladie dans son ensemble⁷. En droit français les assurances complémentaires font désormais partie des mécanismes de prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale. En droit tunisien cette intégration ne peut se faire qu'en impliquant réellement la CNAM dans la gestion ou à défaut dans le pilotage de la gestion régimes complémentaires.

¹La Fédération Tunisienne des Sociétés d'Assurances (FTUSA) est une association professionnelle regroupant 21 entreprises d'assurances et de réassurances de droit tunisien agréées à pratiquer les opérations d'assurances.

² Prévu par l'article 21 de la loi 2004-71. V. supra, 1^{ère} partie, chapitre1, section1.

³ Ce conseil peut, selon l'article premier du décret n°2005-2192 relatif au conseil national d'assurance maladie (JORT n°65 du 16/08/2005, p.2115) proposer *des modifications et des modalités susceptibles de garantir le bon fonctionnement du régime de base et des régimes complémentaires.*

⁴ Art.25, « *La caisse peut conclure une ou plusieurs conventions avec des compagnies d'assurance ou des mutuelles gérant des régimes complémentaires d'assurance maladie visant à coordonner la prise en charge des frais de prestations de soins* ». Décret n° 2007-1367 du 11 juin 2007, portant détermination des modalités de prise en charge, procédures et taux des prestations de soins au titre du régime de base d'assurance maladie, précité.

⁵ Journal officiel français du 17/08/2004, p. 14598.

⁶ Créée par l'art. 55 de la loi précitée, ce qui est révélateur de la place primordiale qu'occupent les régimes complémentaire dans le système français d'assurance maladie.

⁷ Négociations communes avec les prestataires de soins, fixation commune des objectifs de financement, loi précitée, section 2 de l'article 55.

2) La non implication de la CNAM dans les régimes complémentaires : ajournement provisoire ou exclusion délibérée ?

Si la loi du 2 août 2004 inclut pour la première fois en Tunisie les régimes complémentaires dans une optique globale de couverture médicale¹, le législateur n'est pas allé jusqu'au bout de sa propre logique, en prévoyant des mesures concrètes en ce sens.

Il n'y a pas pour l'instant d'organe décisionnel incluant les organismes gestionnaires des régimes complémentaires. La loi du 2 août 2004 ne donne pas à la CNAM un droit de regard sur le fonctionnement et la gestion des régimes complémentaires. La seule ouverture prévue par la loi est la possibilité pour la CNAM *en cas de besoin et à titre exceptionnel, d'assurer la gestion d'un régime complémentaire, sur la base d'un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et des finances*². L'article 25 du décret n°2007-1367 relatif aux modalités et taux de prise en charge dispose par ailleurs que « *La caisse peut conclure une ou plusieurs conventions avec des compagnies d'assurance ou des mutuelles gérant des régimes complémentaires d'assurance maladie visant à coordonner la prise en charge des frais de prestations de soins* ». Cette recommandation demeure pour l'instant lettre morte.

Si les régimes complémentaires font partie du système d'assurance maladie, ils ne constituent qu'une option provisoire et circonstancielle pour la CNAM. Il est d'ailleurs utile de signaler que lors des différentes phases de négociations pour élaborer la loi de 2004 et ses différents textes d'application, les organismes gestionnaires des régimes complémentaires étaient réticents à l'idée d'inclure leurs champs d'intervention dans un quelconque régime générale d'assurance maladie et de collaborer par conséquent avec la CNAM³. L'exclusion de cette dernière est elle ainsi définitive ?

Nous pensons pour notre part qu'il s'agit d'un simple ajournement et ce pour différentes raisons. D'abord, le maintien de la situation actuelle contredit l'un des objectifs principaux de la réforme de 2004 qui est l'égalité d'accès aux soins puisqu'il existe

¹ Article 2.

² Alinéa 2 de l'art. 20 de la loi n°2004-71.

³ De même, les mutuelles et les compagnies d'assurance ont recommandé à leur affiliés en 2008 de ne pas collaborer avec la CNAM en n'exerçant pas leurs facultés de choix des filières sanitaires.

actuellement une discrimination de fait entre les affiliés aux régimes complémentaires et les non affiliés¹. Les premiers affiliés apparaissent comme des privilégiés des services de santé, les seconds comme moins privilégiés. La généralisation des régimes complémentaires à l'ensemble des assurés sociaux doit constituer une étape ultérieure dans la réforme de la prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale.

Ensuite, le maintien de la situation actuelle peut constituer une menace sérieuse pour l'équilibre financier général du régime de base. Les organismes gérant les régimes complémentaires ont tendance à privilégier les « bons » risques² et à écarter les « mauvais » risques³, et ce au dépend de la CNAM. Le résultat en est un partage et une commercialisation du risque peu onéreux et une socialisation du risque onéreux à la charge de la solidarité nationale. Un système équilibré devrait faire partager l'effort du risque entre l'ensemble des acteurs de l'assurance maladie.

Enfin il nous semble que les régimes complémentaires sont en déphasage avec les différentes filières de soins apparaissant comme étant proposées uniquement aux assurés sociaux non titulaires de couverture complémentaire. Pour ceux qui en ont, ils semblent ne pas être concernés par les questions liées au parcours sanitaire.

¹ Particulièrement en matière d'accès au secteur privé sanitaire mais aussi en matière d'accès aux médicaments.

² Couverture de la maladie ordinaire souvent plafonnée.

³ Hospitalisations, interventions chirurgicales.

Chapitre deux

Les filières de soins : Une solidarité nationale à double vitesse

Les filières sanitaires sont constituées de différentes procédures et étapes que doit respecter tout assuré social ou ses ayants droit pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge demandée¹. La spécificité du droit tunisien est qu'il propose trois filières de soins différentes déterminées par le décret 2007-1367 du 11 juin 2007 relative à la détermination des modalités de prise en charge, procédures et taux des prestations de soins au titre du régime de base d'assurance maladie². La première d'entre elle est « la filière publique », la seconde est « la filière privée » et la troisième est « le système de remboursement », les deux dernières constituent deux utilisations de filières privées.

L'affiliation à l'une de ces filières est au libre choix de l'assuré social. S'il n'exerce pas cette liberté de choix, il est assigné d'office à la filière publique. Les prestations de ces différentes filières ne sont pas uniformes, elles posent la question de la solidarité nationale à double vitesse. La première est destinée pour les catégories les plus faibles financièrement. La solidarité nationale y est généreuse, mais les conditions de prestations le sont moins. La deuxième semble être destinée aux classes moyennes et aux assurés sociaux les plus aisés ayant les moyens d'avancer les sommes dues aux prestataires de soins. Cependant quelque soit le choix de l'assuré social, la cotisation est uniforme pour l'ensemble de ces trois filières.

On peut donc dire qu'il s'agit de deux filières privées (**Section 2**) et une filière publique (**Section 1**) qui sont proposées à tout assuré social.

¹ La filière oblige également les prestataires de soins. La CNAM a élaboré à cet égard un guide des procédures de prise en charge des assurés sociaux. V. annexe VIII.

² JORT n°47 du 12/06/2007, p.1983, modifié par le décret n°2008-756 du 24/03/2008. JORT n°25 du 25/03/2008, p.1029.

Section 1: La filière publique : Une solidarité généreuse, des conditions de prestations limitées

La filière publique (§-1) comporte un certain nombre d'avantages qui la font apparaître supérieure aux deux filières privées. La seule condition est de se soigner à l'hôpital public dans les conditions d'accueil et d'hôtellerie médiocre¹ ; et ce, quelque soit la prestation demandée. Cependant l'affilié peut toujours obtenir une prise en charge des soins dans le secteur privé sanitaire pour certaines hospitalisations ou pour l'accouchement, mais il devra alors supporter une quote part plus ou moins importante.

Sur un autre plan, certaines prestations fournies par la filière publique peuvent s'étendre aux deux filières privées, de même il existe un certain nombre de prestations communes à l'ensemble de ces trois filières, démontrant ainsi le non cloisonnement des trois filières de soins de l'assurance maladie tunisienne (§-2).

§-1 La filière publique d'assurance maladie : la pratique de droit commun de la solidarité nationale

*« La filière publique de soins garantie la prise en charge des frais des prestations de soins dispensées dans les structures sanitaires publiques relevant du ministère de la santé publique, les polycliniques de la sécurité sociale ainsi que dans les autres structures sanitaires publiques conventionnées avec la caisse »*². Cela veut dire que les meilleurs moyens sanitaires disponibles dans le pays sont au service principalement³ de la filière publique de l'assurance maladie tunisienne. Les caractères généraux de cette filière (A), ses avantages et ses inconvénients (B) font qu'elle constitue la prestation de droit commun du système tunisien d'assurance maladie.

A- Caractères généraux de la filière publique

La souplesse des procédures est le maître-mot dans la filière publique de l'assurance maladie tunisienne. L'absence d'un formalisme contraignant fait que cette

¹ V. supra, première partie, titre 2, chapitre 1, section 2.

² Article 7 du décret 2007-1367 précité,

³ Les assurés sociaux constituant les principaux usagers des structures publiques de soins.

filière concrétise le modèle de la solidarité nationale à la tunisienne en matière de prise en charge des dépenses de santé.

1) L'absence de formalisme

La filière publique d'assurance maladie se caractérise par une souplesse procédurale. La raison est sans doute liée aux catégories d'assurés sociaux qui choisissent ou subissent cette filière¹. Cette absence de formalisme apparaît à travers deux points.

Au niveau du choix de la filière, celui-ci est implicite contrairement aux deux autres filières. Il suffit de ne pas exercer la faculté du choix pour se trouver d'office dans la filière publique². Cependant cette absence de formalisme, peut aussi poser la question de savoir si certains assurés sociaux ne « subissent » pas cette filière pour des raisons indépendantes de leur volonté³.

Ce formalisme simplifié se manifeste par ailleurs au moment des prestations. Les assurés sociaux concernés par la filière publique doivent présenter uniquement leur identifiant unique au moment de la prestation. Cela peut se faire soit en présentant le support qui prouve la qualité d'assuré social ou d'ayant-droit⁴; soit en présentant uniquement le numéro de cet identifiant et une pièce d'identité⁵. Contrairement aux autres filières, il n'y a pas de bulletin de soins à remplir, de délais à respecter et surtout très peu de contact avec les services de la CNAM.

Cependant le formalisme redevient contraignant pour pouvoir bénéficier de la prise en charge dans le cadre de l'APCI ainsi que chaque fois qu'il s'agit de demander une prestation nécessitant l'accord préalable de la CNAM, ou une prestation de nature

¹ C'est d'abord la filière choisie par le nombre le plus grand des assurés sociaux (1920000 sur un total de 2700000 assurés social soit environs les 2/3). C'est aussi la filière qui contient les catégories d'assurés sociaux les moins aisées. V. annexe II.

² Art. 5 du décret n°2007-1367 précité.

³ Ce fut particulièrement le cas au moment de l'entrée en vigueur totale de la réforme de 2004 le 1^{er} juillet 2008, faute de compréhension suffisante des enjeux du choix, ou du fait de nombreux dysfonctionnement techniques qui n'ont pas pris en compte le choix des autres filières. Pour quelques assurés sociaux l'impossibilité de respecter les délais pour exercer leur choix (présence à l'étranger ou autre...) fut à l'origine de leur affiliation dans la filière publique.

⁴ Présentation de la carte de soins ou d'une photocopie de cette carte.

⁵ Uniquement pour l'assuré social, cela n'est pas possible pour l'ayant droit.

financière¹. La filière publique concrétise malgré tout la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses sanitaires par le système d'assurance maladie.

2) Une concrétisation par excellence de la solidarité nationale

La filière publique de soins en matière d'assurance maladie représente d'une part la limite supérieure des prestations que peut offrir la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé. Cela signifie que malgré des faiblesses évidentes, la filière publique constitue le niveau de prestation le plus élevé de l'assurance maladie. Toutes les structures hospitalières publiques, les polycliniques de la CNSS et toute autre structure publique pouvant être conventionnés avec la CNAM sont au service de l'assuré social de la filière publique.

D'autre part, la filière publique prend en charge toutes prestations sanitaires offertes par le système de santé² qu'il s'agisse de consultations en ambulatoire, d'hospitalisations, d'hospitalisations de jour, des explorations, d'analyses biologiques, d'imagerie médicale et des médicaments prescrits³. La caisse procède au paiement direct des prestataires publics de soins⁴. L'assuré social ou son ayant droit *procède au paiement du montant du ticket modérateur, au titre de la prestation de soins dispensée dans les structures sanitaires publiques. Ce ticket modérateur est égal aux montants des tarifs réduits de soins tels que fixés par les textes législatifs et réglementaires en vigueur*⁵.

L'articulation entre le système d'assurance maladie et le système national de santé publique est devenue une nécessité pour la filière publique. C'est pour cette raison que la mise à niveau de l'hôpital public a toujours été une exigence forte dans le cadre de la réforme du système tunisien d'assurance maladie⁶. Une appréciation objective de cette

¹ Demande d'indemnité pour un congé maladie, ou pour un congé maternité, demande de plafonnement des dépenses liées au ticket modérateur.

² Les articles 7 et 8 du décret n°2007-1367 donnent avec détail l'ensemble de ces prestations.

³ A condition de les acquérir dans la pharmacie de la structure publique ou a été rendu la prestation, ce qui constitue comme on le verra une grande limite de la filière publique.

⁴ Article 9 du décret de 2007 précité.

⁵ Ibid.

⁶ Exigence défendue au moment des négociations par la partie syndicale représentant les travailleurs.

filière ne peut se faire sans une appréciation objective du système tunisien de santé publique.

B- Appréciation de la filière publique d'assurance maladie

La filière publique concrétise généreusement la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé mais elle n'est pas exempte d'inconvénients plus liés aux maux de l'hôpital public qu'aux limites du système d'assurance maladie.

1) Les avantages de la filière publique

Deux principaux avantages caractérisent la filière publique de soins dans le cadre du système tunisien d'assurance maladie.

Le premier qui explique la popularité de cette filière est l'absence d'un plafonnement de prise en charge. Cet avantage concerne tous les types de prestations, n'existe pas dans les deux autres filières, la prise en charge de la maladie ordinaire étant plafonnée. Si cet avantage concrétise encore une fois la générosité de la filière publique, il expliquerait en partie le recours massif et dans certains cas abusif à l'hôpital public par les assurés sociaux. Un plafonnement de la prise en charge des maladies ordinaires, qui peut être supérieur à celui qui existe dans les filières publiques, ne remettrait pas en cause la générosité de la filière publique¹ mais pourrait limiter selon nous cet abus de recours à l'hôpital public, et constituer par conséquent l'une des pistes possibles pour la maîtrise des dépenses du système d'assurance maladie.

Le deuxième avantage de la filière publique du système d'assurance maladie est lié au plafonnement du reste à charge qui n'existe pas dans les deux autres filières. Ce plafonnement concerne le ticket modérateur que doit supporter l'assuré social ou son ayant droit. Il signifie qu'à partir d'un certain seuil, le paiement du ticket modérateur ne sera

¹ En cas d'épuisement du plafond d'autres mécanismes de solidarité à inventer peuvent prendre le relais. Cela pourrait être une couverture complémentaire obligatoire ou l'entrée dans un régime d'assistance médicale de l'Etat.

plus exigé par l'hôpital public¹. Ce plafond est calculé de manière uniforme par l'article 9 du décret de 2007²

Pour pouvoir bénéficier de cet avantage, l'assuré social doit adresser une demande écrite à la CNAM. Dans ce cadre il n'est pas sur que la majorité des assurés sociaux ayant opté pour cette filière ont une connaissance suffisante de cette procédure, la CNAM n'ayant jamais fait une communication suffisante sur ce sujet³. Dans tous les cas et en matière d'APCI, l'assuré social ne paye pas de ticket modérateur⁴.

2) Les limites de la filière publique

Les limites de la filière publique concernent davantage les conditions des prestations sanitaires dans les hôpitaux publics, qu'il s'agisse des consultations ou d'attribution de médicaments, que de prestations spécifiquement liés aux services rendus par la CNAM.

En ce qui concerne l'hôpital public⁵ les conditions médiocres d'accueil et d'hôtellerie qui le caractérise sont connues et cela n'a pas beaucoup changé avec la réforme de 2004. Dans ce contexte et contrairement aux deux autres filières, les assurés sociaux doivent subir ces contraintes dans le cadre de la filière publique, particulièrement pour les maladies ordinaires où il n'existe pas d'autres options possibles. On peut, peut être, considérer qu'il s'agit là de la contrepartie nécessaire d'une prise en charge généreuse. Toutefois pour les hospitalisations⁶, il est possible pour les assurés sociaux de la filière publique de recourir aux cliniques privées en perdant toutefois les avantages de la filière, à savoir la modicité du ticket modérateur, l'absence d'un reste à charge à subir,

¹ C'est la CNAM qui prend en charge ce ticket modérateur. (Art. 10 du décret n° 2007-1367 précité).

² - Pour l'assuré ayant la qualité de salarié : une mensualité et demi de la moyenne de ses salaires déclarés au cours de l'année civile précédente.

- Pour l'assuré affilié au régime des travailleurs non salariés: une fois et demi le revenu mensuel correspondant à la catégorie de revenu déclarée.

- Pour le titulaire d'une pension : une fois et demi le montant mensuel de la pension accordée.

³ Les campagnes médiatiques menées en 2007 et 2008 pour expliquer le nouveau régime n'ont jamais mentionné la question du plafonnement du ticket modérateur dans le cadre de la filière publique.

⁴ Il s'agit d'un point commun entre l'ensemble des filières.

⁵ V. les questions relatives à la qualité de l'hôpital public dans le cadre de la réforme du système d'assurance maladie, 1^{ère} partie, titre 2, section 1, chapitre 2.

⁶ Mais aussi pour les accouchements.

l'absence d'un formalisme contraignant et surtout la nécessité de ce conformer à une liste préétablie d'hospitalisations¹.

En ce qui concerne les médicaments, l'obligation d'acquérir ces derniers dans les pharmacies des hôpitaux constitue une contrainte lourde pour les assurés sociaux de la filière publique. La disponibilité des médicaments n'est en effet jamais totale, particulièrement pour les plus chers² d'entre eux. Cela engendre un effet pervers, puisque les assurés sociaux de la filière publique, supposés être les plus modestes, seront obligés d'acquérir leurs médicaments dans des officines privées et de subir par conséquent un prix plus élevé par rapport aux assurés sociaux des deux autres filières. La solution serait peut être de permettre aux assurés sociaux de la filière publique d'acquérir leurs médicaments dans des pharmacies privées dans les mêmes conditions que les assurés sociaux des deux autres filières, en cas de rupture du médicament dans les pharmacies des hôpitaux publics³. Cela constituera une charge financière supplémentaire, mais il s'agira –à défaut de résoudre le problème de la disponibilité des médicaments dans les hôpitaux publics- d'un moindre mal.

§-2 L'interaction de certaines prestations de la filière publique avec les filières privées

Le caractère généreux de la solidarité nationale dans le cadre de la filière publique se manifeste par l'extension de certaines prestations aux deux autres filières. Il s'agit essentiellement d'une extension en matière d'hospitalisation **(A)**. Il existe par ailleurs des prestations communes que partagent la filière publique avec les filières privées **(B)**.

A- L'extension de la filière publique en matière d'hospitalisations

L'extension de l'hospitalisation dans les structures publiques au profit de l'ensemble des assurés sociaux dans des conditions de prise en charge identiques aux

¹ Art. 30 du décret n°2007-1367 précité.

² Ajoutons une contrainte supplémentaire, à savoir l'obligation pour les hôpitaux publics de se conformer à une nomenclature et à une liste officielle des médicaments destinés à ces hôpitaux et qui est beaucoup plus restrictive que la nomenclature des médicaments destinées aux officines privées.

³ Un plafonnement de prise en charge réservé uniquement à l'acquisition des médicaments dans les officines privées pourrait dans ce cadre être instauré.

conditions de la filière publique¹ s'explique par diverses raisons. Cependant, cette extension n'est pas absolue.

1) Les raisons de l'extension

Deux principales raisons expliqueraient cette extension au profit des assurés sociaux des deux filières. La première raison est historique, la seconde est propre aux insuffisances des deux autres filières.

Historiquement l'hôpital public a toujours été le lieu privilégié des prestations des différents régimes légaux d'assurance maladie. Avant la réforme de 2004, les assurés sociaux n'avaient pas le choix² : il devait impérativement recourir à l'hôpital public³. Si l'un des points marquants de la réforme de 2004 a été l'ouverture du système tunisien d'assurance maladie au secteur privé médical, cette ouverture ne pouvait constituer pour l'ensemble des assurés sociaux une rupture brutale. Le maintien d'un hôpital public ouvert à l'ensemble des assurés sociaux demeure une évidence. Les limites des deux autres filières l'imposent.

C'est justement ces limites qui constituent la deuxième raison de cette extension. Les deux autres filières comportent une possibilité de prise en charge pour les hospitalisations dans les cliniques privées conventionnées avec la CNAM. Cependant cette prise en charge doit respecter deux conditions : l'obtention d'un accord préalable de la CNAM et le fait que l'hospitalisation doit s'insérer dans le cadre d'une liste d'interventions préalable⁴. Or les connaissances et le développement de la technique médicale ne peut se cantonner dans une liste préétablie. L'hôpital public prendra alors forcément le relais pour toute intervention non prévue par cette liste et la CNAM prendra en charge cette intervention pour l'ensemble des assurés sociaux quelque soit leur filière.

¹ Art. 15 et 19 du décret n°2007-1367 précité.

² Sauf pour les affiliés de la CNRPS qui pouvait, en option, augmenter leurs cotisations et bénéficier d'un système de remboursement des frais des prestations médicales rendu par le secteur privé. Cependant ces remboursements étaient dérisoirement plafonnés.

³ Les affiliés de la CNSS pouvaient s'adresser aux polycliniques de la caisse. Ces dernières fonctionnaient cependant dans les mêmes conditions que l'hôpital public.

⁴ Liste fixée par l'arrêté conjoint du ministre des affaires sociales et du ministre de la santé publique du 29/06/2008 précité.

Même pour ce qui concerne les interventions figurant dans la liste, le décret 2007-1367 laisse le choix aux assurés sociaux des deux filières privées de recourir à l'hôpital public¹. De même, pour les maladies dangereuses, longues ou chroniques ne figurant pas dans la liste des APCI et nécessitant une hospitalisation, le recours à l'hôpital public pour l'ensemble des assurés sociaux serait nettement plus économique mais ce recours n'est pas sans un certain nombre de limites.

2) Les limites de l'extension

L'extension des conditions de la filière publique de prise en charge par la CNAM des hospitalisations dans les structures publique au profit de l'ensemble des assurés sociaux n'est pas absolue. Deux limites existent à ce niveau.

D'une part, cette extension ne peut concerner les consultations en ambulatoire, y compris lorsque l'assuré social des deux autres filières a épuisé son plafond de prise en charge. La seule exception consiste à consulter un spécialiste exerçant au sein de l'hôpital une activité privée complémentaire². Toutefois la question se pose pour les examens préparatoires à l'hospitalisation, le décret 2007-1367 n'étant pas explicite en la matière³. Permettre à l'ensemble des assurés sociaux ayant épuisé leur plafond de prise en charge de recourir aux consultations en ambulatoire dans les mêmes conditions que les assurés sociaux de la filière publique serait judicieux, aux moins pour les consultations de spécialité.

D'autre part concernant le ticket modérateur, supporté par l'ensemble des assurés sociaux lorsqu'ils recourent à l'hôpital public, le montant n'est pas plafonné pour les assurés sociaux des deux filières privées contrairement aux assurés sociaux de la filière publique. Il s'agit donc d'une extension mesurée d'un avantage. La raison en est logique : le plafonnement du reste à charge constitue le principal avantage de la filière publique de

¹ Art. 15 et 19 du décret 2007-1367.

² Sur les APC v. A. Mbarek « L'activité privée complémentaire des médecins. Problème juridique ». Article précité.

³ Dans la pratique, les hospitalisations dans les structures publiques faites par des assurés sociaux des deux filières privées se font souvent lorsque le médecin traitant spécialiste exerce une activité privée complémentaire (APC) au sein de l'hôpital en question. Par conséquent s'il y'a consultation en ambulatoire préparant une hospitalisation, elle se fait souvent dans le cadre de cette APC.

soins. Les pouvoirs publics semblent vouloir réserver cet avantage uniquement au profit des assurés sociaux de cette filière. La raison est sans doute une volonté de maîtriser les coûts en limitant au maximum le nombre des assurés sociaux bénéficiant d'un plafonnement du ticket modérateur.

La filière publique partage par ailleurs un ensemble de prestations communes avec les autres filières privées.

B- Des prestations communes avec les autres filières

L'extension de certaines prises en charge propres à la filière publique de l'assurance maladie concerne deux points essentiels : la médecine d'urgence et les droits acquis antérieurs à la réforme de 2004¹.

1) La médecine d'urgence

La médecine d'urgence comporte deux volets complémentaires. Le transport sanitaire d'urgence et le recours aux services spécialisés de la médecine d'urgence. Si cette médecine existe dans le secteur privé², le recours au secteur public représente la part la plus substantielle de la médecine d'urgence. Après la réforme de 2004, le secteur public de la médecine d'urgences s'est destiné naturellement et principalement aux assurés sociaux de la filière publique³, mais rien n'empêche juridiquement d'étendre la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de la médecine d'urgence publique aux assurés sociaux des autres filières. Toutefois la base juridique est un peu confuse. Il existe par ailleurs une différence entre le transport sanitaire et le recours aux services spécialisés d'urgence.

¹Pour ce dernier avantage, son rattachement à la filière publique s'explique par le fait qu'avant la réforme de 2004, ce qu'on appelle aujourd'hui par « filière publique », existait déjà, mais elle était de fait une filière unique.

² Toutes les grandes cliniques privées en Tunisie possèdent des services spécialisés d'urgence, le plus souvent dotés d'un véhicule de transport sanitaire. Il existe par ailleurs un certain nombre de sociétés privées de transport sanitaire qui peuvent être conventionnées sur la base de la convention sectorielle des médecins de libre pratique.

³ Les services spécialisés de médecine d'urgence des hôpitaux publics constituent les seuls services d'urgences ou les assurés sociaux de la filière publique peuvent bénéficier d'une prise en charge de la CNAM.

En ce qui concerne le transport sanitaire d'urgence, l'article 22 du décret 2007-1367 maintient une prise en charge générale pour l'ensemble des assurés sociaux quelque soit leur filière de rattachement. Il dispose que *La caisse prend en charge les frais des prestations du transport sanitaire terrestre prodiguées au titre du régime de base d'assurance maladie au profit du bénéficiaire, nécessités par son état de santé, sur la base du moyen de transport approprié et selon les tarifs du transport sanitaire public.* Cet article ne fait pas une allusion directe aux transporteurs publics sanitaires et seuls les tarifs du transport sanitaire public sont mentionnés en tant que critère de prise en charge. Dans les faits, il s'agit bien d'une prise en charge quasi exclusive du transport sanitaire publique pour l'ensemble des assurés sociaux. Le transport d'urgence en cas d'accident de circulation par exemple se fait exclusivement en Tunisie par des transporteurs publics¹.

En ce qui concerne la prise en charge dans les services spécialisés de médecine d'urgence des hôpitaux publics par l'assurance maladie, le décret 2007-1367 précité est étrangement silencieux. Toutefois il semble qu'il existe un certains nombre de fondements juridiques qui permettent cette prise en charge. Le premier d'entre eux est le code de déontologie médicale² qui interdit dans son article 5 un refus de soins, particulièrement face à un patient, qui a un besoin urgent de soins, qui est inconscient et qui est incapable d'exprimer un consentement libre et raisonné. Il s'agit des situations les plus courantes dans les services spécialisés d'urgence. Les responsables d'accueil ou les praticiens de ces services ne peuvent refuser d'accueillir un assuré social au motif qu'il n'appartient pas à la bonne filière. Le deuxième fondement est constitué par le règlement général intérieur des hôpitaux obligeant l'accueil de tout patient indépendamment de sa situation vis-à-vis de l'assurance maladie³. Le troisième fondement concerne le décret 2007-1367. Rappelons d'abord qu'en matière d'hospitalisations dans les structures publiques la prise en charge est commune pour l'ensemble des assurés sociaux, le recours aux services spécialisés

¹ Ambulances de la protection civile, ambulances des Services d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) et des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

² Promulgué par le décret n°93-1155 du 17/05/1993. JORT n°40 du 28/05/1993, p. 764.

³ Particulièrement les articles 3 et 4 de ce règlement qui obligent les hôpitaux à accueillir sans discrimination aucune l'ensemble des malades dans les services d'urgence. V. décret n°81-1634 du 30/11/1981. JORT n°77 du 04/12/1981, p. 2831.

d'urgence peut être considéré comme une forme d'hospitalisation¹. Nous estimons qu'il s'agit là du fondement juridique principal de la prise en charge au profit de l'ensemble des assurés sociaux.

2) L'hospitalisation dans le secteur privé

Dans le cadre du régime de base, les hospitalisations constituent une prestation commune pour l'ensemble des assurés sociaux quelque soit leurs filières, dans le secteur public ou dans le secteur privé. Toutefois la générosité de la solidarité nationale est plus limitée lorsqu'il s'agit du secteur privé.

D'une part l'hospitalisation doit s'effectuer dans le cadre d'une liste limitative et préalablement déterminée. Dans le secteur public, il n'y a pas de liste d'hospitalisations prédéterminées. D'autre part, le taux réel de prise en charge est moins intéressant, dans l'hôpital public, l'assuré social paye un ticket modérateur et un forfait journalier quelque soit le coût réel de l'hospitalisation. Dans le secteur privé, l'assuré social paye un reste à charge qui constitue la différence entre la prise en charge par la CNAM sur la base d'un tarif forfaitaire conventionné et le coût réel de l'hospitalisation. Ce reste à charge, qui ne prend pas en compte un éventuel dépassement du tarif conventionnel, peut parfois être très élevé.

Finalement, les assurés sociaux de la filière publique, lorsqu'ils recourent à des prestataires de soins privés dans les limites permises par les textes réglementaires perdent une grande part de la générosité du système d'assurance maladie en terme de prise en charge financière. Par contre, les assurés sociaux des deux filières privées, lorsqu'ils bénéficient des prestations du secteur public gagnent, d'un point de vue financier, en matière de prise en charge. Ce sont justement, des limites financières des deux filières privées, qui justifieraient en grande partie cette solidarité nationale à double vitesse en matière de prise en charge des dépenses de santé.

¹ Le décret n°2007-1367 établit une différence pour les assurés sociaux de la filière publique entre l'hospitalisation normale (supérieure à 24h) et l'hospitalisation de jours (inférieure à 24h). Cette différence n'existe plus en matière d'extension au profit des autres assurés sociaux.

3) Les prises en charge antérieures à la réforme de 2004

La réforme de 2004 a instauré le maintien des droits acquis comme l'un des grands principes de la loi. Dans ce cadre le décret 2007-1367¹ a maintenu pour l'ensemble des assurés sociaux une prise en charge commune pour un certain nombre de prestations comme la prise en charge des appareillages et prothèses orthopédiques sur la base de tarifs forfaitaires de référence² et conformément aux conditions fixées par un arrêté conjoint du ministre des affaires sociales et du ministre de la santé publique du 13 avril 2007³ et la prise en charge au profit de tous les assurés sociaux des prestations de soins relatives à la chirurgie cardio-vasculaire, l'hémodialyse rénale, le scanner, l'imagerie par résonance magnétique (IRM), la scintigraphie myocardique, la lithotripsie, les soins thermaux et la rééducation fonctionnelle dispensées dans les établissements sanitaires privés selon les procédures et les tarifs relatifs à ces prestations en vigueur avant l'entrée en application du décret 2007-1367⁴. Ces prises en charge concernent uniquement les assurés sociaux ayant entamé leur traitement et suivi avant le 1^{er} juillet 2007⁵.

Bien que les prestataires concernés par ces prises en charge puissent être publics ou privés, il s'agit à notre avis d'une extension de la filière publique au profit des assurés sociaux des deux autres filières pour une raison simple : avant la réforme de 2004 et son entrée en vigueur partielle en 2007⁶ il n'y avait qu'une seule filière qui est la filière publique actuelle.

¹ Décret relatif aux modalités de prise en charge précité.

² Art. 21 du décret n°2007-1367.

³ Arrêté fixant les listes des spécialités et des actes médicaux et paramédicaux, des médicaments, de l'appareillage, des frais de transport sanitaire, ainsi que la liste des prestations nécessitant l'accord préalable, pris en charge par le régime de base d'assurance maladie

⁴ Art. 33.

⁵ Les assurés sociaux peuvent renoncer définitivement de leurs droits acquis par écrit et demander une prise en charge selon la filière choisie.

⁶ Le 1^{er} juillet 2007 constitue la date de référence en matière des droits acquis pour le système tunisien d'assurance maladie.

Section 2 : Les deux filières privées : Une solidarité nationale mesurée

L'existence de deux filières privées de prise en charge des dépenses sanitaires à des taux identiques, constitue l'originalité du système tunisien d'assurance maladie¹. Cependant, cette uniformité des taux ne signifie pas que les prestations sont identiques. Il existe des différences de taille entre les deux filières privées et par conséquent dans la procédure et les modalités de prise en charge (§-1). Toutefois leurs insuffisances sont communes (§-2) et expliqueraient le choix de la majorité des assurés sociaux de la filière publique.

§-1 Des prestations inégales

Les deux filières privées de soins sont constituées par le système du tiers payant (**A**) et par le système de remboursement (**B**). Nous présenterons successivement les traits généraux de chaque filière, ainsi que les modalités d'affiliation et de prise en charge.

A- Le système du tiers payant : une solidarité nationale en amont

Le système du tiers payant est une *modalité de prise en charge des frais de soins selon laquelle le patient ne paye au professionnel de santé que la part qui lui incombe au titre de sa participation au frais de soins. Le reliquat est ainsi payé directement par la caisse au professionnel de santé*². Cela signifie que la CNAM se substitue à l'assuré social pour rémunérer le prestataire de soins. Par conséquent, la filière publique constitue également et en quelque sorte un système de tiers payant, puisque la rémunération de l'hôpital public se fait directement par la CNAM. Cependant, les textes réservent cette dénomination de tiers payant uniquement dans le cadre du recours des assurés sociaux aux

¹ Les grands systèmes d'assurance maladie dans le monde offrent rarement plus d'une filière de prise en charge offrant des taux identiques. Pour une présentation des principaux systèmes dans le monde v. A. Beresniak et G. Duru, « Economie de la santé ». Paris, Masson, 2008, p.3.

² Cette définition, identique, est reprise par de nombreux textes réglementaires du droit de l'assurance maladie, particulièrement l'ensemble des textes relatifs au conventionnement médical. V. à titre d'exemple la définition donnée par la convention sectorielle des médecins de libre pratique à la p. 393 du JORT n° 13 du 13/02/2007. Quant au décret 2007-1367 précité, il ne donne curieusement pas de définition. Il en est de même pour la loi du 02 août 2004. Cependant, dans ce dernier cas, l'absence de définition est compréhensible car la loi ne prévoit pas des filières de soins différentes.

prestataires privés de soins¹ pour la seconde filière uniquement. Cette filière se caractérise par le choix d'un médecin traitant et le respect d'un parcours sanitaire concerté. Toutefois, nous verrons que le procédé du tiers payant n'est pas toujours systématique.

1) L'obligation de choisir un médecin référent

Le choix par l'assuré social d'un médecin référent pour lui-même et ses ayants droit² ; désigné également « médecin de famille³ » par l'article 11 du décret n°2007-1367, constitue la principale caractéristique du système du tiers payant. Ce médecin constituera la référence pour la grande majorité des prestations de la CNAM.

Le choix du médecin⁴ référent est relativement simple : il se fait de manière concomitante au choix de la filière et engage l'assuré social et ses ayants droit jusqu'à la fin de l'année civile en cours. L'assuré social, peut changer de médecin référent, à condition d'adresser une demande écrite à la CNAM et respecter un délai minimum de 30 jours avant la fin de l'année civile en cours. Le nouveau choix de l'assuré social prendra effet le premier jour de l'année civile suivante⁵. Cet engagement obligatoire jusqu'à la fin de l'année civile en cours a beaucoup été critiqué par le syndicat des médecins de libre pratique comme étant contraire au principe du libre choix du médecin⁶. En droit français, ou l'obligation d'avoir un médecin « traitant » existe également depuis la loi du 13/08/2004,⁷ le caractère obligatoire se manifeste par des sanctions financière pour l'assuré social en cas de non désignation de son médecin traitant⁸.

¹ Rappelons également que les textes réservent l'appellation « filière privée » au seul système du 1/3 payant. V. art. 4 du décret n°2007-1367 précité.

² Toutefois ce choix n'engage pas le conjoint s'il est lui-même un assuré social.

³ C'est aussi le terme le plus utilisé dans les médias.

⁴ Qui doit être obligatoirement conventionné avec la CNAM. Ce médecin doit en outre communiquer à la CNAM et à l'assuré social le nom de son confrère qui doit le remplacer en cas de vacance.

⁵ L'article 11 du décret n°2007-1367 prévoit toutefois des cas exceptionnels où le médecin référent peut être changé avec effet immédiat. Cependant, ce même article ne dit pas dans quel cas. Il est évident qu'un arrêt d'activité du médecin référent pour cause de départ à la retraite ou pour cause de décès peut constituer un motif de changement avec effet immédiat. La question se pose par contre en cas d'incompatibilité d'humeur, voire de conflit.

⁶ C'est pour apaiser ces critiques que contrairement à ce qui existe en droit comparé, le décret n°2007-1367 n'impose pas à ce que le « médecin de famille » soit nécessairement un généraliste

⁷ La convention médicale de 1997 a prévu un dispositif presque similaire appelé « médecin référent » qui n'était pas obligatoire. V. M. Harichaux « Le régime du médecin référent ». RDSS 1999, p.72.

⁸ Ces sanctions se situent sur 3 niveaux : Perte du tiers payant, taux de prise en charge moins élevé et possibilité pour le praticien consulté directement de pratiquer un dépassement tarifaire non pris en charge par

La principale raison d'imposer un médecin référent est une raison financière. Connaissant à priori très bien son patient assuré social et ses ayants droit, le médecin de famille peut aisément faire éviter à son patient d'autres examens ou consultations chez d'autres praticiens¹ et réaliser par conséquent des économies pour le système d'assurance maladie, d'autant plus que dans la majorité des cas, ce médecin de famille est souvent un médecin généraliste, donc plus économique pour le patient et pour la CNAM².

Toutefois, cet avantage recherché de la filière reste limité pour des raisons diverses. En premier lieu le faible nombre des assurés sociaux ayant opté pour cette filière³ réduisent sensiblement les économies d'échelle recherchées. En second lieu, le décret 2007-1367 n'oblige pas que le médecin référent soit un médecin généraliste. Par conséquent l'idée même de réaliser des économies à travers la procédure du médecin référent se trouve fortement réduite si une bonne partie des assurés sociaux optent pour des médecins spécialistes en tant que médecin de famille. Enfin rien n'encourage les assurés sociaux à choisir cette filière. Ses taux de prise en charge et son plafonnement sont absolument identiques avec le système de remboursement, sans en subir les inconvénients du parcours de soins obligatoire et bien balisé⁴.

2) L'imposition du parcours de soins

Le choix par un assuré social du système du tiers payant l'engage à respecter ainsi que pour ses ayants droit, un parcours de soins obligatoire. C'est la principale condition posée par l'article 11 du décret 2007-1367. Cet article dispose « *L'assuré social qui a opté*

l'assurance maladie. V. G. Rebecq « Le choix du médecin traitant dans le parcours de soins coordonné et le principe de l'exercice exclusif de la spécialité » RDSS, 2005, p.602, « Liberté du choix du médecin par le patient et prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale » in In « La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale », actes du colloque organisé à Toulon le 18 et 19 novembre 2005, sous la direction d'A. Leca et de G. Rebecq. Presse Universitaire d'Aix-Marseille, 2006, p.41. « Le parcours de soins institué par la loi du 13/08/2004, cinq ans après » RDSS, 2009, 610 ; P.-L. Bras « Le médecin traitant : raisons et déraisons d'une politique publique », Revue Droit social, 2006, p.59,

¹ Il s'agit surtout de limiter le recours aux médecins spécialistes.

² Rappelons que cette filière du tiers payant avec passage obligé par un médecin traitant généraliste, devait être à l'origine et selon les premières réflexions entamées en 1996, l'unique filière de soins, même pour le recours aux hôpitaux public en ambulatoire, dans le cadre de la réforme du système d'assurance maladie. Il était également envisagé d'instituer dans le même esprit un pharmacien de référent. V. supra Introduction et 1^{ère} partie, titre I, chapitre premier, section 2.

³ En 2011, 370 402 assurés sociaux sur un total de 2780672. V. annexe II.

⁴ En droit français, le passage par le médecin traitant offre à l'assuré social la prestation d'assurance maladie la plus large.

pour la filière privée de soins s'engage à recourir préalablement au médecin de famille qui constitue, pour lui-même et pour ses ayants droit, la référence dans le bénéfice des prestations de soins et dans leur orientation, le cas échéant, aux autres prestataires en respectant le principe de la liberté de choix par le malade du prestataire de soins ou de la structure sanitaire de soins et sans que le médecin de famille ait une influence sur la liberté de son choix ». L'assuré social doit impérativement respecter les étapes suivantes :

- Il doit s'adresser en premier lieu à son médecin référent ou médecin de famille. Le parcours peut s'arrêter à ce niveau si ce médecin est capable de prodiguer tous les soins nécessaires.

- L'assuré social peut s'adresser à un autre prestataire de soins (médecin spécialiste, prestataires paramédicaux), ou à un établissement de soins (clinique privée, hôpital public¹) mais uniquement sur recommandation du médecin traitant. Le décret insiste sur le fait que cette recommandation doit respecter *le principe de la liberté de choix par le malade du prestataire de soins ou de la structure sanitaire de soins* et que le médecin ne puisse avoir *une influence sur la liberté du choix* du malade. Dans tous les cas, pour qu'il y ait prise en charge, toute prescription² médicale doit contenir une traçabilité qui doit remonter impérativement au médecin référent.

Le non respect de ce parcours sanitaire fait perdre à l'assuré social toute prise en charge à quelque titre que ce soit³. Il ne pourra jamais réclamer un basculement vers une autre filière de soins, particulièrement le système de remboursement.

Pour certaines consultations, le passage obligé par le médecin référent n'est pas obligatoire. C'est l'article 11 qui donne une liste des spécialités concernées par ces consultations. Il s'agit des spécialités médicales et juxta médicales suivantes :

- Les spécialités de gynécologie obstétrique, d'ophtalmologie et de pédiatrie.
- La médecine dentaire.
- La consultation du médecin spécialiste traitant dans le cadre d'une prise en charge en APCI.

¹ En dehors des cas d'hospitalisation prévus par le même décret 2007-1367 et des cas d'APCI fixé par l'arrêté du conjoint du 25/06/2007 précité.

² Particulièrement les prescriptions de médicaments, d'analyses biologiques, d'imagerie

³ Dernier alinéa de l'article 11 précité.

Cette liste correspond à une forme de standardisation avec les systèmes étrangers qui comportent un médecin référent obligatoire¹. De plus en cas d'impossibilité temporaire de recourir au médecin référent pour des raisons liées au déplacement de l'assuré social ou de son ayant droit, le décret 2007-1367 ne prévoit aucun mécanisme de substitution². Enfin pour les APCI, le choix d'un spécialiste traitant est obligatoire pour pouvoir continuer à bénéficier du tiers payant.

Nous remarquons ainsi, que certaines conditions pour pouvoir bénéficier de la prise en charge dans le cadre du tiers payant sont très rigoureuses. Pourtant, même si l'assuré social respecte parfaitement ces conditions, le tiers payant n'est pas toujours systématique.

3) Un tiers payant non systématique

Dans le cadre de la filière privée avec système du tiers payant, l'assuré social ne paye qu'un reste à charge que ce soit en matière de consultations, de médicaments ou d'explorations dans certaines proportions. La CNAM rémunère directement le prestataire de soins dans la limite de sa prise en charge et dans des délais fixés par les conventions sectorielles.

Pourtant, le processus du tiers payant n'est toujours pas systématique dans le système tunisien d'assurance maladie. Cette absence de systématisation contredit, à notre sens la philosophie générale de la filière, à savoir l'ouverture du système au secteur privé sanitaire, avec une moindre charge directe pour l'assuré social. Deux limites de la technique du tiers payant peuvent être dégagées : la première concernant le décret 2007-1367 lui-même, qui prévoit qu'*en ce qui concerne la médecine dentaire, le bénéficiaire procède au paiement de toutes les sommes exigées directement au prestataire de soins et se fait rembourser par la caisse*. Cette exception était déjà prévue dans la convention

¹ Toutefois certains systèmes, comme celui de la France, ajoutent la psychiatrie, V. J. J. Dupeyroux, M. Borgetto et R. Lafore, op. cit. p. 517.

² En droit français, l'assuré social peut consulter un généraliste du lieu de son déplacement et continuer à bénéficier des mêmes conditions de prise en charge. V. G. Rebecq, article précité, RDSS 2005, p.602.

sectorielle des médecins dentistes de libre pratique, c'est à dire antérieurement à la rédaction du décret. C'est une exception qui échappe à toute logique de compréhension¹.

La deuxième limite concerne la pratique d'une bonne partie des médecins spécialistes conventionnés avec la CNAM qui refusent de faire bénéficier à leurs patients la procédure du tiers payant. C'est particulièrement le cas des spécialités concernées par la possibilité de consultation directe sans passage obligé par le médecin référent. Les moyens utilisés pour refuser le tiers payant sont abusifs et à la limite de la déontologie médicale². Cependant, ce qui accentue la gravité de cette situation est l'absence de réaction de la CNAM qui refuse d'appliquer la sanction prévue, à savoir le retrait du conventionnement, et corrige le comportement de certains spécialistes en procédant au remboursement de l'assuré social, contradiction flagrante avec l'article 11 du décret 2007-1367³. C'est peut-être à ce niveau que se situe la principale origine qui expliquerait la réticence de la majorité des assurés sociaux à opter pour la filière privée avec système du tiers payant. Le nombre de plus en plus élevé d'affiliés du système de remboursement et la diminution des affiliés du système du tiers payant est une illustration de cela⁴.

B- Le système de remboursement : Une solidarité nationale en aval

Le système de remboursement constitue à priori pour l'assuré social qui l'a choisi, un parcours simplifié. L'assuré avance les frais de soins au praticien concerné et se fait ensuite rembourser par la CNAM. Cependant, le simple fait d'avancer les sommes dues constitue à notre avis, une limite objective de la solidarité nationale dans le cadre de cette filière.

¹ Nous avons déjà émis l'hypothèse supra que les pouvoirs publics ont voulu gratifier les médecins dentistes. Ce sont les seuls prestataires qui ont accepté les tarifs conventionnels proposés par la CNAM et ce sont également les seuls qui ont accepté de s'engager pour une durée supérieure à 3 ans.

² Octroi de rendez-vous très décalé, invocation mensongère que le conventionnement ne concerne que le système de remboursement.

³ Cette possibilité est mentionnée explicitement dans le guide que distribue la CNAM aux prestataires de soins à l'occasion de leurs conventionnements. V. annexe VIII.

⁴ Le nombre total des affiliés au système de remboursement est passé de 354760 en 2008 à 489705. Il s'agit de la progression la plus rapide parmi les trois filières. V. annexe II.

1) Une prise en charge à postériori

Dans les grands systèmes obligatoires d'assurance maladie existant dans le monde, le maintien d'une procédure de remboursement est rare. Cette procédure est plutôt réservée aux régimes complémentaires. Son caractère inaccessible pour les catégories les plus faibles des assurés sociaux et son caractère inflationniste pour les finances de l'assurance maladie expliquerait cette réticence. En Tunisie cette filière a été ajoutée lors des négociations du volet réglementaire de la réforme de la loi de 2004, pour essayer de calmer les critiques virulentes des médecins spécialistes refusant une filière privée unique avec système du tiers payant. Un système de remboursement donne en effet la liberté à l'assuré social de s'adresser au prestataire de santé de son choix et particulièrement la possibilité de s'adresser directement à un spécialiste, La seule condition étant que le praticien ou la structure choisie soit conventionnés avec la CNAM.

Sans le cadre de ce système, l'assuré social doit avancer le prix de la prestation médicale¹, se faire signer et cacheter par le prestataire en question un bulletin de soins², adresser ce bulletin accompagné de l'ensemble des pièces justificatives au centre local ou régional de la CNAM le plus proche de son domicile³ dans un délai de 60 jours à compter de la date du bénéfice de la dernière prestation sanitaires. Par la suite il obtiendra son remboursement sous forme d'un virement bancaire ou postal et dans la limite, commune pour les deux filières privées, de prise en charge⁴.

Dès l'application de ces procédures en 2007, le système de remboursement s'est retrouvé confronté à plusieurs difficultés. La première fut le retard des remboursements entraînant un encombrement des centres régionaux et surtout locaux par les assurés sociaux de cette filière, pour suivre tout simplement leur dossier. L'instauration d'un système de consultation et de suivi par voie électronique à distance en 2009 ne semble pas avoir résolu le problème. La deuxième difficulté est le dépassement des tarifs conventionnels non

¹ Consultation, exploration biologique ou par imagerie, acquisition du médicament...

² Le règlement interne de la CNAM impose une traçabilité totale entre le premier médecin consulté et l'ensemble des prescriptions en médicament, exploration....Par conséquent, l'assuré social doit présenter un bulletin de soins unique comportant les cachets et les signatures de l'ensemble des prestataires.

³ Directement ou par envoi postal recommandé.

⁴ V. infra le second paragraphe.

sanctionné par la CNAM et peu réclamé par les usagers. Ce dépassement est systématiquement pratiqué par l'ensemble des médecins spécialistes consultés dans le cadre du système de remboursement. Associés au principe même du remboursement des frais avancés par l'assuré social, ces dépassements posent un certain nombre de questions sur l'accessibilité de cette filière et par conséquent sur sa compatibilité avec la réforme de 2004.

2) Les limites intrinsèques du système de remboursement

Le système de remboursement semble connaître année après année un succès grandissant auprès d'un nombre élevé d'assurés sociaux. Pourtant cette troisième filière comporte un certain nombre de limites à la fois pour l'assuré social, mais aussi pour le système d'assurance maladie.

En ce qui concerne l'assuré social, le fait d'avancer les sommes dues, et d'attendre un remboursement qui peut prendre plusieurs semaines, rend cette filière inaccessible pour tous ceux qui n'ont pas les moyens d'avancer les dites sommes. Par conséquent, le système de remboursement crée une forme de discrimination envers les catégories d'assurés sociaux¹. Cette discrimination rend de fait inaccessible, au moins pour la maladie ordinaire, le secteur privé médical pour certaines catégories d'assurés sociaux. Nous estimons que cette filière contredit ainsi l'un des objectifs principaux de la réforme de 2004 à savoir l'égalité du système vis-à-vis du secteur public et du secteur privé médical². Le corporatisme médical et les impératifs financiers semblent avoir pris le dessus sur les impératifs de la solidarité nationale.

En ce qui concerne le système d'assurance maladie, un système de remboursement laissant une totale liberté à l'assuré social de choisir sa consommation médicale risque d'aboutir à une surconsommation des soins et un accroissement des dépenses de

¹ En se basant sur les seuls tarifs conventionnels, les sommes que doivent avancer les assurés sociaux dans le cadre de cette 3^{ème} filière sont assez élevées (20 d pour un généraliste, 30d et 35d pour les spécialistes sans prendre en compte les dépassements tarifaires, la totalité du prix des explorations et des médicaments). De fait, nous estimons que cette filière n'est accessible que pour les classes moyennes supérieures et au-delà. Malheureusement, la CNAM en donnant le nombre d'assurés sociaux par filière ne donne pas de statistiques par catégories socio-professionnelles.

² Art. 1^{er} de la loi n°2004-71.

l'assurance maladie¹. C'est l'absence d'un filtre préalable régulant le parcours du malade, à l'instar des deux autres filières², qui constitue le principal défaut de cette troisième filière et par conséquent la cause de ce risque. Les pouvoirs publics étaient conscients de ce risque³, mais au lieu de réguler le parcours du malade dans le cadre du système de remboursement, ils ont institué un plafonnement dérisoire de prise en charge commun avec la filière précédente. De fait le système du tiers payant devient victime des défauts du système de remboursement.

§-2 Deux filières aux limites égales

A côté des limites communes en matière de prise en charge **(B)** les deux filières privées sont limitées par un certain formalisme commun qui peut être très contraignant, à la fois pour les assurés sociaux mais aussi pour les prestataires privés de soins **(A)**.

A- Un formalisme contraignant

Le système du tiers payant et le système de remboursement sont caractérisés par un certain nombre de procédures formelles en premier desquelles figure l'obligation de faire un choix explicite pour l'une des deux filières⁴. A côté de ce choix formel, il existe toute une procédure contraignante que doit respecter l'assuré social et les prestataires de soins dans le cadre de ces deux filières.

1) Un choix explicite et obligatoire

Le système de remboursement et le système du tiers payant constituent deux variantes de la filière privée donnant la possibilité aux assurés sociaux d'accéder aux

¹ Surtout que le nombre d'assuré sociaux optant pour cette filière augmente d'année en année.

² Service ambulatoire des hôpitaux pour la filière publique ; médecin de famille pour le système du tiers payant.

³ La fixation trois semaines seulement avant l'application intégrale de la réforme le 1^{er}/07/2008 des plafonds de prise en charge ; c.a.d. après avoir pris connaissance du nombre d'assurés sociaux par filières (la procédure du choix à été entamée durant l'été de 2007) constitue une démonstration de la prise de conscience de ce risque. V. Arrêté du ministre des affaires sociales du 3 juin 2008, portant fixation du plafond annuel des montants des prestations de soins ambulatoires prises en charge par le régime de base d'assurance maladie, au titre de la filière privée de soins ou du système de remboursement. JORT n°45 du 03/06/2008, p. 1717.

⁴ Et ce contrairement à la filière publique.

prestataires privés de soins, tout en bénéficiant d'une prise en charge plus ou moins substantielle des dépenses par la solidarité nationale.

Pour pouvoir bénéficier de cet avantage et contrairement à ce qui existe dans la filière publique, l'assuré social doit choisir pour lui-même et pour ses ayants droit l'une des ces deux filières privées. Cela signifie qu'on choisit une filière privée de soins, mais on ne la subit jamais. Cependant, ce choix obéit à un formalisme particulier déterminé par le décret 2007-1367 précité. Le premier point de ce formalisme consiste à opérer un choix explicite par écrit et sans ambiguïté¹. Si l'assuré social opte pour le système du tiers payant, il doit en outre adjoindre à sa demande écrite le nom, l'adresse, la signature et le cachet du médecin référent, qu'il aurait préalablement choisi.

Le second point de ce formalisme est constitué par un délai à respecter et ce, de manière impérative². Dans tous les cas, le choix opéré par l'assuré social constitue un engagement pour lui-même et pour ses ayants droit pendant la durée d'une année civile complète³. Le début de cet engagement prend effet immédiatement à l'occasion de la toute première affiliation⁴. Aucune possibilité de changement de filière ne peut être opérée en dehors de ce cadre formel trop strict. Si l'assuré social ne prend aucune initiative, son engagement pour la filière choisie se renouvelle automatiquement pour une nouvelle année civile.

Enfin, en contre partie de son choix, chaque assuré social reçoit un support sous forme d'une carte de soins, valable également pour ses ayants droit⁵. Les informations qu'elle comporte nous semblent insuffisantes, particulièrement au niveau du plafonnement de sa prise en charge et au niveau du dossier médical de l'assuré social. Sa numérisation

¹ L'assuré social doit retirer un formulaire auprès des bureaux régionaux ou locaux de la CNAM. Rappelons qu'à l'occasion de la première affiliation à la CNAM, si l'assuré social ne respecte pas ce formalisme il sera automatiquement intégré à la filière publique.

² Si, à l'occasion de la toute première affiliation il n'existe pas de délai, le changement de filière doit se faire impérativement avant le 30 septembre de chaque année. Art. 6 al. 2 du décret 2007-1367.

³ Les choix opérés en 2008 engageaient les assurés sociaux pour 6 mois.

⁴ Pour les cas de changement de filière, l'engagement prend effet à partir du début de l'année civile qui suit la date limite du changement, c'est-à-dire le 1er janvier. Art. 6 précité.

⁵ Cette carte n'est toujours pas dotée de support pour une lecture électronique malgré les promesses répétées de la CNAM. Outre l'identité et l'identifiant unique de son titulaire, elle comporte un certain nombre d'informations relatives au nombre d'ayants droits, à la filière choisie et le cas échéant le centre de remboursement de la CNAM.

nous semble inévitable et ce l'instar des grands systèmes d'assurance maladie qui existent dans le monde. Le risque étant double, le praticien risque un non remboursement, l'assuré social risque d'avancer des sommes croyant à tort qu'il sera remboursé.

La raison de cette rigueur en matière du choix des filières est surtout logistique. Elle a pour but d'éviter aux services de la CNAM, déjà surchargés de travail, d'inutiles travaux liés aux demandes de changement de filière. Cette rigueur existe également dans d'autres formalités que doit respecter à la fois l'assuré social et le prestataire privé de soins.

2) Des formalités contraignantes

Les deux filières privées de soins se caractérisent par une complexité procédurale concernant l'assuré social et le prestataire privé de soins. Ce formalisme peut être dissuasif pour l'assuré social à choisir l'une des deux filières. Cette contrainte peut dissuader l'assuré social, particulièrement le plus modeste à choisir l'une des deux filières privées et dissuader le médecin à se conventionner et surtout accepter la formule du tiers payant.

En ce qui concerne l'assuré social, les formalités principales tournent autour du bulletin de soins. Il doit présenter à chaque consultation un bulletin dûment rempli et signé¹. Le modèle de ce bulletin est préétabli par la CNAM et ne concerne pour l'instant que le système de remboursement². Pour chaque pathologie et dans le cadre de la maladie ordinaire, l'assuré social doit présenter un bulletin unique pour l'ensemble des prestataires de soins et pour son pharmacien. Ce bulletin doit être retourné au centre payeur de la CNAM dans un délai de 60 jours de la date du dernier cachet apposé dans le bulletin de soins. Pour le système du tiers payant il n'ya pas pour l'instant et contrairement à ce qui existe à l'étranger de bulletin de soins à remplir.

¹ Même si le malade qui a consulté est son ayant droit.

² Le modèle de ce bulletin est standardisé. Il est très influencé par le modèle des bulletins de soins de l'assurance maladie française avant la réforme de 2002. Ce bulletin est par ailleurs similaire à l'ancien bulletin de soins du régime optionnel de la CNRPS avant la réforme de 2004. Il est enfin similaire au bulletin de soins des régimes complémentaires et des régimes spéciaux. ex : les BS de caisse de prévoyance et de retraite des avocats.

En ce qui concerne les prestataires de soins, le formalisme commun pour les deux filières consiste en une obligation de conventionnement vis-à-vis de la CNAM. Ce formalisme prend la forme d'un engagement écrit selon un modèle préétabli par la CNAM. Le prestataire de soins doit indiquer un ensemble d'information relative à son cabinet, son éventuelle spécialité, un RIB et surtout un centre régional CNAM de référence. Ce conventionnement équivaut à un engagement pour les prestataires de soins d'appliquer l'ensemble des conditions de la CNAM vis-à-vis des patients assurés sociaux, particulièrement en ce qui concerne les tarifs conventionnels¹.

A côté de ce formalisme commun, il existe pour les prestataires de soins un formalisme particulier pour le système du tiers payant. Dans le cadre de cette filière ce n'est plus l'assuré social qui doit s'adresser aux services de la CNAM : le prestataire de soins en devient l'interlocuteur privilégié. Se faisant rémunérer directement par la CNAM², le prestataire privé de soins doit adresser régulièrement au centre référent de la CNAM, qu'il aura préalablement choisi, une note d'honoraires³. Il s'agit d'une surcharge de travail sans rapport avec les missions que doit assumer chaque prestataire de soins. C'est au niveau de la prise en charge elle-même que les deux filières privées de soins trouvent leurs plus grandes limites.

¹ Toutefois ces conditions ne sont pas d'ordre public. Il n'y a pas d'obligation juridique pour les prestataires à être conventionnés avec la CNAM. Cependant, si le prestataire choisit ce conventionnement, les conditions de la CNAM ont la primauté sur tous autres engagements, particulièrement vis-à-vis des instances ordinaires. Rappelons tout de même que l'unique sanction prévue en cas de non respect des conditions de la CNAM est la perte du conventionnement.

² Sauf le reste à charge que doit supporter l'assuré social. Le prestataire privé de soins se fait payer directement ce reste à charge par l'assuré social.

³ Il existe des modèles préétablis de note d'honoraire propre à chaque prestataire privé de soins (médecin, pharmacien, biologiste radiologue...). Cette note doit indiquer la nature de la prestation octroyée ; les données relatives au prestataire (identité, code de conventionnement...) et à l'assuré social (identité, identifiant unique...) ; le montant total de la prestation ; le montant perçu de chaque assuré social en tant que ticket modérateur et enfin le montant du reste à payer par la CNAM, individuellement pour chaque assuré social et sous forme de récapitulatif pour l'ensemble des assurés sociaux, pour l'ensemble la période couverte par la note d'honoraires. Rappelons que le guide de procédure de la CNAM pour les médecins de libre pratique exonère dans le cadre de la filière du tiers payant les médecins spécialistes, après accord de l'assuré social, de suivre la procédure du tiers payant. Dans ce cas, l'assuré social bénéficie de la prise en charge dans les mêmes conditions que le système de remboursement et ce en contradiction flagrante avec le décret 2007-1367.

B- Des limites de prise en charge communes

Les assurés sociaux, dans le cadre des deux filières privées, bénéficient d'un ensemble de prises en charge communes à l'ensemble des filières qui est relativement généreuse sauf pour ce qui concerne les maladies ordinaires pour lesquelles cette prise en charge est limitée. Ces limites concernent les taux de prise en charge, qui ne sont pas uniforme et qui sont parfois dérisoires. Ces limites concernent ensuite le médicament ou la prise en charge se base sur le prix du générique le moins cher, créant ainsi une problématique inédite en droit tunisien sur la liberté de prescription médicale. Ces limites concernent aussi le plafond annuel de la prise en charge par la CNAM très faible. Ces limites sont identiques pour les deux filières privées de soins.

1) Des taux de prise en charge ambivalents

Le décret 2007-1367 et les conventions médicales sectorielles sont complètes sur les différents taux de prise en charge qui ne sont pas uniformes mais dépendent de la nature de la prestation (consultation, exploration de biologie ou d'imagerie, médicaments). Ils dépendent également d'une certaine graduation dans le degré de nécessité de la prestation. Le taux de prise en charge augmente avec cette nécessité surtout pour les explorations et pour les médicaments.

En ce qui concerne les consultations, les articles 12 et 17 du décret 2007-1367 renvoient aux conventions sectorielles des différents prestataires de soins pour déterminer les taux de prise en charge. Les cas de figure sont nombreux et dépendent dans une large mesure de la nomenclature officielle des actes médicaux, telles qu'établie par le ministère de la santé¹. A titre indicatif, pour illustrer la portée de la prise en charge par la CNAM des dépenses de santé, nous nous référons aux taux de prise en charge des consultations des médecins et des médecins dentistes dans le cadre des maladies ordinaires. En cas de surcharge pour visite à domicile, la base de calcul demeure le tarif conventionnel pratiqué en cabinet². Pour les médecins, le taux de prise en charge des consultations est fixé par les

¹ V. arrêté du ministre de la santé publique du 1^{er} juin 2006. JORT n°46 du 09/06/2006, p. 1514.

² Contrairement au cas français, où l'assurance maladie prend en charge dans un but d'éviter le recours aux urgences des hôpitaux, une partie de cette surcharge.

articles 12 et 17 du décret de 2007-1367 précité à 70%. Appliqué aux tarifs conventionnels¹, la prise en charge se fait en 2012 conformément au tableau suivant :

Type de consultation	Honoraires conventionnels	A la charge de l'assuré social	A la charge de la CNAM
Consultation du médecin généraliste	18d	6d	12d
Consultation du médecin spécialiste	30d	10d	20d
Consultation du médecin neurologue ou du psychiatre	35d	12d	23d

Pour les médecins dentistes, les mêmes articles 12 et 17 fixent le taux de prise en charge à 50%. Appliqués aux tarifs conventionnels en vigueur en 2012², la prise en charge par la CNAM s'effectue de la manière suivante:

Type de consultation	Honoraires conventionnels	A la charge de l'assuré social	A la charge de la CNAM
Consultation du médecin dentiste généraliste	18d	9d	9d
Consultation du médecin dentiste spécialiste	30d	15d	15d

En ce qui concerne les explorations, le taux de prise en charge est de 75%. Ce taux est applicable que ce soit pour les explorations par imagerie ou les explorations par analyse biologique. Contrairement à ce qui concerne les laboratoires d'analyses, il n'existe pas de convention sectorielle propre à l'imagerie médicale. Le taux de 75% s'applique sur la base des tarifs conventionnels régissant les médecins, les médecins dentistes et les cliniques privées³. Le guide des bonnes pratiques élaboré dans le cadre de la convention sectorielle des médecins de libre pratique⁴, ainsi que la convention sectorielle des laboratoires d'analyses oblige à ce que le médecin qui pratique l'exploration soit différent du médecin

¹ Tel que fixé par l'avenant n°5 de la convention sectorielle des médecins de libre pratique précitée. L'arrondissement se fait au taux supérieur.

² Fixé par l'avenant n°1 à la convention sectorielle des médecins dentistes de libre pratique précitée. Nous remarquons que ces tarifs sont parfaitement alignés aux tarifs conventionnels des médecins. Cet alignement n'existait pas avant 2010 et l'avenant n°1.

³ Les radiologues sont des médecins spécialistes. Ces conventions sectorielles contiennent des dispositions tarifaires propres à l'imagerie médicale.

⁴ Institué par une annexe à l'avenant n°7 de la dite convention signée en mars 2012.

qui a prescrit cette exploration. Si cette condition n'est pas respectée, l'assuré social perd toute prise en charge en matière d'exploration médicale.

En ce qui concerne les médicaments, les mêmes articles 12 et 17 établissent une graduation dans la prise en charge par la CNAM selon le degré de nécessité du médicament¹.

Le dernier alinéa de ces deux articles précise que *ces taux sont appliqués pour les médicaments sur la base des prix de référence fixés selon une liste des médicaments génériques les moins chers*. Cette disposition crée ainsi une problématique inédite en droit tunisien et relative à la liberté de prescription des médicaments.

2) La problématique des médicaments génériques

Un médicament générique² peut être défini comme la copie d'un médicament « d'origine », appelé médicament princeps et dont le brevet est tombé dans le domaine public³. L'équivalent thérapeutique de ce générique doit être similaire au médicament d'origine. Le générique est par ailleurs beaucoup moins cher que le princeps, car celui qui le fabrique n'a pas à supporter les coûts de recherche et de développement⁴.

¹ - Médicaments vitaux : 100%,
- Médicaments essentiels : 85%,
- Médicaments intermédiaires : 40%.
- Médicaments de confort : 0%.

² L'article 2 de l'arrêté conjoint du ministre des affaires sociale et du ministre de la santé publique du 15/08/2007 relatif à la fixation de la liste des médicaments génériques servant de base pour la détermination des prix de référence des médicaments dans le cadre du régime de base d'assurance maladie (JORT n°68 du 24/08/2007, p. 3014) définit le médicament générique de la manière suivante : *Il est entendu par médicaments génériques au sens du présent arrêté les médicaments qui remplissent les conditions suivantes :*
- *même composition en principe actif, même concentration et même mode d'administration,*
- *même forme galénique ou forme similaire du médicament conformément à la liste visée à l'article premier du présent arrêté.*

³ Une molécule pharmaceutique est protégée pour celui qui l'a découverte, par un brevet d'une durée de 20 ans avec possibilité d'une prorogation de 5 années. Cette molécule tombe par la suite dans le domaine public avec possibilité de sa production par n'importe quel laboratoire et sous n'importe quelle dénomination commerciale.

⁴ Mais il avait à supporter les coûts d'étude en bioéquivalence, mais qui sont nettement moins cher que les coûts de recherche et de développement.

Le médicament générique souffre en Tunisie comme ailleurs d'un certain nombre de préjugés défavorables¹. De manière plus générale, le générique serait synonyme d'une médecine sous financée et destinée aux pauvres, symbolisé en cela par un prix beaucoup plus faible. C'est pour cette raison qu'il existe une réticence des malades à recourir au générique, particulièrement pour les médicaments traitant des pathologies chroniques ou graves, c'est-à-dire pour les médicaments les plus chers². Cette réticence existe également chez les praticiens qui hésitent beaucoup à prescrire le générique, et sont dans tous les cas très attachés au principe de la liberté de prescription³. Quant à l'industrie pharmaceutique, elle reste très attachée à la libre concurrence en matière de distribution des médicaments, s'opposant par conséquent au privilège dont jouit le générique⁴

Jusqu'à la réforme de 2004, la question du médicament générique ne se posait pas en Tunisie car il n'était pas encore généralisé⁵. Pour les rares cas de prise en charge du médicament dans le secteur privé, les caisses sociales se basaient uniquement sur le prix du médicament, qu'il soit princeps ou générique, tel que prescrit par le médecin et tel qu'exécuté par le pharmacien. La réforme de 2004 et le décret 2007-1367 ont mis sur le devant de la scène cette question du générique, particulièrement dans le cadre de la prise en charge dans les deux filières privées. Ce décret impose comme règle générale la prise en charge du médicament par la solidarité nationale sur la base du prix du médicament générique le moins cher. Toutefois, il ne s'agit pas de n'importe quel médicament générique puisque le même texte dispose dans son article 13 que ces médicaments génériques de référence sont fixés par une liste nominative déterminé par arrêté conjoint du ministre des affaires sociales et du ministre de la santé publique⁶. Ce garde fou, s'il en est,

¹ V. Conférence du Pr. A. Bousnina du 24/05/2007 « Médicament générique et exercice de la médecine », disponible sur le site de l'Association Tunisienne de Droit de la Santé : www.atds.org.tn

² Surtout si le médicament est fabriqué localement. Paradoxalement les tunisiens utilisent beaucoup des génériques importés, croyant à tort utiliser des médicaments princeps.

³ V.C. Royer-Meyer « Du droit du devoir de substitution du pharmacien dans le cadre de la prescription médicale ». RDSS, 1998, p. 471, Md.-M. Sfrar Gandoura « De la liberté de prescrire ». In CNEM, Actes du colloques international « Les conflits d'intérêts en santé » 24 et 25 septembre 2010, p. 9.

⁴ Cette réticence vis-à-vis du générique existe également en droit français. V. à titre d'exemple : L. Derepas « Le médicament générique entre maîtrise des dépenses de santé et droit de la concurrence ». RDSS, n°6, 2007, p.1060 et s.

⁵ Y compris dans les pharmacies des hôpitaux publiques. L'industrie pharmaceutique du pays jusqu'à la fin des années 90, et dont le générique constitue désormais son principal pilier, n'était pas encore très développée.

⁶ Il s'agit de l'arrêté du 15/08/2007 précité.

garanti un minimum de crédibilité au médicament générique et rassure surtout l'assuré social et le médecin.

Toutefois, l'attachement aux médicaments princeps, toujours très fort en Tunisie que ce soit chez l'assuré social ou chez le prestataire privé de soins, aboutit à une prise en charge réelle du médicament beaucoup moins importante que les taux présentés (100%, 85%, 40%)¹. Cependant, cette méthode de prise en charge du médicament sur la base du générique le moins cher constitue une économie réelle pour le système d'assurance maladie². Le principal enjeu du médicament générique est finalement la maîtrise des coûts de la santé et surtout la maîtrise des taux réels de prise en charge des médicaments par la solidarité nationale³. Le plafonnement de cette même prise en charge constitue le second enjeu de la maîtrise des coûts.

3) Un plafonnement de prise en charge dérisoire

Le plafonnement limité de la prise en charge des dépenses liées à la maladie ordinaire constitue une grande limite commune aux deux filières privées de soins. Certes ce plafonnement est nécessaire pour au moins deux raisons. Il s'agit de prévenir toute explosion des dépenses de la CNAM et de garder une capacité prospective en matière financière pour tout le système d'assurance maladie⁴.

a. Les modalités pratiques du plafonnement. C'est l'arrêté du ministre des affaires sociales du 3 juin 2008⁵ qui détermine dans son article 2 ces modalités et par conséquent, les

¹ V. supra.

² Pour mieux comprendre l'enjeu du générique nous allons prendre le cas imaginaire de la prise en charge d'un médicament essentiel à 85% : Supposons un médicament princeps X dont le prix public de vente est de 50d. Son bio équivalent Y générique figure dans la liste de l'arrêté conjoint du 15/08/2007. Son prix public de vente est de 30d. Le médecin prescrit le médicament X à un assuré social. Le pharmacien lui propose le générique Y. Deux cas de figure vont se présenter : L'assuré social accepte le médicament Y, dans ce cas le médicament coûtera 30d, 25d500 à la charge de la CNAM et 4d500 à la charge de l'assuré social. Si maintenant l'assuré social exige d'avoir le médicament X, dans ce cas le médicament coûtera 50d, 25d500 (c.a.d. 85% du générique de référence, en l'occurrence le médicament Y) à la charge de la CNAM et 24d500 à la charge de l'assuré social. L'économie réalisée ainsi par la CNAM est de 17d (85% du prix du princeps – 85% du prix du générique, c.a.d. 42d500-25d500 = 17d).

³ V. J.-J. Dupeyroux, M. Borgetto et R. Lafore, op. cit. p.545.

⁴ Le plafonnement existe dans tous les systèmes de prise en charge des dépenses de santé basé sur la répartition ; que ce système ait pour fondement la solidarité nationale ou pas. Il existe également dans tous les régimes complémentaires, la Tunisie ne faisant pas exception à ce niveau.

⁵ JORT n°45 du 03/06/2008, p. 1717. Cet arrêté a été modifié par l'arrêté du ministre des affaires sociales du 24/06/2010. JORT n°52 du 29/06/2010, p. 1802.

limites financières de la solidarité nationale pour chaque assuré social et ses ayants droit dans le cadre des deux filières privées. Cet article dispose :

« Le montant du plafond prévu par l'article 1er du présent arrêté est fixé comme suit :

- 200 dinars pour un assuré social n'ayant pas de personnes à charge,*
- 250 dinars pour un assuré social et une personne à charge,*
- 300 dinars pour un assuré social et deux personnes à charge,*
- 350 dinars pour un assuré social et trois personnes à charge,*
- 400 dinars pour un assuré social et quatre personnes à charge ou plus.*

Le montant du plafond prévu par l'alinéa 5 du paragraphe 1er du présent article est relevé de 50 dinars au titre de chaque ascendant à charge.

En sus du montant du plafond prévu par les deux premiers paragraphes du présent article, la femme enceinte bénéficie en sa qualité d'assurée sociale ou de conjoint d'assuré social de la prise en charge des frais de soins ambulatoires relatifs au suivi de la grossesse dans la limite d'un montant de 100 dinars, et ce, durant la période de la grossesse¹ ».

Quelques remarques peuvent être dégagées de la rédaction de cet article. Il s'agit d'abord d'un plafonnement progressif en fonction du nombre d'ayants droit descendant ou conjoint non assuré social. Toutefois, cette progressivité est plafonnée à son tour à quatre personnes à charge. Cela implique que pour les ayants droit descendants ou conjoint non assurés sociaux, quelque soit leur nombre, le plafond maximum de prise en charge sera toujours de 400d².

Ensuite et pour les ayants droit ascendants, le deuxième alinéa de cet article ajoute 50d par ascendant à charge, sans toutefois plafonner le nombre de personne à charge. Deux conséquences résultent de cet alinéa. L'ajout des 50d par ascendant à charge peut se faire même en cas d'atteinte de la limite supérieure de 400d³. La seconde remarque concerne la notion « d'ascendant à charge » elle même, qui n'est pas définie et par conséquent doit être

¹ Le dernier paragraphe a été ajouté par la modification de 2010 précitée.

² 1 assuré social+conjoint non assuré+3 enfants à charge→ plafond de prise en charge de 400d. 1 assuré social veuf ou divorcé+6 enfants à charge→ plafond de prise en charge de 400d également.

³ 1 assuré social+ conjoint non assuré+3 enfants à charge+ les 2 parents à charge+ une grand-mère à charge→ plafond de prise en charge de 550d.

prise dans sa généralité incluant naturellement les parents, mais aussi les grands parents et les arrières grands parents¹.

En troisième lieu, l'atteinte de ce plafond se fait de manière globale, même pour les cas où l'on ajoute 50d par ascendant à charge : un seul membre de la famille peut consommer la totalité de ce plafond, même s'il a la qualité d'ayant droit².

Enfin la dernière remarque concerne le conjoint assuré social. Contrairement à certaines interprétations³, chaque conjoint assuré social possède son propre plafond de prise en charge. Cela signifie qu'un couple marié sans enfants tous deux assurés sociaux, possèdent le même plafond de prise en charge⁴ qu'un assuré social marié à un conjoint non assuré social, avec trois enfants à charge. Toutefois les enfants à charge dans le cas où les deux parents sont des assurés sociaux doivent être rattachés en matière de plafonnement des dépenses au père uniquement.

Lorsque le plafond est atteint, les dépenses de santé seront à la charge exclusive de l'assuré social⁵. Cependant, l'article 4 de l'arrêté du 3 juin 2008 exclut de ce plafond un certain nombre de dépenses⁶.

b. Les limites du plafonnement. Deux principales limites caractérisent le plafonnement de prise en charge des dépenses de la maladie ordinaire dans le cadre du système tunisien

¹ Nous remarquons que l'arrêté ne prévoit pas le cas d'un ascendant non direct (grands-parents ou arrière grand parent) ayant droit d'un assuré social possédant un fils ou une fille qui est également un assuré social. On peut par conséquent imaginer le cas de figure suivant : 1 assuré social célibataire+2 parents à charge+4 grands-parents+ 1 arrière grand-mère à charge → plafond de prise en charge de 550 d.

² C'est souvent le cas quand l'assuré social possède un enfant en bas âge.

³ Interprétation alimentée il est vrai par une déclaration d'un responsable du ministère des affaires sociales affirmant que le plafond est familial indépendamment de la qualité d'assuré social ou pas du conjoint en mars 2008.

⁴ Si bien sûr les 2 conjoints assurés sociaux ont opté tous les deux pour l'une des deux filières privées.

⁵ Art. 3 de l'arrêté de 2008 précité. Un régime complémentaire pourra toutefois prendre le relai au régime de base.

⁶ - Les explorations par scanner, l'imagerie par résonance magnétique et la scintigraphie myocardique,
- La lithotripsie,
- La rééducation fonctionnelle et la physiothérapie,
- Les soins thermaux,
- L'hémodialyse rénale.
- Les appareillages et prothèses.

Notons que ces dépenses sont exclues y compris pour les soins effectués en dehors des cas d'hospitalisations ou d'admission en APCI.

d'assurance maladie. La première est son caractère dérisoire, la seconde son caractère insuffisamment progressif.

En ce qui concerne le montant dérisoire du plafond de prise en charge, elle résulte de la comparaison de ce plafonnement avec ce qui existe dans les systèmes étrangers. Mais elle résulte aussi en Tunisie de la comparaison du plafonnement qui existe dans les régimes complémentaires et dans certains régimes spéciaux¹. Ce montant n'a pas évolué depuis sa mise en application en 2008 et il ne prend pas en compte l'évolution des dépenses de santé² et plus généralement l'évolution de l'inflation. Sa révision périodique basée sur des paramètres objectifs (inflation, évolution des tarifs conventionnels...) serait nécessaire pour garantir l'accessibilité des deux filières privées.

En ce qui concerne la progressivité insuffisante de ce plafonnement, il faut rappeler que la progressivité telle qu'elle existe actuellement est basée uniquement sur le nombre d'ayants droit. Bien qu'il existe d'autres critères médicaux ou sociaux pour augmenter le plafond de prise en charge. Le premier d'entre eux est la condition sociale de l'assuré social. Instaurer une limite uniforme de plafonnement pour l'ensemble des assurés sociaux, quelque soit leur situation sociale³, nous semble contredire l'objectif d'équité de la réforme. Le second de ces critères est celui de la situation particulière de l'assuré social ou de l'un de ses ayants droit. Si la modification de 2010 a pris en compte la situation de la femme enceinte assurée sociale ou ayant droit d'un assuré social, en ajoutant au montant du plafond de prise en charge la somme de 100d durant toute la durée de la grossesse⁴, la situation des enfants en bas âge ou l'âge avancé d'un ascendant à charge ne sont toujours pas pris en compte dans le calcul du plafond de prise en charge des dépenses liées à la maladie ordinaire. Il faudrait donc réviser la progressivité de ce plafonnement, au moins pour les deux dernières situations⁵.

¹ A titre d'exemple, le plafonnement de la prise en charge des dépenses de santé ordinaire, dans le cadre du régime de prévoyance et de retraite des avocats précité, est le suivant : 1500d pour un avocat célibataire, 2500d pour un avocat marié avec ou sans enfants et 3750d pour un couple d'avocat marié avec enfants.

² Rappelons qu'entre temps les tarifs conventionnels des prestataires privés de soins ont été révisés.

³ Et ce en dehors de toute couverture complémentaire obligatoire à l'instar de la CMU-C française, déjà abordée supra.

⁴ Dernier alinéa à l'article 2 de l'arrêté du 03/06/2008 ajouté par l'arrêté du 24/06/2010.

⁵ Certains partenaires sociaux (l'UGTT par exemple) proposent d'instaurer un plafonnement spécial pour les enfants de moins de 2 ans et pour les ascendants âgés de plus de 80 ans.

Conclusion du Titre 1

La modulation des prestations de l'assurance maladie constitue le principal enseignement du contenu du système tunisien d'assurance maladie. Cette modulation se vérifie au niveau des bénéficiaires des prestations et au niveau du contenu de ces prestations. L'instauration de filières de prise en charge différentes et à prestations inégales accentue cette modulation. Pourtant la réforme de 2004 a pour principale raison d'être l'instauration d'un régime d'assurance maladie basé *sur les principes de solidarité et d'égalité des droits*. Nous ne sommes pas sûres que les modalités de prise en charge du système tunisien d'assurance maladie respectent cette raison d'être.

Titre 2

Pérennité menacée et protection insuffisante des prestations de la solidarité nationale

La solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé n'est pas infinie. Il faut l'entretenir, l'alimenter et la protéger. A cet égard, tout système de prise en charge des dépenses de santé, pour qu'il soit durable, dépend de deux principaux paramètres. Le premier consiste à garantir des moyens financiers suffisants par un système de financement adéquat et une politique de maîtrise des coûts efficiente. A ce niveau la réalité tunisienne ne remplit pas les conditions nécessaires pour assurer la pérennité du système d'assurance maladie (**chapitre 1**).

Le second paramètre est le niveau de protection juridique de ce système au niveau des contrôles ou au niveau du contentieux. Cette protection, si elle existe en droit tunisien d'assurance maladie (**chapitre 2**), est en réalité limitée, particulièrement au niveau du contentieux qui n'est toujours pas autonome.

Chapitre premier

Un financement adéquat et une maîtrise des dépenses de l'assurance maladie : gage de pérennité pour la solidarité nationale

L'assurance maladie et son équilibre financier constitue la plus importante question au sein de l'action médico-sociale durant ces dernières années. Mobilisant à la fois les juristes et les économistes, impliquant tous les acteurs de l'assurance maladie et de la santé publique, cette problématique concerne les deux aspects de la question à savoir le financement proprement dit et la maîtrise des dépenses.

Le financement de l'assurance maladie dans le système tunisien dépend largement du système de financement de la sécurité sociale, toutes branches confondues. Elle dépend par conséquent de la logique de financement adoptée¹, des méthodes de liquidation et de recouvrement de ce financement². Toutefois, avec la réforme de 2004 et surtout avec l'autonomisation et l'institutionnalisation de la branche d'assurance maladie, le financement de la CNAM est aujourd'hui une problématique à part dans le droit de la sécurité sociale, mais aussi dans l'économie de la santé³ (**Section 1**).

En ce qui concerne la maîtrise des dépenses du système d'assurance maladie, celle-ci constitue un répondant nécessaire à ce financement. Cette nécessité s'impose pour lutter un tant soit peu contre le cercle vicieux de l'inflation des dépenses de santé engendrant l'envolée des dépenses de l'assurance maladie. Cette envolée alimente à son tour l'inflation des dépenses de santé⁴.

¹ Nous avons déjà abordé supra qu'en Tunisie c'est le système de répartition qui constitue pour l'instant la méthode de contribution exclusive des assurés sociaux en matière de financement de la sécurité sociale en Tunisie.

² La cotisation est la principale source de financement de la sécurité sociale en Tunisie. V. A. Mouelhi, op. cit. p. 138.

³ V. R. Pellet « Les finances sociales : économie, droit et politique ». Paris, L.G.D.J. 2001.

⁴ Tous les pays du monde connaissent un phénomène d'inflation des dépenses de santé supérieure à la moyenne de l'inflation globale, particulièrement dans les pays où le 1/3 payant est très développé. V. Rapport OMS division de l'Europe : Politique de financement, un guide à l'usage des décideurs. 2008, p.1.

Cependant, la réalité de la politique tunisienne de maîtrise des dépenses de santé dans le cadre du système d'assurance maladie est décevante. Les moyens concrets de cette maîtrise font toujours défaut dans le système tunisien. La maîtrise des dépenses constitue pourtant un enjeu très important pour maintenir la prise en charge des dépenses de santé supportable pour la solidarité nationale (**Section 2**).

Section 1 : Un financement relativement autonomisé du système tunisien d'assurance maladie

La cotisation¹ constitue le mode de financement privilégié du système tunisien d'assurance maladie. Cette contribution, si elle constitue la principale ressource du système, n'en n'est pas moins exclusive. Des subventions et des ressources d'emprunt sont prévues par la loi de 2004. Cependant, ces ressources que nous qualifierons de classiques² (§1) risquent à moyen terme de ne pas suffire à couvrir les dépenses de l'assurance maladie en augmentation constante. Une réflexion sur d'autres sources de financement plus innovantes (§2) s'impose en Tunisie. C'est le seul moyen pour pérenniser la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé.

§-1 Le financement classique de l'assurance maladie tunisienne

En droit tunisien la cotisation garde dans le financement de l'assurance maladie une place prépondérante (**A**). Cependant il existe également d'autres ressources classiques moins importantes mais variées (**B**) et qui peuvent constituer un complément possible à la cotisation.

¹ La cotisation figure en tête de l'art. 14 de la loi de 2004 qui détermine les ressources de la CNAM. La cotisation se définit comme étant *une affectation directe du prélèvement au financement d'un régime ; un lien entre la contribution et une contrepartie ; ou encore un prélèvement sur les seuls revenus professionnels*. J.-J. Dupeyroux, M. Borgetto et R. Lafore, op. cit. p. 227.

² Elles sont classiques car historiquement la cotisation est le premier mode de financement des premiers systèmes de sécurité sociale, garantie par la solidarité nationale. C'est aussi la principale caractéristique des systèmes de répartition de la sécurité sociale.

A- La cotisation : principale source de financement du système tunisien d'assurance maladie

La cotisation¹ constitue la contribution financière qui doit être payée pour pouvoir bénéficier des prestations de la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé. Il s'agit d'une contribution *per capita* pour chaque assuré social sur la base de son salaire ou de son revenu. La cotisation a la nature d'un prélèvement obligatoire, à l'instar de l'impôt. Son recouvrement revêt un caractère d'ordre public. Cependant, dans la plupart des cas, l'assuré social ne supporte réellement qu'une partie de la charge de cette contribution, l'autre partie étant à la charge de son employeur. Quant aux modalités techniques de la cotisation, elles se trouvent intégrées aux mêmes modalités techniques de l'ensemble des cotisations sociales, telles que gérées par la CNSS et la CNRPS. Cela signifie qu'en matière de cotisation de la branche maladie, les caisses sociales précitées agissent pour le compte de la CNAM², ce qui porte atteinte à l'autonomisation de la branche maladie recherchée par la réforme de 2004³

1) Les taux et les cotisants au système d'assurance maladie

L'obligation de cotiser peut être basée sur deux faits : il peut s'agir d'une obligation partagée entre l'assuré social et l'employeur ou d'une obligation à la charge exclusive de l'assuré social.

Pour le premier cas de figure, il s'agit des cas où l'assuré social occupe un emploi salarié. L'article 15 de la loi 2004-71 établit dans comme règle générale un partage de charge entre l'employeur et le salarié selon les taux respectifs de 4% et 2,75% du salaire ou du revenu. Ce partage et ces taux sont devenus avec la réforme de 2004 uniforme quelque soit l'employeur⁴ et quelque soit le régime applicable¹. Cependant, dans tous les cas, c'est

¹ Sur les questions relatives à la cotisation en droit tunisien, v. a. Mouelhi, op. cit. p. 138 et s., A. Essoussi « Finances publiques ». Tunis, éditions Latrach, 2013, p. 567.

² Sur la base d'une convention liant la CNAM et les 2 caisses sociales.

³ Cette assimilation des cotisations serait naturellement logique si la CNAM était par exemple une filiale commune des 2 caisses sociales, ce qui n'est absolument pas le cas. V. le D n°2005-321 du 16/02/2005, portant organisation administrative et financière et les modalités de fonctionnement de la CNAM déjà cité.

⁴ Etat, collectivité territoriale, établissement public, personne morale ou personne physique, Etats étrangers ou entités étrangères présents en Tunisie (mission diplomatique et consulaire, représentation d'une

l'employeur qui constitue l'unique redevable de la cotisation vis-à-vis de la CNAM². Cela signifie que l'obligation de payer la cotisation revient juridiquement à l'employeur. C'est ce dernier qui subit les sanctions en cas de défaut de paiement. Cependant, si cette dissociation cotisant/redevable³ est sans conséquence immédiate pour les autres branches de la sécurité sociale ; pour l'assurance maladie, cette dissociation risque d'avoir des conséquences fâcheuses pour l'assuré social en cas de défaut de paiement⁴. Le risque étant l'arrêt des prestations de la CNAM pour l'assuré social ou ses ayants droits. La recherche d'une formule qui ne remettrait pas en cause la prestation d'assurance maladie en cas de défaut de cotisation par l'employeur serait judicieuse⁵.

Pour le second cas de figure, l'assuré social supporte intégralement la charge de la cotisation d'assurance maladie dans les deux cas de figures. Il est travailleur indépendant ou bénéficie d'une pension. Pour les travailleurs indépendants⁶, l'alinéa 2 de l'article 15 de la loi 2004-71 leur fait supporter à la totalité de la charge de la cotisation, c'est-à-dire 6,75% du revenu. Pour les titulaires d'une pension, quelque soit sa nature⁷, l'assuré sociale bénéficiaire de cette pension supporte l'intégralité de sa cotisation maladie. Cependant cette cotisation est réduite par le dernier alinéa de l'article 15 précité à 4% du montant de cette pension. Les titulaires des pensions vieillesse étaient exonérés de cotisation pour la branche maladie avant la réforme de 2004⁸.

organisation internationale ou d'organisation non gouvernementale bénéficiant d'un régime d'extra territorialité) employant des tunisiens ou autres et appliquant à ces derniers la législation sociale tunisienne.

¹ CNSS ou CNRPS.

² Vis-à-vis en réalité de la caisse sociale concernée. La cotisation maladie est intégrée à l'ensemble des autres cotisations sociales. V. infra 2).

³ A l'image de la dissociation contribuable/redevable qui existe déjà en droit fiscal pour certains impôts directs ou indirects.

⁴ Pour les autres branches de la sécurité sociale, le défaut de prestation est surmontable, car il n'a jamais un caractère urgent comme la prestation d'assurance maladie.

⁵ Informer par exemple l'assuré social en cas d'arrêt brutal du paiement de la cotisation ; prolonger le délai de grâce pour permettre à l'assuré social de trouver un terrain d'entente avec son employeur...

⁶ La liste des travailleurs indépendants pouvant bénéficier des prestations d'assurance maladie est limitée par le droit tunisien de la sécurité sociale. Il s'agit des régimes des travailleurs non salariés, des régimes agricoles et non agricoles et du régime des artistes, des créateurs et des intellectuels. V. A Mouelhi, op.cit. p. 106 et 107.

⁷ L'article 15 ne donne aucune précision ; il s'agit par conséquent de l'ensemble des pensions prévues par les régimes légaux de la sécurité sociale (pension de vieillesse, d'invalidité ou de survivant).

⁸ La cotisation maladie est devenue l'unique cotisation sociale supportée par les titulaires d'une pension vieillesse.

Les taux appliqués par le régime tunisien d'assurance maladie (6,75% et 4%) sont jugés insuffisants par une grande partie des spécialistes de l'économie de la santé, eu égard à la mutation démographique de la Tunisie¹. Un taux situé entre 9% et 13% serait le plus adapté à la situation démographique actuelle et à venir du pays², si l'on veut maintenir la cotisation comme source principale du financement du système. A défaut, il existe un grand risque pour que la Tunisie connaisse une situation d'augmentation continue du déficit de la branche maladie.

2) L'assiette, la liquidation et le recouvrement : autonomie relative par rapport à l'ensemble des cotisations sociales

L'article 15 de la loi 2004-71 détermine avec précision les taux et la population concernée par la cotisation. Il renvoie néanmoins au pouvoir réglementaire le soin de déterminer l'assiette de cette cotisation, ainsi que les modalités pratiques de sa liquidation et de son recouvrement. C'est le décret 2007-1406 du 18 juin 2007 qui fixe l'assiette de calcul des taux au titre du régime de base d'assurance maladie³. Il n'existe pas de texte spécifique pour la liquidation et le recouvrement de ces cotisations maladie et c'est la législation de droit commun qui régit le recouvrement des cotisations sociales dans le secteur public et dans le secteur privé⁴.

a. L'assiette de la cotisation d'assurance maladie. Les articles 1 et 2 du décret 2007-1406 fixent cette assiette. Pour les affiliés à la CNRPS, cette assiette est assise sur « *les éléments permanents de la rémunération soumis à retenue pour pension*⁵ ». Le décret renvoi au

¹ La décennie 2010 est celle où il est prévu que le pays achèvera complètement sa transition démographique. Cela engendrera inévitablement une augmentation de la population âgée grande consommatrice des services de santé et par conséquent une augmentation des dépenses de santé. V. Office National de la Famille et de la Population « Projection et perspective de la population : quel avenir pour la Tunisie ? » Les cercles de la population et de la santé de reproduction, 8^{ème} session 2009. Disponible sur www.onfp.tn

² Ces taux ont été proposés par des experts lors de la phase d'élaboration de la réforme dès 2003. 9% constitue le minimum pour un système équilibré ; 13% constitue le taux qui permet au système d'avoir une réserve suffisante et pouvoir par conséquent investir dans la qualité, la prévention et la recherche. V. M. CHAABANE « Le Financement de la Couverture Maladie état actuel et perspectives » in « Le financement des régimes de sécurité sociale en Tunisie ». Acte du colloque organisé par l'association tunisienne de droit social le 16/12/2003. Revue ATDS n°10 p. 48 ; S. BILEL « Rapport de Synthèse et Recommandations ». Ibid., p. 126.

³ JORT n°49 du 19/06/2007, p. 2154. Ce même décret fixe également les étapes d'application de ces taux qui se sont échelonnés du 1^{er} juillet 2007 jusqu'au 1^{er} juillet 2011 pour certaines catégories d'assurés sociaux.

⁴ La loi 60-30 du 14/12/1960 relative à l'organisation des régimes de la sécurité sociale précitée.

⁵ Art. 1 al. 1.

droit commun de la fonction publique pour déterminer ces différents éléments de la rémunération¹. Ce dispositif s'applique par conséquent à l'ensemble des agents public, mais aussi à certains salariés bénéficiant des prestations de la CNRPS, particulièrement au sein de certaines entreprises publiques².

Pour les affiliés de la CNSS, cette assiette est assise sur « *l'ensemble des salaires prime, émoluments et indemnités ou catégorie de revenu correspondante à l'activité de l'assuré social, prévu par les différents textes législatifs et réglementaires des régimes de sécurité sociale*³ ». Cependant cette disposition est valable uniquement pour les catégories d'assurés sociaux déterminées par le décret 2007-1366⁴. Pour les bénéficiaires d'une pension, l'assiette de la cotisation maladie est assise sur « *le montant brut de la pension conformément à la législation en vigueur*⁵ ».

b. Liquidation et recouvrement de la cotisation maladie. La réglementation tunisienne relative au système d'assurance maladie ne comporte pas de textes propres à la liquidation et au recouvrement de la cotisation maladie. Ce sont les textes de droit commun régissant les cotisations sociales qui s'appliquent en la matière⁶.

De ce fait, la part de la cotisation qui revient à l'assuré social est intégrée aux autres cotisations puis déduite du salaire, selon le procédé de retenue à la source. Une traçabilité

¹ V. M. Ouardi « Rémunération et carrière du fonctionnaire public en Tunisie ». Thèse de doctorat en droit, Université de Tunis El Manar, Faculté de Droit et des Sciences Politiques, 2008, p. 304 et s.

² V. A. Aouij-Mrad, « Droit des entreprises publiques », op. cit. p. 56.

³ Art.1 al. 2.

⁴ JORT n°47 du 12/06/2007, p. 1982. Ces catégories sont régies par les régimes suivants :

- Le régime des travailleurs salariés dans le secteur non agricole institué par la loi n° 60-30 du 14 décembre 1960 précité. Il s'agit de la catégorie de droit commun des salariés du privé assurés sociaux.

- Le régime de sécurité sociale dans le secteur agricole institué par la loi n° 81-6 du 12 février 1981, telle que modifiée et complétée par la loi n° 89-73 du 2 septembre 1989.

- Le régime de sécurité sociale des artistes, des créateurs et des intellectuels prévu par la loi n° 2002-104 du 30 décembre 2002.

- Le régime de sécurité sociale des travailleurs Tunisiens à l'étranger prévu par le décret n° 89-107 du 10 janvier 1989.

- Le régime des travailleurs non salariés dans le secteur agricole et non agricole prévu par le décret n° 95-1166 du 3 juillet 1995.

⁵ Art. 2 du D. n°2007-1406 précité. Notons à cet égard que les pensions autres que celle de retraites, sont soumises à d'autres cotisations sociales.

⁶ Section III du chapitre V du titre premier et titre III de la loi n°60-30 précité. Ces dispositions ont été modifiées par la loi n°2007-51 du 23/07/2007. (JORT n°60 du 27/07/2007, p.2581).

de cette déduction doit être mentionnée dans tous les documents en rapport avec le salaire (attestation de salaire, attestation de retenue à la source, bulletin de paye...).

Pour la part qui revient à l'employeur, elle est ajoutée aux autres parts des cotisations qui lui reviennent, puis déclarées à la caisse concernée selon une périodicité qui dépend du régime et de la catégorie applicables à l'assuré social. Pour les travailleurs indépendants, c'est l'assuré social lui-même qui fait cette déclaration au choix mensuellement ou trimestriellement.

Le recouvrement de la cotisation se fait par celui qui déclare la cotisation. Ce recouvrement concerne l'ensemble de la cotisation, c'est-à-dire la part qui revient à l'employeur et la part qui revient au travailleur assuré social. Ce recouvrement est par la suite reversé par la caisse concernée et dans la limite de la cotisation maladie¹ à la CNAM². Nous remarquons ainsi que l'autonomie du recouvrement de la cotisation maladie n'est vraiment réel qu'au stade du reversement à la CNAM par la caisse concernée.

B- Les autres sources de financement du système tunisien d'assurance maladie

L'article 14 de la loi n°2004-71 prévoit comme autres ressources du système d'assurance maladie les pénalités pour le non paiement des cotisations dans les délais, le revenu des placements et valorisations des fonds de la CNAM, *ainsi que les dons et legs et toutes autres ressources accordées au titre de ce régime en vertu d'un texte législatif ou réglementaire*. Si la première ressource est classique pour un prélèvement obligatoire, la seconde ressource l'est moins et constitue une intrusion de la logique d'assurance dans le financement du système.

¹ Mais aussi les cotisations relatives à la couverture des risques liés aux accidents de travail et aux maladies professionnelles, gérés par la CNAM selon l'art. 8 de la loi n°2004-71 selon la législation qui lui est antérieure.

² Les modalités pratiques de ce reversement sont fixées par une convention conclue entre la CNAM d'une part et la CNSS et la CNRPS d'autre part ; convention signée le 6 décembre 2005, non publiée.

1) Les pénalités pour le non paiement des cotisations

Ces pénalités sont prévues par l'alinéa 2 de l'article 14 de la loi 2004-71. Cependant et en matière de pénalités de retard, c'est le droit commun de la sécurité sociale qui s'applique en la matière¹ et ce, pour l'ensemble des sanctions prévues en cas de défaut ou retard de la cotisation.

L'article 105 de la loi 60-30 relative aux régimes de sécurité sociale précitée modifiée par la loi 2007-51² détermine le montant de cette pénalité. « *Toute cotisation ou fraction de cotisation, non payée à sa date d'exigibilité par un employeur affilié, est majorée d'une pénalité de retard pour non paiement des cotisations exigibles égale à 1% pour chaque mois de retard ou fraction de mois si l'employeur a volontairement déclaré la totalité des salaires payés. En cas de non-déclaration de la totalité des salaires payés à sa date d'exigibilité, s'applique en sus des pénalités de retard pour non paiement des cotisations une pénalité de retard pour non déclaration des salaires égale à 0,5% du montant des cotisations exigibles pour chaque mois de retard ou fraction de mois* ». Ces taux de 1% ou 1,5% s'appliquent, en ce qui concerne la CNAM, dans les limites de la cotisation maladie³.

Le recouvrement de ces pénalités se fait par la CNSS qui les reverse par la suite à la CNAM, selon les modalités prévues par la convention du 6 décembre 2005 précitée. L'article 107 de la loi 60-30 interdit toute remise gracieuse de ces pénalités sauf pour des motifs d'intérêt général. Le décret n°96-346 du 6 mars 1996⁴ fixe la procédure de cette remise gracieuse⁵. Dans les deux commissions la présence du PDG de la CNSS est

¹ Ces questions concernent bien entendu l'ensemble des cas où l'employeur est une personne privée. Dans le cadre du régime de la CNRPS, la question ne se pose pas car l'employeur est une personne publique ou assimilée.

² JORT n°60 du 27/07/2007, p. 2581.

³ Notons que l'art. 104 de la loi n°60-30 précitée prévoit une procédure de taxation d'office au profit de la CNSS en cas de défaut total de paiement de la cotisation. La CNSS reverse la quote part du produit de cette taxation qui revient à la CNAM en vertu de la convention du 06/12/2005 précitée. C'est une conséquence logique de l'absence d'un recouvrement propre à la CNAM.

⁴ JORT n°22 du 15/03/1996, p. 537 ; modifié par le D. n°2002-669 du 01/04/2002. JORT n°29 du 09/04/2002, p. 882.

⁵ Cette remise, qui peut être partielle ou totale, est accordée par une commission gouvernementale (Si le montant des pénalités dépassent les 20 000 d) ou administrative, mais présidée par le ministre des affaires sociales ou l'un des ses représentants (Si le montant est inférieur à 20 000d).

obligatoire mais le texte n'a pas été modifié après la réforme de l'assurance maladie en 2004 pour inclure une représentativité de la CNAM. Il s'agit pourtant d'un manque à gagner pour les finances de la caisse même si les pénalités dues pour retard ou défaut de paiement de la cotisation ne constituent pas une ressource substantielle du système tunisien d'assurance maladie. Les revenus des placements peuvent par contre être plus substantiels, à condition que la CNAM dispose des fonds nécessaires pour pouvoir valoriser ces fonds.

2) Les revenus des placements et valorisation des fonds : l'intrusion de la logique d'assurance dans le financement du système

Cette ressource est prévue par l'alinéa 3 de l'article 14 de la loi 2004-71. Il s'agit par conséquent d'une autorisation faite par le législateur au profit de la CNAM pour pouvoir investir ses fonds et les faire fructifier. C'est une manifestation supplémentaire de la logique d'assurance qui existe dans la loi du 2 août 2004. A défaut d'un texte d'application relatif à cet alinéa, ce sont les conditions de droit commun qui s'appliqueront en la matière, c'est-à-dire la législation relative à l'investissement privé commercial¹. La CNAM se transforme en un investisseur dans les mêmes conditions que n'importe quelle entreprise privée financière de placement de fonds². Ce procédé est inspiré par ailleurs des systèmes de financement des risques sociaux par capitalisation³.

Cependant, la condition principale pour pouvoir bénéficier de ces ressources est bien sûr de pouvoir disposer de réserve de fond disponible pour l'investissement. La CNAM ne peut recourir à l'emprunt pour pouvoir investir, ni recourir aux réserves des autres régimes gérés par la CNAM, c'est-à-dire les réserves du régime des accidents de travail et des maladies professionnelles ou les réserves d'un éventuel régime complémentaire⁴. Ces gardes fous limitent drastiquement la marge de manœuvre de la CNAM en matière de placement de fonds.

¹ Organisé par le code d'incitation aux investissements, promulgué par la loi n°93-120 du 27/12/1993. JORT n°99 du 28/12/1993, p. 2174. Ce texte est modifié chaque année depuis sa promulgation.

² Banque, compagnie d'assurance, SICAV, SICAR...

³ V. l'exemple des Etats-Unis, J.-J. Dupeyroux, M. Borgetto et R. Lafore, op.cit. p. 75.

⁴ L'article 14 de la loi du 02/08/2004 limite cette ressource au seuls *fonds du régime* de base. Le but recherché n'est pas la spéculation.

L'autre limite est la disponibilité de ces fonds. Si la CNAM a pu disposer au moment de sa création d'un transfert d'une partie conséquente des réserves de la CNSS et de la CNRPS¹, celles-ci ne sont pas suffisantes pour opérer des investissements pouvant engendrer des revenus conséquents. De plus elles diminuent d'année en année : en 2011 et probablement en 2012, la CNAM réalise toujours un budget légèrement équilibré², les experts de l'économie de la santé et les cadres de la CNAM estiment, qu'en l'état actuel des choses, 2014 sera une année charnière où les comptes de l'assurance maladie seront probablement pour la première fois franchement déficitaires³. Le puisement dans les réserves sera alors inévitable, d'où l'importance d'optimiser les autres ressources disponibles du système tunisien d'assurance maladie.

3) Les autres ressources du système

Ces ressources sont prévues par le quatrième alinéa de l'article 14 de la loi 2004-71, selon une formulation classique mais qui demeure lacunaire de « *dons et legs et toutes autres ressources accordées au titre de ce régime en vertu d'un texte législatif ou réglementaire* ». Ces autres ressources peuvent être divisées en deux catégories : celle prévues par le quatrième alinéa de l'article 14 de la loi du 2 août 2004 et celles non prévues par ce même alinéa.

En ce qui concerne la première catégorie, à savoir les dons et legs, il s'agit d'une catégorie de ressources communes à l'ensemble des établissements publics et des entreprises publiques tunisiennes⁴. C'est l'une des concrétisations de l'autonomie financière et de l'indépendance du patrimoine de l'établissement public⁵ par rapport au patrimoine de l'Etat. Un don est « une action qui consiste à donner sans contre partie un bien ou une somme d'argent ». L'auteur du don peut être une personne physique ou une personne morale. Généralement, un don engendre un effet immédiat de la jouissance de

¹ En vertu de l'art. 10 de la loi n°2004-71. Ce transfert s'est opéré par un arrêté conjoint des ministres des affaires sociales, des finances et des domaines de l'Etat. Cependant cet arrêté n'a pas été publié au JORT.

² Le budget de 2011 est le suivant : 1460 millions de dinars de dépenses pour 1458 millions de dinars de recette. V. Annexe II.

³ V. l'interview donnée par le responsable de la communication et des relations avec les citoyens au sein de la CNAM donné au journal « La Presse » le 23/04/2012.

⁴ V. A. Aouij Mrad, op. cit., p. 65.

⁵ Dont fait partie la CNAM.

bien donné pour le bénéficiaire¹. Un legs signifie « donner par testament ou par un autre acte de dernière volonté, un bien ou une somme d'argent² ». La jouissance du bien est différée après le décès de celui qui a fait un legs. C'est pour cette raison que l'auteur d'un legs ne peut être qu'une personne physique. Les dons et legs ont toujours constitué des ressources dérisoires pour les personnes publiques³. La CNAM semble ne pas échapper à l'avarie de cette ressource⁴.

En ce qui concerne la deuxième catégorie de ressources, explicitement non mentionnée par le quatrième alinéa de l'article 14 de la loi 2004-71, il s'agit essentiellement des aides de l'Etat et des ressources d'emprunt ; ce même alinéa imposant à ce que la ressource non mentionnée soit prévue par un texte législatif ou réglementaire en vigueur⁵.

Concernant les aides de l'Etat à l'instar de l'ensemble des établissements et entreprises publiques, la CNAM peut bénéficier d'une aide en capital ou d'une aide au niveau de sa trésorerie⁶. Pour le premier cas, étant une entreprise publique ayant la forme d'un EPNA, la CNAM ne peut prétendre qu'au bénéfice d'une dotation en capital⁷. Pour le deuxième cas, la CNAM peut bénéficier d'un certain nombre d'aides sous forme de subventions diverses. Il s'agit d'abord des subventions d'exploitation qui sont accordées en contre partie d'obligations imposées par la tutelle et ayant une incidence financière négative⁸. Les subventions d'exploitation peuvent également être accordées en cas d'obligation de service public⁹. Il s'agit ensuite des subventions d'équilibre qui peuvent être accordées pour corriger une situation de déficit des comptes¹⁰. La solidarité nationale

¹ V. dictionnaire Littré.

² Ibid.

³ C'est un phénomène mondial. Seuls les établissements culturels et scientifiques bénéficient dans certains pays de substantiels dons ou legs.

⁴ Il n'existe pas en Tunisie d'incitation juridique ou financière ni de publicité suffisante pour encourager la population à faire des dons ou des legs au profit des personnes publiques. C'est une question qui dépend également du niveau de vie global de la population, mais qui dépend également d'un certain civisme....

⁵ L'art. 14, alinéa 4 dispose : *les dons et legs et toutes autres ressources accordées au titre de ce régime en vertu d'un texte législatif ou réglementaire*

⁶ Pour les aides de l'Etat au profit des Entreprises Publiques en Tunisie, v. A. Aouij-Mrad, op. cit., p. 64.

⁷ Ibid.

⁸ Manque à gagner ou déficit.

⁹ Dans ce cadre par exemple la CNAM peut bénéficier de subventions d'exploitation pour financer des campagnes de prévention sanitaire.

¹⁰ Conjoncture économique difficile, mauvaise gestion...

est par conséquent doublement sollicitée pour le financement du système, puisque c'est le contribuable qui rétablit l'équilibre financier. Il s'agit enfin des subventions d'investissements pouvant être accordées pour permettre à la CNAM d'opérer des investissements lorsque ses propres ressources ne suffisent pas à le faire.

Plus généralement, la CNAM et à l'instar de l'ensemble des Etablissements et Entreprises publiques tunisienne, reçoit d'autres aides de l'Etat plus indirectes sous forme de biens et d'un personnel mis à la disposition de la CNAM¹. Ces aides, si elles demeurent confinées dans une proportion modeste ne peuvent qu'être utiles pour la CNAM. Une ampleur plus importante de ces aides risque par contre de porter atteinte à l'autonomie du système et de la caisse.

Concernant les emprunts, le système tunisien d'assurance maladie n'est pas encore concerné par cette ressource. A cet égard l'alinéa 3 de l'article 14 interdit implicitement à la CNAM le recours à l'emprunt dans un but spéculatif. Cependant, si rien n'est fait dans les quelques années à venir pour améliorer le financement du système, les ressources d'emprunts risquent de constituer une solution de facilité, reportant aux générations futures le soin de trouver des alternatives innovantes en matière du financement des dépenses de santé par la solidarité nationale. Ces alternatives existent.

§-2 Des moyens de financement innovants : les ressources probables de l'assurance maladie dans un futur proche ?

L'exploration des modalités de financements innovantes qui existent dans les grands systèmes de prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale tournent autour de trois grands axes. Le premier est en rapport avec la cotisation elle-même **(A)**. Cette cotisation dans les grands systèmes d'assurance maladie est désormais dissociée des autres cotisations sociales, avec une assiette plus étendue et une population concernée plus large. Le deuxième axe tourne autour de la solidarité nationale. Le renforcement de la logique de solidarité en matière de financement aboutit inéluctablement à la fiscalisation totale ou partielle de ce financement **(B)**. Le troisième axe tourne autour de certains prélèvements pouvant être affectés directement au système d'assurance maladie **(C)**. Le

¹ Pour les biens d'affectation en droit tunisien des entreprises publiques V. A. Aouij-Mrad, op. cit. p. 73.

but de cette innovation est double : maintenir un équilibre des comptes du système d'assurance maladie et améliorer les prestations du système particulièrement au niveau du panier de prise en charge, surtout au niveau du plafonnement de cette même prise en charge dans les deux filières privées.

A- L'innovation en matière de cotisation

La cotisation doit rester la principale source de financement du système d'assurance maladie car elle constitue l'expression même de la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé. Elle doit se limiter à des proportions économiquement acceptables¹. A cet égard, le renforcement de l'autonomisation de ce prélèvement par rapport aux autres cotisations sociales doit être poursuivi, tout en envisageant un élargissement de l'assiette de cette cotisation, mais aussi de la population concernée par ce prélèvement.

1) Elargir la population cotisante

L'une des grandes faiblesses du système tunisien d'assurance maladie est la concordance entre l'affiliation à la CNAM et l'affiliation à l'une des deux caisses sociales (CNSS² ou CNRPS). Cet état de fait réduit sensiblement la population cotisante au système d'assurance maladie. L'ouverture de l'affiliation à la CNAM à l'ensemble des assurés sociaux en incluant les étudiants notamment; puis à l'ensemble des travailleurs et notamment les professions libérale, engendrera une augmentation automatique du nombre des cotisants et, par conséquent, une amélioration sensible du produit de la cotisation.

Il existe d'autres pistes pour augmenter ce nombre à travers l'élargissement par exemple de la possibilité d'affiliation des personnes morales à la CNAM³. En plus de la cotisation maladie que paye la personne morale en tant qu'employeur, elle pourrait payer

¹ Un pays comme la Tunisie dans un environnement international très concurrentiel ne peut se permettre d'avoir une pression obligatoire élevée que ce soit au niveau fiscal ou au niveau des prélèvements sociaux.

² Notons que, en ce qui concerne la CNSS, il ne s'agit pas d'une affiliation automatique à la CNAM pour l'ensemble des régimes légaux (ex : les étudiants).

³ Cette hypothèse ne peut être envisagée qu'en dissociant l'affiliation à la CNAM et l'affiliation aux autres caisses sociales.

une cotisation, assise sur le chiffre d'affaires selon un taux modique qui leur serait spécifique. Cependant pour ne pas aggraver la pression liée au prélèvement sur les entreprises, il serait préférable que le produit de cette cotisation spécifique soit dans tous les cas plafonné. Ce même dispositif pourra s'étendre à la personne physique employeur mais non affiliée à un régime légal de la sécurité sociale. En contre partie la CNAM pourra mener des actions socio-sanitaires au sein de l'entreprise. Des travailleurs en bonne santé est en quelque sorte la contrepartie positive pour les employeurs.

La dernière piste concerne la situation des personnes actives au chômage. Une lutte efficace contre ce fléau engendre une augmentation automatique du nombre des cotisants à l'assurance maladie. La création d'une branche « assurance chômage » pour les actifs ayant perdu leurs emplois au sein de la sécurité sociale et dont les indemnités seront soumises à la cotisation maladie engendrera par ailleurs, une amélioration du produit de cette cotisation en plus d'un élargissement de la solidarité nationale en matière sanitaire à certaines catégories de chômeurs.

Toute solution ou processus pouvant engendrer une augmentation du nombre des personnes cotisant pour l'assurance maladie ne peut être que bénéfique pour le système et de manière plus générale pour la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses sanitaires. Cette augmentation doit être accompagnée d'une réflexion sur les possibilités d'élargir l'assiette de la cotisation.

2) Elargir l'assiette de la cotisation¹

La cotisation maladie, telle qu'appliquée actuellement dans le système tunisien, offre une certaine marge de manœuvre au niveau de son assiette. Rappelons que ce prélèvement est assis sur la rémunération du travail de l'assuré social, c'est-à-dire essentiellement sur son salaire brut². Cette assiette nous semble aisément extensible sur deux niveaux.

¹ V. D. Hennebelle-Gianquinto, « L'évolution de l'assiette des cotisations ». in « La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale ». Ouvrage collectif précité, p.75 et s., J.J. Dupeyroux, M. Borgetto et R. Lafore, op. cit. p. 229.

² Exception faite de certains travailleurs indépendants et des titulaires de pensions.

Le premier niveau concerne l'assuré social lui-même. Pour les plus modestes d'entre eux, le maintien de l'assiette actuelle de cotisation est une évidence. Cependant nous estimons qu'il est impératif de créer un seuil de revenu global de l'assuré social à partir duquel l'assiette de la cotisation maladie sera élargie aux revenus autres que ceux du travail¹. Cet élargissement peut également concerner chaque rémunération ou indemnité ayant un caractère exceptionnel que percevra un assuré social dans le cadre de son travail². Dans le même cadre, l'idée d'élargir la cotisation maladie à tout revenu de remplacement³ ou d'indemnisation⁴ devrait faire l'objet d'une réflexion profonde.

Le second niveau concerne la cotisation patronale. Dans le mode actuel de répartition de la cotisation, c'est l'employeur qui supporte la charge la plus importante⁵. Mais il existe une marge à ce niveau en comparaison avec les grands systèmes étrangers. Le taux de 4% est largement inférieur à la moyenne mondiale⁶. La création d'une cotisation spéciale entreprise ou employeur, comme nous l'avons déjà indiqué, serait une piste à explorer. Toutefois cet élargissement d'assiette ne doit jamais entraver l'investissement pour l'entreprise⁷ ou affecter lourdement le pouvoir d'achat pour l'assuré social. A défaut, la recherche d'autres sources de financement substantielles sont inévitables. Une fiscalité affectée au financement du risque maladie⁸ constitue une piste explorée au sein de certains systèmes à l'étranger. Le recours à une fiscalité sociale indirecte peut aussi être intéressant pour le financement du système tunisien d'assurance maladie.

B- Un financement par l'impôt ?

La fiscalisation du financement de l'assurance maladie (et de la sécurité sociale en général) constitue l'aboutissement de l'implication de la solidarité nationale dans la prise

¹ Ex. : les revenus financiers, les revenus du patrimoine.

² Primes, gratification exceptionnelle ; toute indemnité y compris l'indemnité de licenciement.

³ Indemnité de congé maladie, indemnité de maladie, revenu de remplacement éventuellement servi par les régimes complémentaires.

⁴ Rentes viagère par exemple.

⁵ 4% contre 2,75% pour le salarié. Art. 15 de la loi 2004-71.

⁶ Elle est de 13,10 % dans le régime français, v. B. Platel « La réforme du financement de l'assurance maladie ». LPA, 03/03/2005 p. 27. Elle est en revanche de 4,17% au Maroc.

⁷ Sur l'impact économique négatif d'un élargissement d'assiette de la cotisation sociale patronale, v. G. Huteau, op. cit. p. 135 et s.

⁸ Mais aussi et éventuellement les autres branches de la sécurité sociale.

en charge des dépenses de santé. Cette fiscalisation garantirait en outre une certaine stabilité au niveau du rendement et de la régularité du financement¹. Elle peut être envisagée comme moyen de lutte contre les déficits et, sous cet angle, elle ne remplace pas la cotisation. Mais c'est en tant que remplacement de la cotisation, dans un but d'alléger les charges qui pèsent sur les salaires que la fiscalisation du financement de l'assurance maladie a été envisagée dans certains pays. Il s'agit d'un angle strictement économique, le but étant d'apporter plus de dynamisme et de compétitivité aux activités des entreprises. En Tunisie, il n'existe pas pour l'instant un financement fiscalisé de l'assurance maladie, ni d'ailleurs au profit des autres branches de la sécurité sociale. Sa mise en place apparaît juridiquement et économiquement compliquée au niveau de la fiscalité directe ou de la fiscalité indirecte.

1) De l'opportunité en Tunisie d'un impôt direct affecté

Il n'existe pas en 2012 une situation de déficit social insurmontable². L'instauration d'un nouvel impôt direct supplémentaire n'est donc pas opportune d'un point de vue économique et social pour l'instant³. Sur un autre plan, la définition théorique de l'impôt interdit a priori toute affectation⁴. Quant au droit fiscal tunisien, s'il est silencieux sur la question d'une imposition générale directe et affectée⁵, il semble être explicitement réticent à l'idée d'une telle imposition. Il n'existe pour l'heure aucun exemple récent. Le recours aux exemples étrangers et particulièrement français peut être intéressant pour comprendre la possibilité de financer un système d'assurance maladie (et d'assurance sociale de manière plus générale) par l'impôt.

¹ D'un point de vue théorique, un prélèvement social est beaucoup plus dépendant d'une conjoncture économique qu'un prélèvement fiscal notamment la TVA.

² Certes les 3 caisses sociales connaissent des difficultés (surtout la CNRPS déficitaire de 80 millions de dinars en 2011). Mais cette situation est de loin moins grave que dans les pays étrangers, particulièrement ceux ayant achevé leurs transitions démographiques depuis plusieurs années.

³ Dans le contexte transitoire et post révolutionnaire que connaît le pays depuis le début de 2011, la priorité est à l'allègement des charges, particulièrement pour les entreprises.

⁴ La définition la plus admise de l'impôt, inspirée par celle donnée par G. Jèze en 1927 insiste sur le caractère de *prélèvement requis des particuliers par voie d'autorité, à titre définitif et sans contrepartie, en vertu de la loi, en vue de la couverture des charges publiques*. V. H. Ayadi, « Droit fiscal ». Tunis, CREA, 1989, p.83.

⁵ L'ancienne Constitution de 1959, les textes d'organisation provisoire des pouvoirs publics de 2011 précités ; ainsi que les grands textes du droit fiscal tunisien et notamment le CIRPPIS n'interdisent pas explicitement la possibilité d'avoir un impôt général affecté en droit tunisien. Cependant, il existe quelques taxes et redevances de nature fiscale affectée en droit tunisien.

Depuis 1990 il existe en France deux types d'impositions directes affectées au financement des différents régimes d'assurance maladie : la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS).

La CSG a été instituée en droit français à la suite de l'aggravation des déficits des différents régimes de la sécurité sociale. L'assiette de la CSG est large, puisqu'elle concerne les revenus d'activité et de remplacement (indemnité chômage, indemnité maladie...), mais aussi les revenus du patrimoine et les produits de placement¹. Elle s'applique également aux revenus tirés des jeux. L'affectation de la CSG se fait selon un taux situé entre 3,95 % pour les revenus les plus modestes et 7,25 % pour les revenus des jeux² et elle n'est que partiellement déductible des autres impôts généraux.

La CRDS a été instituée en 1996 et son affectation est encore plus poussée, puisque l'objet principal de cet impôt est la participation à la réduction de la dette des caisses sociales³. Le taux de la CRDS est fixé à 0,5 % quel que soit le revenu concerné⁴. La CRDS n'est pas déductible de l'assiette des autres impôts.

¹ La nature juridique de la CSG a fait en France l'objet d'une controverse doctrinale et jurisprudentielle. Pour la majorité de la doctrine, la CSG est distincte des cotisations sociales pour la raison essentielle que son paiement n'ouvre pas droit à affiliation aux régimes sociaux ni à prestations sociales. Pour le Conseil constitutionnel français, elle relève des impositions de toutes natures régies par l'article 34 de la Constitution française. (Décision no 90-285 DC du 28 décembre 1990). Ce point de vue est aussi partagé par la CE (CE, 4 novembre 1996, Association de défense des sociétés de course des hippodromes de province et autres décision n° 177162)) et la Cour de Cassation française (Cass. 25 mars 1998, no 95-45.198, Bull. civ. , no 175). Cependant, la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE), statuant sur le régime de la contribution assise sur les revenus d'activité, considérait qu' « *étant affectée exclusivement au financement du système de sécurité sociale et s'étant pour partie au moins substituée à des cotisations assises sur les revenus d'activité, elle revêtait le caractère de cotisations sociales au regard de la législation communautaire* » (CJCE, Plén., 15 février 2000, Commission c/ France, aff. C-169/98 et C-34/98, Rec. CJCE, p. I-973 et I-1052). Mais la CJCE, dans un arrêt du 3 avril 2008, affaire C-103/06 Deroin c/ Urssaf de Paris a effectué un revirement, et a considéré que *la CSG (...) pouvait rentrer dans la catégorie des impôts de toutes natures, et donc soumise à un régime fiscal*.

² En 2011, les taux globaux de la CSG représentent 7,5 % des revenus d'activité, 6,2 % des revenus du chômage et 6,6 % des retraites (3,8 % pour les personnes dont le revenu de référence est inférieur à 9876 € - tandis que les pensions perçues par les foyers non imposables sont exonérées) ; 8,2 % des revenus du patrimoine et de placement ; 9,5 % des revenus des jeux.

³ La CSG est un financement global. A cet égard une caisse d'amortissement à la dette sociale (CADES) a été créée parallèlement à la création de la CRDS. Cette caisse et cet impôt étaient à l'origine provisoires (la fin initiale était prévu pour le 31/01/2009). Cependant l'aggravation continue des déficits sociaux ont reporté cette fin pour le 31/01/2021 en vertu d'une loi votée en 2005, mais qui interdit toute prolongation de la CRDS et de la CADES au de-là de l'année 2021.

⁴ Revenu d'activité, de remplacement, du patrimoine, de placement mais aussi de ventes de métaux, d'objets précieux, de bijoux, d'objets d'art ou de collection et sur les jeux de hasard.

En 2011, le produit cumulé de la CSG et de la CRDS constitue la première imposition directe française devant l'impôt sur les sociétés¹. Il s'agit du principal enseignement de l'expérience française de financement de la sécurité sociale et particulièrement de la branche maladie par une imposition directe affectée. Quant à l'imposition indirecte quelques pays ont franchis le pas en ce sens mais financer l'assurance maladie par une partie du produit de la TVA constitue un sujet de réflexion profonde dans la majorité des pays du monde. La réflexion est encore à ses débuts dans le cas tunisien.

2) Une TVA sociale à la mise en œuvre difficile

La TVA sociale se définit comme l'affectation d'une partie du produit de la TVA au financement d'une partie ou de l'ensemble des régimes de la sécurité sociale. L'idée d'instaurer une TVA sociale découle du fait que la cotisation sociale renchérit artificiellement le coût du travail. Par conséquent, une TVA sociale a pour principale vocation à se substituer à la cotisation. Le but est de rendre plus compétitives les entreprises en réduisant leurs charges salariales et donc abaisser le prix hors taxe des marchandises ou services commercialisés². Il s'agit de remplacer un coût de production par une taxe sur la consommation en matière de financement de l'assurance maladie. D'après les économistes qui défendent l'idée d'une TVA sociale, l'effet sur l'inflation est nul voire bénéfique. Cette TVA sociale aura pour second effet positif d'encourager la consommation des produits locaux³.

¹ 48 milliards d'euro pour l'impôt sur le revenu et 88 milliards d'euro pour la CSG en 2009. V. J.-J. Dupeyroux, M. Borgetto et F. Lafore, op. cit. p. 236.

² La deuxième raison inavouée mais qui est une conséquence automatique de la TVA sociale est de renchérisser les produits importés, puisque ces produits seront soumis à cette TVA sociale et pour la majorité des pays, ces marchandises seront toujours grevées par des charges sociales plus ou moins lourdes. V. rapport d'information n°52 au sénat, 2004. Disponible sur www.senat.fr

³ Les économistes présentent souvent la démonstration suivante : Un produit HT de 100d sera vendu au consommateur final 118d (TVA à 18%). La suppression de la cotisation maladie à 6,75% (et de l'ensemble des autres cotisations sociales) peut être répercuté à 5% sur le produit de 100d et coûter par conséquent en HT 95d. Ce produit sera vendu avec une TVA sociale de 22% (Taux normal de 18%+4% affectée à la sécurité sociale) 115d900. En contre partie, le produit importé coûtant en HT 100d et vendu actuellement 118d sera vendu 122d avec une TVA sociale à 22%.

Le Danemark constitue l'exemple pionnier en la matière de la TVA sociale puisqu'elle y a été instituée entre 1987 et 1989¹. La TVA dans ce pays est de 25% dont 3% affecté aux différents régimes de la sécurité sociale et 2% pour l'assurance maladie. D'autres pays suivront l'exemple danois avec plus ou moins de succès. C'est particulièrement le cas de l'Allemagne où la TVA est passée de 16% à 19% le premier janvier 2007, dont 1% affecté à la protection sociale². Pour la France³ la réflexion est toujours en cours, mais l'instauration d'une TVA sociale semble inévitable.

Pour le cas tunisien, la question de la TVA sociale est plus complexe pour plusieurs raisons. D'abord, le coût du travail est faiblement répercuté sur le prix d'un produit fabriqué en Tunisie à cause de la faiblesse des salaires. Une réduction ou une suppression des charges sociales grevant le coût du travail aurait par conséquent un impact faible sur la compétitivité de l'économie tunisienne⁴.

Ensuite, l'expérience passée de baisse des charges des prélèvements obligatoires en Tunisie démontre que les entreprises ne répercutent pas cette baisse au niveau du prix de vente. La baisse des taux opérée à la suite des grandes réformes fiscales de 1988/1989⁵ n'a pas engendré une amélioration notable de la compétitivité de l'économie tunisienne. De même la prise en charge des cotisations patronales par l'Etat dans certains cas déterminés par la loi⁶ ne donne pas une compétitivité particulière à l'entreprise bénéficiaire. Or la

¹ Les spécialistes du droit social et de l'économie de la santé parle aujourd'hui de « model danois » en matière de TVA sociale. D'une part, le passage à une TVA sociale n'a pas engendré une inflation particulière pour ce pays, d'autre part les prévisions d'abaissement des produits locaux contre un renchérissement des produits importés se sont vérifiées pour ce pays. Enfin et c'est le plus important, le Danemark est l'un des rares pays de l'union européenne où les comptes de l'assurance maladie sont en équilibre. V. Ph. Marini « Les prélèvements obligatoires et leurs évolutions » Rapport d'information du sénat français n°55 disponible sur www.senat.fr.

² Contrairement au Danemark, la TVA sociale en Allemagne ne remplace pas totalement la cotisation. Seul un pourcentage de la cotisation patronale a été supprimé. Paradoxalement, si cette TVA a eu un effet relativement positif sur la compétitivité des produits allemands, cette TVA sociale a fait rebondir l'inflation à 1,17% en 2007 contre 0,92% en 2006.

³ La question de la TVA sociale a été un grand thème de campagne pour l'élection présidentielle française de 2012.

⁴ C'est justement la faiblesse du coût de ce travail qui constitue pour l'instant le principal élément de la compétitivité tunisienne. S'il y a encore une marge pour l'améliorer, ce n'est pas en baissant les charges mais plutôt en améliorant la productivité.

⁵ Code de la TVA en 1988 et Code IRPP-IS en 1989.

⁶ Prise en charge généralement accordée pour une période provisoire. Ex. Investissements des jeunes prometteurs, investissement étranger, investissement dans certaines zones du territoire national. V. code tunisien d'incitation aux investissements et ensemble de ses textes d'application. La priorité à travers cette

condition du succès d'une TVA sociale est conditionnée par une répercussion de la suppression ou de la baisse de la cotisation sur le prix hors taxes du produit. Enfin le même obstacle théorique sur la possibilité d'avoir un impôt affecté existe également en matière de TVA sociale.

La recherche d'autres sources de financement de l'assurance maladie serait peut être plus adaptée à la réalité économique et sociale du pays.

C- Les autres ressources possibles

Il existe une multitude de pistes nouvelles de financement de l'assurance maladie, certaines étant concrétisées à l'étranger.

Il y a d'abord les taxes spéciales affectées au système d'assurance maladie, particulièrement les taxes concernant les produits ou activités réputés dangereux pour la santé humaine, qui constituent une source principale des dépenses de la CNAM. La plupart de ces taxes existent déjà en Tunisie. Un relèvement des taux et leur affectation au profit de l'assurance maladie constituerait une marge intéressante au profit de la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé. Nous citerons particulièrement les taxes sur le tabac¹, sur les alcools² et celle touchant la circulation routières³. D'autres taxes peuvent aussi être créées, notamment sur les produits chimiques⁴.

Il y a ensuite la possibilité de faire participer les prestataires privés de soins au financement de l'assurance maladie⁵ qui doit être systématique et progressive selon le prestataire. Elle peut prendre la forme d'une taxe spéciale sur le chiffre d'affaires ou sur le

prise en charge est d'abord de lutter contre le chômage et ensuite de développer les régions intérieures du pays. Les questions de compétitivité ou de financement de la sécurité sociale viennent en second.

¹ Actuellement, les taux des droits de consommation concernant le tabac se situent entre 40% pour le tabac brut et 135% pour les cigares et les cigarettes. V. tableau annexé à la loi n°88-62 du 02/06/1988, portant refonte de la réglementation relative au droit de consommation. JORT n° 39 du 10/06/1988, p. 847.

² Les taux actuels peuvent toutefois atteindre les 683%. V. tableau de la loi 88-62 précitée.

³ La vignette automobile a été instituée par l'art. 19 du décret sur les ressources fiscales du 31/03/1955. JOT du 01/04/1955, p.487. Cette taxe a été modifiée par plusieurs lois de finances particulièrement celles se rapportant aux exercices 1962, 1984, 2000 et 2008.

⁴ Notamment les produits renferment des substances réputées comme cancérogènes. (Certains colorant, certains conservateurs, certains produits d'entretien...)

⁵ Il faut rappeler que ces prestataires sont les principaux bénéficiaires de la réforme du 02/08/2004.

bénéfice ou celle d'une redevance annuelle payée à la CNAM en contre partie du conventionnement individuel. Le même procédé peut être également appliqué à l'encontre des industriels des produits de santé. En droit français, il existe une taxe spéciale sur la publicité pharmaceutique affectée. De même les entreprises pharmaceutiques, ainsi que les grossistes en médicaments payent une contribution affectée à l'assurance maladie.

D'autres pistes plus originales consisterait à instaurer un « plancher minimum de charge sociale », sur un certain nombre de biens dont les charges salariales sont faibles, soit parce qu'ils sont importés de pays à bas salaires ou à faibles charges salariales, soit parce qu'ils sont fabriqués selon un procédé industriel limitant ou annulant la charge salariale (la robotisation par exemple). Concrètement, cela signifie que tout bien vendu doit comporter dans son prix de vente un minimum de répercussion de cotisation sociale calculé sur la base de la moyenne des charges sociales sur la vente de l'ensemble des produits du pays. Si le prix du produit vendu comporte une répercussion des cotisations salariales au deçà de ce minimum, la différence devrait être payée aux organismes de sécurité sociale sous forme d'une cotisation salariale fictive¹. La mise en œuvre technique de ce procédé de financement est complexe.

Enfin dans le contexte tunisien, il existe une réserve de prélèvement qui n'a jamais été utilisée : c'est la taxation du patrimoine. Cette réserve de prélèvements, particulièrement en ce qui concerne les grandes fortunes devrait être réservées au financement de la sécurité sociale et particulièrement à l'assurance maladie. La solidarité nationale y trouverait un sens. Cette recherche de moyens de financement innovants du système d'assurance maladie ne doit pas faire diminuer les efforts menés pour maîtriser les dépenses de l'assurance maladie et les dépenses de santé de manière générale.

Section 2 : La difficile maîtrise des dépenses de l'assurance maladie

La recherche des moyens de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie constitue le second volet pour pérenniser leur prise en charge par la solidarité nationale. Il s'agit du second plateau équilibrant le système d'assurance maladie. Cette nécessité de maîtrise des

¹ V. Une proposition de loi française a été déposée sans succès en France.

dépenses découle d'un constat observable partout dans le monde qui est l'accélération des dépenses d'une manière supérieure à l'accélération des ressources de la solidarité nationale¹. Le résultat en est une augmentation plus rapide de la part supportée par les ménages dans le financement des dépenses de santé. A terme, c'est l'équité du système de santé qui est menacée où une surcharge insurmontable pour la solidarité nationale serait inévitable². Jusqu'à la réforme de 2004, il n'existait pas dans l'ancien système d'assurance maladie, une stratégie globale, affirmée juridiquement, de maîtrise des dépenses de santé³. Avec la loi 2004-71, celle-ci est désormais une contrainte institutionnalisée. Cependant cette contrainte demeure en pratique, peu concrétisée (§1). Toutefois, et comme pour le financement, il existe dans le cadre du système tunisien des marges de manœuvres inexplorées pour mieux maîtriser les dépenses (§2) et pérenniser la solidarité nationale.

§-1 Une exigence mal concrétisée

La maîtrise des dépenses constitue l'un des objectifs primordiaux de la réforme du système tunisien d'assurance maladie de 2004. Pourtant si la loi et un certain nombre de ses textes d'application le réaffirment explicitement (A), la concrétisation de cette volonté demeure en 2012 encore douteuse (B) que ce soit au niveau institutionnel ou au niveau des mesures de maîtrise des dépenses.

A- Une exigence législative

Cette exigence se vérifie doublement : au niveau des textes et au niveau des structures institutionnelles en charge de la gestion du système tunisien d'assurance

¹ Etat et caisses sociales. Pour une analyse sommaire de la situation des principaux pays du monde v. J.-J. Dupeyrou, M. Borgetto et R. Lafore, op. cit., p. 67 et s. Pour les auteurs ce n'est pas en soit l'augmentation des dépenses qui est choquante, c'est l'absence de corrélation entre cette augmentation et l'amélioration des principaux indicateurs de santé qui inquiète. Ex. donné par les auteurs : les dépenses de santé par habitant aux Etats-Unis sont trois fois supérieures à ceux de la Grande Bretagne avec un résultat sur la santé globale de la population quasiment identique.

² Toutefois certains auteurs estiment que l'augmentation des dépenses de santé est une donnée inévitable voire salubre pour améliorer la situation sanitaire globale de la population. V. B. Dormont « Les dépenses de santé, une augmentation salubre ? ». Collection du centre de la recherche économique et ses applications. Paris, éditions rue d'Ulm, école normale supérieure, 2009 p.11 et p. 69.

³ La question était plus traitée d'un point de vue économique et budgétaire que d'un point de vue juridique. Aucun mécanisme juridique contraignant n'imposait cette maîtrise des dépenses de santé, que ce soit dans le cadre de la CNSS ou dans le cadre de la CNRPS.

maladie. Toutefois, cette exigence ne semble pas avoir une force normative suffisante pour amorcer une véritable stratégie globale et efficace de maîtrise des dépenses de santé.

1) Les manifestations de cette exigence

La maîtrise des dépenses de santé a été mentionnée dès l'établissement des grands principes de la réforme en 1996. Elle constitue l'un des grands standards de la réforme¹ de l'assurance maladie dans le monde. La loi 2004-71 a concrétisé cette exigence dans le cadre de trois thématiques différentes mais révélatrices : le conventionnement médical, le contrôle médical et la concertation au sein du conseil national de l'assurance maladie.

Concernant la maîtrise des dépenses dans le cadre du conventionnement, l'article 11 alinéa 3 dispose que les conventions déterminent « *Les outils de maîtrise des dépenses de santé* ». Nous remarquons que cet article ne détermine pas de quelles conventions il s'agit et nous pouvons en déduire que l'ensemble des conventions sont concernées par la question de maîtrise des dépenses. En ce sens, le décret 2005-3154² rappelle cet impératif de maîtrise des dépenses de santé dans le processus conventionnel³. Cependant, c'est essentiellement dans le cadre du conventionnement sectoriel que cet impératif trouve sa consécration, la convention cadre rappelant cet impératif dans son préambule. A titre d'exemple la convention sectorielle des médecins de libre pratique rappelle cet impératif dans le préambule de la convention sectorielle en des termes généraux. L'article 48 de la même convention dispose par ailleurs qu' « *Etant partenaire au processus de qualité et de maîtrise du coût des soins, le médecin et la caisse œuvrent à la réalisation des objectifs fixés à ce titre par les instances conventionnelles ou réglementaires* ». De ce fait le conventionnement individuel constitue pour le prestataire de soins de libre pratique un engagement à participer à l'effort collectif d'équilibre des comptes de la CNAM et de maîtrise des dépenses de santé.

¹ V. D. Tabuteau « Assurance maladie : les « standards » de la réforme », op. cit.

² Portant détermination des modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les prestataires de soins déjà cité.

³ Article 10 al. 6 du D. n°2005-3154.

Concernant la maîtrise des dépenses dans le cadre du contrôle médical, l'article 17 de la loi 2004-71 assigne à ce contrôle une mission de *suivi de l'évolution des dépenses de santé*. Cependant dans l'énumération des prérogatives des médecins conseil ou médecins dentistes conseil, de l'article 18 de la même loi, il n'est pas fait mention d'une quelconque prérogative en matière de suivi des dépenses de santé. C'est le décret 2005-3031¹ qui donne des précisions concernant le rôle du contrôle médical en matière de politique de maîtrise des dépenses. Son article premier dispose que « *le contrôle médical (...) a pour objectif (...) de rationaliser les dépenses du régime d'assurance maladie et des différents régimes gérés par la caisse nationale d'assurance maladie* ». Les alinéas 3 et 4 de l'article 3 vont plus loin et ajoutent que « *Les interventions du contrôle médical s'étendent aux domaines suivants : (...)*

- *le suivi de l'évolution des dépenses des prestations de soins prises en charge par la caisse nationale d'assurance maladie sur la base des indicateurs de l'évolution des dépenses afférentes aux actes, aux prestations, aux explorations, aux analyses de biologie médicale et à la consommation médicamenteuse,*

- *la proposition des mesures visant la rationalisation des dépenses résultant de certaines maladies et la participation à leur concrétisation et à leur suivi, (...)* ». Enfin l'article 17 du même décret dispose que « *Le praticien conseil est chargé de la réalisation des études évaluatives aux niveaux national et régional concernant les prestations de soins prodiguées aux assurés sociaux et leurs ayants droit et notamment en ce qui concerne la promotion de la qualité des prestations de soins, la maîtrise du coût de ces prestations et la rationalisation du comportement sanitaire du bénéficiaire* ».

Concernant enfin la maîtrise des dépenses de santé dans le cadre du conseil national de l'assurance maladie elle ressort de l'article 21 de la loi 2004-71 qui assigne comme mission principale à ce conseil, *le suivi et l'évaluation du fonctionnement du régime de l'assurance maladie prévu par la présente loi et de proposer les orientations et les mécanismes à même de garantir son équilibre financier*. Ce dispositif est complété par l'article premier du décret 2005-2192 du 9 août 2005, portant organisation du conseil national de l'assurance maladie que nous avons déjà cité². Cet article dispose que « *Le*

¹ Fixant les modalités et les procédures de l'exercice du contrôle médical. JORT n°94 du 25/11/2005, p. 3331.

² JORT n°65 du 16/08/2005, p. 2115.

conseil national d'assurance maladie (...) procède au suivi périodique du régime d'assurance maladie et à l'évaluation de sa situation financière et notamment :
- à la proposition des moyens et des mécanismes susceptibles de garantir l'équilibre financier du régime d'assurance maladie ».

Cependant, malgré la richesse apparente du contenu de ce dispositif, l'ensemble de ce corpus législatif et réglementaire souffre, en matière de maîtrise des dépenses de santé, d'une normativité assez limitée.

2) Les faiblesses normatives de cette exigence

Si la volonté de maîtriser les dépenses de santé est sans équivoque, la normativité de cette expression est en revanche douteuse. Ces faiblesses se vérifient sur plusieurs points. Au niveau de la nature de cette expression, au niveau de la sanction, au niveau du chiffrage de l'objectif et enfin à la lumière de ce qui existe en droit comparé.

Au niveau de la nature de la volonté de maîtrise des dépenses, la loi de 2004 et ses textes d'applications reprennent les mêmes expressions assez vagues qui prévalaient lors de la phase d'élaboration de la réforme. C'est comme si cette volonté était demeurée au même stade de simple déclaration d'intention qui prévalait dans la phase de négociation. Le résultat en est l'absence d'une véritable stratégie impérative de maîtrise des coûts dans les textes juridiques¹. L'énoncé d'expressions comme *outils de maîtrise des dépenses de santé*² ou *le suivi de l'évolution de dépenses de santé*³ ou encore *garantir l'équilibre financier*⁴ du système, relève d'un vocabulaire labélisé plutôt que d'une véritable volonté juridique d'agir dans un sens précis. Le véritable but de cet énoncé serait de rappeler les rôles respectifs des prestataires de soins, du contrôle médical et de cette instance de concertation que représente le conseil national de l'assurance maladie et ce, sans aucune précision sur les moyens concrets de maîtriser les dépenses de santé.

¹ A défaut d'une grande loi indépendante, la politique de maîtrise des dépenses aurait du faire l'objet d'un titre ou d'un chapitre indépendant dans le texte de la loi de 2004.

² Art. 11 de la loi n°2004-71 précité.

³ Ibid., art. 17.

⁴ Art. 21.

Ceci amène la seconde faiblesse normative de cette volonté qui est l'absence de sanction en cas de non respect de l'objectif de maîtrise des dépenses. Cette absence concerne à la fois la loi et ses textes d'application précitée. L'absence de sanction rend la recherche des maîtrises des dépenses complètement vaine et d'une juridicité douteuse. Cette absence de rigueur juridique transforme l'objectif de maîtrise des dépenses en simple slogan ou même en vœux pieu pour les acteurs de l'assurance maladie.

En ce qui concerne le problème des mécanismes de chiffrage de l'objectif de maîtrise des dépenses, c'est un vide juridique total qui caractérise la situation tunisienne. Un tel objectif est un enjeu de société, qui doit être discuté par les représentants de la société civile, en association avec les experts et décidé par la représentation parlementaire sous forme d'une loi impérative¹. C'est à l'aune de la confrontation avec le droit comparé que ces faiblesses au niveau normatif paraissent des plus flagrantes.

Dans le système français d'assurance maladie un outil de régulation des dépenses de l'assurance maladie existe depuis 1996², appelé objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)³. C'est un outil prévisionnel voté annuellement par le parlement français⁴ établissant les dépenses de l'assurance maladie. L'ONDAM est réparti entre les grandes catégories de dépenses : hôpitaux, soins de ville et soins médico-social. Pour l'hôpital, l'objectif est décliné par régions et donne lieu à une négociation entre les établissements et un outil de régulation globale, créée à l'occasion, que sont les agences régionales de l'hospitalisation, remplacées par les agences régionales de santé⁵. Pour les soins de ville, les caisses de sécurité sociale négocient avec les professionnels de santé la répartition de l'enveloppe dans le cadre d'annexes aux conventions médicales. Le montant de l'ONDAM d'une année n est fixée selon les dépenses effectives réalisées durant les

¹ La réforme de l'ensemble des institutions du pays envisagée depuis 2011, peut constituer une occasion à moyen terme pour faire participer la représentation nationale dans la détermination de cet objectif de maîtrise des dépenses de santé.

² Ordonnance n°96-346 du 24/04/1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée qui institue une politique globale appelée « maîtrise médicalisée des dépenses ».

³ V. C. Le Pen et V.G. Rodwin « Le plan Juppé : vers un nouveau mode de régulation des soins ». *Droit Social*, 1996, p.814 ; A.-S. Ginon et M. Trépreau « L'ONDAM peut-il s'imposer comme outil de régulation des dépenses d'assurance maladie ? ». *RDSS* 2008, p. 1096.

⁴ Dans le cadre des lois annuelles de financement de la sécurité sociale. V. J.-J. Dupeyroux, M. Borgetto et R. Lafore, op. cit. p. 509.

⁵ La maîtrise des dépenses de santé dépend largement de l'existence de mécanismes de régulation globale du système d'assurance maladie. V. supra, 1^{ère} partie, titre1, chapitre2.

années n-2 et n-1¹. L'exemple français allie la rigueur dans la détermination de l'objectif de maîtrise des dépenses à la concertation avec l'ensemble des prestataires de soins. Cette méthodologie peut être appliquée dans le cas tunisien. C'est une condition indispensable pour concrétiser l'objectif contenu dans la réforme de 2004.

B- Une concrétisation insuffisante

Malgré la faible juridicité de l'objectif de maîtrise des dépenses de santé dans la loi de 2004, il existe malgré tout dans le nouveau système d'assurance maladie tunisien quelques outils de maîtrise des dépenses de santé au niveau de l'offre et niveau de la demande mais qui demeurent limités et n'ont pas d'impact déterminant dans l'évolution des dépenses de santé.

1) Des outils de concrétisation limités

L'un des paradoxes de la réforme de 2004 a été une franche augmentation des prises en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale par l'utilisation des outils de maîtrise de dépense de santé. La raison en est mécanique : elle est liée à l'élargissement de la couverture au secteur privé médical et à l'augmentation des ressources par une majoration allant du simple à plus du double de la cotisation de la branche maladie. Par conséquent, les outils de maîtrise des dépenses contenus dans le régime instauré doivent être appréciés à partir de l'entrée en vigueur totale de ce régime, c'est-à-dire en juillet 2008, sans prendre en compte la situation antérieure. Ces outils concernent à la fois l'offre de soins et la demande de soins².

En ce qui concerne l'offre de soins, le système tunisien offre pratiquement un seul outil de maîtrise des dépenses de santé qui est le conventionnement des prestataires de soins impliquant l'absence de prise en charge des dépenses, lorsque l'un des prestataires n'est pas conventionné ou lorsque l'un des prestataires conventionnés n'applique pas une obligation conventionnelle opposable à la CNAM pour ses procédures et ses tarifs. Il

¹ V. V. C. Le Pen et V.G. Rodwin, op. cit.

² Ces outils ont déjà été abordés dans le chapitre précédent dans le cadre de l'étude des prestations de l'assurance maladie et du parcours de soins.

s'agit de « la maîtrise de la démographie médicale »¹ qui limite le nombre des prestataires de soins uniquement à ceux qui ont choisi² d'appliquer les conditions de la CNAM au niveau des prestations médicales, juxta-médicales ou paramédicales³.

Concernant la demande de soins, les outils de maîtrise des dépenses sont nombreux. Il y a d'abord la maîtrise du contenu du panier des soins qui obéit à une logique de listing, excluant un certain nombre d'acte de ce panier⁴. Il y a ensuite la maîtrise de la charge de soins par la solidarité nationale par le maintien d'un reste à charge que doit supporter l'assuré social sous diverses formes⁵, par une limitation des prise en charge du prix du médicament et par un plafonnement des prises en charge par la CNAM. Une tentative avortée d'instituer un parcours unique de soins avec passage obligé d'un médecin référent généraliste est à relever⁶. L'ensemble de ces mécanismes ont un impact limité vis-à-vis des assurés sociaux et dans la politique de maîtrise des dépenses. Il en est de même sur l'évolution des dépenses du système.

2) Le faible impact au niveau des dépenses de santé

Malgré la volonté affichée d'instaurer une politique de maîtrise des coûts dans la réforme de 2004 et malgré l'existence effective au sein de la réforme de quelques outils pour cette maîtrise, il n'y a pas d'impact décisif dans la maîtrise des dépenses globalement ou au niveau de l'assurance maladie elle-même.

¹ La question de la maîtrise de la démographie médicale dépend de la formation (nombre de faculté de médecine, d'écoles de santé publique et d'hôpitaux universitaires) et constitue pour la Tunisie un enjeu important pour équilibrer cette démographie entre les régions les plus attractives (la bande côtière est) et l'ensemble des autres régions en situation de manque chronique en médecins et paramédicaux.

² Par le procédé du conventionnement individuel.

³ Dans le cas tunisien le conventionnement est un moyen de canaliser la démographie médicale plus que sa limitation. D'une part, le ratio nombre de médecin/habitant est toujours inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE. D'autre part, au moment de l'application de la réforme en 2007, des craintes sur le peu d'empressement des médecins spécialistes pour se conventionner ont été exprimées. Toutefois, en 2011, la totalité des médecins généralistes libéraux et la quasi-totalité des médecins spécialistes libéraux sont conventionnés avec la CNAM.

⁴ Chirurgie esthétique, soins homéopathiques....

⁵ Ticket modérateur, quote-part, prix réel d'une prestation supérieur à sa rémunération forfaitaire par la CNAM...

⁶ Comme déjà abordé supra, avec le dispositif final de la réforme de 2004, ce parcours est devenu une simple option parmi trois filières proposées. V. titre 1, chapitre 2 de cette 2^{ème} partie.

Concernant les dépenses globales de santé, l'entrée en vigueur de la réforme en 2008 n'a pas eu un impact significatif sur l'évolution des principaux indicateurs des dépenses de santé qui demeurent toujours supérieures à l'évolution du produit intérieur brut national. A titre d'exemple les dépenses globales de santé par habitant est passé de 117DT en 2008 à plus de 150DT en 2011, soit une évolution à peu près de 28,21 %. De même l'évolution des dépenses des hôpitaux publics ayant la forme d'EPS a été en moyenne depuis 2008 de plus de 10%. Quant au secteur privé, le chiffre d'affaire a évolué de 2008 à 2010, en des proportions presque identiques¹.

Concernant les dépenses de l'assurance maladie², l'augmentation a été aussi très remarquable depuis 2008. Elles sont passées de 788,7 millions de dinars en 2008 à près de 1339,6 millions de dinars en 2011³, soit une variation de près de 70%. Ce dernier taux est supérieur à l'évolution du PIB durant la même période ; mais il est aussi supérieur à l'évolution du budget de l'Etat entre 2008 et 2011⁴. Si cette évolution maintient les grands équilibres de la CNAM pour l'année 2012, elle demeure cependant supérieure à l'évolution des principaux indicateurs de la CNAM. A titre de comparaison, le nombre des assurés sociaux a évolué entre 2008 et 2011 de près de 16%⁵ et celui des médecins conventionnés a évolué de 45%⁶ ; le nombre des autres prestataires de soins conventionnés (médecins dentistes, pharmaciens, biologistes, kinésithérapeutes) 40%⁷.

Par contre certains autres indicateurs ont connu durant la même période une évolution remarquable. C'est particulièrement le cas du nombre d'admission en APCI qui a littéralement explosé passant entre 2008 et 2011 de 270 055 assurés sociaux à 823 731 assurés sociaux, soit une évolution de 205%. C'est aussi le cas des dépenses de prise en charge des opérations dans les cliniques privées passant de 6,1 millions de dinars en 2008 à

¹ L'ensemble de ces données sont contenue dans la carte sanitaire. V. annexe IV.

² Nous prendrons en compte dans ce cadre en ce qui concerne les dépenses de la CNAM uniquement les dépenses liées à la branche « assurance maladie ». Nous excluons par conséquent et délibérément les autres dépenses de la CNAM c'est-à-dire les dépenses n'entrant pas dans le cadre de la loi de 2004 (Accidents de travail et maladies professionnelles, assurances sociales du personnel de la CNAM et régime d'assurance maladie toujours régi par des régimes antérieurs à la réforme de 2004 tel que le régime des étudiants.

³ V. Rappor N. Achour et statistiques de la CNAM, v. annexe I et annexe II.

⁴ Ibid.

⁵ Passant de 2 398 506 à 2 780 679 affiliés. Ibid.

⁶ Passant de 4071 à 5895. Ibid.

⁷ Passant de 3539 à 4962. Ibid.

17,4 millions de dinars en 2011¹ (+185%) et des dépenses liées aux accouchements dans les cliniques privées passant de 8,3 millions de dinars à 16,7 millions de dinars (+100%)². De même le nombre des bulletins de soins dans le cadre du système de remboursement a remarquablement augmenté durant la même période passant de 928 600 bulletins à 2 656 600 bulletins soit une variation de 186%³. Enfin durant la même période (2008/2011) le montant des factures payées au profit des assurés sociaux dans les structures sanitaires publiques est passé de 246 millions de dinars à 349 millions de dinars soit une variation de 42%.

Le principal enseignement que nous pouvons déduire de ces données est que la maîtrise des coûts semble ne concerner pour l'instant que les dépenses du secteur public et des prises en charge dans la filière publique. Par conséquent, une politique de maîtrise des coûts de la santé dans le contexte tunisien d'assurance maladie signifierait une maîtrise de l'augmentation très rapide des dépenses dans le secteur privé, particulièrement pour les APCI et les prises en charge dans les cliniques. De même les dépenses dans le cadre du système de remboursement sont à surveiller, car cette filière est celle où le nombre d'assurés sociaux augmente le plus⁴. La recherche d'autres outils de maîtrise des dépenses plus innovants et plus adaptés à la réalité tunisienne est aussi à explorer pour réaliser l'objectif de la réforme de 2004 et pérenniser le fonctionnement de la solidarité nationale en matière des dépenses de santé.

§-2 Des moyens différents de maîtrises des dépenses à explorer

Vouloir limiter les dépenses de santé et par conséquent les dépenses de l'assurance maladie dépend d'un nombre de facteurs dont certains ne sont pas maîtrisables comme l'évolution de la situation globale de la population au niveau démographique⁵, socio-économique⁶ ou comportemental⁷. De plus, la maîtrise des dépenses de santé ne doit pas

¹ De 16874 à 50150 bénéficiaires. Ibid.

² De 17400 à 41925 bénéficiaires. Ibid.

³ Ibid.

⁴ 489 705 assurés sociaux en 2011 contre 354 760 assurés sociaux en 2008, soit +38% (+ 37% pour le 1/3 payant et +8% seulement pour la filière publique). V. annexe II.

⁵ Vieillesse de la population ou l'évolution de l'espérance de vie en bonne santé par exemple.

⁶ Taux de pauvreté, pollution, taux d'équipement...

⁷ Sédentarité, habitudes alimentaires, les addictions (tabac, alcool, stupéfiants...).

s'effectuer aux dépens de l'amélioration des prestations de l'assurance maladie et aboutir à la diminution d'un plafonnement de prise en charge déjà dérisoire¹ ; ou à la diminution des taux de prise en charge.

Ce doit être donc des choix adaptés à la situation tunisienne qui doivent être proposés pour une meilleure maîtrise des dépenses tout en permettant d'améliorer la générosité du système d'assurance maladie. Ces choix doivent concerner les deux domaines d'action classiques : l'offre de soins (**A**) et la demande de soins (**B**), mais incluent d'autres moyens moins conventionnels, mais exploités dans d'autres pays(**C**).

A- Mieux agir au niveau de l'offre de soins

La maîtrise des dépenses de santé qui passe par l'offre de soins est affirmée dans la réforme de 2004, mais sous l'angle de maîtrise de la démographie médicale. Si l'action à mener sous cet angle peut encore être rationalisée et améliorée, tout est en revanche à construire en matière de prospection alliant l'économique et le médical, dans le cadre de du système tunisien d'assurance maladie

1) Maîtriser autrement la démographie médicale

La maîtrise de la démographie médicale ne signifie pas nécessairement chercher à stabiliser ou diminuer le nombre des prestataires de soins reconnus par la solidarité nationale. Au contraire, dans le contexte sanitaire et social tunisien, le système d'assurance maladie doit rechercher impérativement à augmenter le nombre de ces prestataires² et élargir le processus conventionnel à d'autres prestataires non concernés pour l'instant par ce processus. La « maîtrise » se rapporterait dans le cadre de l'assurance maladie à l'idée de domination ou de supériorité³ des règles de la CNAM sur les autres règles régissant l'activité des prestataires privés de soins, particulièrement les règles ordinaires. Cette supériorité ne remettant pas en cause les grands principes de l'exercice libéral de la

¹ V. supra, chapitre premier. Envisager d'augmenter ce plafonnement doit au contraire figurer parmi les objectifs de maîtrise des coûts.

² Notamment dans les régions sous équipées en prestataires de soins de libre pratique, c.a.d. pratiquement toute les régions non côtières du pays. V. carte sanitaire, annexe IV.

³ Dictionnaire Littré.

médecine¹ puisqu'elle sera subordonnée au consentement libre du prestataire médical au processus du conventionnement. Dans ce sens le mécanisme actuel de maîtrise prévu dans la réforme de 2004 nous semble insuffisant en la matière car il ne participe pas à la correction des lacunes existantes, il est sous exploité.

L'une des premières mesures qui peut être appliquée immédiatement pour l'améliorer est l'activation des sanctions prévues par la loi et la convention cadre et les conventions sectorielles à l'encontre des prestataires ne respectant pas leurs obligations légales et conventionnelles, particulièrement en matière tarifaires. Cette première mesure permettrait d'exploiter d'autres pistes d'amélioration en attendant l'harmonisation des conditions d'exercice ordinaires et les conditions de la CNAM².

Les autres moyens se rapportent tous à l'amélioration du procédé conventionnel dans un sens alliant la maîtrise des coûts et l'amélioration des prestations. La CNAM devrait ainsi inventer des mécanismes d'encouragement du conventionnement des prestataires à l'intérieur du pays³. Elle devrait également revenir sur certains privilèges accordés au profit des médecins spécialistes surtout en ce qui concerne les procédés de rémunération⁴. Enfin, une véritable politique de maîtrise des coûts doit inévitablement faire collaborer l'administration fiscale. La solidarité nationale participant à la

¹ Ces grands principes sont consacrés dans le code de déontologie médicale précité, particulièrement dans les articles 10 (liberté de choix du médecin, liberté de prescription, paiement direct des honoraires), 11 (indépendance professionnelle). Toutefois le premier alinéa de l'art.10 précise bien que *les principes énoncés s'imposent à tout médecin, sauf dans le cas où leur observation est incompatible avec une prescription législative ou réglementaire ou serait de nature à compromettre le fonctionnement et le développement normaux des principes et institution de médecine sociale*. Sur ces principes et leurs compatibilités avec les objectifs de l'assurance maladie, v. M. Badel « Liberté et système de santé ». RDSS, 2005, p. 951.

² L'une des réserves des praticiens pour appliquer leurs obligations conventionnelles est un attachement revendiqué aux conditions d'exercice déterminé par l'ordre des médecins particulièrement ceux relatifs aux honoraires et à la liberté de prescription. C'est à ces deux niveaux qu'un effort d'harmonisation doit être mené.

³ Le durcissement des conditions du conventionnement dans les zones côtières peut être envisagé à cet égard sous diverses possibilités. Fractionner le conventionnement dans les zones côtières par filières de soins en instaurant un quota pour le système de remboursement, sans appliquer cette mesure pour les régions de l'intérieur ; rendre le conventionnement individuel dans les zones côtières payant tout en le maintenant gratuit dans les zones de l'intérieur. L'objectif est de concilier une politique de rééquilibrage régional en matière d'établissement des médecins associés à un mécanisme de maîtrise des dépenses.

⁴ Les médecins spécialistes ne sont pas obligés d'accepter la formule du 1/3 payant.

rémunération des prestataires privés de soins ne peut pas être complice de ceux qui ne déclarent pas dans leur totalité, cette rémunération¹.

Cette maîtrise de la démographie médicale est finalement tributaire de la politique générale du pays. La construction dans ce sens d'une véritable planification économique et sanitaire, signifierai une meilleure projection pour l'avenir de la politique de maîtrise des coûts sanitaires.

2) Une planification économique et médicale à construire

Toute politique de maîtrise des coûts, inclut nécessairement un volet prévisionnel et prospectif. La réforme de 2004, en affirmant cette politique, néglige ostensiblement ce volet prospectif et prévisionnel. Seul le conseil national de l'assurance maladie² possède une certaine vision prospective mais non normative sur la politique de maîtrise des coûts³ mais il a cependant un caractère purement consultatif⁴. D'un autre côté, mettant en jeu les ressources de la solidarité nationale, il est important d'associer sur ce point la représentation nationale dans toutes les phases de réflexion et d'élaboration de ces outils prévisionnels et prospectifs.

Sur un autre plan, l'assurance maladie sera amenée à assurer dans un futur proche l'énorme défi que constitue le développement des services de santé dans les zones non côtières du pays. A ce niveau également une planification dans le sens de maîtrise des coûts ne signifierait pas une volonté de ralentir ce développement. La planification signifierait dans ce cadre un certain nombre de points. Ce développement doit être prévu et

¹ Plusieurs formules peuvent être appliquées à cet égard. Regroupement des informations entre la CNAM et l'administration fiscale (cependant le précédent des années 70 avec l'échec des ordonnances médicales numérotées découragerait ce procédé, v. M. Charfi « Introduction à l'étude du droit » Tunis, Cérès éditions, 1997, p. 25) ; instauration d'une retenue à la source sur les impôts dus par les prestataires privés, cependant cette retenue risquerait de mettre en échec tous le procédé du tiers payant.

² Prévu par l'article 21 de la loi 2004-71.

³ L'article 21 dispose qu'*Il est créé un conseil national de l'assurance maladie chargé du suivi et de l'évaluation du fonctionnement du régime de l'assurance maladie prévu par la présente loi et de proposer les orientations et les mécanismes à même de garantir son équilibre financier*. Les termes de cet article constituent une approche purement comptable de la politique de maîtrise des coûts. Cet article ne donne pas les moyens nécessaires au conseil pour agir et imposer ces orientations à l'ensemble des autorités concernées par le secteur sanitaire et social. V. également M. Chemilier-Gendreau « Finances publiques et santé publique » Mélanges P.-M. Gaudmet, Paris, economica, 1984, p. 359.

⁴ V. Supra, 1^{ère} partie, chapitre 1, section 2.

il doit estimer chaque part de prise en charge correspondante qu'il s'agisse du secteur public dans un premier temps, puis le secteur privé.

Il faudra alors accompagner ce développement en incluant l'assurance maladie dans les outils prévisionnels existants (Loi de finances¹, planification économique², carte sanitaire³) ou en créant à son profit un outil prévisionnel juridiquement contraignant. Cet outil doit être global pour l'ensemble des dépenses de santé et il doit être également sectorisé par filière de prise en charge et par élément du panier de soins⁴. Chaque structure de soins, chaque corporation médicale peut établir un outil prospectif sur la base de la planification de l'assurance maladie qui pourra être utilisée pour l'étape de planification suivante.

Enfin il faut rationaliser ce développement en optimisant les futurs investissements et implantations sanitaires. Cette rationalisation doit être réfléchie dans le cadre tunisien car l'équipement sanitaire des régions non côtières est encore éloigné des indicateurs moyens nationaux⁵.

Agir sur la seule offre de soins ne suffit pas pour établir une politique de maîtrise des coûts efficace. Mieux maîtriser la demande de soins constitue le second volet tout aussi important de cette même politique.

B- Mieux agir au niveau de la demande de soins

Dans ce cadre également, la réforme de 2004 intègre les grands axes classiques de maîtrise des dépenses. Cependant, à ce niveau également, le système d'assurance maladie tunisien offre beaucoup de marges pour maîtriser les dépenses, tout en améliorant les performances et les prestations de ce même système. Cette marge concerne l'ensemble des aspects de la demande de soins que ce soit au niveau du panier de soins, au niveau des charges de soins ou au niveau des filières de soins.

¹ Sur le lien entre finances publiques et finances sociales, v. A. Essoussi, op. cit. p. 541.

² En veilleuse depuis 2011.

³ Une carte sanitaire a été publiée en décembre 2011. Son caractère prospectif n'est pas évident. L'association de l'assurance maladie et l'adéquation avec ses objectifs est en revanche nulle. V annexe IV.

⁴ Maladie ordinaire, APCI, hospitalisation ainsi que l'ensemble des explorations qui vont avec.

⁵ V. carte sanitaire, annexe IV.

1) Un panier de soins à élargir et à maîtriser économiquement

Le panier de soins du système tunisien d'assurance maladie respecte les standards internationaux de maîtrise des dépenses : la couverture par la solidarité nationale ne concerne que des prestations sanitaires préalablement déterminés et dont la partie la plus coûteuse nécessite un accord préalable de la CNAM¹. C'est une disponibilité de soins maîtrisée², les paramètres de cette maîtrise étant des critères médicaux en terme d'utilité, d'efficacité et d'efficience du soin pris en charge, les valeurs de la société en terme d'éthique, d'équité et du sens recherché de la solidarité et enfin les ressources disponibles de la solidarité. Un certain nombre de soins sont exclus de cette disponibilité sur la base des paramètres précédents comme étant non prioritaires ou dont l'efficacité scientifique n'est pas prouvée³. Ces soins peuvent être en revanche pris en charge par les individus ou par des régimes complémentaires sur la base du volontariat, le but étant une meilleure orientation des ressources disponibles au profit des besoins fondamentaux.

Ce schéma, si idéal qu'il soit, pourrait être amélioré. D'abord, la liste des APCI demeure incomplète par rapport aux connaissances scientifiques et aux exigences des médecins⁴. Une révision périodique de cette liste devrait se faire, ou sa suppression et son remplacement par une définition et des critères objectifs de ce qu'est une maladie de longue durée⁵. Cet élargissement risquant d'alourdir les dépenses de la solidarité nationale⁶, doit impérativement être accompagné de mesures de maîtrise des coûts dont la plus importante de ces mesures serait la fin de la prise en charge totale et totalement uniformisée. Il serait possible de moduler la prise en charge en fonction du revenu de l'assuré social bénéficiaire de l'APCI, soit d'introduire pour chaque acte médical ou

¹ Les hospitalisations, les interventions chirurgicales, les prothèses, certaines explorations par imagerie et de manière générale, tout acte lourd dans le cadre des APCI.

² Maladie ordinaire respectant la nomenclature des actes médicaux, mais prise en charge partiellement ; logique de liste pour toutes les autres prises en charge, particulièrement en ce qui concerne les APCI.

³ Ex l'homéopathie et de manière générale toute les formes non conventionnelles de l'exercice de la médecine tel que l'apiculture.

⁴ V. supra, titre1, chapitre 2.

⁵ Cette démarche existe dans certains systèmes étrangers. C'est le cas du dispositif des « affections hors liste » dans le système français d'assurance maladie ou dispositif ald31.

⁶ Nous avons déjà vu que le nombre total des admissions en APCI augmentait incessamment d'année en année (+205% en 3 ans). Ce nombre augmentera encore plus rapidement dans les années à venir avec le vieillissement attendu de la population.

paramédical une franchise non remboursable¹ pouvant être éventuellement plafonnée ou modulée selon les ressources du bénéficiaire². Cette franchise doit avoir dans tous les cas une valeur symbolique. Le but ici est double : sensibiliser le malade sur les coûts des soins dont il bénéficie³ et limiter l'abus de consommation des produits de santé dans le cadre des APCI.

2) Maîtriser efficacement les charges de soins

Les charges de soins sont constituées dans le cadre d'une vision de maîtrise des coûts par un certain nombre de prise en charge sur la base de taux préalablement établis. Ces taux varient en fonction de la nécessité du soin et laissent toujours un reste à charge, sauf en matière d'APCI, supporté par l'assuré social, sous forme d'un ticket modérateur ou autre⁴. Cette prise en charge n'est pas plafonnée dans le secteur public mais l'est pour les deux filières privées⁵. Cette méthodologie de maîtrise des coûts en matière des charges de soins peut être optimisée lorsqu'on songe à l'amélioration des prestations du système, que ce soit au niveau des taux, du ticket modérateur ou du plafonnement.

En ce qui concerne la maîtrise des taux de prise en charge qui englobe le ticket modérateur, son amélioration passerait par deux paramètres : les taux proprement dit et le mécanisme de prise en charge du reste à charge, encore à inventer. Les standards internationaux des taux en matière de prise en charge dans le cadre d'un régime de base d'assurance maladie tournent autour d'une moyenne de 60 à 70%⁶. En Tunisie la prise en charge du régime de base dans la filière publique tourne autour de 90%⁷ mais elle respecte ces standards dans les deux filières privées, laissant ainsi en moyenne un reste à charge de près de 40% que doivent supporter les assurés sociaux⁸. Ce reste à charge peut paraître exorbitant à première vue et c'est pour cette raison que dans les systèmes d'assurance

¹ Y compris par le régime complémentaire.

² Des exemples existent en droit comparé. Certains systèmes instituent un système de franchise générale non remboursable et plafonné pour l'ensemble du panier des soins, c'est particulièrement le cas avec le système français ou une franchise de 1 EUR existe depuis la loi du 13/08/2004 précitée, v. J.-J. Dupeyroux, M. Borgetto et R. Lafore, op. cit. p.482.

³ Il s'agit en quelque sorte de mettre fin à ce faux sentiment de gratuité des soins des APCI.

⁴ V. supra titre1 chapitre2.

⁵ Ibid.

⁶ Cette moyenne est plus importante pour les actes lourds, moins importante pour les médicaments.

⁷ V. supra titre1, chapitre 1, section1.

⁸ V. supra titre1, chapitre 1, section2.

maladie obligatoire la prise en charge complémentaire est en train d'être généralisée. En France les régimes complémentaires gérés par des mutuelles ou par des sociétés d'assurance sont généralisés pour l'ensemble des classes moyennes et aisées de la population, l'Etat garantissant un système complémentaire pour le reste de la population¹.

En Tunisie, deux options existent pour rationaliser les charges de soins. On pourrait équilibrer le système en maintenant le plafonnement, mais en l'augmentant, du reste à charge dans la filière publique en contrepartie d'une augmentation des taux de prise en charge dans les deux filières privées. On pourrait aussi maintenir les taux actuel dans la filière publique, tout en cherchant à généraliser la couverture complémentaire pour les assurés sociaux des deux filières privées. Dans ce cadre, une marge de baisse des taux de prise en charge peut être envisagée dans le cadre de ces deux filières.

Ensuite et en tenant compte de l'augmentation prévue du nombre d'admission en APCI un reste à charge modique et plafonné devrait impérativement être instauré pour l'ensemble des assurés sociaux. A moyen terme, la généralisation de forfaits non remboursés devrait être envisagée en cas d'aggravation du déficit des comptes de l'assurance maladie.

En ce qui concerne le plafonnement, l'existence actuelle d'une prise en charge non plafonnée dans la filière publique contre une prise en charge dérisoirement plafonnée dans les deux filières privées est à notre sens une anomalie, voire une atteinte à l'objectif d'équité de la réforme de l'assurance maladie en Tunisie. Instaurer un plafonnement généreux dans la filière publique, tout en augmentant substantiellement le plafonnement dans les deux filières privées, pourrait corriger cette anomalie, tout en respectant l'objectif de maîtrise des coûts. Il faudrait aussi mettre fin au plafonnement commun des deux filières privées, mais à ce niveau, c'est l'ensemble du parcours de soins qui serait à revoir.

¹ A travers la CMU-C. V.. J. P. Chauchard, op. cit., M. Badel, articles précités.

3) Repenser les filières de soins

Le parcours sanitaire, en tant qu'outil de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie, signifie que la prise en charge ne peut se faire que par le passage initial par un médecin référent qui est généralement le médecin de famille avant tout recours aux soins secondaires¹. La maîtrise des dépenses se concrétise à travers un évitement de la multiplication des actes² et une limitation de l'accès aux soins secondaires³, plus coûteux que les soins primaires. Cependant cette logique de maîtrise des coûts dans le cadre du parcours de santé dans la réforme de 2004, n'est respectée que dans la filière privée avec système du tiers payant. Pour la filière publique et pour la filière privée avec système du remboursement, il n'existe pas de filtre constitué par un praticien référent⁴. Les assurés sociaux ayant choisi le système du tiers payant constituent une minorité⁵, réduisant par conséquence l'impact réel de cet outil de maîtrise des coûts. Pour optimiser cet outil sans doute conviendrait-il de repenser le parcours sanitaire que ce soit au niveau de la filière publique ou à celui des deux filières privées.

Concernant la filière publique, qui concerne le plus grand nombre d'assurés sociaux, le principal point négatif constitue son encombrement au niveau des soins ambulatoires et c'est à ce niveau que doit être mené l'effort de maîtrise des coûts. On pourrait maintenir les modalités actuelles de prise en charge des soins en instituant un système de filtrage exercé par un médecin généraliste n'appartenant pas à la même structure hospitalière à laquelle s'est adressé l'assuré social⁶. Soit donner la possibilité aux

¹ V. supra, titre1, chapitre2, section2.

² L'absence d'un médecin référent engendre un risque de multiplication des consultations pour une même pathologie. Cette absence peut par ailleurs encourager le phénomène du « nomadisme médical », c.a.d. un changement répétitif du médecin traitant. Dans les deux cas il s'agit de dépenses inutiles pouvant être prises en charge par la solidarité nationale.

³ La limitation de l'accès direct aux soins secondaires maîtrise ces soins, soit en évitant des soins secondaires inutiles, soit en prodiguant les mêmes soins par le médecin référent beaucoup plus économique que le médecin spécialiste. Ex : La majorité des soins en ORL.

⁴ Les raisons de cette absence de filtre sont pour la filière publique le maintien d'un accès aux soins modique et non formalisée ; pour la filière privée il s'agit d'une concession faite aux médecins spécialistes. V. supra Titre1, chapitre1, section2.

⁵ 370 452 affiliés sur un total de 2 780 679 en 2011 soit un peu plus de 13% de l'ensemble des assurés sociaux. V. annexe II.

⁶ Ce praticien peut être le médecin du travail, ou le médecin de famille que sera alors intégré dans la filière publique (Le ticket modérateur que doit payer l'assuré social peut être dans ce cadre inférieur au ticket modérateur payé dans le cadre du système du 1/3 payant). L'assurance maladie pourra également instituer des petites structures de consultation primaire à l'échelle de chaque délégation par exemple.

assurés sociaux de la filière publique de pouvoir consulter les services ambulatoires des cliniques privées, selon les mêmes modalités de prise en charge.

En ce qui concerne les deux filières privées, l'alignement en matière de taux de prise en charge et de leur plafonnement devrait être supprimé, l'objectif étant de favoriser le système du tiers payant, qui correspond à un outil de maîtrise des coûts. Pour attirer le plus grand nombre d'assurés sociaux vers cette filière, un relèvement des taux de prise en charge devrait être envisagé¹ de même qu'un relèvement significatif du plafond de prise en charge dans le cadre de la même filière. La limitation du nombre des assurés sociaux dans le système du remboursement engendrerait des économies pour l'assurance maladie qui pourront en partie financer ce relèvement du plafonnement. A plus long terme, le système de la multiplication des filières de soins devrait être révisé, c'est le seul moyen pour réaliser l'objectif d'équité et de maîtrise des coûts. L'exploration d'autres moyens moins classiques, mais déjà en partie éprouvés dans certains pays peut aussi aider à la réalisation de ces deux objectifs.

C- Les autres outils de maîtrise des dépenses

Il s'agit d'outils techniques et seuls les plus importants d'entre eux déjà expérimentés dans des pays étrangers seront abordés.

1) Le mécanisme de « l'enveloppe sectorielle »

Cet outil de maîtrise des dépenses a été éprouvé en Allemagne et au Québec dès les années 70². Ce mécanisme a été appliqué dans le système français d'assurance maladie de 1991 à 1996, c'est-à-dire juste avant la mise en place de l'outil ONDAM³. Il s'agit à la fois d'un mécanisme de financement et d'un outil prévisionnel de financement des prestataires de soins.

¹ Ou un abaissement des taux de prise en charge dans le système du remboursement.

² V. G. Huteau, op. cit., p.205. Pour une description du système allemand actuel v. O. Kaufmann, « La coexistence de l'assurance sociale et de l'assurance maladie privée en Allemagne ». RDSS, 2011, p. 224.

³V. supra, paragraphe précédent.

Concrètement, cela signifie que dans le cadre du tiers payant, le remboursement par la solidarité ne se fait plus directement à l'acte, mais selon un accord global par secteur sanitaire, conclus avec les représentants de chaque catégorie de prestataires. Pour chaque secteur est ainsi fixé un « objectif quantifié national¹ » exprimé en taux d'évolution des dépenses par rapport à l'année précédente et en valeur incluant à la fois volume et prix. Les modalités pratiques de remboursement de chaque prestataires de soins est déterminé en annexe à l'accord global².

Si cet outil a donné des résultats satisfaisants³ dans les pays où il a été appliqué, il demeure toutefois moins performant qu'un outil de prévision global des dépenses de santé, sa principale faiblesse étant l'absence d'articulation entre les différents objectifs de chaque secteur. C'est pour cette raison que le « mécanisme d'enveloppe sectorielle » est entrain de reculer partout dans le monde au profit d'outils prévisionnels moins contraignant, mais englobant des objectifs pour l'ensemble des dépenses sanitaires⁴.

Pour la Tunisie, le « mécanisme de l'enveloppe sectorielle » peut être appliqué en tant que préalable à la mise en place d'un outil global de prévision des dépenses de l'assurance maladie. Ce mécanisme peut, dans un premier temps, être réservé à quelques catégories bien choisies et bien structurées de prestataires de soins⁵. En fonction de son succès, il peut être décidé par la suite le passage ou pas à un outil de prévision beaucoup plus global.

¹ V. G. Huteau, op. cit., p.205.

² La responsabilité du remboursement peut être transférée aux représentants des prestataires de soins. Ces derniers continuent par ailleurs à être remboursés à l'acte.

³ France, Allemagne.

⁴ Cet outil a été abandonné en Allemagne en 1993 (O. Kaufmann, article précité), et en France par la réforme de 1996 dite réforme Juppé (v. supra, introduction).

⁵ La prise en charge des prestations d'hospitalisations et d'interventions chirurgicales dans les cliniques privées peut constituer un excellent laboratoire à cet effet. Le risque étant minime car les modalités de prise en charge sont souvent forfaitaires et par conséquent faciles à prévoir.

2) La concurrence entre « acheteurs de soins »

Si dans le cadre d'un système de prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale, une concurrence entre assureurs ne peut avoir lieu¹, l'institution d'une concurrence entre acheteurs de soins peut en revanche être instituée dans ce même cadre. Il s'agit en fait d'un mécanisme assez complexe faisant introduire des intermédiaires entre d'une part les prestataires de soins et les assurés sociaux et d'autre part l'assurance maladie. Chaque intermédiaire² se fait « *acheteur de soins* »³ au profit des assurés sociaux, et ce en sélectionnant son propre réseau de prestataire qu'il conventionne en négociant les meilleurs tarifs et taux de prise en charge. L'assurance maladie rémunère forfaitairement ces intermédiaires et ce après une procédure de choix avec mise en concurrence. L'assuré social continue à payer ses cotisations à l'assurance maladie, mais doit choisir pour une durée déterminée pouvant être renouvelée automatiquement, un réseau de soins d'un intermédiaire qu'il estime être le meilleur.

Des expériences ont été menées dans certains Etats européens particulièrement au Pays-Bas où une réforme existe dans ce sens depuis 1984⁴. Cependant, malgré le fait que cet outil institue un système de dépendance forte entre l'intermédiaire et son réseau de soins et incite par conséquent à une gestion assez rigoureuse du système de soins, beaucoup d'autres gouvernements restent hostiles à cet outil de maîtrise des dépenses car il comporte une faiblesse importante due à la prise de risque financière de l'intermédiaire en question. Par conséquent, et pour ne pas bloquer la prise en charge, la solidarité nationale sera obligée de combler ce risque s'il devient effectif, ce qui au final transforme cet outil de maîtrise des dépenses en un outil d'aggravation des dépenses de santé⁵.

¹ Cette concurrence existe dans les systèmes de prise en charge « mutualisés » et dont le système américain constitue l'exemple le plus abouti. V. supra, Introduction.

² Qui peut être une compagnie d'assurance, une mutuelle ou une nouvelle entité à inventer juridiquement. Dans tous les cas cet intermédiaire doit avoir de solides compétences en matière de négociation et une connaissance assez approfondie du monde médical.

³ V. M. Mougeot, « La régulation de l'assurance maladie et des dépenses de santé, Rapport au Conseil d'Analyse Economiques » Paris, La Documentation Française, 1998.

⁴ Réforme Dekker-Simons. V. Bulletin d'information en économie de la santé, n°15, novembre 1998, p. 8.

⁵ C'est ce risque qui constitue la principale raison de la fin de non recevoir adressée à la compagnie privée d'assurance Axa qui avait élaboré un projet très détaillé en ce sens et une demande d'expérimentation pour la région parisienne. G. Huteau, op. cit. p. 211.

En ce qui concerne la Tunisie, il est évident qu'un tel outil sera très difficile à mettre en œuvre à court terme. Cependant son idée maîtresse, à savoir la création de réseau de soins, peut constituer un outil autonome de maîtrise des dépenses de santé facilement envisageable.

3) L'institution de réseaux de soins

Les réseaux de soins, aux côtés des filières de soins déjà consacrées par la réforme de 2004, constituent un mécanisme institutionnalisé de coordination entre les différents intervenants du champ sanitaire. Cet outil a pour intérêt principal de limiter les « segmentations¹ » de la chaîne de soins entre médecine générale et médecine spécialisée ; médecine de ville et médecine hospitalière ; et entre médecine préventive et médecine curative. Ces réseaux concernent en priorité le suivi et le traitement des maladies de longue durée et/ou à traitements très lourds. Ils sont organisés par pathologie et englobent tous les prestataires de soins concernés (médecins généralistes, médecins spécialistes, paramédicaux, centres spécialisés, services d'hospitalisations publics ou privés). Dans les pays où ce système est appliqué, l'assuré social choisit entre une filière classique de prise en charge sans réseaux ou une filière de prise en charge en réseaux avec en contre partie des conditions de prise en charge meilleures. Parmi les applications concernées on peut citer la prise en charge de pathologie telle la cancérologie, le SIDA, les soins palliatifs ou encore la dépendance des personnes âgées.

Cet outil est facilement applicable dans le cadre du mécanisme des APCI de l'assurance maladie tunisienne. Encouragée convenablement et associée à l'outil « filière concertée des soins » déjà existant, mais à élargir impérativement ; filière et réseaux constituent le meilleur outil de maîtrise des dépenses ayant fait leur preuve en droit comparé. Ils constituent également un mécanisme de coordination des soins très adaptés à la réalité tunisienne actuelle.

La question de la maîtrise des coûts est largement transversale. Toutes les questions que nous avons déjà abordées et que nous aborderons encore ont un lien direct ou indirect

¹ G. Huteau, op. cit., p.222.

avec la maîtrise des coûts. L'autonomisation du régime d'assurance maladie au sein de la sécurité sociale, l'organisation de la CNAM, le conventionnement des prestataires de soins, le régime de base, le référencement des actes médicaux, mais aussi le contentieux de l'assurance maladie et son régime répressif participent d'une certaine façon à la recherche d'un système équilibré et de qualité, essayant de réaliser l'objectif d'accès aux soins pour tous. Cet objectif doit cependant être au moindre coût pour la solidarité nationale.

La protection de cette solidarité nationale, que ce soit au niveau judiciaire ou par d'autres moyens beaucoup plus spécifiques, peut favoriser la réalisation de cet objectif.

Chapitre deux

La protection de la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé

Un système de prise en charge des dépenses de santé basé sur la solidarité et garanti par la collectivité nationale est nécessairement un système bénéficiant d'un certain nombre de privilèges ayant pour finalité principale la garantie de la pérennité de ce système et la protection de la solidarité nationale. Ces privilèges, qui protègent finalement un grand service public de l'Etat, sont pourtant loin d'atteindre le degré d'exorbitance et de privilège dont bénéficie une administration classique.

Il s'agit d'un privilège médian, un dosage subtil entre des prérogatives de puissances publiques et les privilèges d'un simple organisme de mutualisation des risques¹. Ces privilèges particuliers se manifestent aux niveaux de contentieux (**Section 1**), mais aussi au niveau d'autres moyens plus spécifiques, propres au régime d'assurance maladie (**Section2**).

Section 1 : La protection judiciaire ou le contentieux de l'assurance maladie

Tout système de prise en charge des dépenses de santé dans le cadre de la solidarité nationale engendre nécessairement un contentieux qui se caractérise par certaines spécificités et par ses enjeux particuliers : garantir les droits des assurés sociaux tout en protégeant la solidarité nationale. La recherche d'un juste dosage pour réaliser cet objectif fait que ce contentieux est à la fois différent du contentieux de droit commun, mais aussi du contentieux administratif. Cette différence se manifeste au niveau de la compétence (§1) et au niveau de la procédure (§2).

¹ Telle une simple compagnie d'assurance.

§-1 La compétence en matière de contentieux de l'assurance maladie

Si la compétence au niveau du contentieux de l'assurance maladie se caractérise par l'existence d'un juge spécifique, il n'existe pas pour autant un contentieux véritablement propre à l'assurance maladie (A). Ce juge est en effet dédié à l'ensemble du contentieux de la sécurité sociale selon des critères de compétences ambivalents (B).

A- Absence d'un contentieux propre à l'assurance maladie

L'article premier de la loi 2003-15 du 15 février 2003¹ donne une compétence générale au juge de la sécurité sociale pour l'ensemble des branches de l'assurance maladie². Toutefois il existe malgré tout quelques compétences juridictionnelles au profit de certaines autorités et qui sont spécifiques à l'assurance maladie.

1) La compétence générale du juge de la sécurité sociale

Avant les réformes de 2003 concernant le contentieux de la sécurité sociale et celle de 2004 concernant l'assurance maladie, le contentieux de l'assurance maladie était dilué dans le contentieux de la sécurité sociale, subissant son évolution et ses différentes péripéties³. La création d'un juge de la sécurité sociale semble avoir apporté une certaine stabilité de ce contentieux.

Le juge de la sécurité sociale est institué auprès des tribunaux de 1^{ère} instance et constitue désormais le juge de droit commun en matière de contentieux des régimes légaux de la sécurité sociale, ce qui sous entend une exclusion des régimes complémentaires de nature contractuelle⁴.

¹ JORT n°14 du 18/02/2003, p. 393.

² Exception faite du régime de réparation des accidents de travail et des maladies professionnelles soumis au juge cantonal. V. A. Mouelhi, op. cit., p. 195. V. également infra, paragraphe B.

³ Parmi les péripéties de ce contentieux citons le conflit de compétences ayant opposé les juridictions judiciaires et le Tribunal administratif que la réforme de 1996 relatif contentieux administratif et la création d'un tribunal des conflits n'a pas réussi à dissiper. V. Y. Ben Achour, « La justice administrative... », ouvrage précité, p. 71.

⁴ M. Zaghab, « Le contentieux de la sécurité sociale et l'unification de la compétence », RJL, n°4, Avril 2006, p.92.

Les articles 7 et 8 de la loi de 2003-15 déterminent par ailleurs des règles de compétences dérogatoires au droit commun, en ce qui concerne la compétence territoriale du juge¹, le but étant d'instituer au profit des assurés sociaux une justice qui soit la plus proche possible². L'assuré social, qu'il soit demandeur ou défendeur choisi le tribunal de 1^{ère} instance qui lui convient. Dans tous les cas, chaque centre régional ou local est habilité à défendre les intérêts de la CNAM dans son ensemble. Ces facilités prennent en compte une vulnérabilité supposée chez la majorité des assurés sociaux, vulnérabilité qui peut être aggravée en ce qui concerne le contentieux de l'assurance maladie.

2) L'existence de quelques procédures contentieuses propres à l'assurance maladie

Malgré l'absence d'un contentieux général propre à l'assurance maladie, il existe quelques procédures contentieuses propres au régime tunisien d'assurance maladie. Ces procédures sont prévues par le dernier alinéa de l'article 11 de la loi n°2004-71³ et par l'ensemble du dispositif conventionnel liant la CNAM avec les prestataires privés de soins⁴. Dans ce cadre, est prévu deux mécanismes de résolution des litiges qui n'existent pas dans le cadre du contentieux des autres branches de la sécurité sociale : il s'agit respectivement des recours devant les commissions conventionnelles, ainsi qu'un éventuel recours à l'arbitrage, par ailleurs mal défini par les textes de la réforme de 2004.

Concernant les commissions conventionnelles, si le décret n°2005-3154 du 6 décembre 2005⁵ est flou sur la nature de leurs décisions, il s'agit bien d'une procédure

¹ Art. 7. - *Les litiges opposant les organismes qui dispensent les prestations sociales et les pensions prévues par les régimes légaux de sécurité sociale aux bénéficiaires desdites prestations et pensions sont portés devant le juge de la sécurité sociale du lieu du domicile réel ou élu desdits bénéficiaires.*

Sont portés devant le juge de la sécurité sociale du lieu de l'établissement principal ou secondaire du défendeur, les litiges qui opposent l'employeur ou les administrations et les organismes qui dispensent les prestations sociales et les pensions prévues par les régimes légaux de sécurité sociale.

Sont portés devant le juge de la sécurité sociale dans le ressort duquel le travail est exécuté ou dans le ressort duquel se situe le domicile du bénéficiaire de la prestation ou de la pension, les litiges qui opposent les bénéficiaires desdites prestations ou pensions et leurs employeurs ou administrations.

Art. 8. - *Le juge de la sécurité sociale du lieu d'exécution est compétent pour statuer sur les difficultés relatives à l'exécution des décisions rendues en matière de sécurité sociale.*

² A Mouelhi, op. cit., p. 187.

³ Cet alinéa est relatif aux « mécanismes de résolution des litiges » dans le cadre du dispositif conventionnel.

⁴ Art. 111 et s. de la convention médicale des médecins de libre pratique, art. 55 et s. de la convention des biologistes de libre pratique, art. 58 et s. de la convention des médecins dentistes de libre pratique, art. 41 et s. de la convention sectorielle des cliniques privées, art. 38 et s. de la convention sectorielle des physiothérapeutes.

⁵ JORT n°99 du 13/12/2005, p.3507.

contentieuse qui est instituée au profit de ces commissions. On peut citer à titre d'exemple la possibilité au praticien d'accéder à son dossier, de demander le ministère d'un avocat. Les membres des commissions peuvent quant à eux recourir à l'expertise dans les mêmes conditions que l'expertise judiciaire¹ et qui peut être contestée par le praticien en question par des contres expertises. Ces commissions sont compétentes pour l'ensemble des litiges pouvant naître entre les praticiens conventionnés et la CNAM, ainsi que le contrôle médical. Ces commissions sont respectivement les CPR², et les commissions nationales sectorielles qui examinent les décisions émanant des CPR, à la demande des praticiens selon une procédure inquisitoire.

Quant à la nature juridique des décisions de ces commissions, les textes ne sont pas trop explicites sur la question. Le D n°2005-3154 se contente d'un dispositif assez vague. Si l'article 22 dispose clairement que les décisions de la commission sectorielle sont opposables aux parties, l'article 24 du même décret dispose que « *Les dispositions (...) du présent décret demeurent sans préjudice du droit de recours aux juridictions compétentes conformément à la législation en vigueur* ». Quant aux conventions sectorielles, si elles sont toutes d'accord sur l'aspect purement consultatif des décisions des CPR³, elles sont en revanche silencieuses sur celle des commissions nationales sectorielles.

Concernant l'arbitrage, les dispositions juridiques sont également assez floues. Si la loi du 2 août 2004 est silencieuse sur la question, l'article 23 du décret 2005-3154⁴ précité en fait une allusion par une formule assez laconique : *En cas de non acceptation de l'une des décisions de la commission nationale sectorielle, les deux parties contractantes peuvent recourir au compromis conformément à la législation en vigueur et selon les procédures et modalités fixées dans les conventions sectorielles*. Ce renvoi aux conventions sectorielles n'est d'un grand secours puisqu'elles renvoient toutes à une procédure d'arbitrage fixée par avenant et non encore élaboré⁵. Rappelons tout de même que la

¹ V. à titre d'exemple, l'art. 128 de la convention sectorielle des médecins de libre pratique précitée.

² V. supra 1^{ère} partie.

³ Ex. : l'art. 115 de la convention sectorielle des médecins de libre pratique ; art. 62 de la convention sectorielle des médecins dentistes de libre pratique.

⁴ Décret 2005-3154 portant détermination des modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre la CNAM et les prestataires de soins de libre pratique, précité.

⁵ Ex. l'article 109 de la convention sectorielle des médecins de libre pratique : *En sus du recours aux commissions régionales et à la commission nationale, les parties contractantes admettent la possibilité de*

CNAM est une personne morale de droit public et que en tant que tel le recours à l'arbitrage est limité par les dispositions du code de l'arbitrage, en ce qui concerne ce recours par les personnes publiques¹.

B- Les critères de compétence du juge de la sécurité sociale

La loi 2003-15 précitée établit une dualité en ce qui concerne le critère de compétence du juge de la sécurité sociale². Il s'agit d'une part du critère de l'objet du litige et du critère des parties au litige. Ces critères signifient que la compétence du juge cantonal ne peut concerner n'importe quel objet et que la liste des personnes pouvant être parties dans un procès devant ce même juge est limitativement établie. Ces critères sont valables pour l'ensemble des branches de la sécurité sociale, ils sont valables par conséquent pour le contentieux de l'assurance maladie.

1) Le critère de l'objet du litige

La compétence générale en matière des régimes légaux de la sécurité sociale ne signifie pas que le juge de la sécurité sociale est compétent pour tous les aspects du contentieux de l'assurance maladie. Le critère de l'objet du litige, appliqué au contentieux de l'assurance maladie est un critère réducteur. Il exclut par conséquent un ensemble de litiges ayant un rapport avec l'assurance maladie ou faisant de la CNAM une partie au litige.

Il s'agit en premier lieu de l'ensemble des litiges qui porte sur des régimes légaux gérés par la CNAM autre que le régime de base de l'assurance maladie. Il s'agit du contentieux des accidents du travail et des maladies professionnelles, exclu par l'article premier de la loi 2003-15 précitée. Ce contentieux est du ressort exclusif du juge cantonal

recourir à l'arbitrage dans les conditions et selon les modalités qui seront définies par avenant à cette convention. V. également l'art. 57 de la convention sectorielle des laboratoires d'analyses et l'art. 56 de la convention sectorielle des médecins dentistes de libre pratique.

¹ V. loi n°93-42 du 26/04/1993, portant promulgation du code de l'arbitrage. JORT n°33 du 01/05/1993.

² V. M. Zaghab, op. cit.

selon les articles 76 de la loi n°94-28 du 21 février 1994¹ et l'article 43 de la loi n°95-56 du 28/06/1995². Cette exclusion est logique puisque la loi 2004-71 elle-même exclut de son champ d'application le régime des accidents de travail et des maladies professionnelles³, la CNAM étant uniquement dans ces matières prestataires de service.

Il s'agit en second lieu de l'ensemble des litiges des autres régimes d'assurance maladie, c'est-à-dire essentiellement les régimes complémentaires et les régimes non gérés par la CNAM. C'est par exemple le cas du contentieux de la caisse d'assurance et de prévoyance des avocats. Ces exclusions confirment deux points : la non unification du contentieux de l'assurance maladie et la non autonomie de ce même contentieux. La création d'une justice propre au droit médical et aux assurances santé serait plus conforme à l'esprit de la réforme de 2004⁴.

Enfin, cette compétence selon le critère objectif est aussi une compétence d'attribution. En dehors de la compétence générale, le juge de la sécurité sociale a, selon les articles 3, 4, 5 et 6 de la loi 2003-15, une compétence exclusive vis-à-vis de l'ensemble des caisses sociales, et donc de la CNAM, sur ses matières bien déterminées⁵.

¹ Portant régime de réparation des préjudices résultant des accidents de travail et des maladies professionnelles. JORT n°15 du 28/02/1994, p. 308.

² Portant régime particulier de réparation des préjudices résultant des accidents de travail et des maladies professionnelles dans le secteur public. JORT n°53 du 04/07/1995, p. 1419.

³ Art. 5 de la loi n°2004-71 précitée.

⁴ Parmi toutes les branches de la sécurité sociale, l'assurance maladie est la seule qui a un régime juridique autonome par rapport à la loi 60-30 relative aux régimes de sécurité sociale précitée et par rapport à l'ensemble de la législation régissant la sécurité sociale dans le secteur public. L'existence d'un contentieux propre doit normalement suivre cette logique d'autonomie de l'assurance maladie.

⁵ Les matières qui constituent une compétence exclusive du juge de la sécurité sociale sont les suivantes :

- L'ensemble des litiges relatifs aux pensions.
- L'ensemble des litiges opposant les employeurs –y compris les administrations- et la CNAM.
- L'ensemble des litiges opposant les assurés sociaux et les employeurs –y compris les administrations- en ce qui concerne le versement des cotisations.
- L'ensemble des actions intentées contre la CNAM, relative au remboursement de ce qui a été indûment perçu au titre des cotisations, ainsi que la constatation des dettes revenant à la CNAM au titre des sommes indûment versées et à leurs restitutions.
- L'examen de l'ensemble des difficultés d'exécution de jugement prononcé dans le cadre de la compétence du juge de la sécurité sociale.

2) Le critère des parties au litige

Ce critère répond à la question de qui peut être partie dans un litige devant le juge de la sécurité sociale. La réponse à la question, a partir de la loi 2003-15 établit trois types de configurations limitatives et qui est valable pour le contentieux de l'assurance maladie.

Il s'agit d'abord des litiges pouvant opposer les employeurs qu'ils soient des personnes privées ou des administrations d'une part et la CNAM d'autre part. Cependant ce cas de figure est peu probable, car il n'y a quasiment pas de rapports directs entre la CNAM et les dits employeurs. Ce sont les autres caisses sociales (CNSS et CNRPS) qui agissent pour le compte de la CNAM en matière de recouvrement des cotisations par exemple et qui sont par conséquent les seules parties dans un éventuel litige concernant ces questions.

Il s'agit ensuite des litiges pouvant opposer les bénéficiaires des prestations d'assurance maladie et la CNAM. Ce type de contentieux constitue la principale raison d'être de la réforme de 2003 du contentieux de la sécurité sociale.

Il s'agit enfin des litiges pouvant opposer les assurés sociaux et leurs employeurs sur des questions en rapport avec l'assurance maladie, tels les questions liées à l'immatriculation, à l'affiliation à la CNAM et de manière générale, à tout litige relatif à la cotisation¹.

Toutefois une question se pose sur la possibilité à ce que les prestataires de soins soient parties ou pas d'un litige, devant le juge de la sécurité sociale. Nous avons déjà abordé le fait qu'il existait une procédure contentieuse particulière en cas de litige opposant les prestataires de soins et la CNAM. Pour tous les autres cas, la doctrine² estime que les prestataires de soins ne peuvent figurer dans le procès seulement en tant que tiers par voie d'intervention volontaire ou forcée³. Cette dernière procédure a pour but de rendre le futur jugement opposable au prestataire de soins. Cette intervention peut se faire soit à

¹ T. Elloumi, « L'institution du juge de la sécurité sociale ». AJT n°40-41, février 2008, p.8 (En arabe).

² M. Zaghab, op. cit., p.92 ; M-Z. Hamdi, « Précis d'assurance maladie », Tunis 2008 (en Arabe), p. 150.

³ V. A. Mouelhi, op. cit. p. 193.

titre principal, pour défendre un droit dans le cadre du procès par exemple, soit à titre accessoire pour confirmer ou infirmer les prétentions d'une partie dans le litige par exemple. Cette limitation au niveau de la liste des parties pouvant ester devant le juge de la sécurité sociale n'est pas sans conséquences au niveau de la procédure.

§-2 La procédure en matière de contentieux de l'assurance maladie

La procédure en matière de contentieux de l'assurance maladie confirme ce souci d'équilibre entre d'une part la simplicité de cette justice et l'impératif de protéger la solidarité nationale. Ce souci se vérifie au niveau de la procédure devant le juge de la sécurité sociale lui-même **(A)**, ainsi qu'au niveau des voies de recours qui peuvent être intentés contre les décisions émanant de ce juge **(B)**. On examinera successivement ces deux aspects de la procédure.

A- La procédure devant le juge de la sécurité sociale

L'une des principales originalités de l'institution du juge de la sécurité sociale figure l'obligation de procéder à une conciliation. C'est seulement en cas d'échec de cette dernière que les parties au litige peuvent entamer une procédure contentieuse.

1) La procédure de conciliation

Il s'agit d'une procédure obligatoire qui doit précéder la phase contentieuse. Elle est prévue par l'article 11 de la loi 2003-15. En effet et d'après cet article, « *le juge de la sécurité sociale doit procéder à une tentative de conciliation entre les parties en chambre de conseil* » et ce avant de statuer sur le fond. Cette tentative doit être mentionnée dans le jugement. Ce même article impose au demandeur une obligation de présence, au risque de voire l'affaire rayée¹. Le ministère d'avocat n'est pas obligatoire, toutefois lorsque le demandeur choisi d'envoyer un mandataire, celui-ci *doit être muni d'un mandat spécial*

¹ Art. 11 al. 2 : *Lorsque le demandeur ou son mandataire ne comparait pas à l'audience de conciliation, après avoir été régulièrement convoqué, l'affaire est rayée.*

*conformément à la législation en vigueur*¹. Le succès de la procédure de conciliation est consigné dans un procès verbal qui vaut *jugement exécutoire sur la minute*².

Que l'article soit silencieux sur la question, il semble que le non respect de la procédure vicie l'ensemble de la procédure contentieuse. Il s'agit d'une position unanime de la doctrine³, qui se base entre autre sur une interprétation extensive de l'article 14 du CPCC et sur une analogie avec l'obligation d'une procédure de conciliation dans le contentieux du droit du travail.

Si la conciliation, en tant que procédure précontentieuse, a pour finalité d'éviter aux assurés sociaux les lourdeurs procédurales et financières d'un procès, elle a le mérite d'instituer un climat de confiance entre la CNAM et les assurés sociaux en matière du contentieux de l'assurance maladie. Cette procédure a le mérite d'offrir à la CNAM, dans le cas spécifique du recouvrement des cotisations, une récupération plus rapide de l'argent du, en évitant une procédure strictement contentieuse, avec un risque de ne rien récupérer au bout du compte. En revanche, en cas d'échec de la conciliation, une procédure purement contentieuse devient tout à fait incontournable.

2) La procédure proprement contentieuse

A l'instar de l'ensemble du contentieux de la sécurité sociale, le contentieux de l'assurance maladie, bien que se déroulant au sein des tribunaux de 1^{ère} instance, se caractérise par une certaine forme de souplesse aux niveaux des formalités et une relative rapidité ; et ce en comparaison avec la procédure contentieuse de droit commun.

Ainsi, le ministère de l'avocat n'est pas à ce niveau également obligatoire. Le demandeur, peut en revanche s'il le désire, réclamer une assistance judiciaire dans les mêmes conditions de droit communs du droit des procédures tunisien⁴.

¹ Art. 11 al. 3.

² Dernier alinéa de l'article 11.

³ V. T. Elloumi, op. cit. p. 9, M-Z. Hamdi, op. cit. p. 154, A. Mouelhi op. cit. p. 194.

⁴ Art. 15 de la loi 2003-15.

L'introduction de la requête se fait dans des conditions les plus souples possibles. L'article 9 de la loi 2003-15 dispose à cet égard : « *Le juge de la sécurité sociale est saisi par une déclaration verbale présentée au greffier du tribunal, ou par requête écrite déposée directement au greffe du tribunal ou envoyée par lettre recommandée ou par document électronique fiable* ». Il s'agit à cet égard la première fois que le législateur introduit une procédure d'ouverture d'instance par voie électronique.

Le même article 9 prévoit que la requête doit indiquer un certain nombre d'éléments relatifs à l'identité des parties, le résumé de la requête, les prétentions et les moyens de preuve du demandeur¹.

La souplesse de la procédure se vérifie aussi au niveau de la requête qui doit être signée par le demandeur, son avocat ou son mandataire, et accompagnée des moyens de preuve dont il dispose². Les audiences sont publiques et se déroulent conformément aux procédures civiles de droit commun prévu par le CPCC. Le juge de la sécurité sociale est un juge unique qui agit en tant que juridiction de première instance. Ces décisions sont par conséquent susceptibles de pourvois devant des juridictions d'appel et de cassation.

¹ Art. 9. – « *Le juge de la sécurité sociale est saisi par une déclaration verbale présentée au greffier du tribunal, ou par requête écrite déposée directement au greffe du tribunal ou envoyée par lettre recommandée ou par document électronique fiable.*

La requête doit indiquer notamment les noms, prénom, profession, domicile, numéro de la carte d'identité nationale et le numéro d'immatriculation du demandeur s'il est affilié à l'un des organismes qui dispensent des prestations sociales et des pensions prévues par les régimes légaux de sécurité sociale. Elle doit indiquer, le cas échéant, le nom de son avocat ou mandataire, les noms, prénom et domicile du défendeur, et un résumé de l'objet de la requête, les prétentions du demandeur et les moyens de preuve du requérant. La requête doit être signée par le demandeur, son avocat ou son mandataire, et accompagnée des moyens de preuve dont il dispose.

Si le demandeur ou le défendeur est une personne morale, la requête doit mentionner sa dénomination, son siège social, sa forme juridique s'il s'agit d'une société, ainsi que le numéro et le lieu de son immatriculation au registre de commerce.

Le greffier du tribunal doit inscrire la requête le jour de sa réception sur le registre tenu au greffe à cet effet, et la présente au juge de la sécurité sociale en vue de fixer la date de l'audience de conciliation et d'ordonner la citation des parties à cette audience ».

² Le greffier du tribunal doit inscrire la requête le jour de sa réception sur le registre tenu au greffe à cet effet, et la présente au juge de la sécurité sociale en vue de fixer la date de l'audience de conciliation et d'ordonner la citation des parties à cette audience. Le délai ne doit pas être inférieur à 15 jours. A défaut, le juge convoque les parties par huissier notaire. Art. 10 de la loi 2003-15 précitée.

B- Les pourvois dans le contentieux de l'assurance maladie

La procédure d'appel en matière du contentieux de l'assurance maladie, tout comme l'ensemble de la procédure en matière du contentieux de la sécurité sociale, obéit à des règles bien précises déterminées dans la loi 2003-15. La cassation en revanche n'est pas mentionnée par la même loi, ouvrant ainsi un certain nombre de questionnements. Quant au tribunal administratif, ne lui reste que des compétences d'attribution, maintenant ainsi une dualité de compétence, certes très relative, entre la juridiction de droit commun et la juridiction administrative en matière du contentieux de l'assurance maladie et de manière générale au sein du contentieux de la sécurité sociale.

1) L'appel en matière du contentieux de l'assurance maladie

L'appel contre les décisions du juge de la sécurité sociale est prévue par les articles 17 et suivants de la loi 2003-15 relative au juge de la sécurité sociale. C'est une procédure qui est du ressort des tribunaux de première instance qui agissent dans ce cadre en tant que juridictions d'appel.

Toutefois et contrairement aux règles procédurales de droit commun, le fait d'interjeter appel ne sursoit pas l'exécution des décisions rendues en premier ressort en matière de sécurité sociale et par conséquent dans le contentieux de l'assurance maladie¹. Les parties peuvent, conformément aux dispositions du code de procédure civile et commerciale, demander le sursis à l'exécution des jugements rendus par le juge de la sécurité sociale. *Les parties doivent être citées à l'audience en référé dans les plus brefs délais* et être convoquées selon les modalités prévues à l'article 10, c'est-à-dire par voie d'une correspondance postale recommandée. Le greffe du tribunal doit adresser aux parties, dans les quatre jours qui suivent le prononcé de jugement, par lettre recommandée également, une copie de la décision de sursis à l'exécution². Nous remarquons que même à ce niveau, la souplesse du contentieux est très caractérisée.

¹ L'alinéa 2 de l'article 17 de la loi n°2003-15 dispose à cet égard : *Les jugements rendus par le juge de la sécurité sociale sont exécutoires nonobstant appel, à l'exception de ce qui dépasse le quart des montants dus à titre de capital décès, et les arriérés des pensions au delà d'une année, ainsi que les montants qui n'ont pas un caractère alimentaire.*

² L'ensemble de ces modalités sont prévues par l'art. 18 de la loi n°2003-15 précitée.

L'appel est interjeté au moyen d'une requête écrite déposée par l'appelant, son avocat, ou son mandataire, au greffe de la juridiction d'appel. La requête d'appel doit contenir les éléments d'identités d'usage des parties et mentionner l'ensemble des références du jugement attaqué (date et n°), ainsi que les motifs de l'appel, elle doit être accompagnée des pièces produites par l'appelant. Le greffier de la juridiction d'appel inscrit immédiatement la requête sur le registre tenu à cet effet et en délivre récépissé. Il doit en aviser immédiatement le greffe du tribunal qui a rendu le jugement et lui demander l'envoi du dossier accompagné d'une copie administrative du jugement attaqué, et ce, dans un délai ne dépassant pas quinze jours¹.

La convocation à l'audience se fait encore une fois par voie de correspondance postale dans un délai minimum de 8 jours. Le ministère d'avocat n'est pas obligatoire. Le demandeur peut assister personnellement ou se faire représenter par un mandataire. Toutefois, le président de l'audience peut exiger une comparution personnelle des parties. Notons enfin que d'après l'article 23 de la loi 2003-15 précitée, l'auteur du pourvoi est exonéré du paiement des droits de recours et ce par dérogation au CPCC.

2) La cassation en matière de contentieux de l'assurance maladie

Les modalités de la cassation en matière du contentieux de la sécurité sociale ne sont pas détaillées par les textes. Seul l'alinéa 2 l'article 24 de la loi n°2003-15 en fait une allusion rapide par une formule assez laconique dont voici la teneur : *La juridiction d'appel et la cour de cassation statuent sur les recours selon les règles qui leur sont applicables, dans la mesure où elles ne dérogent pas aux dispositions de la présente loi.* De cette formule, il en résulte les deux conséquences suivantes.

La loi 2003-15 tranche la question de la cassation en matière du contentieux de la sécurité sociale en faveur de la juridiction sociale. Cela confirme l'orientation prise par le législateur depuis la réforme du contentieux administratif le 3 juin 1996² de consacrer le contentieux de la sécurité sociale et par conséquent celui de l'assurance maladie en tant

¹ Ibid., art. 19.

² Loi n° 96-38 du 03/06/1996 modifié. JORT n°47 du 11/06/1996, p. 1143, modifiée par la loi 2003-10 du 15/02/2003. JORT n°14 du 18/02/2003, p.392.

que bloc de compétence de la juridiction judiciaire¹. C'est en quelque sorte une fermeture définitive de la parenthèse de conflit de compétence sur la question entre l'ordre judiciaire et le Tribunal Administratif tunisien. Ne demeure au profit de ce dernier que quelques compétences d'attributions qu'on examinera plus loin.

La deuxième conséquence, exprimée clairement dans l'article 24 précitée, est que contrairement aux procédures en premier ressort et au niveau de l'appel, il n'existe pas de dispositions dérogatoires en matière de cassation dans le contentieux de la sécurité sociale. Il s'agit par conséquent d'une application totale du dispositif de cassation prévu par le CPCC².

3) Les pourvois limités devant le Tribunal Administratif en matière du contentieux de l'assurance maladie

Dans le système tunisien du contentieux administratif³, le Tribunal Administratif (TA) possède plusieurs compétences juridictionnelles. Une compétence en matière de recours pour excès de pouvoir (REP, premier ressort et appel), une compétence de plein contentieux siégeant en tant que juge de fond (premier ressort et appel) ou juge de cassation⁴. La compétence du TA en tant que juge de fond dans le contentieux de la sécurité sociale et par conséquent celui de l'assurance maladie n'existe plus depuis les réformes de 1996 et de 2003 précitées.

En ce qui concerne la compétence dans le cadre du REP, le Tribunal Administratif, qui a une compétence de droit commun en matière de recours pour excès de pouvoir, connaît depuis 2003 à la suite de la création du juge de la sécurité sociale un recul de sa compétence en matière d'annulation des décisions administratives émanant des différentes

¹ Art. 2 nouveau de la loi précitée tel que modifié en 2003. Dans la version d'origine, celle de 1996, le Tribunal Administratif était compétant pour l'ensemble des litiges de la CNRPS.

² Art. 175 et s. du CPCC.

³ Rappelons qu'il s'agit d'un système d'inspiration française, c.a.d. un système de dualité du contentieux et de juridiction. Toutefois, la juridiction administrative tunisienne se résume en l'existence d'un seul Tribunal avec des chambres de premières instances, des chambres d'appel et une chambre de cassation. V. Md. S. Ben Aïssa « La compétence du Tribunal Administratif en matière de recours pour excès de pouvoir » in « L'œuvre jurisprudentielle du tribunal administratif tunisien ». Tunis, CERP 1990, p. 213 ; Y. Ben Achour, « La juridiction administrative et la doctrine des procédures contentieuses administratives en Tunisie ». Tunis, Cérés éditions, 1998 (en arabe).

⁴ Op. cit.

caisses sociales et ce en application de la théorie du recours parallèle¹. Ne demeure finalement qu'une compétence de principe en matière de REP, vis-à-vis des actes à caractère réglementaires en matière de sécurité sociale.

En ce qui concerne sa compétence en tant que juge de cassation, le TA n'a conservé qu'une compétence d'attribution en matière de cassation vis-à-vis des arrêts rendu par la cour d'appel, et ce pour l'ensemble du contentieux relatif aux états de liquidations des cotisations dues par les caisses sociales². La CNAM n'est qu'indirectement concernée par cette procédure puisque seul la CNSS et la CNRPS sont habilitées à recouvrir l'ensemble des cotisations sociales, y compris les cotisations maladies.

Pour conclure, la question du contentieux de l'assurance maladie nous pouvons affirmer qu'il s'agit, à ce niveau, d'une extension de la logique de solidarité qui se trouve ainsi consacré dans la procédure judiciaire que ce soit au niveau du premier ressort ou au niveau de l'appel. Les choses semblent être plus compliquées en ce qui concerne la cassation et le recours au TA.

Tout est une question de dosage entre la simplification des procédures au profit des assurés sociaux et les impératifs de protection et pérennisation de la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé. D'autres moyens existent pour protéger et pérenniser cette solidarité.

Section 2 : Les autres moyens de protection

L'existence d'un régime répressif efficace (§1) peut constituer une réelle dissuasion pour prévenir les atteintes au système d'assurance maladie. A côté de ce régime, il existe d'autres moyens plus spécifiques à la protection du système de l'assurance maladie (§2) que ce soit en matière de responsabilité ou en matière des prescriptions.

¹ V. arrêt de principe, TA 1ère inst., n°11978 du 16/06/2004 Ali Ben Salem Aabaab/ PDG CNSS, non publié.

² Art.27 du CCP.

§-1 La protection par un régime répressif propre à l'assurance maladie

Le régime répressif en matière d'assurance maladie est relativement autonome par rapport à celui qui existe dans le droit commun de la sécurité sociale. Il détermine une série d'actes considérés comme contraires à la loi (A) assorties d'un régime de sanctions assez fournis (B).

A- La détermination des actes répressibles dans le cadre du droit d'assurance maladie

La loi 2004-71 précitée incrimine un certain nombre d'actes pouvant être réprimés dans le cadre du droit tunisien d'assurance maladie¹. Il s'agit d'un dispositif qui allie à la fois la protection de l'intérêt financier du système et un ensemble de mesures préventives contre tout risque de corruption ou de comportement contraire à l'éthique de la part des prestataires de soins conventionnés avec la CNAM. Toutefois la liste de ces actes nous paraît insuffisante par rapport à l'ensemble des cas de figures pouvant mettre en danger le bon fonctionnement du système d'assurance maladie².

Notons par ailleurs que le dispositif conventionnel oblige les adhérents à respecter le contenu de l'ensemble de ce dispositif. Un non respect de certaines dispositions du conventionnement cadre ou sectoriel peut théoriquement être réprimé. L'exemple le plus pertinent d'actes contraires aux conventions et pouvant être réprimés est la question du dépassement des tarifs conventionnels.

Dans tous les cas, assurés sociaux, ayants droit, prestataires de soins et employés de la CNAM doivent se conformer pleinement à la législation générale en rapport avec

¹ Art. 25 de la loi 2004-71. Il s'agit des actes suivant :

- Toute personne qui obtient ou facilite l'obtention ou tente de le faire par le biais de l'escroquerie ou de la présentation de fausses déclarations, des prestations qui ne lui sont pas dues.
- Toute personne qui compère avec les bénéficiaires des dispositions de la présente loi afin d'obtenir des prestations indûment.
- Toute personne qui détourne les bénéficiaires des dispositions de la présente loi vers un établissement sanitaire, un cabinet médical, une pharmacie, un laboratoire ou vers toute autre structure sanitaire, par le biais de la contrainte, de la menace ou de l'excès de pouvoir ou par la présentation de promesses pécuniaires, ou qui tente de le faire.
- Tout fournisseur de prestations de soins qui demande en se basant sur les dispositions de la présente loi une rémunération pour des actes professionnels non accomplis ou des produits non délivrés.

² Absence d'un dispositif anti cadeau par exemple.

l'assurance maladie, particulièrement en ce qui concerne le droit médical au sens large¹, le droit de la sécurité sociale et de manière plus générale l'ensemble des règles régissant le bon fonctionnement de tout service public².

B- Le régime de la sanction

Deux types de sanctions sont prévus dans le cadre du système tunisien d'assurance maladie. Il s'agit d'abord des sanctions prévues dans le cadre conventionnel, il s'agit ensuite des sanctions de nature pénale prévues par la loi du 2004-71.

1) Les sanctions prévues par le dispositif conventionnel

Ces sanctions n'ont pas un caractère pénal. Elles sont prévues par le décret 2005-3154³ et affinées par chaque dispositif conventionnel sectoriel. Elles peuvent être prononcées directement par la CNAM, par les CPR ou par les commissions sectorielles nationales. Ces sanctions se caractérisent par une certaine progressivité en fonction de la gravité de l'infraction et en fonction de la partie qui prononce la sanction.

Le premier niveau de sanctions est prononcé par la CNAM⁴. Il s'agit de sanctions classiques telle que le rappel à l'ordre par écrit indiquant le manquement du prestataire de soins et l'invitant à le corriger, la suspension du paiement du prestataire de soins dans la limite du coût de la prestation objet du litige et la notification de cette mesure à l'intéressé selon des modalités et délais fixées par les conventions sectorielle⁵.

¹ Déontologie médicale, législation des hôpitaux publics et des cliniques privées, fonction publique hospitalière (qui n'est toujours pas autonome en droit tunisien).

² Respect des principes du SP ; Egalité, continuité, mutabilité mais aussi neutralité et transparence. Respect des règles de fonctionnement des établissements et entreprises publiques, particulièrement les questions en rapport avec la gestion comptable et financière, mais aussi les marchés...etc.

³ Décret 2005-3154 portant détermination des modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre la CNAM et les prestataires de soins, précité.

⁴ Art. 19 du décret n°2005-3154 précité.

⁵ Ce délai est de 15 jours par exemple pour les médecins de libres pratiques. V. l'art. 110 de la convention sectorielle des médecins de libre pratique.

Le prestataire de soins concerné dispose d'un droit de recours¹ devant les CPR, qui ne peuvent que confirmer ou infirmer les mesures prises par la CNAM. Rappelons que les décisions des CPR sont purement consultatives. Si le prestataire de soins s'estime toujours lésé par la ou les décisions de la CNAM, un droit de recours supplémentaire peut s'exercer cette fois-ci devant les commissions sectorielles nationales. Ces dernières peuvent confirmer ou infirmer la décision de la CNAM, mais elles sont également habilitées à prendre un deuxième niveau de sanctions.

Ce deuxième niveau est prévu par l'article 21 du décret 2005-1351 qui prévoit toute une panoplie de mesures répressives telle que l'avertissement par le biais d'une lettre recommandée avec accusé de réception, la suspension pour une durée déterminée de la convention à l'égard du prestataire de soins concerné et le déconventionnement qui constitue la mesure la plus spectaculaire et la plus grave pour le prestataire de soins². Les décisions des commissions sectorielles nationales sont opposables à l'ensemble des parties prenantes du processus conventionnel³.

Enfin, notons que l'ensemble de ce dispositif répressif prévu dans le cadre conventionnel est sans préjudice de l'application du dispositif répressif pénal, qu'il soit directement prévu par la loi n°2004-71 ou par les textes généraux du droit pénal.

2) Les sanctions de nature pénales et administratives

Ces sanctions sont prévues par l'article 25 de la loi 2004-71. Cet article prévoit en fait deux types de sanctions pénales : des sanctions propres au droit de l'assurance maladie et des sanctions prévues par la législation générale.

En ce qui concerne les sanctions relatives aux infractions d'assurance maladie, l'article 25 prévoit une amende de 500 à 2000d pour l'ensemble des actes prévus par ce

¹ Non prévu par le décret de 2005 précité, mais prévu par les conventions sectorielles. Ex. : art. 108 de la convention sectorielle des médecins de libre pratique.

² Depuis l'entrée en vigueur de la réforme en 2007, aucune décision de déconventionnement, en tant que mesure répressive, n'a été prononcée par une commission sectorielle nationale.

³ Art. 22 du décret de 2005 précité.

même article 25 et dont la liste a été présentée supra¹. En cas de récidive le montant de l'amende est doublé. Le caractère pénal de cette sanction ne fait aucun doute² et doit par conséquent être prononcé par le juge pénal.

En ce qui concerne les sanctions pénales de droit commun, l'article 25 se contente d'un simple renvoi sans aucune autre précision. Dans ce cadre d'autres sanctions financières ou des peines de prisons peuvent être prononcées en cas de crimes et délits commis dans le cadre de l'assurance maladies³. Le dernier alinéa de l'article 25 précise également que la CNAM « *se réserve le droit de demander des dommages et intérêts au contrevenant dont le montant ne peut être inférieur aux montants qui ont été indûment payés* ».

Cette panoplie de sanctions pénales, n'empêchent pas par ailleurs d'appliquer en sus, une autre panoplie de sanctions à savoir des sanctions administratives. Dans ce cadre la liste des sanctions administratives pouvant être prononcée et ayant un rapport avec le fonctionnement du système d'assurance maladie sont nombreuses. Les plus dissuasives sont constituées par les sanctions prononcées dans le cadre des ordres professionnels⁴ ou encore les sanctions aboutissant au retrait de certaines autorisations ou agréments administratifs⁵. Ces sanctions sont surtout dissuasives pour les structures institutionnelles conventionnées avec la CNAM.

Enfin, et pour les prestations rendues au sein des hôpitaux publics ou au sein de la CNAM elle-même, des sanctions disciplinaires peuvent être prononcés à l'encontre des

¹ V. supra, paragraphe A.

² V. Travaux préparatoires de la chambre des députés, séance du 28/07/2004 JO des délibérations de la chambre des députés, n°36.

³ Exemple vente de faux médicaments, falsification d'identité ou de documents pour obtenir des prestations d'assurance maladie de manière indues, exercice illégale de la médecine, escroquerie...

⁴ Mis à pied, radiation du tableau.

⁵ L'ouverture des cliniques privées est une activité soumise à autorisation administrative préalable. L'ouverture des centres spécialisés est soit soumise aux mêmes autorisations préalables, soit soumise à un agrément après respect d'un cahier des charges. Agrément et autorisation peuvent être retirés à tout moment en cas de graves infractions. V. M. Ouardi, article précité.

agents sur la base du statut général de la fonction publique¹ et du statut particulier des agents des caisses de la sécurité sociale².

§- 2 La protection par des moyens spécifiques

A côté d'un régime répressif plus ou moins efficace, il existe d'autres moyens de protection de la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé. Ces moyens sont prévus par la loi du 2 août 2004. Il s'agit d'abord d'un premier moyen procédural permettant à la CNAM de défendre soit les intérêts de la solidarité nationale, soit les intérêts des assurés sociaux eux même. C'est la procédure de la substitution d'action en matière de responsabilité **(A)**. Le second moyen est constitué par l'existence d'un régime de prescription propre au système d'assurance maladie **(B)**. Ces deux moyens seront abordés successivement.

A- La subrogation en matière d'action en responsabilité³

Cette subrogation est prévue par l'article 22 de la loi 2004-71. Elle a pour but de garantir à la CNAM un remboursement des frais engagés par la caisse, lorsque l'assuré social est soigné pour un dommage causé par une tierce personne. Si les cas de figures possibles dans le cadre du régime de base sont difficiles à déterminer, les modalités de cette subrogation sont en revanche clairement déterminées par l'article 22 précité.

1) Les cas de figures possibles

De prime abord, cette action ne peut être applicable que dans le cadre du régime des accidents de travail et des maladies professionnelles, géré par la CNAM et soumis à une législation particulière. Cependant, l'article 22 ne réserve pas cette action à ces seuls cas. Par conséquent les cas de figure possibles peuvent être nombreux.

¹ Le statut général de la fonction publique est prévu par la loi 83-112 du 12/128/1983 (JORT n° 82 du 16/12/1983, p. 3214) modifié à plusieurs reprises, particulièrement par la loi n°97-83 du 20/12/1983 (JORT n°103 du 26/12/1997, p. 2404).

² Décret n°99-2024 du 13 septembre 1999 précité.

³ V. I. Lahmar « Problèmes du contentieux de la sécurité sociale ». Tunis, 2010, p. 184. (en arabe).

La prise en charge des frais de soins pour des complications dues à des accidents de circulations ou autres ou pour cause d'agression. Ces frais doivent être remboursés à la CNAM car ils concernent des éléments qui ne font pas partie du régime de base de l'assurance maladie¹. C'est le responsable civil des dommages causés qui doit rembourser l'ensemble des frais médicaux. On est plus dans le terrain de la solidarité nationale, mais dans ce lui des règles de la responsabilité civile.

Le deuxième cas de figure concerne certaines APCI qui peuvent être clairement liées à une cause mettant en jeu les règles de la responsabilité². Le problème qui se pose dans ce cadre est de savoir si la CNAM est en droit de réclamer un remboursement des frais engagés dans le cadre de la prise en charge, lorsque la victime engage une action en responsabilité ? D'autant plus que les APCI sont une partie intégrante du régime de base d'assurance maladie. La réponse ne peut être qu'affirmative, car d'une part, l'article 22 précité n'est pas limitatif sur la question. D'autre part, le grand principe en matière de prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale est la mise en jeu de cette solidarité en dehors des cas de responsabilité. Si cette responsabilité peut être clairement déterminée, la solidarité nationale ne trouve plus sa raison d'être, même si la pathologie en question est concernée par une prise en charge obligatoire par la solidarité nationale.

Pour être complet notons, que les prises en charge des dommages corporels dans le cadre des catastrophes naturelles (inondations, séisme...) n'entrent pas dans ce schéma de description. La solidarité nationale, avec toutes ses formes, joue à fond dans ce cadre qui est, tout de même, très exceptionnel

2) Les modalités de la subrogation

C'est par des formules assez laconiques que ces modalités sont déterminées par l'article 22 précité de la loi 2004-71 et précisées par la jurisprudence de la cour de

¹ Il existe en ce sens une collaboration entre les hôpitaux publics et la CNAM. Les premiers refusent d'appliquer le tiers payant ou de remplir les documents de la CNAM lorsque l'admission du malade se fait à la suite d'un accident ou d'une agression. (C'est particulièrement le cas des services d'urgence).

² C'est le cas lorsqu'un principe de précaution déterminé par la loi n'est pas respecté. Ex cancer lié à une exposition prolongée à l'amiante, en dehors du milieu professionnel (sinon c'est le régime des maladies professionnelles qui s'applique), SIDA causé par la mauvaise stérilisation lors des transfusions, APCI d'origine nosocomiale ou à cause de fautes médicales.

cassation en 2008¹. Il s'agit d'un ensemble de mesures que doit respecter l'assuré social en cas d'action en responsabilité pour réparer un dommage corporel, dont les frais ont été pris en charge par la CNAM, partiellement ou en totalité.

La caisse est subrogée au bénéficiaire des prestations de soins dans son action contre le tiers responsable du dommage dans les limites des prestations octroyées à la victime. En cas d'actions engagées contre le tiers responsable, la victime ou ses ayants droit doivent assigner en intervention la caisse conformément à la procédure propre de la juridiction ou est engagée l'action en responsabilité². Notons qu'il n'existe pas pour l'instant un texte d'application qui détaille cette procédure.

Si la victime décide de conclure un règlement amiable avec le responsable du dommage, la CNAM doit être avisée par un moyen de correspondance légal³ pour participer aux négociations. En cas de non respect de cette mesure, le règlement amiable ne pourra pas être opposable à la caisse⁴.

La CNAM peut en cas du non-respect des deux modalités précédentes, se retourner contre le bénéficiaire qui a reçu une indemnisation du tiers responsable, pour remboursement des montants dont il a bénéficié, dans les limites de ce qui a été dépensé par la caisse.

Enfin l'article 23 de la loi 2004-71 dispose dans le même cadre général de la substitution en matière de responsabilité, qu'« *Est nul tout accord contraire aux dispositions de la présente loi. Toute renonciation de la part des bénéficiaires de la présente loi aux droits et actions qui leurs y sont reconnus n'est pas opposable à la caisse* ».

¹ La cour de cassation a eu à se prononcer sur la portée de l'art. 22 de la loi 2004-71 dans la décision Cass. Civ. n°33978 du 05/07/2008, cité par I. Lahmar, op. cit. p.185.

² Juridiction de droit commun pour la responsabilité civile, juridiction administrative pour la responsabilité d'une personne publique dans les limites de la loi organique de 1972 et des lois du 3/06/1996 précitées.

³ L'article 22 ne le précise pas. On peut cependant considérer une correspondance recommandée avec accusé de réception ou une assignation par voie d'huissier notaire comme des moyens respectant la condition prévue par cet article 22.

⁴ L'art. 22 al.3 dispose à cet effet : « *Le règlement amiable pouvant intervenir entre la victime et le tiers responsable ne peut être opposé à la caisse qu'autant que celle-ci a été légalement invitée à y participer* ».

B- Les prescriptions en matière d'assurance maladie

La prescription selon la définition classique *est un moyen d'acquérir ou de se libérer un certain laps de temps*¹. En matière d'assurance maladie il s'agit plutôt de se libérer des actions en justice au bout d'un certain laps de temps. En droit tunisien il existe un cadre général de prescription dans le COC pour ce qui concerne les prescriptions de droit commun² et dans le CCP pour ce qui concerne les prescriptions vis-à-vis des administrations publiques et de l'argent public³. Cependant, l'article 24 de loi du 2 août 2004 établit un régime général de prescription propre à l'assurance maladie, sans exclure pour autant les autres prescriptions.

Dans ce cadre si l'article 24 établit une différenciation entre l'action des bénéficiaires et l'action de la CNAM, il établit cependant un délai de prescription commun selon les modalités suivantes : les actions des bénéficiaires et des fournisseurs des prestations de soins contre la caisse sont prescrites après deux années à partir de la date de la naissance du droit⁴. Les actions de la caisse contre les personnes à qui des avantages au titre de ce régime ont été octroyés indûment sont prescrites après deux ans. Le délai de prescription court à partir de la date du paiement indu⁵.

Pour toutes les autres actions ce sont les règles de droit commun qui s'appliquent en la matière. Pour les actions en relation avec les aspects généraux de la sécurité sociale et particulièrement les cotisations, c'est les règles prévues par les articles 110 à 113 de la loi n°60-30 du 14 décembre 1960, relative à l'organisation des régimes de sécurité sociale qui sont applicables en la matière⁶.

¹ Première version de l'article 2219 du code civil français.

² 15 années comme règle générale art. 402 du COC.

³ 5 années en vertu de l'art. 36 du CCP.

⁴ Art. 24 al.1.

⁵ Art. 24 al.2.

⁶ 3 ans pour les cotisations, 1 année pour la majorité des autres cas et qui peuvent concerner l'assurance maladie.

Conclusion du Titre 2

Le financement de l'assurance maladie, la maîtrise des dépenses de santé et un contentieux perspicace constituent les trois piliers pour pérenniser tout système de prise en charge par la solidarité nationale. Pourtant la réforme de 2004 maintient ces trois piliers dans une situation quasi identique à celle qui prévalait avant l'entrée en vigueur du nouveau système. Le financement est toujours basé exclusivement sur la cotisation, la politique de maîtrise des dépenses n'est pas une évidence ni juridique ni pratique et le contentieux est maintenu en l'état. Pourtant les indicateurs économiques plutôt défavorables et l'augmentation prévue du contentieux de l'assurance maladie avec une probable incidence financière négative doivent inciter à un sursaut de la part des pouvoirs publics sur ces trois niveaux, l'avenir de la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé en dépend largement.

Conclusion de la deuxième partie

Les prestations de l'assurance maladie constituent la manifestation de la portée et des limites de la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé. La population concernée par cette solidarité est toujours insuffisante en Tunisie, car si le droit à la santé est un droit citoyen, la prise en charge des dépenses de santé par la solidarité ne l'est toujours pas. L'instauration d'une couverture sanitaire universelle peut et doit corriger cette lacune, à condition d'avoir les ressources financières nécessaires.

Le contenu des prestations est objectivement insuffisant, que ce soit le panier des soins couvert ou les modalités pratiques des prises en charge par la CNAM. Enrichir ces prestations et relever le niveau de prise en charge, surtout en matière des taux et des plafonds, doivent impérativement marquer les futures réformes du système, à condition d'avoir aussi les ressources financières nécessaires.

Finalement, l'argent est au cœur de l'ensemble des questions traitées tout au long de la deuxième partie de ce travail. Cet argent qui finance ces prestations est toujours collecté en Tunisie sous une forme classique, la cotisation étant la ressource quasi exclusive. Cependant et au vu des perspectives démographiques et économiques défavorables qui s'annoncent, ce financement classique atteindra rapidement ses limites et la recherche de nouveau mode de financement s'imposera. Envisager une fiscalisation d'une partie de ce financement n'est pas à exclure en Tunisie, malgré un contexte juridique et économique peu favorable pour l'instant. Associer la représentation nationale, et impliquer l'ensemble de la société dans le débat sur le financement de l'assurance maladie s'impose car l'enjeu est capital, il s'agit d'assurer la pérennité de la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé.

Cette pérennité de la solidarité nationale doit par ailleurs être protégée par un régime répressif adéquat et un mécanisme juridictionnel adapté. Envisager un régime de contentieux propre à l'assurance maladie n'est pas à exclure. Ce régime doit assurer un juste dosage entre les droits des assurés sociaux et l'équilibre financier du système tunisien d'assurance maladie.

Conclusion générale

Le système tunisien d'assurance maladie concrétise à sa manière l'idée de solidarité nationale. La réforme de 2004 est à cet égard une avancée importante, par rapport à la situation antérieure. Cependant et au terme de cette recherche une évidence s'impose : l'ambition de départ, exprimée dans la réforme et notamment dans l'article premier de la loi 2004-71 se heurte à un résultat qui laisse tout chercheur dubitatif. Le système ainsi créé, maintient les principales faiblesses de la situation d'avant 2004, en les limitant souvent mais en les aggravant parfois.

Les prestations de l'assurance maladie demeurent insuffisantes et les prises en charge ne sont pas uniformes. La médecine à double vitesse, que la mise en chantier de la réforme de 2004 voulait limiter, est non seulement maintenue, mais devient partie intégrante du système d'assurance maladie. Nous avons démontré à travers cette recherche que les trois filières de prise en charge constituent en réalité une modulation de la solidarité nationale en fonction du niveau de vie des assurés sociaux. La mise à niveau de l'hôpital public qui devait, par ailleurs, accompagner la réforme ne s'est toujours pas concrétisée et une bonne partie de la population est toujours exclue du champ d'application du système.

C'est que la solidarité nationale ne constitue pas le seul paramètre du système d'assurance maladie, plus que ne l'est le principe d'égalité exprimé dans l'article premier de la loi 2004-71. Une logique mercantile sous-jacente existe dans tout système d'assurance maladie. L'ouverture de ce système en Tunisie au secteur privé sanitaire nourrit cette logique et met à jour l'antagonisme des intérêts qui gouverne l'assurance maladie. Du côté du prestataire privé de soins, le modeste assuré social, n'est plus –grâce à la réforme- nécessairement insolvable. C'est un patient à attirer consciemment ou inconsciemment car il est désormais mieux assuré et donc bon payeur. Certes, qu'un prestataire privé de santé soit intéressé par la logique mercantile du système est largement compréhensible, cependant cette recherche a démontré que le système d'assurance maladie n'implique pas assez les prestataires privés de soins dans la logique de solidarité. Ces prestataires ont même réussi à orienté une partie de la réforme dans le sens voulu par eux. L'existence d'une filière de remboursement, offrant un niveau de prise en charge identique

au tiers payant, tout en laissant aux assurés sociaux la maîtrise de leurs parcours de soins, en est un exemple parmi d'autres.

Quant au mécanisme conventionnel régissant les rapports entre la CNAM et ces prestataires de soins, cette recherche a mis en évidence son caractère peu contraignant. Le contrôle médical, pourtant renforcé par la réforme de 2004, n'atténue pas cette faiblesse. Le caractère pas assez contraignant des tarifs conventionnels et surtout l'absence de véritables mesures répressives en cas de leur dépassement est une illustration de cette faiblesse. Les prestataires privés de soins sont pour l'instant les principaux bénéficiaires de la réforme du système tunisien d'assurance maladie.

Plus globalement, la réforme de 2004 en refondant la solidarité nationale en matière sanitaire souffre au final d'un déficit d'innovation sur plusieurs niveaux. Le premier est institutionnel avec une CNAM reproduisant le modèle de la caisse sociale éprouvé en Tunisie et ailleurs depuis plus d'un siècle. Repenser ce modèle en allégeant ses structures administratives, en élargissant la représentativité de tous les acteurs de l'assurance maladie et en associant dans sa gestion la collectivité nationale et les membres de la société civile constitue des pistes à explorer.

Le deuxième déficit d'innovation est conceptuel puisque la réforme de 2004 aboutit à un système ambigu, difficile à situer. Se voulant affranchie de la sécurité sociale, l'assurance maladie y maintient tout de même des liens forts au niveau de l'affiliation et du contentieux. Partie intégrante de la politique sanitaire du pays, l'assurance maladie à travers la réforme de 2004 est sans impact réel sur le fonctionnement et l'organisation sanitaire du pays. Pourtant nous considérons que les instances de l'assurance maladie ont vocation à réguler le système de santé du pays ou au moins y participer. Les usagers du service publics de la santé sont dans leur écrasante majorité des affiliés de l'assurance maladie. Cette dernière est en outre incontournable en matière du financement de la santé.

Et c'est justement à ce niveau que se situe le troisième déficit d'innovation, puisque la réforme de 2004 a choisi de maintenir un modèle classique de ce financement, à savoir la cotisation se contentant d'augmenter et d'uniformiser ses taux. Pourtant toutes les études le

démontrent, ce model de financement ne pourra plus dans un avenir très proche assurer les dépenses du système. Envisager des nouvelles formes de financement s'impose dès maintenant d'autant que le vieillissement de la population tunisienne, désormais inéluctable, aggravera la situation avec une population moins cotisante mais plus consommatrice en produits et services de santé. L'effort de maîtrise des dépenses en matière de santé constitue le corolaire indispensable à l'innovation en matière de financement. A ce niveau également il est indispensable d'impliquer la collectivité nationale, les collectivités territoriales et la société civile. L'adéquation entre la solidarité nationale et le système d'assurance maladie, supposé en découlant, aura ainsi des chances d'être réalisé. L'enjeu est au final important, c'est assurer la pérennité du système d'assurance maladie pour la génération actuelle, mais surtout pour les générations futures.

ANNEXES

Liste des annexes :

- Annexe I : Le système de santé tunisien : « Etat des lieux et défis ». Rapport du professeur Nourreddine Achour, Fonds des Nations Unie pour la population (UNFPA-TUNISIE)..... p. 315.
- Annexe II : Statistiques de la CNAM, janvier 2012..... p.339.
- Annexe III : Organigramme de la CNAM, liste des centres régionaux et locaux de la CNAM..... p. 353.
- Annexe IV : Carte sanitaire 2010, version provisoire, décembre 2011 (extraits)..... p. 356.
- Annexe V : Les APCI (liste, exemples détaillés, proposition du STMSLP et exemple français)..... p. 370.
- Annexe VI : Prise en charge par la CNAM des hospitalisations dans les cliniques privées..... p. 375.
- Annexe VII : Exemple d'intervention du Conseil national de l'Ordre des médecins dans le processus conventionnel..... p. 380.
- Annexe VIII : Guide des procédures de prises en charge des assurés sociaux à l'attention des médecins conventionnés..... p. 382.

LE SYSTEME DE SANTE TUNISIEN :

« ÉTAT 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

année	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

Dépenses Publiques		2007		2008	
		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, emploie plus de 80% de la capacité litière du pays, 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.



Statistiques de la **CNAM**

Janvier (2012)

Remarque: La mise à jour de ce document se fera tous les 3 mois

Les Statistiques de la CNAM

Les Indicateurs Globaux

Indicateurs Globaux

Evolution du Volume des Prestations: 2008-2011

Indicateur	2008	2009	2010	2011 (*)
Nombre de visiteurs aux services régionaux et locaux	6 363 297	6 705 399	8 820 805	8 900 000
Nombre de Bulletins de Remboursement (BS) déposés	928 600	1 872 200	2 356 900	2 744 800
Nombre de communications téléphoniques (<i>Ligne Verte</i>)	251 528	304 884	158 736	149 015
Nombre de visiteurs Site web (<i>cnam.nat.tn</i>)	25 445	578 351	791 994	815 380

* Données Provisoires

Indicateurs Globaux

Evolution du nombre d'assurés sociaux* par filière de soins 2008-2011

Filière de soins	2008	2009	2010	2011 **
Filière Publique	1 774 619	1 821 691	1 873 855	1 920 522
Filière Privée	269 127	274 681	328 592	370 452
Système de Remboursement	354 760	370 268	448 810	489 705
Total nouveau régime	2 398 506	2 466 640	2 651 257	2 780 679
Régime à Faible Revenu	146 682	179 579	197 411	226 701
Etudiants	362 993	362 490	361 500	360 172
Ensemble	2905 360	3 007 719	3 211 158	3 370 373

**Données Provisoires

* Il s'agit des assurés sociaux détenteurs de cartes de soins valides

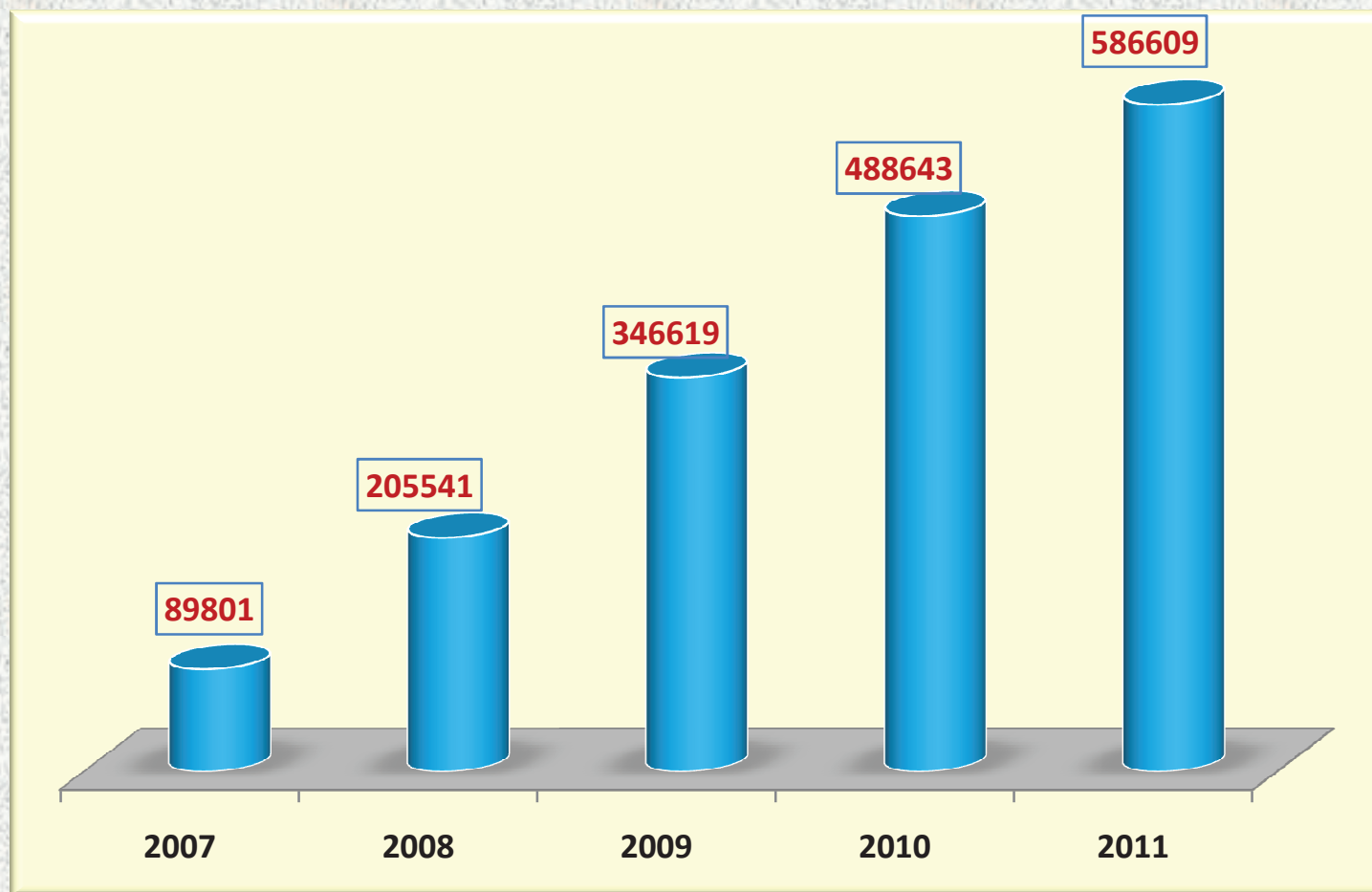
Indicateurs Globaux

Evolution du nombre de Prestataires de soins conventionnés avec la CNAM : 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Médecins Généralistes	1782	2268	2403	2509	2668
Médecins Spécialistes	823	1803	2637	2950	3227
Sous-Total (1)	2605	4071	5040	5459	5895
Médecins Dentistes	54	1290	1709	1915	2102
Pharmaciens	1579	1756	1853	1919	1956
Biologistes	212	246	260	281	305
Kinésithérapeutes	91	247	321	437	599
Sous-Total (2)	1936	3539	4143	4549	4962

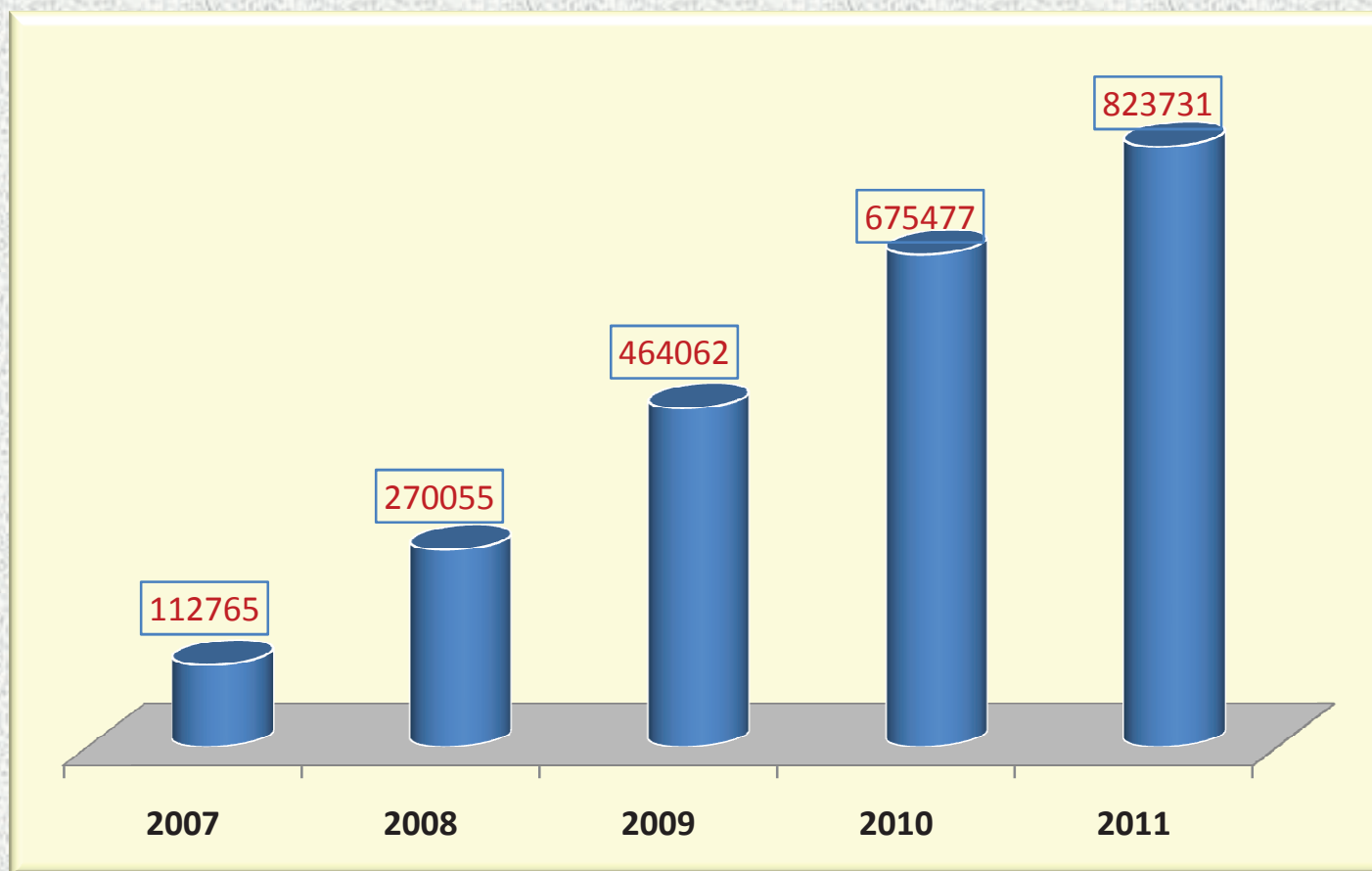
A.P.C.I

Evolution du nombre de bénéficiaires d'A.P.C.I : 2007-2011



A.P.C.I

Evolution du nombre des prises en charge : 2007-2011



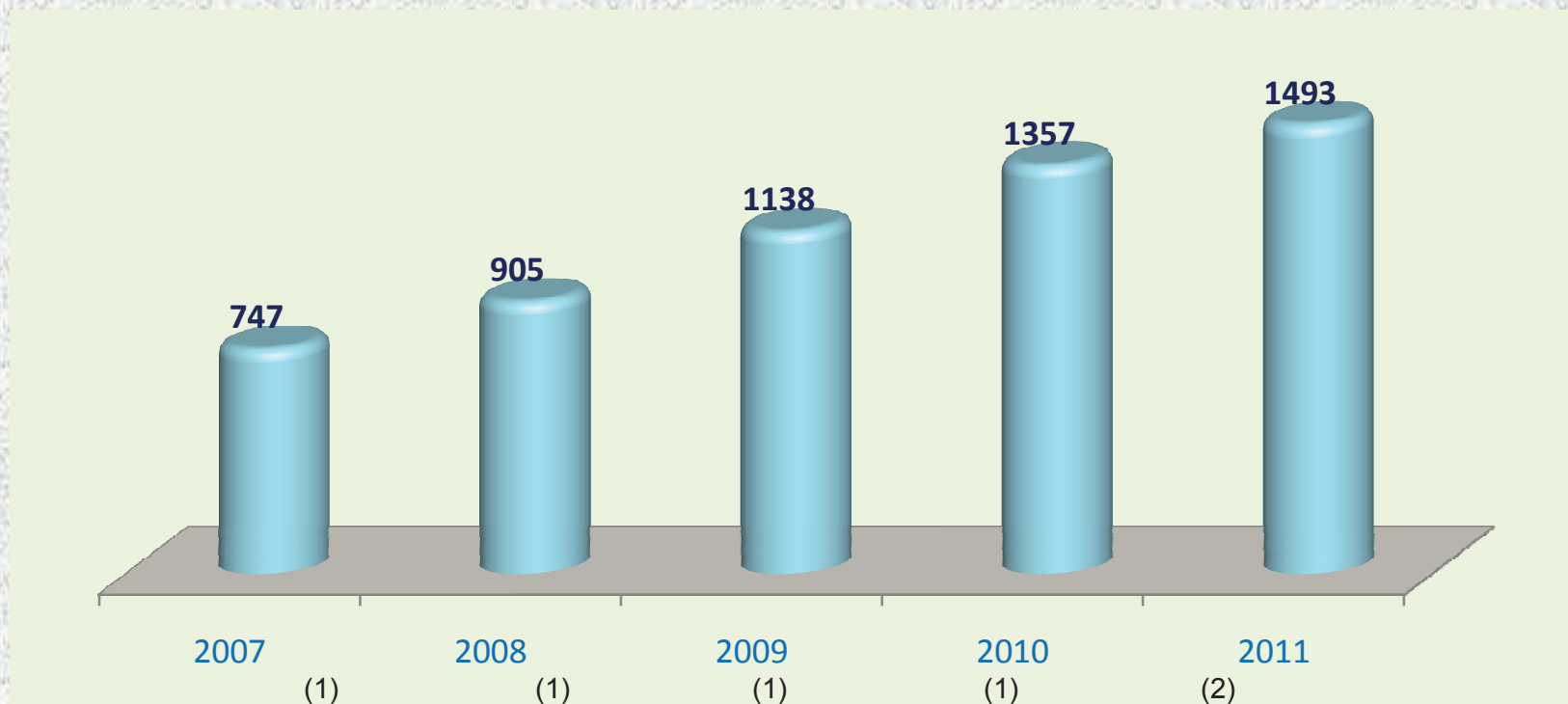
Statistiques de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Janvier 2012) / Direction des Etudes et des Statistiques

Statistiques de la CNAM

Données relatives aux
dépenses de la caisse

Evolution des dépenses techniques de la caisse (Ensemble des régimes) : 2007-2011

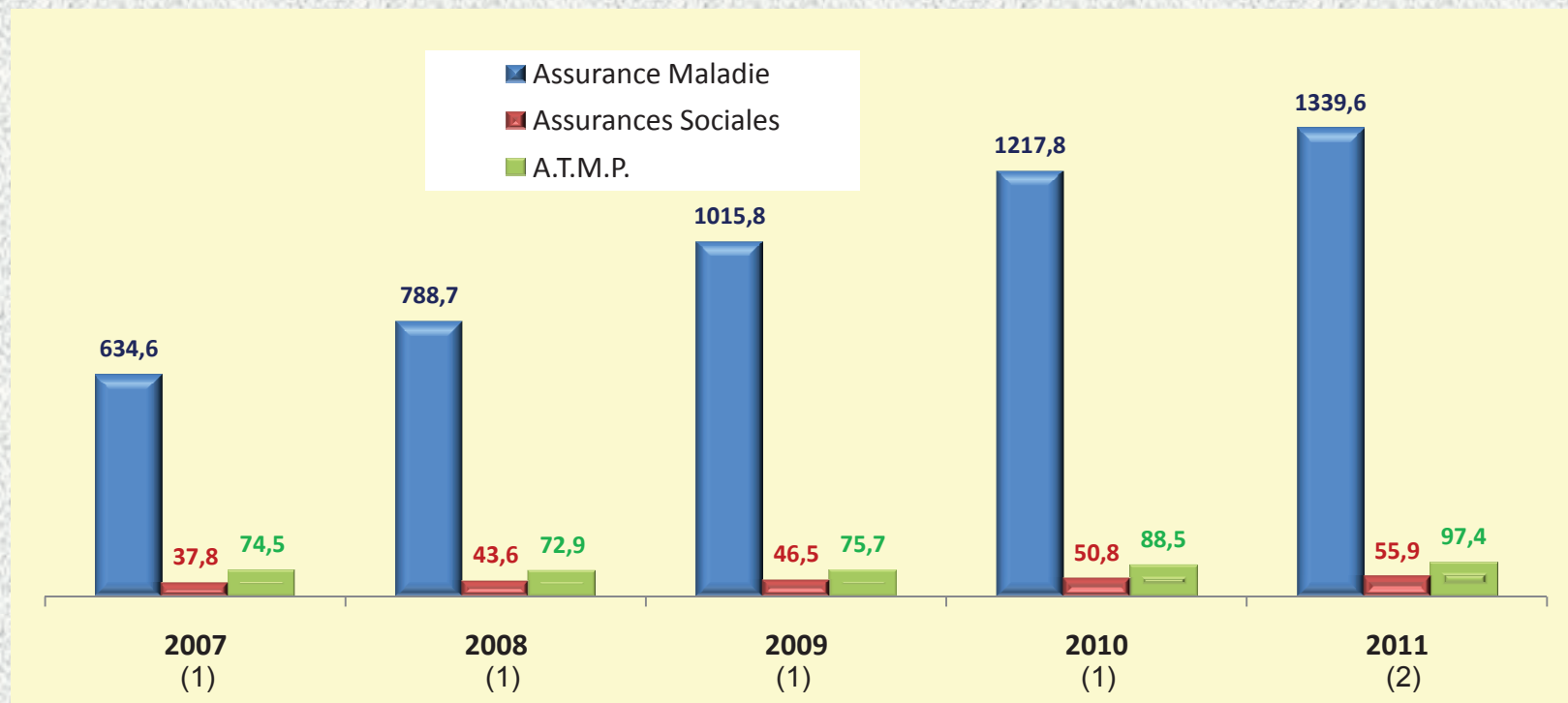
Unité : Million de dinars



(1) Bilan

(2) Prévu

Evolution des dépenses techniques de la caisse par régime: 2007-2011



(1) Bilan
(2) Prévu

Statistiques de la CNAM

Données sur les Prestations sanitaires dans
le cadre du régime de base de l'Assurance
Maladie

Hospitalisation dans les cliniques privées (Opérations Chirurgicales)

* Le nombre de bénéficiaires des opérations chirurgicales dans le secteur privé a atteint à la fin de l'année 2011 **50 150 bénéficiaires** (chiffre provisoire) contre **13 675 bénéficiaires** en 2007.

* Les dépenses au titre des opérations chirurgicales dans le privé s'élèvent à 17,4 MD en 2011 contre 3,2 MD en 2007.

Tableau récapitulatif du nombre de bénéficiaires et des dépenses au titre des opérations chirurgicales

	2007	2008	2009	2010	2011 *
Nombre de bénéficiaires	13 675	16 874	31 243	40 941	50150
Dépenses (MD)	3,2	6,1	13,8	17,2	17,4

* Données provisoires

Hospitalisation dans les cliniques privées (les accouchements)

* Le nombre de bénéficiaires des accouchements dans le secteur privé a atteint à la fin de l'année 2011 environ **41925 bénéficiaires** (chiffre provisoire) contre **5100 bénéficiaires** en 2007.

* Les dépenses au titre des accouchements dans le privé s'élèvent à 16,7 MD en 2011 contre 2,2 MD en 2007.

Tableau récapitulatif du nombre de bénéficiaires et des dépenses au titre des accouchements

	2007	2008	2009	2010	2011 *
Nombre de bénéficiaires	5 100	17 400	26 100	32 100	41 925
Dépenses (MD)	2,2	8,3	12,9	16,1	16,7

* Données provisoires

Facturation des frais d'hospitalisation et des soins dans les structures sanitaires publiques

La Facturation comprend les hospitalisations et les consultations externes dans les EPS et les hôpitaux régionaux

Tableau récapitulatif du nombre de bénéficiaires

	2007	2008	2009	2010
Factures Traitées (Milliers)	2 733,0	2 242,9	2 909,0	3 023,9

Tableau récapitulatif des dépenses

	2007	2008	2009	2010	2011
Facturation dans les structures sanitaires publiques (en MD)	227,4	246,0	273,4	304,6	349,0

Prestations Sanitaires dans le cadre du régime de base de l'Assurance Maladie

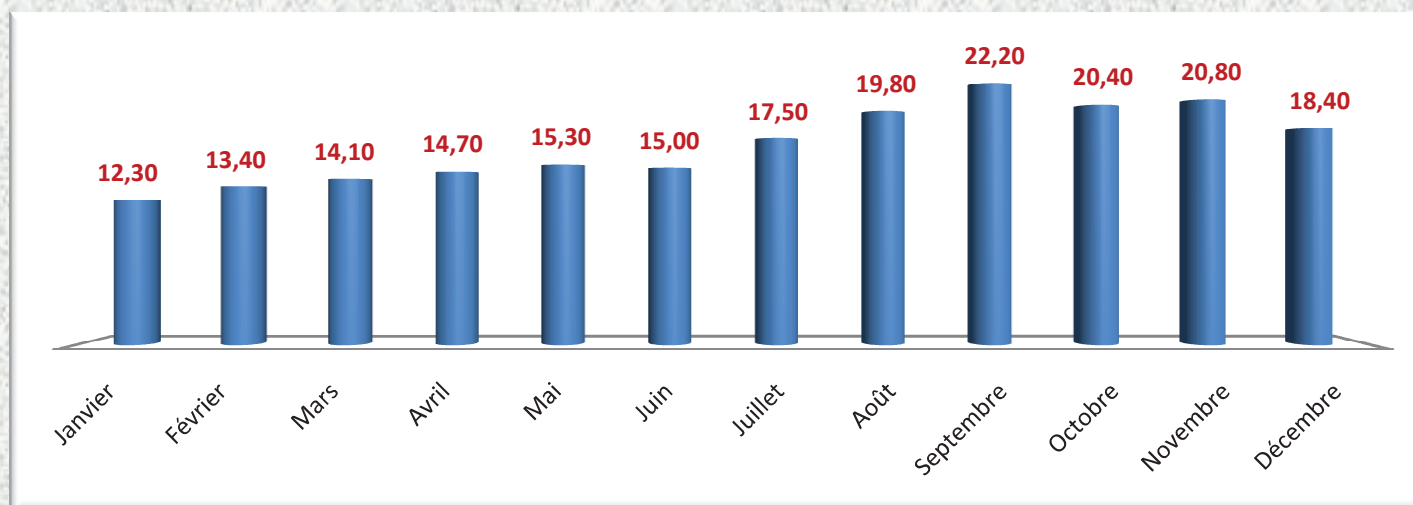
Remboursement des dépenses : Evolution du nombre de bulletins de soins (BS) déposés 2008-2011

* Le nombre de B.S déposés dans les centres régionaux et locaux a atteint à la fin de l'année 2011 environ **2656,6 mille BS** (chiffre provisoire) contre **928,6 mille BS** en 2008.

Tableau récapitulatif du nombre de B.S déposé annuellement

	2008	2009	2010	2011*
Nombre de B.S déposé (Milliers)	928,6	1872,2	2356,9	2656,6

Evolution du délai mensuel moyen de remboursement des frais de soins (année 2011*) (en jours)



* Données provisoires

Statistiques de la CNAM

Données relatives au régime des
Accidents de Travail & des Maladies
Professionnelles (ATMP)

Données sur le régime Accident de Travail & Maladies Professionnelles (ATMP)

Evolution du nombre d'accidents de travail selon le lieu de survenance : 2008-2011

	2008	2009	2010	2011 (*)
Lieu du travail	42 570	40 788	42 738	40 886
Trajet	2 214	1964	2214	2 440
Total	44 784	42 752	44 919	43 326

Evolution du nombre d'accidents mortels selon le lieu de survenance : 2008-2011

	2008	2009	2010	2011 (*)
Lieu du travail	165	185	155	102
Trajet	85	80	61	45
Total	250	265	216	147

* Données Provisoires

Données sur le régime Accident de Travail & Maladies Professionnelles (ATMP)

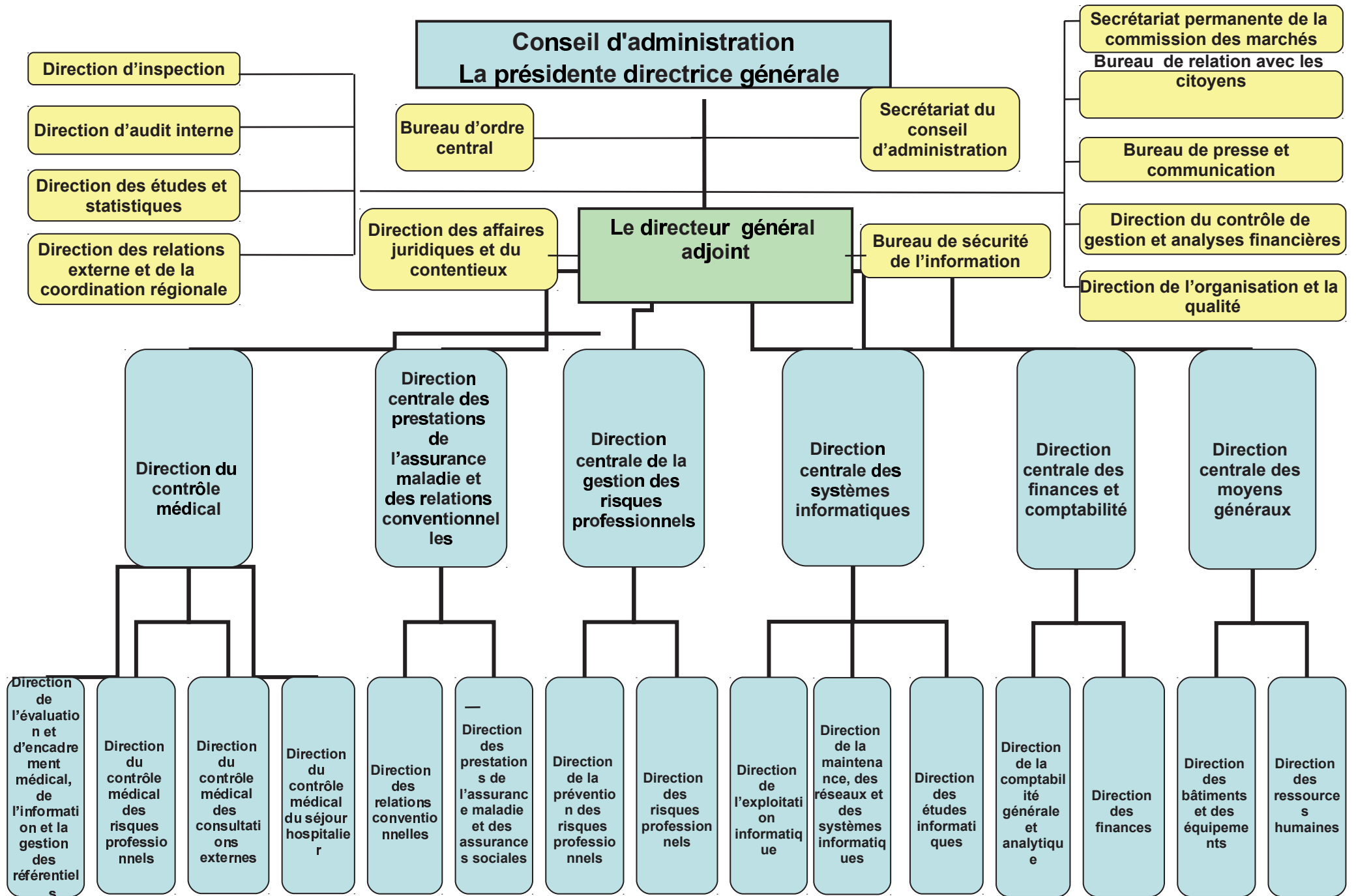
Evolution du nombre de Maladies Professionnelles déclarées : 2008-2011

	2008	2009	2010	2011 (*)
Nombre de maladies professionnelles déclarées	715	815	827	609

Evolution du nombre de journées de travail perdues : 2008-2011

	2008	2009	2010	2011 (*)
Nombre de journées de travail perdues (en milliers)	1 131,0	1 058,5	1 018,2	956,4

* Données Provisoires



Liste des centres régionaux et locaux de la CNAM

N°	Centre	Date de création
1	Tunis1	27/03/2006
2	Tunis2	27/03/2006
3	Tunis 3	27/03/2006
4	Tunis4	27/03/2006
5	Kheireddine	10/04/2006
6	La Marsa	20/07/2009
7	Le Bardo	10/04/2006
8	Sidi Hassin	23/11/2009
9	Ariana	15/05/2006
10	El Menzah	11/10/2007
11	Cité Ettadamen	10/04/2006
12	La Mannouba	13/03/2006
13	Ben Arous	28/11/2005
14	Hammam Lif	22/05/2006
15	El Mourouj	02/11/2009
16	Bizerte	24/10/2005
17	Menzel Bourguiba	27/02/2006
18	Ras El Jebel	13/04/2009
19	Zaghouan	16/01/2006
20	Nabeul	15/05/2006
21	Slimane	15/10/2006
22	Menzel Témim	15/10/2006
23	Béja	28/11/2005
24	Mjez El Bab	23/11/2012
25	Jendouba	12/12/2005
26	Boussalem	15/10/2006
27	Le Kef	13/02/2006
28	Seliana	12/12/2005
29	Sousse	30/01/2006
30	Hammam Sousse	30/01/2006
31	Msaken	30/01/2006
32	Kairouan	15/05/2006
33	Monastir	30/01/2006
34	Ksar Héllal	24/04/2006
35	Jammel	14/12/2011
36	Mahdia	19/12/2005
37	El Jem	31/10/2011
38	Sfax ville	23/01/2006
39	Sfax Nord	23/01/2006
40	Sakiet Ezzit	23/01/2006
41	Jbeniana	15/10/2006
42	Méhares	22/02/2010
43	Kasserine	13/02/2006
44	Sidi Bouzid	26/12/2005
45	Gabés	08/05/2006
46	El Hama	08/02/2010
47	Kébili	05/12/2005
48	Tozeur	05/12/2005
49	Gafsa	05/12/2005
50	Métlaoui	08/11/2010
51	Médenine	21/11/2005
52	Zarzis	15/10/2006
53	Djerba	06/03/2006
54	Tataouine	05/12/2005
	Annexe	
1	Kerkenah (centre de SfaxVille)	15/10/2006
	Centres communs de sécurité sociale	
1	Ben Gerdane (centre de Mednine)	04/04/2011
2	Rguèb (centre de Sidi Bouzid)	20/09/2012
	Centres communs de prestations administratives	
1	Cité Ennasr (centre d'El Menzah)	01/04/2010
2	Aïn Zagouan (centre de Kheireddine)	07/06/2010

I. LES DEPENSES DE SANTE PUBLIQUE

DEPENSES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dépenses de la Santé Publique											
- Montant du Titre I	648,60	738,00	773,80	837,30	880,10	935,90	969,60	1037,31	1123,90	1227,63	1355,75
Evolution en %	8,4%	13,8%	4,9%	8,2%	5,1%	6,3%	3,6%	7,0%	8,3%	9,2%	10,4%
- Montant du Titre II	58,50	65,60	68,70	75,60	73,80	78,50	74,80	86,00	89,30	94,50	100,44
Evolution en %	1,9%	12,1%	4,7%	10,0%	-2,4%	6,4%	-4,7%	15,0%	3,8%	5,8%	6,3%
- Total Dépenses MSP	707,10	803,60	842,50	912,90	953,90	1014,40	1044,40	1123,31	1213,20	1322,13	1456,19
Evolution en %	7,9%	13,6%	4,8%	8,4%	4,5%	6,3%	3,0%	7,6%	8,0%	9,0%	10,1%
- PIB (au Prix courant)	26 685	28 757	29 933	32 202	35 192	37 664	41 211	44 861	48 564	58 768	63 500
Evolution en %	8,2%	7,8%	4,1%	7,6%	9,3%	7,0%	9,4%	8,9%	8,3%	21,0%	8,1%
- Dépenses de l'Etat	10 604	10 704	11 423	11 050	13 003	13 036	13 898	14 988	15 342	17 396	18 335
Evolution en % :	19,4%	0,9%	6,7%	-3,3%	17,7%	0,3%	6,6%	7,8%	2,4%	13,4%	5,4%
- % du MSP / ETAT	6,67%	7,51%	7,38%	8,26%	7,34%	7,78%	7,51%	7,49%	7,91%	7,60%	7,94%
- % du MSP / PIB	2,65%	2,79%	2,81%	2,83%	2,71%	2,69%	2,53%	2,50%	2,50%	2,25%	2,29%
Population (milliers) 1 er Juillet	9552,5	9650,6	9748,9	9839,8	9932,4	10029	10128	10225	10329	10434	
Dépenses de santé par tête en DNT	74	83	86	93	96	101	103	110	117	127	
Pourcentage des dépenses publiques de santé par rapport au budget de l'Etat (1)	8.5	6.9	8.1	8.0	7.6	7.5	7.1	6.8	6.5		
Pourcentage des dépenses publiques de santé par rapport au PIB	1.9	2.2	2.0	1.9	1.8	1.8	1.8	1.8	1.6		

II. LE BUDGET DE FONCTIONNEMENT PAR NIVEAU

1. Budget de fonctionnement des hôpitaux généraux (LES EPS)

Source de financement	Budget Etat		CNAM		Recettes Propres			Total	
Etablissement / Année	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	Tx Progression
Hôpital Mongi Slim de la Marsa	0	0	6300	7100	2200	2200	8500	9300	9,41%
Hôpital Sahloul de Sousse	0	0	13500	15800	4500	4500	18000	20300	12,78%
Hôpital Hédi Chaker de Sfax	0	0	12350	14700	3400	3400	15750	18100	14,92%
Hôpital Habib Bourguiba de Sfax	0	0	12600	14200	5850	5850	18450	20050	8,67%
Hôpital "Habib Thameur" de Tunis	0	0	7900	8400	2000	2000	9900	10400	5,05%
Hôpital "Fattouma Bourguiba" de Monastir	0	0	12250	14250	3800	3900	16050	18150	13,08%
Hôpital "Charles Nicolle" de Tunis	0	0	18700	21500	5700	5700	24400	27200	11,48%
Hôpital "La Rabta" de Tunis	0	0	15000	17200	7500	7700	22500	24900	10,67%
Hôpital "Farhat Hached" de Sousse	0	0	13400	14600	4350	4550	17750	19150	7,89%
Hôpital "Aziza Othmana" de Tunis	0	0	5300	3700	1300	2900	6600	6600	0,00%
TOTAL	0	0	117300	131450	40600	42700	157900	174150	10,29%

2. Budget de fonctionnement des instituts, centre et hôpitaux spécialisés ayant une activité de soins (LES EPA)

Source de financement	Budget Etat		Recettes propres			Total		Taux de progression
	Etablissement / Année	2009	2010	2009	2010	2009	2010	
Centre d'assistance médicale urgente de Tunis		1310	1560	300	300	1610	1860	15,53%
Centre national de greffe de moelle osseuse		0	0	6240	6720	6240	6720	7,69%
Clinique de chirurgie dentaire de Monastir		410	410	260	260	670	670	0,00%
TOTAL		1720	1970	6800	7280	8520	9250	8,57%

3. Budget de fonctionnement des instituts, centre et hôpitaux spécialisés sans activités d'hospitalisation (LES EPA)

Source de financement	Budget Etat		Recettes propres		TOTAL		Tx. (%)
	Etablissement / Année	2009	2010	2009	2010	2009	
Centre national de transfusion sanguine	0	0	4500	4650	4500	4650	3,33%
Centre d'imagerie par résonance magnétique de Tunis,	0	0	1700	1812	1700	1812	6,59%
Laboratoire national de contrôle des médicaments	0	0	2610	2740	2610	2740	4,98%
Centre National de Pharmacovigilance	100	115	200	210	300	325	8,33%
Centre national pour la promotion de la transplantation d'organes	160	175	75	80	235	255	8,51%
Centre national de radio protection,	0	0	365	400	365	400	9,59%
Centre national de médecine scolaire et universitaire	340	355	0	0	340	355	4,41%
Centre national d'études techniques de maintenance biomédicale et hospitalière	0	0	950	950	950	950	
Centre d'imagerie par résonance magnétique du centre,	0	0	1000	1000	1000	1000	
Observatoire national des maladies nouvelles et émergentes	200	255	0	0	200	255	27,5%
TOTAL	800	900	11400	11842	12200	12742	4,44%

4. Budget de fonctionnement des hôpitaux régionaux

Source de financement	CNAM		Recettes propres		TOTAL	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Hôpital régional / Année						
Kheireddine	1450	1600	400	400	1850	2000
Ben Arous	1400	1970	1300	1300	2700	3270
Ariana	1450	1500	700	700	2150	2200
Menzel Bourguiba	4790	5490	1600	1600	6390	7090
Bizerte	4590	5290	1765	1765	6355	7055
Tlatli Nabeul	2350	2500	1000	1000	3350	3500
Tahar Maamouri Nabeul	4900	5600	2000	2000	6900	7600
Menzel Temime	2200	2400	1100	1100	3300	3500
Zaghouan	2000	2300	850	850	2850	3150
Jendouba	4350	4800	1350	1350	5700	6150
Beja	3700	3900	1000	1000	4700	4900
Mejez El Bab	920	1000	245	245	1165	1245
Le Kef	3600	3850	1150	1150	4750	5000
Siliana	3350	3600	750	750	4100	4350
Kasserine	3750	4450	1200	1200	4950	5650
Kairouan	6600	7300	2200	2200	8800	9500
Msaken	1350	1450	800	800	2150	2250
Ksar Helal	1400	1500	700	700	2100	2200
Moknine	1400	1500	700	700	2100	2200
Mahdia*	5350	5850	2200	2200	7550	8050
Mahrés	1300	1500	500	500	1800	2000
Jebeniana	1550	1650	650	650	2200	2300
Kerkennah	1350	1450	350	350	1700	1800
Gafsa	4550	4850	1150	1150	5700	6000
Metlaoui	1900	2000	300	300	2200	2300
Tozeur	2200	2350	410	410	2610	2760
Sidi Bouzid	3100	3500	1000	1000	4100	4500
Gabes	4900	5500	1800	1800	6700	7300
Kébili	2600	2800	560	560	3160	3360
Médenine	2700	2900	940	940	3640	3840
Jerba	2000	2150	1200	1200	3200	3350
Zarzis	2000	2150	1000	1000	3000	3150
Ben Guerdane	1350	1450	430	430	1780	1880
Tataouine	2600	2900	700	700	3300	3600
Total	95000	105000	34000	34000	129000	139000

5. Budget de fonctionnement des hôpitaux de circonscription

	Budget Etat		Recettes propres		TOTAL		Tx de croissance
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	
Ettadhamen	695	650	370	370	1065	1100	3,29%
Tebourba	450	420	320	300	770	795	3,25%
Ras Jbel	500	460	460	420	960	985	2,60%
Mateur	380	340	360	350	740	760	2,70%
El Alia	225	195	140	145	365	375	2,74%
Sejnene	310	270	255	245	565	580	2,65%
Grombalia	404	375	500	510	904	924	2,21%
Menzel Bouzelfa	180	155	165	160	345	355	2,90%
Beni Khaled	195	170	205	180	400	410	2,50%
Slimen	295	255	215	185	510	525	2,94%
Kélibia	275	245	295	280	570	585	2,63%
El Haouaria	230	200	145	135	375	380	1,33%
Korba	290	260	300	290	590	575	-2,54%
Hammamet	225	195	255	245	480	490	2,08%
El Fahs	340	300	255	280	595	610	2,52%
Ennadhour	175	150	105	90	280	290	3,57%
Bousalem	545	485	365	360	910	935	2,75%
Ghar Dimaou	425	390	310	295	735	755	2,72%
Ain Drahem	540	500	190	180	730	740	1,37%
Tabarka	480	405	280	260	760	780	2,63%
Fernana	325	280	195	195	520	535	2,88%
Téboursouk	310	270	160	150	470	485	3,19%
Nefza	315	270	225	215	540	555	2,78%
Testour	285	250	180	170	465	460	-1,08%
Amdoun	245	200	85	85	330	345	4,55%
Gboullat	135	110	60	60	195	195	0,00%
Dahmani	255	230	160	165	415	425	2,41%
Sakiet Sidi Youssef	240	210	100	100	340	350	2,94%
Tajerouine	640	580	350	335	990	1020	3,03%
El Ksour	155	135	80	80	235	245	4,26%
Neber	190	150	60	50	250	260	4,00%
Gaafour	250	215	75	70	325	325	0,00%

	Budget Etat		Recettes propres		TOTAL		
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	Tx de croissance
Bouarada	235	200	105	100	340	350	2,94%
Makther	380	310	180	210	560	580	3,57%
Rouhia	200	175	120	120	320	330	3,13%
El Krib	185	160	115	105	300	300	0,00%
Bargou	200	175	85	80	285	285	0,00%
Kesra	210	190	80	75	290	300	3,45%
Sidi Bourouis	135	115	70	65	205	195	-4,88%
Feriana	290	259	180	185	470	480	2,13%
Sbeïtla	420	375	260	250	680	700	2,94%
Sbiba	390	345	290	280	680	700	2,94%
Tala	545	495	300	290	845	875	3,55%
Foussana	235	210	200	200	435	440	1,15%
Majel Bel Abbes	205	161	45	45	250	265	6,00%
Hajeb Laayoun	305	270	160	150	465	480	3,23%
Haffouz	295	255	190	180	485	500	3,09%
El Ouslatia	315	275	165	155	480	495	3,13%
Bouhajla	340	300	275	260	615	635	3,25%
Nasrallah	275	240	150	145	425	440	3,53%
Sbikha	225	195	160	155	385	395	2,60%
Chbika	175	150	120	115	295	295	0,00%
El Alaa	235	200	120	115	355	365	2,82%
Ennfidha	365	330	240	255	605	625	3,31%
Kalaa Kobra	335	295	285	275	620	635	2,42%
Sidi Bouali	180	155	85	80	265	275	3,77%
Kalaa Soghra	140	125	45	40	185	195	5,41%
Bouficha	145	130	115	105	260	270	3,85%
Jammel	400	360	395	390	795	815	2,52%
Bekalta	135	115	60	55	195	205	5,13%
Teboulba	215	195	160	160	375	385	2,67%
Zarmdine	195	175	75	70	270	280	3,70%
Ouerdanin	145	130	110	110	255	265	3,92%
Bouhjar	155	135	90	80	245	255	4,08%
Sahlin	140	125	105	100	245	255	4,08%
Ksibet Mediouni	145	130	90	85	235	245	4,26%

	Budget Etat		Recettes propres		TOTAL		
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	Tx de croissance
Bembla	180	160	100	105	280	290	3,57%
Essouassi	350	320	255	235	605	615	1,65%
Chebba	285	255	170	140	455	465	2,20%
El Jem	445	405	515	490	960	980	2,08%
Chorbene	185	170	120	110	305	315	3,28%
Oueled Chamekh	155	135	115	105	270	280	3,70%
Sidi Alouene	165	145	120	105	285	285	0,00%
Boumerdes	150	130	120	110	270	280	3,70%
Malloulech	115	100	80	75	195	205	5,13%
Ksour Essef	260	235	150	135	410	420	2,44%
Hbira	130	105	50	45	180	190	5,56%
Bir Ali Ben Khelifa	185	165	245	260	430	440	2,33%
Skhira	180	155	140	135	320	330	3,13%
Belkhir	140	125	40	40	180	190	5,56%
Sned	315	280	140	135	455	470	3,30%
Mdhilla	265	230	75	55	340	350	2,94%
Oum Larayes	440	390	120	115	560	580	3,57%
Redayef	380	350	125	120	505	545	7,92%
El Ktar	240	220	100	95	340	350	2,94%
Nefta	300	265	110	100	410	425	3,66%
Degueche	255	230	120	115	375	385	2,67%
Hezoua	140	125	15	18	155	165	6,45%
Tamaghza	120	105	20	20	140	150	7,14%
Regueb	220	200	240	235	460	470	2,17%
Menzel Bouzaiene	185	160	85	70	270	280	3,70%
Ben Aoun	160	145	105	95	265	275	3,77%
Meknassy	345	305	120	100	465	480	3,23%
Mazzouna	210	185	130	115	340	350	2,94%
Oueld Haffouz	205	180	135	125	340	350	2,94%
Jelma	255	230	185	175	440	460	4,55%
Bir Lahfay	160	140	105	95	265	275	3,77%
EL Hamma	340	310	310	310	650	665	2,31%
Mareth	350	315	260	260	610	625	2,46%
Matmata	235	210	125	122	360	370	2,78%

	Budget Etat		Recettes propres		TOTAL		
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	Tx de croissance
Ouedhref	295	265	160	160	455	470	3,30%
Douz	305	275	145	140	450	465	3,33%
Souk Lahad	210	190	125	122	335	345	2,99%
Faouar	190	155	50	50	240	250	4,17%
Midoun	175	155	175	175	350	360	2,86%
Beni Khedach	203	160	95	85	298	308	3,36%
Sidi Makhlouf	183	140	90	85	273	283	3,66%
Ghomrassen	180	160	120	100	300	310	3,33%
Remada	220	195	70	65	290	300	3,45%
TOTAL	29000	25650	18320	17587	47320	48655	2,82%

VERSION PRELIMINAIRE

III. Indicateurs

1. Structure du budget de fonctionnement

a) Les hôpitaux de circonscription

- Recettes propres : 37.5%
- Subvention de l'Etat : 62.5 %

b) Les hôpitaux régionaux

- CNAM : 75.5%
- Recettes propres : 24.5%

c) Les établissements à vocation universitaires

- **Hôpitaux généraux**

- CNAM : 75.3%
- Recettes propres : 24.7%

- **Instituts, centres et hôpitaux spécialisés**

2. Budget de fonctionnement par unité d'activité

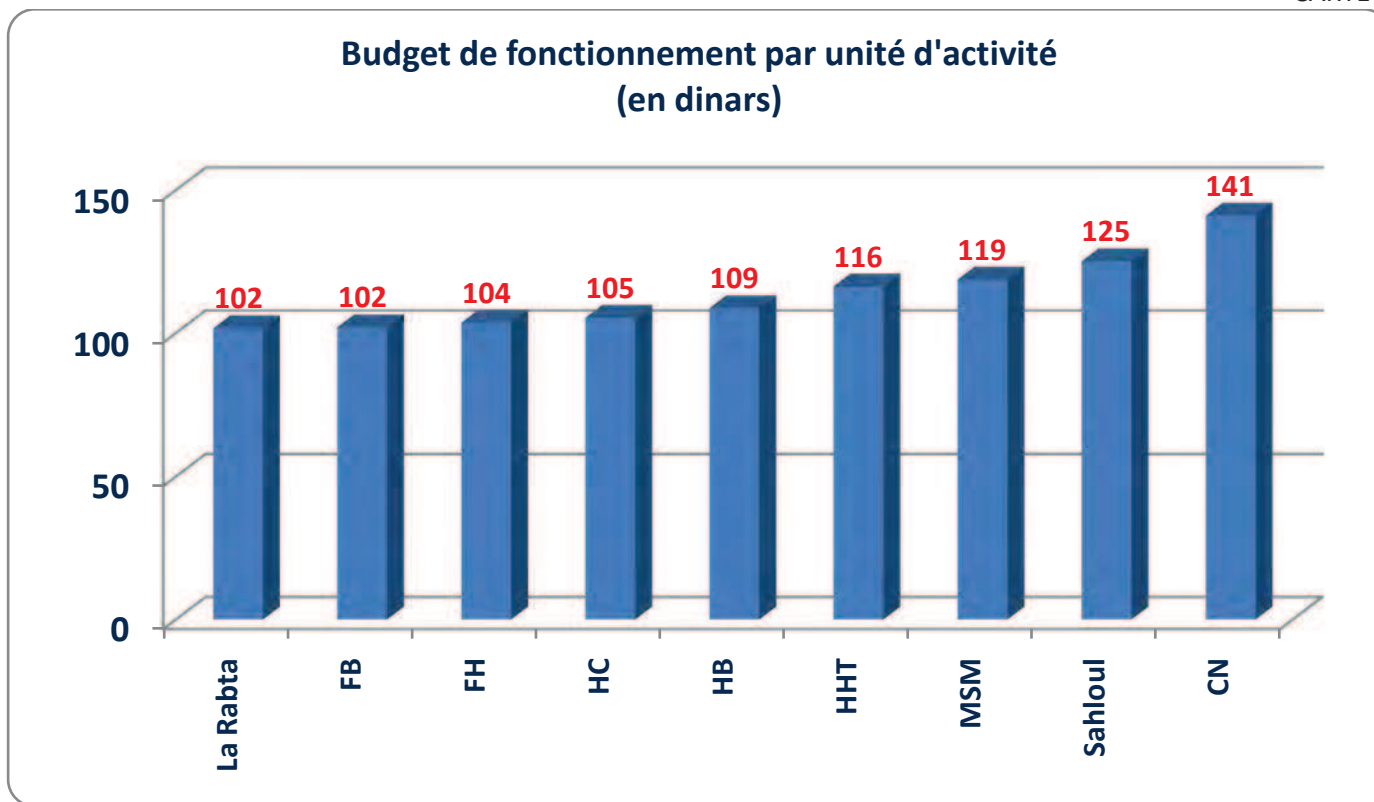
c) Etablissement à vocation universitaire

- Hôpitaux généraux

ACTIVITE 2009					
ETABLISSEMENTS	CONSULTATIONS	URGENCES	ADMISSIONS	Budget	BF par unité d'activité
HEDI CHAKER	228662	24264	51042	15750000	105
HABIB BOURGUIBA	228221	100526	27619	18450000	109
FATTOUMA BOURGUIBA	208952	95132	35549	16050000	102
FARHAT HACHED	224818	109232	37832	17750000	104
SAHLOUL	194543	83429	22251	18000000	125
HABIB THAMEUR	124594	29604	15309	9900000	116
CHARLES NICOLLE	234797	94425	38394	24400000	141
LA RABTA	214791	299507	28118	22500000	102
MONGI SLIM MARSA	93773	46586	14166	8500000	119
TOTAL	1753151	882706	270281	151300000	113
	60%	30%	10%		

Budget de fonctionnement par unité d'activité

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Hôpitaux Généraux: } \frac{\text{Budget de fonctionnement}}{(\text{Consultations} * 60\%) + (\text{Urgence} * 30\%) + (\text{Admissions} * 10\%)} \\ \text{Hôpitaux Régionaux: } \frac{\text{Budget de fonctionnement}}{(\text{Consultations} * 50\%) + (\text{Urgence} * 41\%) + (\text{Admissions} * 9\%)} \end{array} \right.$$



VERSION

d) Hôpitaux régionaux

Structure hospitalière	C.Ext	Passage aux urgences	Admis.	Budget	BF par unité d'activité
HR KHEREDDINE (B2009)	72341	24714	1054	1850000	40
HR Ariana (2009)	151729	42828	13730	2150000	23
HR BEN AROUS (B2009)	65419	65038	5695	2700000	45
HR Bizerte (2009)	74874	50933	18291	6355000	106
HR Menzel Bourguiba (B2009)	57565	12185	18341	6390000	181
HR Mohamed Tlatli Nabeul (2010)	22141	40027	12332	3500000	122
HR M. T. Maamouri Nabeul (2010)	109532	60204	15693	7600000	94
HR MENZEL TEMIME (2010)	104423	52126	7826	3500000	47
HR ZAGHOUAN (B2009)	46350	42537	6915	2850000	69
HR Beja (2010)	59128	59128	11503	4900000	89
HR MEJEZ EL BAB (2009)	19480	23711	2210	1165000	59
HR SILIANA (B2009)	51682	32840	2969	4100000	104
HR Le KEF (B2009)	83244	68819	11472	4750000	67
HR JENDOUBA (B2009)	86714	100011	18750	5700000	66
HR M'SAKEN (2009)	52998	51200	2165	2150000	45
HR KSAR-HELLAL (B2009)	36239	118479	4887	2100000	31
HR MOKNINE (B2009)	36031	33228	4180	2100000	66
HR Kairouan (2010)	42606	81848	18471	9500000	168
HR KASSERINE(B2009)	55610	55824	18573	4950000	95
HR SIDI BOUZID (B 2009)	56945	40694	16209	4100000	88
HR KERKENNAH (B2009)	18356	8966	1449	1700000	131
HR JEBENIANA (B2009)	25425	17698	2813	2200000	109
HR MAHRES (B2009)	35371	22173	4396	1800000	66
HR Gabes (2009)	86265	67868	23420	6700000	92
HR GAFSA (2010)	101588	70648	13666	6000000	74
HR METLAOUI (B2009)	28543	15554	2869	2200000	106
HR MEDENINE (B2009)	45922	38960	9492	3640000	92
HR JERBA (B 2009)	32797	36842	12816	3200000	98
HR Zarsis (2009)	2052	35826	11658	3000000	177
HR BEN GARDANE (B2009)	19489	26257	6289	1780000	84
HR TOZEUR (2009)	27495	28377	7474	2610000	100
HR Kébili (2010)	39640	36368	9816	3360000	94
HR TATAOUINE (B2009)	33453	27791	9278	3300000	114
TOTAL	1781447	1489702	326702	123900000	81
	50%	41%	9%		

Caisse Nationale d'Assurance Maladie



*Critères
d'admission
en*

*A*ffections
*P*prises en
*C*harge
*I*ntégralement

2007

TABLE DES MATIERES

Table des matières	3
Introduction.....	4
Liste des APCI	5
1- Le diabète insulino-dépendant (type 1) ou non insulino-dépendant (type 2) ne pouvant être équilibré par le seul régime.....	6
2. Les dysthyroïdies	7
3. Les affections hypophysaires.....	8
4. Les affections surrénaliennes.....	9
5. L'HTA sévère	11
6. Les cardiopathies congénitales et les valvulopathies.....	13
7. L'insuffisance cardiaque et les troubles du rythme et de la conduction.....	15
8. Les affections coronaires et leurs complications : la maladie Coronaire	17
9. Les phlébites	18
10. La tuberculose active	19
11. L'insuffisance respiratoire chronique	20
12. La sclérose en plaques	21
13. L'épilepsie	22
14. La maladie de Parkinson.....	23
15. Les psychoses et les névroses	24
16. L'insuffisance rénale chronique.....	25
17. Les rhumatismes inflammatoires chroniques	26
18. Les maladies auto-immunes.....	27
19. Les tumeurs et les hémopathies malignes.....	28
20. Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.....	29
21. L'hépatite chronique active	30
22. La cirrhose et l'insuffisance hépatique	31
23. Le glaucome chronique.....	32
24. La mucoviscidose	33

INTRODUCTION

Le terme APCI désigne les affections prises en charge intégralement par la CNAM.

Ces affections sont des maladies chroniques et/ou graves désignées dans la liste fixée par arrêté conjoint des Ministres chargés des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Travailleurs Tunisiens à l'Etranger et de la Santé Publique.

Les soins des assurés sociaux et/ou leurs ayants droit admis en APCI sont pris en charge intégralement par la CNAM et ce conformément au contenu du régime de base.

Le présent document a été élaboré dans un but de préciser les critères médicaux d'admission d'un malade en APCI.

LISTE DES APCI

- 1- Le diabète insulino-dépendant (type 1) ou non insulino-dépendant (type 2) ne pouvant être équilibré par le seul régime
- 2- Les Dysthyroïdies
- 3- Les affections hypophysaires
- 4- Les affections surrénaliennes
- 5- L'HTA sévère
- 6- Les cardiopathies congénitales et les valvulopathies
- 7- L'insuffisance cardiaque et les troubles du rythme et de la conduction
- 8- Les affections coronaires et leurs complications : la maladie coronaire
- 9- Les phlébites
- 10- La tuberculose active
- 11- L'insuffisance respiratoire chronique
- 12- La sclérose en plaques
- 13- L'épilepsie
- 14- La maladie de Parkinson
- 15- Les psychoses et les névroses
- 16- L'insuffisance rénale chronique
- 17- Les rhumatismes inflammatoires chroniques
- 18- Les maladies auto-immunes
- 19- Les tumeurs et les hémopathies malignes
- 20- Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
- 21- L'hépatite chronique active
- 22- La cirrhose et l'insuffisance hépatique
- 23- Le glaucome chronique
- 24- La mucoviscidose

1- LE DIABETE INSULINODEPENDANT (TYPE 1) OU NON INSULINODEPENDANT (TYPE 2) NE POUVANT ETRE EQUILIBRE PAR LE SEUL REGIME

Le diabète sucré est défini par une glycémie à jeun (au moins 8 heures de jeune) $\geq 1,26$ g/l (7 mmol/l) vérifiée à deux reprises ou une glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/l (7 mmol/l) associée à une glycémie 2 heures après charge orale de 75 g de glucose ≥ 2 g/l (11,1 mmol/l). Ces critères diagnostiques ne sont pas un seuil d'intervention thérapeutique.

Il existe deux principales formes de diabète sucré :

- le diabète de type 1, lié à une destruction des cellules β des îlots de Langerhans conduisant à une carence absolue en insuline survenant souvent chez l'enfant ou l'adulte jeune et d'une manière brutale. Le recours à une insulinothérapie définitive est de règle.

- le diabète de type 2 qui associe en proportions variables un déficit insulino-sécrétoire et une résistance à l'action de l'insuline. Il s'observe le plus souvent chez l'adulte âgé de plus de 40 ans, en surcharge pondérale avec des antécédents familiaux de diabète de type 2. Le recours aux hypoglycémifiants oraux ne doit être envisagé qu'après une tentative sérieuse de réduction de l'hyperglycémie par le régime et l'activité physique. Le recours à l'insulinothérapie s'avère parfois nécessaire.

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Est admis dans le cadre d'une APCI, tout diabète insulinodépendant ou non insulinodépendant ayant répondu à un des deux critères suivants :*
 - *deux glycémies à jeun $\geq 1,26$ g/l*
 - *une glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/l (7 mmol/l) associée à une glycémie 2 heures après charge orale de 75 g de glucose ≥ 2 g/l (11,1 mmol/l).*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi, les perturbations biologiques associées au diabète et ses complications.*
- *La durée de prise en charge initiale est de 5 ans.*

2. LES DYSTHYROÏDIES

2-1. L'HYPERTHYROÏDIE

L'hyperthyroïdie désigne l'hyperfonctionnement de la glande thyroïde qui se traduit par une hypersécrétion d'hormones thyroïdiennes ayant pour conséquence la thyrotoxicose, à laquelle s'associent des troubles variés selon l'étiologie.

Le dosage de la TSH et de la T4L apporte la certitude diagnostique.

Le diagnostic étiologique fait souvent appel à d'autres examens complémentaires.

L'objectif du traitement est de retrouver un état d'euthyroïdie. Le choix thérapeutique tient compte de la cause de l'hyperthyroïdie, de l'âge et de la sévérité du tableau clinique.

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Sont admises dans le cadre d'une APCI, les hyperthyroïdies confirmées biologiquement.*
- *La prise en charge intégrale couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

2-2. L'HYPOTHYROÏDIE

L'hypothyroïdie est la conséquence d'une insuffisance de la sécrétion d'hormones thyroïdiennes. Elle peut être primaire (appelée également périphérique), secondaire par déficit en TSH ou tertiaire d'origine hypothalamique.

Le diagnostic biologique fait appel au dosage de la TSH qui est le premier marqueur à se modifier. Le bilan est complété par le dosage des hormones thyroïdiennes qui indique la profondeur du déficit. D'autres examens complémentaires peuvent être demandés.

Certaines formes sont réversibles (prise médicamenteuse, utilisation de produits de contraste iodés, certaines thyroïdites). Il est donc important de déterminer la cause de l'hypothyroïdie avant d'instaurer un traitement substitutif à vie.

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Sont admises dans le cadre d'une APCI, les hypothyroïdies confirmées biologiquement.*
- *La prise en charge intégrale couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

3. LES AFFECTIONS HYPOPHYSAIRES

3-1. L'INSUFFISANCE ANTEHYPOPHYSAIRE

Le déficit de sécrétion d'une ou de plusieurs hormones hypophysaires entraîne l'extinction des glandes effectrices réalisant au maximum le tableau de pan-hypopituitarisme. La symptomatologie est très variable et dépend du déficit portant sur une ou plusieurs hormones, de son importance, de l'âge de survenue et de l'étiologie. Le tableau clinique est parfois associé à un syndrome tumoral.

Le diagnostic de l'insuffisance antéhypophysaire est biologique. Des tests dynamiques peuvent être demandés en cas de déficit partiel.

Les déficits sont d'ordre :

- Thyrotrope
- Corticotrope
- Somatotrope
- Gonadotrope

3-2. L'HYPERSECRETION DES HORMONES ANTEHYPOPHYSAIRES

Les hypersécrétions des hormones antéhypophysaires font souvent suite à la présence d'un adénome hypophysaire. L'hypersécrétion peut concerner une ou de plusieurs hormones, elle se traduit par :

- l'acromégalie et le gigantisme
- la maladie de Cushing
- l'hyperthyroïdie haute
- l'hyperprolactinémie

3-3. LES SYNDROMES POST-HYPOPHYSAIRES

Le diabète insipide : c'est un trouble transitoire ou chronique du système neurohypophysaire dû à un déficit en vasopressine.

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Sont admises dans le cadre d'une APCI les affections hypophysaires suscitées.*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

4. LES AFFECTIONS SURRENALIENNES

4-1. L'HYPOFONCTIONNEMENT SURRENALIEN : MALADIE D'ADDISON

C'est une maladie d'installation insidieuse et habituellement évolutive due à un hypofonctionnement corticosurrénalien primaire et chronique.

4-2. L'HYPERFONCTIONNEMENT SURRENALIEN

1. L'hyperplasie surrénalienne congénitale:

Ce terme couvre un groupe de maladies se transmettant sur un mode autosomique récessif dont l'origine est un déficit en enzymes nécessaires à la biosynthèse des hormones corticostéroïdiennes. Le faible taux de cortisol qui en résulte induit une augmentation de la sécrétion corticotrope (ACTH) entraînant une hyperplasie des surrénales. Le tableau clinique varie selon le niveau du bloc enzymatique.

2. Le syndrome de Cushing:

Le syndrome de Cushing reflète l'imprégnation de l'organisme par un excès de cortisol, il peut être classé en deux catégories :

- ACTH-dépendant : en rapport avec une sécrétion excessive et inappropriée d'ACTH d'origine hypophysaire (correspondant à la maladie de Cushing) ou en rapport avec une sécrétion ectopique d'ACTH ou de CRH (syndrome paranéoplasique).
- ACTH-indépendant : l'anomalie est primitivement surrénalienne (adénome bénin, corticosurréalome...).

3. Le syndrome de Conn : hyperaldostéronisme primaire

Syndrome dû à une sécrétion excessive d'aldostérone qui freine le système rénine-angiotensine et qui peut être en rapport avec un adénome surrénalien ou une hyperplasie bilatérale des surrénales.

4. Le phéochromocytome :

Tumeur généralement bénigne développée aux dépens du tissu chromaffine riche en adrénaline et noradrénaline. Souvent, le phéochromocytome est localisé dans la médullosurrénale, mais il peut aussi être mis en évidence dans d'autres tissus dérivés des cellules des crêtes neurales.

Il se manifeste souvent par une hypertension artérielle paroxystique ou permanente chez un sujet jeune.

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Sont admises dans le cadre d'une APCI les affections surrénaliennes suscitées confirmées biologiquement.*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

5. L'HTA SEVERE

La classification de l'hypertension artérielle retenue est celle adoptée par l'OMS.

Elle est basée sur la relation entre le niveau de la pression artérielle et le risque cardiovasculaire.

CATEGORIE	SYSTOLIQUE (mm Hg)	DIASTOLIQUE (mm Hg)
Optimale	<120	<80
Normale	120-129	80-84
Normale haute	130-139	85-89
HTA grade 1(légère)	140-159	90-99
Sous-groupe : HTA limite	140-149	90-94
HTA grade 2 (modérée)	160-179	100-109
HTA grade 3 (sévère)	≥ 180	≥ 110
HTA systolique isolée	≥ 140	< 90
Sous-groupe : HTA limite	140-149	<90

La prise en charge d'une hypertension artérielle sévère diagnostiquée débute par la pratique d'un bilan dont le but est:

1. d'apprécier le retentissement sur les organes cibles (rein, cœur, œil...).
2. de rechercher des facteurs de risque.
3. d'établir un diagnostic étiologique.

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Est admise dans le cadre d'une APCI, toute HTA sévère qui répond à l'une des deux conditions suivantes:*
 - 1- *L'attestation par le médecin traitant qu'en l'absence de traitement la PAS a été ≥ 180 mmHg et/ou la PAD a été ≥ 110 mmHg mesurée à plusieurs reprises et en dehors du contexte d'urgence.*
 - 2- *L'attestation par le médecin traitant que l'HTA est considérée légère ou modérée mais accompagnée soit de trois des facteurs de risques cardiovasculaires, soit d'une atteinte d'un organe-cible soit d'un diabète ou enfin en présence d'une des conditions cliniques associées :*

- **Facteurs de risque cardiovasculaire :**
 - Age : Homme > 55 ans, Femme > 65 ans
 - Tabagisme
 - Dyslipidémie
 - Antécédent d'une maladie cardiovasculaire chez des membres de la famille âgés de moins de 55 ans pour les hommes et de moins de 65 ans pour les femmes.
 - Obésité

- **Diabète sucré**

- **Atteintes des organes cibles**
 - Hypertrophie ventriculaire gauche :
 - Épaississement des parois artérielles à l'échographie (épaisseur intima-media carotidienne $\geq 1,9$ mm) ou plaque d'athérome
 - Augmentation discrète de la créatininémie
 - Microalbuminurie

- **Conditions cliniques associées**
 - Maladie cérébrovasculaire: AVC ischémique ou hémorragique, accident ischémique transitoire
 - Maladie cardiaque: infarctus du myocarde, angor, revascularisation coronaire, insuffisance cardiaque congestive
 - Maladie rénale: néphropathie diabétique, insuffisance rénale
 - Maladie vasculaire périphérique
 - Rétinopathie avancée: hémorragie ou exsudat, oedème papillaire.

- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi, les perturbations biologiques associées ainsi que le traitement des perturbations biologiques associées et les complications.*

- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

6. LES CARDIOPATHIES CONGENITALES ET LES VALVULOPATHIES

6-1. CARDIOPATHIES CONGENITALES

Le terme « cardiopathies congénitales » désigne les anomalies de la construction anatomique du cœur et de ses gros vaisseaux survenues pendant les premières semaines de la vie intra-utérine et en rapport avec une erreur de l'embryogenèse. Il regroupe une très large variété de malformations qui sont parfois très simples, parfois plus complexes ; isolées ou associées entre elles.

Selon le mécanisme physiopathologique, on distingue deux types de cardiopathies congénitales.

- les cardiopathies cyanogènes résultent d'un shunt droite-gauche (tétralogie de Fallot, transposition des gros vaisseaux..) ;
- les cardiopathies non cyanogènes résultent d'un shunt gauche-droite (communication inter-auriculaire, communication inter-ventriculaire..)

Le traitement médical vise à rétablir ou à maintenir la fonction cardiaque. Selon la nature de la malformation, la chirurgie peut être curative ou palliative. Elle peut être indiquée en urgence ou différée.

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Sont admises dans le cadre d'une APCI, toutes les cardiopathies congénitales même opérées, mal tolérées ou évolutives.*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

6-2. VALVULOPATHIES

Le terme de valvulopathies recouvre toutes les atteintes organiques congénitales ou acquises des valves cardiaques.

L'atteinte valvulaire peut être asymptomatique comme elle peut se manifester par un tableau d'insuffisance cardiaque. L'examen clinique complété par un écho doppler cardiaque, permettent de poser le diagnostic d'une valvulopathie, de quantifier le degré de l'atteinte valvulaire, de préciser son retentissement sur la fonction cardiaque et également de poser l'indication d'un acte chirurgical.

Le traitement peut être médical ou chirurgical (dilatation, plastie ou remplacement valvulaire).

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Sont admises dans le cadre des APCI, toutes les lésions valvulaires indépendamment de la cause et quelque soit le mode thérapeutique adopté à l'exception des valvulopathies pour lesquelles l'activité physique habituelle ne provoque ni fatigue, ni dyspnée, ni palpitation (insuffisance cardiaque classe I NYHA) avec image cardiaque normale à la radiographie et absence de troubles électriques.*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

7. L'INSUFFISANCE CARDIAQUE ET LES TROUBLES DU RYTHME ET DE LA CONDUCTION

7- 1. L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

L'insuffisance cardiaque est un état physiopathologique caractérisé par l'impossibilité pour le cœur d'assurer un débit sanguin suffisant pour assurer les besoins de l'organisme.

La classification fonctionnelle de NYHA permet une classification utile des patients insuffisants cardiaques, tant du point de vue pronostique que pour ses implications thérapeutiques.

- Classe I : Cardiopathies sans limitation de l'activité physique
L'activité courante ne provoque ni dyspnée, ni fatigue injustifiée.
- Classe II : Cardiopathies entraînant une limitation modérée de l'activité physique, sans trouble au repos.
L'activité physique courante déclenche dyspnée ou fatigue.
- Classe III : Cardiopathies réduisant de façon importante l'activité physique, mais respectant le repos.
Dyspnée et fatigue apparaissent pour des efforts d'intensité moindre que celle des activités courantes
- Classe IV : Cardiopathies empêchant toute activité physique.
Les troubles apparaissent au moindre effort. Les symptômes d'insuffisance cardiaque peuvent exister même au repos

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Est admise dans le cadre d'une APCI, toute insuffisance cardiaque à partir de la classe II de la NYHA, retenue sur des critères cliniques, radiologiques et hémodynamiques.*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

7- 2. LES TROUBLES DU RYTHME ET DE LA CONDUCTION

Les troubles du rythme cardiaque sont la conséquence d'anomalies de la dépolarisation (automatisme) ou de sa propagation (conduction). Ils sont très nombreux et leurs manifestations varient en fonction de l'origine anatomique de l'anomalie électrique au niveau du tissu nodal.

On distingue :

- Les troubles du rythme supra ventriculaire
- Les troubles du rythme ventriculaire
- Les troubles de la conduction

Le diagnostic repose sur la clinique et les techniques d'électro-cardiographie.

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Est pris en charge dans le cadre des APCI, tout trouble du rythme permanent ou récidivant à cours terme et justifiant l'administration continue d'un traitement médical.*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

8. LES AFFECTIONS CORONAIRES ET LEURS COMPLICATIONS : LA MALADIE CORONAIRE

Le terme d'affection coronaire correspond à l'insuffisance coronaire et à l'infarctus du myocarde.

L'insuffisance coronaire correspond à l'ensemble des manifestations cardiaques consécutives à une inadéquation entre les apports et les besoins en oxygène du myocarde. Lorsque cette inadéquation est temporaire, elle se manifeste par une angine de poitrine ou angor.

L'infarctus du myocarde survient lorsque le myocarde est totalement privé d'oxygène suite à une occlusion d'une artère coronaire. L'étendue de l'infarctus dépend de la masse musculaire nécrosée.

- Le diagnostic des affections coronariennes est évoqué devant le contexte clinique et selon le cas, le médecin dispose de plusieurs explorations non invasives, de la coronarographie ainsi que des dosages enzymatiques.

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Est admise dans le cadre d'une APCI, toute affection coronarienne dont le diagnostic est confirmé.*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

9. LES PHLEBITES

La phlébite correspond à l'inflammation de la paroi veineuse et des tissus avoisinants. Selon le réseau atteint, on distingue : la phlébite superficielle et la phlébite profonde appelée également maladie thrombo-embolique veineuse.

Les manifestations cliniques varient avec l'étendue et la topographie de la lésion ; elles n'ont qu'une valeur d'orientation. Bien que la phlébographie reste l'examen de référence, en pratique courante, le diagnostic repose souvent sur l'écho doppler.

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Est admise dans le cadre d'une APCI, toute thrombose veineuse profonde diagnostiquée.*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est d'une année..*

10. LA TUBERCULOSE ACTIVE

La tuberculose est une maladie infectieuse contagieuse due au *Mycobacterium tuberculosis*. On distingue habituellement deux formes de tuberculose : la “ tuberculose infection latente ” et la “ tuberculose maladie ” appelée également tuberculose active.

L’atteinte respiratoire est la forme la plus répandue et la plus contagieuse de la tuberculose active. Par ailleurs, la tuberculose peut avoir des localisations extra-pulmonaires et en particulier ostéoarticulaires et vésicale.

Le diagnostic de tuberculose est retenu après confirmation bactériologique et/ou histologique ou sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques et évolutifs.

LES CRITERES D’ADMISSION

- *Sont admises dans le cadre d’une APCI, les tuberculoses actives :*
 - *Confirmées par l’examen direct ou culture.*
 - *Probables : signes cliniques et/ou radiologiques évocateurs.*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est d’une année.*

11. L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE

L'insuffisance respiratoire chronique (IRC) se définit par l'incapacité permanente de l'appareil respiratoire à assurer une hématoxose normale et donc de couvrir les besoins en oxygène de l'organisme.

Le diagnostic repose sur la clinique, la gazométrie et la spirométrie.

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Est admise dans le cadre d'une APCI, l'insuffisance respiratoire chronique confirmée par :*

Une hypoxie permanente objectivée par la mesure d'une PaO₂ à l'air ambiant et à l'état stable inférieure à 70 mmHg et confirmée par une autre mesure trois à quatre semaines plus tard.

A défaut ;

Un VEMS < à 60 % de la valeur théorique normale mesuré à deux reprises à un mois d'intervalle.

Ou

Un syndrome restrictif avec CPT < à 60 % de la valeur théorique.

Ou

Des signes de cœur pulmonaire chronique, HTAP ou à des signes d'hypoxie tissulaire (insuffisance hépatique, rénale, coronaire, troubles neurologiques ou psychiatriques).

- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

Est exclu de cette APCI le syndrome d'apnée du sommeil qui est pris en charge dans un cadre approprié.

12. LA SCLEROSE EN PLAQUES

La sclérose en plaques est une maladie démyélinisante inflammatoire chronique du système nerveux central.

L'évolution et le pronostic sont imprévisibles et extrêmement variables d'un patient à un autre. On distingue :

- La forme rémittente ; la plus fréquente : Elle évolue par poussées régressives avec ou sans séquelles

- La forme secondairement progressive : Elle survient au bout de 5 à 20 ans d'évolution marquée par l'apparition d'un handicap permanent qui s'aggrave progressivement avec ou sans poussée.

- La forme progressive d'emblée où l'évolution se fait d'un seul tenant par une aggravation régulière

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Est admise dans le cadre d'une APCI, toute sclérose en plaques diagnostiquée.*

- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*

- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

13. L'ÉPILEPSIE

L'épilepsie est une maladie neurologique chronique définie par la répétition des crises d'épilepsie, en général spontanées (au moins deux crises récurrentes), à moyen ou à long terme.

Le diagnostic positif repose sur la clinique confortée par l'électroencéphalogramme (EEG) qui est le seul examen pouvant argumenter le diagnostic.

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Est admise dans le cadre d'une APCI, toute épilepsie diagnostiquée.*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

14. LA MALADIE DE PARKINSON

La maladie de Parkinson idiopathique est une affection neuro-dégénérative invalidante caractérisée par la mort progressive et préférentielle des neurones dopaminergiques du Locus Niger. Le déficit dopaminergique qui en résulte est responsable de l'essentiel des symptômes moteurs parkinsoniens.

Le diagnostic est clinique. D'autres examens complémentaires trouvent leur intérêt devant les formes atypiques.

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Est admise dans le cadre d'une APCI, la maladie de Parkinson diagnostiquée.*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

15. LES PSYCHOSES ET LES NEVROSES

En se référant à la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10), rentrent dans le cadre de cette APCI les affections suivantes :

- La schizophrénie ;
- Les troubles schizotypiques ;
- Les troubles délirants persistants ;
- Les troubles schizo-affectifs ;
- Les psychoses hallucinatoires chroniques
- Les troubles de l'humeur suivants:
 - Trouble affectif bipolaire : maladie maniaco-dépressive
 - Trouble dépressif récurrent endogène (plusieurs épisodes dépressifs, au moins trois, avec intervalles de rémission)
 - Troubles de l'humeur [affectifs] persistants et sévères à l'exclusion de la dysthymie légère
- Les troubles obsessionnels compulsifs
- Les troubles dissociatifs [de conversion]
- Les troubles spécifiques de la personnalité (troubles graves)
- L'autisme
- Les troubles du développement psychologique et les troubles du comportement de l'enfant dès lors qu'ils nécessitent un traitement au long cours

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Sont admises dans le cadre d'une APCI, les psychoses et les névroses répondant aux conditions suivantes :*
 - *ancienneté de l'affection : elle ne doit pas être inférieure à un an au moment de la demande.*
- ou*
- *conséquences fonctionnelles majeures (aspects cognitifs, comportementaux) et en relation avec l'affection.*
- *La prise en charge couvre le traitement et le suivi de la maladie.*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 1 an.*

Sont éliminés de ce cadre

- Les troubles psychotiques aigus et transitoires
- Les troubles délirants induits
- L'épisode maniaque (isolé)
- L'épisode dépressif (isolé)

16. L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

L'insuffisance rénale chronique est un syndrome d'abord biologique, puis clinique. Elle est définie par une diminution permanente du débit de filtration glomérulaire (DFG) $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$.

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Est admise dans le cadre d'une APCI, toute insuffisance rénale chronique confirmée par un taux de filtration glomérulaire $< 60 \text{ ml/min/ 1,73 m}^2$ et confirmé par un contrôle effectué au bout de trois mois.*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

17. LES RHUMATISMES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES

Les affections rhumatismales inflammatoires dont l'évolution se prolonge au-delà de trois mois sont considérées comme des rhumatismes inflammatoires chroniques. Cette définition n'est que schématique puisque certaines arthrites classées aiguës peuvent évoluer sur plusieurs mois ou années.

LES CRITERES D'ADMISSION :

- *Sont admis dans le cadre d'une APCI, les affections rhumatismales caractérisées par :*
 - *Un syndrome inflammatoire clinique et biologique*
 - *Une évolution vers la chronicité*
 - *Un traitement au long cours*
 - *Un risque d'handicap physique*

On retient dans ce cadre :

- *la polyarthrite rhumatoïde*
 - *la polyarthrite chronique juvénile*
 - *la spondylarthrite ankylosante*
 - *le rhumatisme psoriasique*
 - *La pseudo polyarthrite rhizomélique*
- *L'établissement de l'avis médical se base sur :*
 - *la clinique*
 - *la radiologie*
 - *les examens biologiques*
 - *un bilan immunologique*
 - *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*
 - *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

18. LES MALADIES AUTO-IMMUNES

Les maladies auto immunes sont caractérisées par une réponse immunitaire dirigée contre les constituants de l'organisme.

Le diagnostic repose sur l'histoire de la maladie, l'examen clinique et les explorations biologiques parmi lesquelles le titrage des auto-anticorps est fondamental.

LES CRITERES D'ADMISSION :

- *Sont admises dans le cadre d'une APCI, notamment les affections suivantes :*
 - *le lupus érythémateux disséminé*
 - *la sclérodermie*
 - *les dermatoses bulleuses*
 - *les vascularites (la maladie de Behcet, la périartérite noueuse et affections apparentées, la maladie de Wegener, la maladie de Horton)*
 - *la myasthénie*
 - *les dermatopolymyosites*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

19. LES TUMEURS ET LES HEMOPATHIES MALIGNES

Ces affections concernent toute pathologie tumorale dont la malignité est prouvée par un examen anatomo-pathologique, hématologique ou humoral caractéristique. Dans le cas échéant, un faisceau d'arguments (clinique, comptes-rendus opératoires ou endoscopiques, scintigraphie, biologie...) fait foi.

LES CRITERES D'ADMISSION :

- *Sont admises dans le cadre d'une APCI, toutes tumeurs et hémopathies malignes diagnostiquées*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

20. LES MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sont des affections cryptogénétiques qui résultent de l'inflammation chronique d'une partie de la paroi intestinale et dont l'évolution est intermittente ou continue. On distingue la rectocolite ulcéro-hémorragique, la maladie de Crohn et les colites chroniques dites indéterminées.

Le diagnostic précis du type de MICI repose sur l'ensemble des données cliniques, radiologiques, endoscopiques et histologiques.

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Sont admises dans le cadre d'une APCI, les rectocolites ulcéro-hémorragiques et les maladies de Crohn confirmées.*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 3 ans.*

21. L'HEPATITE CHRONIQUE ACTIVE

L'hépatite chronique active se définit comme une hépatite dont la durée d'évolution est supérieure à six mois et dont l'activité est jugée sur des arguments biologiques et histologiques.

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Sont admises dans le cadre d'une APCI les hépatites virales B et C chroniques actives.*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 1 an.*

22. LA CIRRHOSE ET L'INSUFFISANCE HEPATIQUE

La cirrhose est une maladie diffuse et chronique du foie dont la définition est histologique. C'est une affection caractérisée par une fibrose cicatricielle évolutive ou non, une désorganisation de l'architecture normale et des nodules de régénération. Selon la taille des nodules, on distingue les cirrhoses micronodulaires et les cirrhoses macronodulaires. Cet aspect cicatriciel correspond à l'évolution ultime de la plupart des maladies chroniques du foie.

L'expression clinique de la cirrhose est variable. Elle dépend de la maladie causale et surtout de l'ampleur de l'insuffisance hépatocellulaire et de la décompensation hépatique.

Le diagnostic de certitude est anatomo-pathologique.

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Sont admises dans le cadre d'une APCI, toutes les maladies chroniques du foie au stade de cirrhose ou d'insuffisance hépatique.*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

23. LE GLAUCOME CHRONIQUE

Le glaucome chronique à angle ouvert ou encore glaucome primitif à angle ouvert est une neuropathie optique antérieure chronique évolutive.

Le glaucome chronique est caractérisé par une destruction progressive du nerf optique sous l'influence de plusieurs facteurs de risque dont le plus fréquent est l'hypertonie oculaire. Il évolue le plus souvent de façon insidieuse et indolore.

La maladie glaucomateuse est caractérisée par :

- L'élévation de la pression oculaire (> 21 mm Hg) mais il y'a des formes de glaucome chronique à « pression normale » et des hypertonies oculaires n'entraînant pas un glaucome.
- L'élargissement de l'excavation de la papille.
- Les altérations du champ visuel dont la sévérité est parallèle à l'atteinte du nerf optique.

LES CRITERES D'ADMISSION

- *Est admis dans le cadre d'une APCI, tout glaucome chronique confirmé.*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

24. LA MUCOVISCIDOSE

La mucoviscidose ou fibrose kystique du pancréas est une maladie héréditaire grave et évolutive qui se transmet sur le mode autosomique récessif. Il s'agit d'une exocrinopathie généralisée affectant principalement les appareils respiratoire et digestif.

L'évolution est variable d'un patient à l'autre. L'atteinte bronchopulmonaire conditionne la morbidité.

Le diagnostic est généralement confirmé par le test de la sueur.

LES CRITERES D'ADMISSION :

- *Sont admises dans le cadre APCI, les mucoviscidoses confirmées.*
- *La prise en charge couvre le traitement, le suivi et les complications.*
- *La durée de la prise en charge initiale est de 5 ans.*

PRISE EN CHARGE DES HOSPITALISATIONS DANS LES CLINIQUES PRIVEES

	Désignation selon l'Arrêté conjoint MASSTE-MSP du 29 juin 2007		Type hosp	Forfait équipe Med.		Forfait clinique		Forfait global (FGC)		Part assumée par la CNAM (TFR)		
	Désignation de l'acte selon la nomenclature	Codage		Sans AG	Avec AG	Sans AG	Avec AG	Sans AG	Avec AG	Total	Payé au Chirurgien	Payé à la clinique
OPHTALMOLOGIE	Extraction intracapsulaire du cristallin sans implantation	MCC070050	HJ	400	560	400	500	800	1060	550	250	300
	Extraction intracapsulaire ou extraction extracapsulaire avec implantation de CA	MCC070060	HJ	500	700	400	500	900	1200	550	250	300
	Extraction extracapsulaire manuelle sans implantation	MCC070070	HJ	500	700	400	500	900	1200	550	250	300
	Extraction extracapsulaire avec implantation de CA dans la chambre postérieure	MCC070080	HJ	550	770	400	500	950	1270	550	250	300
	Extraction du cristallin par phacoémulsification sans implantation	MCC070090	HJ	550	770	400	500	950	1270	650	350	300
	Extraction du cristallin par phacoémulsification avec implantation	MCC070110	HJ	600	840	400	500	1000	1340	650	350	300
	Chirurgie du strabisme	MCC100010	HJ	450	630	450	450	900	1080	500	200	300
	Intervention fistulisante du glaucome, quelle qu'en soit la méthode	MCC090030	HJ	500	700	400	500	900	1200	550	250	300
Trabéculotomie, trabéculéctomie	MCC090040	HJ	500	700	400	500	900	1200	550	250	300	

PRISE EN CHARGE DES HOSPITALISATIONS DANS LES CLINIQUES PRIVEES

	Désignation selon l'Arrêté conjoint MASSTE-MSP du 29 juin 2007		Type hosp	Forfait équipe Med.			Forfait clinique			Forfait global (FGC)			Part assumée par la CNAM (TFR)		
	Désignation de l'acte selon la nomenclature	Codage		Sans anest	Avec AG	Avec Péri	Sans anest	Avec AG	Avec Péri	Sans anest	Avec AG	Avec Péri	Total	Payé au Chirurgien	Payé à la clinique
OBSTETRIQUE	Accouchement d'un fœtus unique en présentation céphalique, effectué par un médecin et comportant les visites normales consécutives à l'accouchement.	MJC030010	HC	250	330	380	250	300	320	500	630	700	350	150	200
	Accouchement par le siège	MJC030030	HC	250	330	380	250	300	320	500	630	700	350	150	200
	Accouchement gémellaire	MJC030020	HC	300	380	430	250	300	320	550	680	750	400	250	150
	Accouchement par césarienne	MJC030040	HC	500	160			600			1260		700	300	400

PRISE EN CHARGE DES HOSPITALISATIONS DANS LES CLINIQUES PRIVEES

	Désignation selon l'Arrêté conjoint MASSTE-MSP du 29 juin 2007			Forfait équipe Med.		Forfait clinique	Part assumée par la CNAM (TFR)		
	Désignation de l'acte selon la nomenclature	Type hosp	Codage	Chirurgien	Med. anest		Total	Payé au Chirurgien	Payé à la clinique
CHIRURGIE GENERALE	Colectomie segmentaire avec ou sans rétablissement immédiat de la continuité (stomie incluse)	HC	MGD000210	600	240	Tarification selon l'annexe de l'avenant N°2	1100	480	620
	Hémicolectomie avec ou sans rétablissement immédiat de la continuité (stomie incluse)	HC	MGD000220	750	300		1200	600	600
	Colectomie totale (avec stomie)	HC	MGD000230	1250	500		2000	1000	1000
	Colectomie totale avec rétablissement de la continuité (anastomose iléo-réctale)	HC	MGD000240	1500	600		2000	1200	800
	Choléctomie terminée par Un drainage biliaire externe	HC	MGE000080	750	300		1200	600	600
	Choléctomie terminée par une anastomose cholédoco-duodénale ou jejunaie	HC	MGE000090	1000	400		1700	800	900
UROLOGIE	Résection endoscopique de tumeurs vésicales avec examen anatomopathologique (en cas de nouvelle intervention dans les douze mois, qui suivent une électrocoagulation endoscopique)	HC	MHB000130	400	160	Tarification selon l'annexe de l'avenant N°2	500	320	180
	Exérèse par cystectomie partielle d'une tumeur vésicale, avec examen anatomo-pathologique	HC	MHF000070	600	240		950	480	470
	Cystectomie totale avec abouchement des uretères à la peau	HC	MHF000080	1000	400		1900	800	1100
	Cystectomie totale avec utérotomie cutanée transintestinale	HC	MHF000090	1250	500		1900	1000	900
	Cystectomie totale avec remplacement par greffon intestinal	HC	MHF000100	1500	600		1900	1200	700

PRISE EN CHARGE DES HOSPITALISATIONS DANS LES CLINIQUES PRIVEES

	Désignation selon l'Arrêté conjoint MASSTE-MSP du 29 juin 2007		Type hosp	Forfait équipe Med.		Forfait clinique	Forfait global (FGC)	Part assumée par la CNAM (TFR)		
	Désignation de l'acte selon la nomenclature	Codage		Chirurgien	Med. anest			Total	Payé au Chirurgien	Payé à la clinique
ORL	Drainage permanent transtympanique sous microscopie pour otite séreuse (traitement global)	MCD030040	HJ	150	60	Unilat = 200 Bilat = 240	Unilat = 410 Bilat = 450	200	80	120
	Myringoplastie simple	MCD030090	HC	400	160	400	960	500	250	250
	Adénoïdectomie, y compris le traitement éventuel des complications	MCF040010	HJ	100	40	200	340	150	50	100
	AVA : Amygdalectomie par dissection chez l'adulte ou l'enfant	MCF040020	HJ	200	80	Enfant = 200 Adulte = 300	Enfant = 480 Adulte = 580	250	125	125
	Amygdalectomie par dissection chez l'adulte avec traitement préventif ou curatif des hémorragies amygdaliennes postopératoires chez l'adulte	MCF040020 + MCF040030	HJ	300	120	300	720	380	190	190

	Désignation selon l'Arrêté conjoint MASSTE-MSP du 29 juin 2007			Forfait équipe Med.		Forfait clinique	Part assumée par la CNAM (TFR)			
	Désignation de l'acte selon la nomenclature	Type hosp	Codage	Chirurgien	Med. anest		Total	Payé au Chirurgien	Payé à la clinique	
NEUROCHIRURGIE - ORTHOPEDIE	Canal Lombaire Etroit	Laminectomie de moins de 3 étages	HC	MEB000380	600	240	Tarification selon l'annexe de l'avenant N°2	1200	480	720
		Laminectomie de plus de 3 étages	HC	MEB000390	750	300		1200	600	600
		Laminectomie de moins de 3 étages avec pose d'un greffon osseux et/ou ostéosynthèse (y compris prélèvement)	HC	MEB000380 + MEB000400	850	340		1600	680	920
		Laminectomie de plus de 3 étages avec pose d'un greffon osseux et/ou ostéosynthèse (y compris prélèvement)	HC	MEB000390+ MEB000400	1000	400		1700	800	900
	Canal Cervical Etroit	Traitement chirurgical d'un canal cervical étroit sans ostéosynthèse	HC	MEB000310 MEB000320	750	300		1200	600	600
		Traitement chirurgical d'un canal cervical étroit avec ostéosynthèse	HC	MEB000310 MEB000320+ MEB000330	1000	400		1700	800	900
		Traitement par laminoplastie quelle que soit la méthode	HC	MEB000340	1250	500		2000	1000	1000

PRISE EN CHARGE DES HOSPITALISATIONS DANS LES CLINIQUES PRIVEES

	Désignation selon l'Arrêté conjoint MASSTE-MSP du 29 juin 2007		Type hosp	Forfait équipe Med.		Forfait clinique	Forfait global (FGC)	Part assumée par la CNAM (TFR)		
	Désignation de l'acte selon la nomenclature	Codage		Chirurgien	Med. anest			Total	Payé au Chirurgien	Payé à la clinique
CHIRURGIE GENERALE	Traitement chirurgical simple des hernies et des éventrations	MGC000020	HJ	250	100	450	800	300	100	200
	Cholécystectomie par laparotomie ou par coelioscopie, y compris l'ensemble des gestes exploratoires associés pratiqués par le chirurgien	MGE000070	HC	500	200	700	1400	700	270	430
	Mise à plat des abcès et fistules intra-sphinctériens	MGG000280	HJ	150	60	200	410	200	80	120
	Traitement des abcès et fistules à trajet simple (opératoire ou par traction continue sur fil)	MGG000290	HJ	250	100	300	650	300	140	160
	Traitement des abcès et fistules extra-sphinctériens à trajet multiramifié (opération ou par traction continue sur fil)	MGG000300	HC	400	160	450	1010	500	240	260
	Traitement des hémorroïdes par excision	MGG000310	HJ	150	60	200	410	200	80	120
	Traitement des hémorroïdes circulaires par résection sous-muqueuse (type Milli Morgan)	MGG000330	HJ	250	100	300	650	300	140	160
	Traitement de la fissure anale : excision par électrocoagulation	MGG000380	HJ	150	60	200	410	200	80	120
Traitement de la fissure anale par dilatation anale	MGG000390	HJ	100	40	200	340	150	50	100	
UROLOGIE	Résection endoscopique d'un adénome prostatique (ligature éventuelle des canaux déférents comprise)	MHB000140	HC	600	240	1300	2140	1000	300	700
	Prostactomie pour adénome en un seul temps, quel que soit le mode opératoire (ligature éventuelle des déférents comprise)	MIC000030	HC	600	240	1300	2140	950	300	650
	Cure opératoire de l'ectopie testiculaire ou du varicocèle (cure éventuelle de la hernie comprise)	MID000070	HJ	300	120	180	600	350	190	160
ORTHOPEDIE	Traitement par ostéosynthèse quelle qu'en soit la technique	MAB030210	HC	750	300	1700	2750	1400	350	1050
	Traitement chirurgical d'une fracture du col du fémur chez le sujet âgé de plus de 60 ans	MAD030380	HC	750	300	1700	2750	1400	350	1050
	Traitement par arthroplastie totale avec interposition de prothèse, quelle qu'en soit la technique, portant sur deux surfaces articulaires (prothèse totale de la hanche)	MAD030420	HC	1000	400	1500	2900	1700	650	1050

PRISE EN CHARGE DES HOSPITALISATIONS DANS LES CLINIQUES PRIVEES

Désignation selon l'Arrêté conjoint MASSTE-MSP du 29 juin 2007		Type hosp	Forfait équipe Med.			Forfait clinique			Forfait global (FGC)			Part assumée par la CNAM (TFR)			
Désignation de l'acte selon la nomenclature	Codage		Sans anest	Avec AG	Avec Péri	Sans anest	Avec AG	Avec Péri	Sans anest	Avec AG	Avec Péri	Total	Payé au Chirur gien	Payé à la clinique	
OBSTETRIQUE	Accouchement d'un fœtus unique en présentation céphalique, effectué par un médecin et comportant les visites normales consécutives à l'accouchement.	MJC030010	HC	250	330	380	250	300	320	500	630	700	350	150	200
	Accouchement par le siège	MJC030030	HC	250	330	380	250	300	320	500	630	700	350	150	200
	Accouchement gémellaire	MJC030020	HC	300	380	430	250	300	320	550	680	750	400	250	150
	Accouchement par césarienne	MJC030040	HC	chirurgien anesthésiste			600			1260			700	300	400
				500	160										



المجلس الوطني لمادة الاطباء Conseil national de l'Ordre des médecins

Tunis, le 29 mars 2006

Réf : 6ND 208

A Monsieur le Ministre de la Santé Publique

Président

Dr. Taoufik NACEF

Vice-Présidents

Dr. Med Ahmed ALOULOU

Dr. Mohamed HOUISSA

Secrétaire Général

Dr. Mohamed JOUINI

Secrétaire Général-Adjoint

Dr. Mustapha JERIDI

Trésorier

Dr. Mounir BEN SLAMA

Trésorier Adjoint

Dr. Med Elyes BEN MARZOUK

Membres

Dr. Lotfi BEN HASSINE

Dr. Abdallah BEN MARZOUK

Dr. Nabil BEN ZINEB

Dr. Kilani CHABOUH

Dr. Med Fathi DEROUICHE

Dr. Mohamed FARHAT

Dr. Abdelhamid HACHICHA

Dr. Moncef KHALLADI

Dr. Amen Allah MESSADI

Objet : Projet de convention sectorielle des médecins de libre pratique.

Monsieur le Ministre,

L'examen approfondi du « projet de convention sectorielle des médecins de libre pratique » dont un exemplaire nous a été communiqué, nous inspire les commentaires suivants :

1. La convention sectorielle est censée finaliser le dispositif prévu par la convention cadre, donc organiser des rapports de bonne collaboration entre les prestataires de soins et la CNAM ; le texte qui nous est proposé, en contradiction avec « l'esprit » et avec la « lettre » de la convention cadre, vise plutôt à « soumettre » les médecins de libre pratique à des conditions qui ne sont pas conformes à la législation régissant l'exercice et l'organisation de la profession de médecin du secteur libéral. Ceci est ressenti comme une atteinte à la dignité et à la respectabilité de l'ensemble du corps médical.

2. Malgré (ou du fait de ?) tous les mécanismes de contrôle prévus, l'objectif « d'accès équitable à des soins de qualité » ne peut être garanti ; bien au contraire, la gestion de l'empilement des formalités administratives laisse augurer du manque de réactivité et d'efficacité du système.

3. Le projet de convention sectorielle fait abstraction des grands principes du code de déontologie et en particulier de ceux relatifs à l'indépendance professionnelle du médecin et du libre choix du médecin par son patient; il est à rappeler que le code de déontologie médicale n'est pas un simple règlement interne mais un décret présidentiel dont « le respect s'impose à tous » ; le contrôle de son application est du ressort du conseil de l'Ordre.

Tout en réaffirmant son adhésion aux objectifs de la réforme de l'assurance maladie définis dès 1996, le conseil national de l'Ordre des médecins ne peut souscrire au projet tel qu'il est proposé et appelle à le reconsidérer dans sa totalité. Il émet le vœu que la convention sectorielle (la première !) qui va régir les rapports entre les médecins de libre pratique et la CNAM, établisse un véritable partenariat basé sur la confiance et le respect mutuel et non sur le rapport de forces. Le conseil national de l'Ordre des médecins, représentant l'ensemble des professionnels, dépositaire et garant de l'application de principes qui réglementent l'exercice de la médecine, est un partenaire obligé de ce processus dont la finalité est de définir des stratégies **réalistes**, qui tiennent compte des capacités des prestataires de soins ainsi que celles de la CNAM(qui en est à ses débuts) à gérer le dispositif; **évolutives**, devant aboutir à l'assurance maladie universelle; **efficaces**; s'inscrivant dans le cadre des politiques de santé.

Veillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments respectueux.

Pour le conseil de l'Ordre des médecins,
Le Président du conseil national
Docteur Taoufik NACEF,

Pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins
le Président du Conseil

Dr. Nacef Taoufik

GUIDE

DES PROCÉDURES DE PRISE EN CHARGE DES ASSURÉS SOCIAUX

PROJET *ELABORE PAR LA CNAM A L'ATTENTION DES MEDECINS CONVENTIONNES*

Juin 2008

DRC

PREAMBULE

Dans le cadre de la mise en œuvre progressive de la réforme de l'assurance maladie, et après le démarrage le 1^{er} juillet 2007 de la première étape, qui a particulièrement concerné la femme enceinte et les malades porteurs d'une affection lourde ou chronique (APCI), le 1^{er} juillet 2008 marquera l'achèvement des travaux préparatifs et l'entrée en vigueur du nouveau régime d'assurance maladie avec toutes ses composantes.

A cette occasion et dans le but de mieux coordonner la prise en charge des bénéficiaires de l'assurance maladie entre les médecins conventionnés et la CNAM nous vous exposons les procédures décrites ci-dessous afin de garantir vos droits au paiement par la Caisse ainsi que ceux de vos patients bénéficiaires de l'assurance maladie.

Aussi, nous vous rappelons qu'à partir du 1^{er} juillet 2008 chaque assuré sera porteur d'une carte de soins dont la couleur sera caractéristique de l'option choisie :

- la filière publique : couleur bleue
- la filière privée : couleur jaune
- le système de remboursement : couleur verte

En espérant vous avoir apporté les précisions nécessaires, veuillez agréer Madame, Monsieur, tous nos respects.

DEFINITIONS

FILIERE PUBLIQUE DE SOINS :

Modalité de prise en charge des prestations de soins, basée sur la coordination des différentes étapes de soins et des prestations prodiguées dans les structures sanitaires publiques relevant du ministère de la santé publique, les policliniques de la sécurité sociale et les autres structures sanitaires publiques conventionnées avec la caisse.

FILIERE PRIVEE DE SOINS :

Modalité de prise en charge des prestations de soins ambulatoires basée sur la coordination des différentes étapes de soins et des prestations par un médecin conventionné choisi par l'assuré social désigné « médecin de famille »

SYSTEME DE REMBOURSEMENT

Système de remboursement des frais : modalité de prise en charge des frais basée sur le bénéfice des soins ambulatoires auprès des différents prestataires de soins dans les deux secteurs public et privé conventionnés, le paiement des frais qui en résultent par l'assuré social et son remboursement ultérieur par la caisse dans la limite des taux de prise en charge relatifs aux prestations de soins octroyées au titre du régime de base.

PARCOURS DE SOINS COORDONNE :

Modalité d'accès aux différents niveaux de soins dans le secteur privé qui repose sur le choix libre de l'assuré social de ce parcours. L'assuré social informe la caisse de son choix et de la désignation de son médecin de famille acceptant lui-même ce choix. L'option d'un bénéficiaire pour ce parcours constitue un engagement tacite de sa part de ne recourir aux autres fournisseurs de soins que sur orientation de son médecin de famille .sauf situations exceptionnelles fixées par la réglementation.

TICKET MODERATEUR :

Quote-part des frais à la charge du bénéficiaire des prestations de soins et qui représente la différence entre les montants dus au titre des prestations de soins conformément aux tarifs conventionnels et les montants pris en charge par la caisse dans le cadre du régime de base d'assurance maladie.

TIERS PAYANT :

Modalité de prise en charge des frais de soins selon laquelle le patient ne paye au professionnel de santé que la part qui lui incombe au titre de sa participation aux frais de soins. Le reliquat est ainsi payé directement par la caisse au professionnel de santé.

FILIERE PRIVÉE

CARTE JAUNE

I. / MALADE CONSULTANT POUR UNE MALADIE ORDINAIRE :

A/ LE MEDECIN DE FAMILLE REÇOIT UN MALADE INSCRIT AUPRES DE SON CABINET :

1/ PRINCIPALES VERIFICATIONS A EFFECTUER PAR LE MEDECIN DE FAMILLE :

Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux soins auprès de son médecin de famille, ce dernier doit vérifier :

- L'option et la date de validité de la carte de soins.
- L'identité du bénéficiaire
- La conformité du nom du médecin de famille et du code conventionnel sur la carte de soins avec les siens.

2/ LES PRESCRIPTIONS MEDICALES

Les prescriptions médicales sont faites sur l'ordonnance propre du médecin (comportant son code conventionnel).

3 / ORIENTATION DU MALADE VERS UNE AUTRE SPECIALITE :

L'orientation d'un malade vers une spécialité nécessite, outre la lettre de liaison, une prescription simple (sans renseignements confidentiels) qui servira au médecin spécialiste afin de faire valoir ses droits auprès de la CNAM.

4/ LES MODALITES DE PAIEMENT :

- Percevoir le montant du TM de l'assuré social conformément aux tarifs conventionnels, aux taux de prise en charge et dans la limite du plafond annuel.
- Envoyer les notes d'honoraires à la caisse selon le modèle en annexe (décompte).

5/ PROCEDURES PROVISOIRES DU SUIVI DU PLAFOND :

La caisse adresse au médecin de famille et à l'assuré social, un premier avis indiquant que ce dernier a atteint les 80 % de son plafond.

En cas d'atteinte du plafond, un deuxième avis sera adressé à l'assuré social et au médecin de famille, invitant ce dernier, à exiger la totalité de ses honoraires conventionnels. Tout acte ou consultation facturés par le médecin de famille seront rejetés.

6/ DOSSIER DE PAIEMENT :

- Décomptes (annexe)
- Possibilité de support magnétique.
- Les actes pratiqués par le médecin doivent être indiqués par leur code selon la nomenclature officielle.

B/ LE MEDECIN CONVENTIONNE REÇOIT UN MALADE NON INSCRIT AUPRES DE SON CABINET :

a) malade orienté par son médecin de famille :

1/ PRINCIPALES VERIFICATIONS A EFFECTUER PAR LE MEDECIN :

Le médecin du second recours doit vérifier que le malade lui a été adressé par son médecin de famille, et ce par confrontation entre le code de ce dernier inscrit sur la carte de soins et celui du médecin prescripteur porté sur la prescription de consultation de spécialité. Il doit vérifier en plus, l'identité du bénéficiaire et la validité de la carte de soins

2/ LES PRESCRIPTIONS MEDICALES :

Le médecin du second recours doit porter à l'angle inférieur gauche du verso de toutes ses prescriptions la mention « orienté par son médecin de famille » ou « OMF », en apposant son cachet et signature, en vue de donner à son malade la possibilité de bénéficier du tiers payant auprès des autres prestataires de soins.

3/ ORIENTATION DU MALADE VERS UNE AUTRE SPECIALITE :

Si le médecin de second recours juge nécessaire, il peut, après avoir avisé préalablement le médecin de famille, orienter le malade vers une spécialité moyennant une prescription, en portant la mention « orienté par son médecin de famille » ou « OMF » à l'angle inférieur gauche du verso de la dite prescription.

4/ LES MODALITES DE PAIEMENT

- Percevoir directement du malade, le montant du TM conformément aux tarifs conventionnels, aux taux de prise en charge et dans la limite du plafond annuel.
- Possibilité de percevoir la totalité de ses honoraires, en cas d'accord du patient, dans ce cas, le médecin remplit un BS.

5/ PROCEDURES PROVISOIRES DU SUIVI DU PLAFOND :

Vu l'impossibilité actuelle d'informer le médecin du deuxième recours sur l'atteinte du plafond, en cas de suivi des procédures ci-dessus, ce dernier sera honoré par la caisse et le montant de dépassement sera débité du compte de l'assuré social.

6/ LE DOSSIER DE PAIEMENT :

- Décomptes.
- L'original de la prescription d'une consultation spécialisée.
- Possibilité de support magnétique.
- Les actes pratiqués par le médecin doivent être indiqués par leur code selon la nomenclature officielle.

b) Malade non orienté par son médecin de famille :

1 / spécialités soumises au respect du parcours de soins coordonné :

Le médecin informe le malade qu'il est hors parcours de soins coordonné et de ce fait, il doit s'acquitter de la totalité de ses honoraires conventionnels.

2/ spécialités non soumises au respect du parcours de soins coordonné (pédiatrie, ophtalmologie et gynécologie obstétrique):

- Après avoir procédé à la vérification préalable de l'identité du bénéficiaire, de l'option choisie et de la validité de la carte de soins, le médecin concerné applique le mode de tiers payant et adresse un décompte à la caisse.
- Possibilité de percevoir la totalité de ses honoraires, en cas d'accord du patient, dans ce cas, le médecin remplit un BS.

II. / MALADE CONSULTANT POUR UNE APCI :

A/ MALADE CONSULTANT SON MEDECIN DE FAMILLE POUR SON APCI:

Quelle que soit la nature de la décision APCI délivrée au malade, le médecin de famille est assimilé au « médecin traitant de l'APCI » :

1/ PRINCIPALES VERIFICATIONS A EFFECTUER PAR LE MEDECIN DE FAMILLE :

Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux soins pour APCI, auprès de son médecin de famille, ce dernier doit vérifier :

- L'identité du bénéficiaire
- La date de validité de la carte de soins
- La date de validité de la décision d'admission en APCI et la conformité du nom du médecin traitant et du code conventionnel avec les siens.

2/ LES PRESCRIPTIONS MEDICALES :

Les prescriptions se font sur l'ordonnance APCI et ne doivent comporter que les soins en liaison avec l'APCI objet de la décision.

En cas de maladies intercurrentes associées à la même consultation, le médecin doit vérifier la conformité du nom du médecin de famille et du code conventionnel sur la carte de soins avec les siens, et effectuer ses prescriptions sur ses propres ordonnances.

3/ LES MODALITES DE PAIEMENT :

Envoi de la totalité des honoraires conventionnels à la caisse (pas de ticket modérateur).

4/ LE DOSSIER DE PAIEMENT :

- décompte
- Possibilité de support magnétique.
- Les actes pratiqués par le médecin doivent être indiqués par leur code selon la nomenclature officielle.

B /MALADE CONSULTANT SON MEDECIN TRAITANT MENTIONNE SUR LA DECISION D'ADMISSION EN APCI AVEC TP

1. LES PRINCIPALES VERIFICATIONS A EFFECTUER PAR LE MEDECIN

Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux soins auprès de son médecin traitant, ce dernier doit procéder aux vérifications suivantes :

- L'option et la date de validité de la carte de soins
- L'identité du bénéficiaire sur la carte de soins et la décision d'admission en APCI avec TP
- La date de validité de la décision d'admission en APCI
- La mention de son nom et de son code conventionnel sur la décision d'APCI

2. LES PRESCRIPTIONS

- Les prescriptions liées à l'APCI sont établies sur des ordonnances APCI.

3. MODALITES DE PAIEMENT

Facturer ses honoraires à la CNAM selon décompte en annexe, dans la limite des tarifs conventionnels.

4. LE DOSSIER DE PAIEMENT :

- décompte
- Possibilité de support magnétique.
- Les actes pratiqués éventuellement pour la MO doivent être indiqués par leur code selon la nomenclature officielle.

Remarque : si la consultation du malade n'est pas en rapport avec son APCI, le médecin doit percevoir la totalité de ses honoraires.

SYSTÈME DE REMBOURSEMENT CARTE VERTE

I. MEDECIN RECEVANT UN PATIENT POUR UNE MALADIE ORDINAIRE

1- LES PRINCIPALES VERIFICATIONS A EFFECTUER PAR LE MEDECIN

Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux soins auprès d'un médecin conventionné, ce dernier doit procéder aux vérifications suivantes :

- L'option et la date de validité de la carte de soins
- L'identité du bénéficiaire

2- LES PRESCRIPTIONS

- Les prescriptions sont établies sur les ordonnances propres du médecin.

3- MODALITES DE PAIEMENT

Percevoir ses honoraires de l'assuré social dans la limite des tarifs conventionnels.

4- ETABLISSEMENT D'UN BS

- Indiquer ses honoraires sur le BS.
- Les actes pratiqués par le médecin doivent être indiqués par leur code selon la nomenclature officielle.

II. MEDECIN RECEVANT UN PATIENT POUR UNE APCI

II. 1 - APCI DANS LE CADRE DU SYSTEME DE REMBOURSEMENT

1- LES PRINCIPALES VERIFICATIONS A EFFECTUER PAR LE MEDECIN

Lors de l'accès aux soins d'un malade bénéficiaire d'une décision d'admission en APCI auprès d'un médecin conventionné, ce dernier doit procéder aux vérifications suivantes :

- l'option et la date de validité de la carte de soins.
- l'identité du bénéficiaire sur la carte de soins et la décision d'admission en APCI
- la validité de la décision d' APCI

2- LES PRESCRIPTIONS

- Les prescriptions liées à l'APCI sont établies sur des ordonnances APCI .
- En cas de maladie intercurrente associée à la même consultation, le médecin doit effectuer les prescriptions qui lui sont liées sur ses propres ordonnances.

3- MODALITES DE PAIEMENT

Percevoir ses honoraires directement de l'assuré social dans la limite des honoraires conventionnels.

4- ETABLISSEMENT D'UN BS

- Indiquer ses honoraires sur le BS.
- Les actes pratiqués doivent être indiqués par leur code selon la nomenclature officielle.

II. 2- APCI DANS LE CADRE DU TIERS PAYANT

Le cas ne peut être envisagé que pour les bénéficiaires éventuels d'une décision de prise en charge d'APCI valide avec TP (médecin traitant).

MALADE CONSULTANT SON MEDECIN TRAITANT MENTIONNE SUR LA DECISION D'ADMISSION EN APCI AVEC TP

4. LES PRINCIPALES VERIFICATIONS A EFFECTUER PAR LE MEDECIN

Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux soins auprès de son médecin traitant, ce dernier doit procéder aux vérifications suivantes :

- L'option et la date de validité de la carte de soins
- L'identité du bénéficiaire sur la carte de soins et la décision d'admission en APCI avec TP
- La date de validité de la décision d'admission en APCI
- La mention de son nom et de son code conventionnel sur la décision d'APCI

5. LES PRESCRIPTIONS

- Les prescriptions liées à l'APCI sont établies sur des ordonnances APCI.
- En cas de maladie intercurrente associée à la même consultation, le médecin doit effectuer les prescriptions qui lui sont liées sur ses propres ordonnances.

6. MODALITES DE PAIEMENT

Facturer ses honoraires à la CNAM selon décompte en annexe, dans la limite des tarifs conventionnels.

7. ETABLISSEMENT EXCEPTIONNEL D'UN BS

- En cas de prescriptions pour maladies intercurrentes associées à la même consultation, le médecin doit établir un BS en indiquant consultation « gratuite »
- Les actes pratiqués éventuellement pour la MO doivent être indiqués par leur code selon la nomenclature officielle.

Remarque : si la consultation du malade n'est pas en rapport avec son APCI, elle sera considérée comme maladie « ordinaire » et le médecin doit percevoir la totalité de ses honoraires et remplir le BS.

FILIERE PUBLIQUE

CARTE BLEUE

Le cas ne peut être envisagé que pour les bénéficiaires éventuels d'une décision de prise en charge d'APCI valide avec tiers payant (il s'agit des décisions de prises en charge APCI délivrées avant le 1^{er} juillet 2008).

MALADE CONSULTANT SON MEDECIN TRAITANT MENTIONNE SUR LA DECISION D'ADMISSION EN APCI AVEC TP

1/ LES PRINCIPALES VERIFICATIONS A EFFECTUER PAR LE MEDECIN TRAITANT :

Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux soins auprès de son médecin traitant, ce dernier doit vérifier :

- L'identité du bénéficiaire
- La date de validité de la décision d'admission en APCI, le code de la maladie et la conformité du nom du médecin traitant et du code conventionnel avec les siens.

2/ LES PRESCRIPTIONS MEDICALES :

L'ordonnance d'APCI ne doit comporter que les prescriptions en liaison avec l'APCI objet de la décision.

En cas de maladie intercurrente associée prescription sur l'ordonnance propre du médecin.

3/ LES MODALITES DE PAIEMENT :

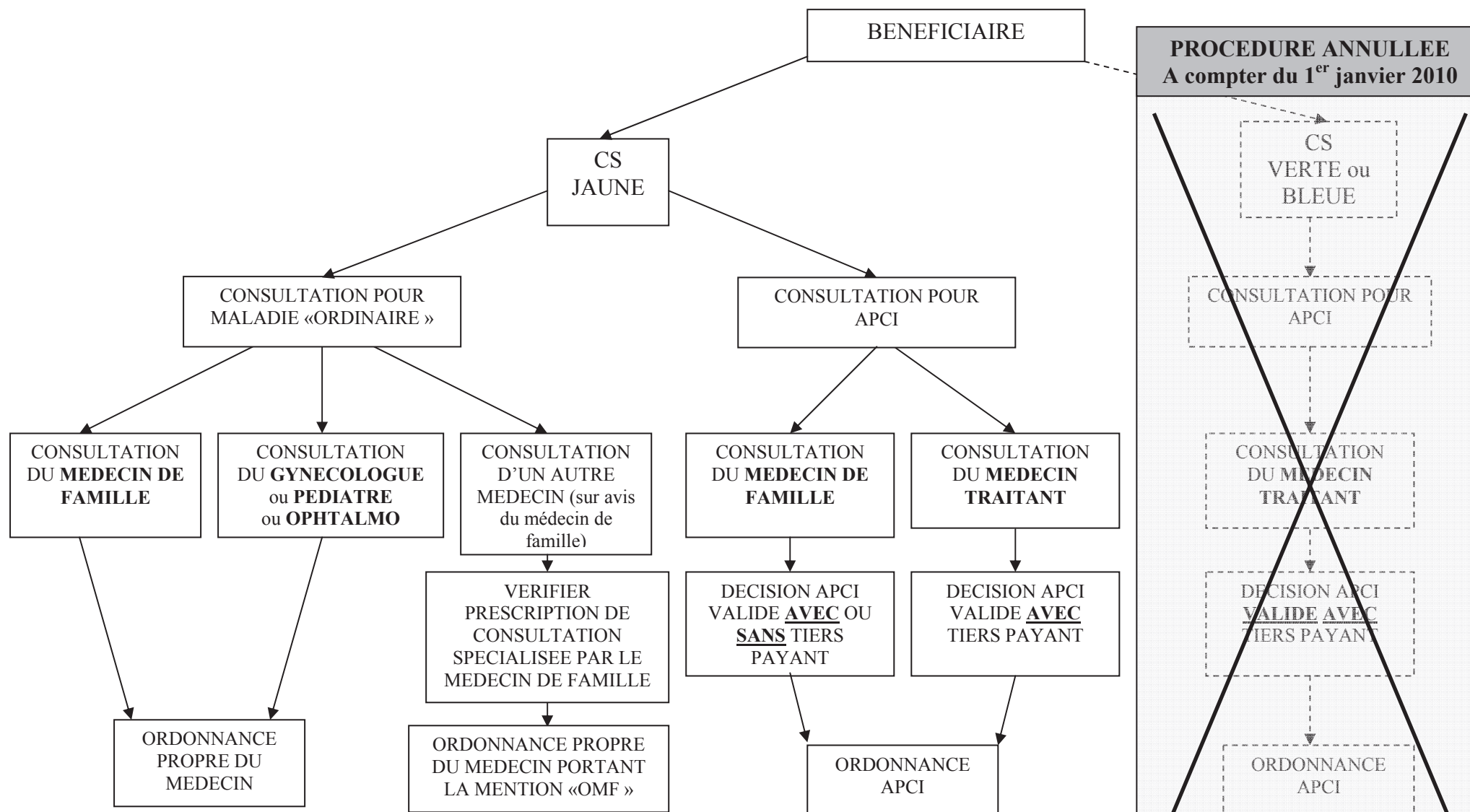
- Envoi de la totalité des honoraires conventionnels à la caisse.
- En cas de maladie intercurrente associée ne pas remplir de BS.

4/ DOSSIER DE PAIEMENT :

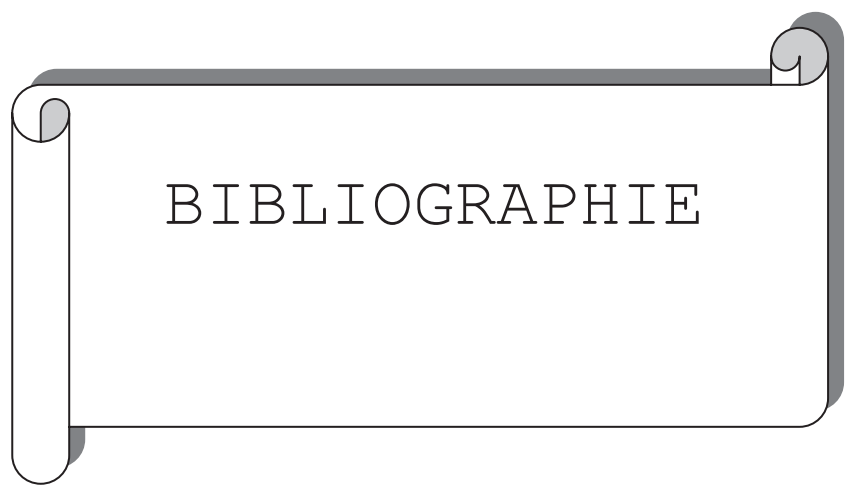
- décompte
- support magnétique si possible

Remarque : si la consultation du malade n'est pas en rapport avec son APCI, elle sera considérée comme maladie « ordinaire » et le médecin doit percevoir la totalité de ses honoraires.

LES SITUATIONS AUXQUELLES S'APPLIQUE LA PROCEDURE DU TIERS PAYANT



NB : Le terme de médecin traitant, désigne le médecin choisi par le malade pour le suivi de son APCI, de ce fait son nom et son code conventionnel sont inscrits sur la décision d'admission en APCI par tiers payant.



OUVRAGES GÉNÉRAUX

- A. Aouij Mrad « Droit des services publics » Tunis, ENA CREA 1998.
- H. Ayadi, « Droit fiscal ». Tunis, CREA, 1989.
- M. Badel « Droit de la sécurité sociale ». Paris, Ellipes, 2006.
- Y. Ben Achour, « Droit administratif ». Tunis, CPU, 2010.
- H. Ben Salah « L'organisation administrative de la Tunisie ». Tunis, ENA, CREA, 1993.
- R. Chapus « Droit administratif général » Tome1 Paris, Montchrestien, 1995. 15^{ème} édition, 2001.
- M. Charfi « Introduction à l'étude du droit » Tunis, cérés éditions, 1997.
- J-P. Chauchard, « Droit de la sécurité sociale ». Paris, L.G.D.J. 2010.
- J.-Ph. Colson « Droit public économique ». Paris, LGDJ 2001.
- L. Duguit, « L'Etat, le droit objectif et la loi positive ». Paris, Dalloz 2003, (réédition de l'édition de 1901, préface F. Moderne).
- J.-J. Dupeyroux, M. Borgetto et R. Lafore « Droit de la sécurité sociale ». Paris, Dalloz, 2011.
- A. Essoussi « Finances publiques ». Tunis, éditions Latrach, 2013.
- Ph. Godfrin « Droit administratif des biens ». Paris, Armand Colin, 2001. 10^{ème} édition, 2012.
- G. Huteau, « Sécurité sociales et politiques sociales ». Paris, Armand Colin, 2001.
- Ph. Malaurie et L. Aynès « Droit civil, les obligations ». Paris, Cujas 1993. 5^{ème} édition 2011.
- F. Kessler, « Droit de la protection sociale », Paris, Dalloz, 2000.
- N. Ladhari « Traité de sécurité sociale ». Tunis, Beït El Hikma, 1992.
- A. Mouelhi, « Droit de la sécurité sociale ». Tunis, 2005.
- E. Pisier-Kouchner « Le service public dans la théorie de l'Etat de Léon Duguit ». Paris, LGDJ, 1972.
- N. Quoc Dinh, P. Daillier, A. Pellet, « Droit International Public ». Paris, L.G.D.J. 1994. 7^{ème} édition revue, 2007.

OUVRAGES SPÉCIALISÉS

- A. Aouij-Mrad, M.-H. Douchez et B. Feuillet (sous la direction de) « Santé, argent et éthique : une indispensable conciliation ? Etude française et tunisienne ». Paris, L'Harmattan, 2005.
- A. Aouij-Mrad « Droit des Entreprises Publique », Tunis, CPU 2009.
- A. Aouij-Mrad (sous la coordination de) « Rôle de l'Etat et restructuration des systèmes de santé ». Tunis, CPU, 2009.
- A. Aouij-Mrad (sous la direction de) « Commentaire des grands textes du droit de la santé ». Tunis, CPU, 2012.
- A. Arseguel et E. Bouslah (sous la direction de) « Désengagement de l'Etat et réorientation des politiques publiques en matière sociale ». Publication de la Faculté de Droit et des Sciences Politiques de Tunis et de l'Institut d'Etudes Politiques de Toulouse, 2001.
- J.-C. Béguin, P. Charlot et Y. Laidié (textes réunis par) « La solidarité en droit public ». Paris, l'Harmattan, 2005.
- H. Ben Salah et H. Roussillion (sous la direction de) « Administration et changement : mutations structurelles et pénétration territoriale en Tunisie ». Presses de l'institut d'études politiques de Toulouse/ Publication de la Faculté de Droit et des Sciences Politiques de Tunis, 1991.
- B. Bonnici « L'hôpital, enjeux politiques et réalités économiques ». Paris, La Documentation française, 2003.
- B. Bonnici « La politique de santé en France ». Paris, PUF, collection que sais-je ? 2003.
- E. Bouslah (sous la direction de) « La sécurité sociale en questions ». Actes du colloque international de Tunis les 12 et 13 avril 2007. Tunis, CPU, 2010.
- B. Dormont « Les dépenses de santé, une augmentation salutaire ? ». Collection du centre de la recherche économique et ses applications. Paris, éditions rue d'Ulm, école normale supérieure, 2009
- M. Dupont, C. Esper, C. Paire, « Droit hospitalier ». Paris, Dalloz 2011.
- V. G. Duru et A. Beresniak « Economie de la santé ». Paris, Masson, 2008.

- K. Essoussi « La sécurité sociale dans le secteur public tunisien ». Tunis, ENA, CREA, 1992.
- M. Elbaum « Economie politique de la protection sociale ». Paris, PUF, 2011.
- J. Fourastier « Les trente glorieuses ou la révolution invisible ». Paris, ed. Pluriel 1980.
- B. Gaumer, « L'organisation sanitaire en Tunisie sous le Protectorat français 1881-1956 ». Québec, Les Presses de l'Université de Laval, 2006.
- J. Grollier, « Le financement des hôpitaux publics », Rennes, Editions école nationale de la santé publique, 1998,
- A. Guelmami « La politique sociale en Tunisie de 1881 à nos jour ». Paris l'Harmattan, 1996.
- S. Günter Nagel et C. Thalamy « Le droit international de la sécurité sociale ». Paris, PUF, collection que sais-je ? 1994.
- M-Z. Hamdi, « Précis d'assurance maladie », Tunis, MIP, 2008.
- M. Kammoun et S. Chérif « Les entreprises publiques en Tunisie ». Tunis, ENA, CREA 1994.
- M. S. Kasmi. « L'assurance maladie en Tunisie : Nouveautés et aspect pratique ». Tunis, Imprimerie Papeterie Centrale, 2008.
- G. Koubi et G.-J. Gugliemi (sous la direction de) « La gratuité une question de droit ? » Paris, l'Harmattan, 2003.
- M. Kraïem « La Tunisie précoloniale ». Tunis, STD, 1973.
- A. Laude, B. Mathieu et D. Tabuteau, « Droit de la santé ». Paris, PUF (collection Thémis droit) 2009.
- A. Leca et G. Rebecq (sous la direction de) « La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale ». Actes du colloque de Toulon de novembre 2005. Presses Universitaire d'Aix-Marseille, 2006.
- R. Massé, « Ethique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité ». Québec, Les Presses de l'Université de Laval, 2003.
- P. Muller « Les politiques publiques ». Paris, PUF, collection que sais-je ? 2003.

- M. Mougeot, « La régulation de l'assurance maladie et des dépenses de santé, Rapport au Conseil d'Analyse Economiques » Paris, La Documentation Française, 1998.
- R. Pellet « Les finances sociales : économie, droit et politique ». Paris, L.G.D.J. 2001.
- D. Peljak, « Traité de finances publiques hospitalière ». Bordeaux, les études hospitalières, 2011.
- Ch. Phelps « Les fondements de l'économie de la santé » (traduit de l'américain par R. Piétri). Publi-Union Edition, 1995.
- P. Rosanvallon « La crise de l'Etat providence ». Paris, seuil, 1981.
- P. Rosanvallon « La nouvelle question sociale : repenser l'Etat providence ». Paris, seuil, 1995.
- D. Stingre « Le service public hospitalier ». Paris, PUF, collection que sais-je ? 1998.
- J. P. Théron « Recherche sur la notion d'Etablissement public » Paris, LGDJ 1976.
- D. Truchet, « Droit de la santé publique ». Paris, Dalloz, 2009.

THÈSES

- A. Aouij-Mrad « Le service public de la santé ». Thèse pour le doctorat d'Etat, Faculté de Droit et des Sciences Politiques de Tunis, 1991.
- A. Ben Abdallah « Le service public de l'éducation ». Thèse de Doctorat en droit public, Faculté de Droit et des Sciences Politiques de Tunis (Université Tunis El Manar), 2008.
- M. Ben Letaïef « L'Etat et les entreprises publiques en Tunisie ». Thèse publiée, Paris, l'harmattan, 1998.
- L.-E. Camaji, « La personne dans la protection sociale : Recherche sur la nature des droits des bénéficiaires des prestations sociales ». Thèse publiée pour le doctorat en droit de l'Université Paris X- Nanterre. Dalloz, 2006.
- R. Hertzog « Recherche sur la gratuité et la non gratuité des services publics » Thèse pour le doctorat d'Etat en droit, Strasbourg 1972.
- R. Pellet « Recherche sur la notion de finances sociales, L'intervention du droit public dans le régime général de la sécurité sociale ». Thèse, droit public, Université de Montpellier, 1991.
- L. Tarchouna « Décentralisation et déconcentration en Tunisie » Thèse d'Etat, Faculté de droit et des Sciences Politiques de Tunis, 2005.
- Y. Oul Ahmed « Désengagement de l'Etat et réorientation des politique publiques de santé ». Thèse de doctorat en droit publique, Faculté de Droit et des Sciences Politiques de Tunis (Université de Tunis El Manar), 2004.

ARTICLES

- M. Adler « Nouvelle approche de la sécurité sociale au Royaume Uni, la combinaison des allocations conditionnelles et des crédits d'impôts ». Revue internationale de sécurité sociale, 2, 2004.
- A. Aouij-Mrad « Le statut juridique de l'établissement public de santé : réflexion sur une réforme ». Mélanges Hareth M'zioudet. Tunis, CPU, 1994, p253.
- A. Aouij-Mrad et H. Ben Salah « La réforme sanitaire : analyse des évolutions récentes ». AJT, n°12 1998, p.73.
- A. Aouij-Mrad, « Santé publique et solidarité nationale », Mélanges Dali Jazi, Tunis CPU 2010, p.43.
- A. Aouij-Mrad « La régulation du secteur de santé dans un contexte de transaction » in « La régulation » Acte du colloque de l'association tunisienne de droit administratif les 5 et 6 mars 2010 (sous la direction de H. Ben Salah et A. Aouij-Mrad). Tunis, CPU, 2011, p. 79.
- A. Aouij-Mrad « Proches et fin de vie médicalisée : de quelques particularismes du droit tunisien ». In « Proches et fin de vie médicalisée ». Ouvrage collectif sous la direction de B. Feuillet, Réseau universitaire international de bioéthique. A paraître sous les éditions Bruylant.
- A. Arseguel « Le système français de sécurité sociale : entre étatisation et privatisation » in « Désengagement de l'Etat et réorientation des politiques publiques en matière sociale ». Publication de la Faculté de Droit et des Sciences Politiques de Tunis et de l'Institut d'Etudes Politiques de Toulouse, 2001, p. 41.
- M. Aubry « Approfondir les solidarités et conforter notre système de protection sociale ». Droit Social 1998, p. 863.
- M. Badel « Liberté et système de santé ». RDSS, 2005, p. 951.
- M. Badel « Mutuelles et CMU-C, un partenariat fructueux ? » RDSS 2009, p.432.

- J.-M. Belorgey, « Logique de l'assurance, logique de la solidarité », Droit Social, 1995, p. 731.
- Y. Ben Achour « Le pouvoir réglementaire général et la constitution », Mélanges Habib Ayadi, Tunis, CPU, 2000.
- Md. S. Ben Aïssa « La compétence du Tribunal Administratif en matière de recours pour excès de pouvoir » in « L'œuvre jurisprudentielle du tribunal administratif tunisien ». Tunis, CERP 1990, p. 213.
- K. Ben Messaoud « La notion d'entreprise publique » in « Le droit des entreprises publiques. Actes du colloque tenu à la Faculté de Droit et des Sciences Politiques de Tunis les 11 et 12 mars 2005, p.5.
- H. Ben Mrad, « Les vicissitudes du droit à la santé », in « Santé, argent et éthique : une indispensable conciliation ? Etude française et tunisienne ». Sous la direction de A. Aouij-Mrad, M.-H. Douchez et B. Feuillet. Paris, L'Harmattan, 2005, p.53.
- F. Benoit-Rohmer. note sous CC n°89-269 du 22 janvier 1990. A.J.D.A 1990, p. 473.
- S. Bilel « Rapport de Synthèse et Recommandations » in « Le financement des régimes de sécurité sociale en Tunisie ». Acte du colloque organisé par l'association tunisienne de droit social le 16/12/2003. Revue ATDS n°10 p. 126.
- M. Borgetto « L'idée de gratuité et la notion de solidarité sociale » in G. Koubi et G.-J. Gugliemi (sous la direction de) « La gratuité une question de droit ? » Paris, l'Harmattan, 2003, p.21.
- E. Bouslah « La gestion du système de sécurité sociale : restructuration et rationalisation ». RTD 1991, p. 259.
- E. Bouslah « Désengagement de l'Etat et effets redistributifs de la sécurité sociale ». RTD 1992, p. 31.
- P.-L. Bras « Le médecin traitant : raisons et déraison d'une politique publique », Droit social, 2006, p.59
- P. L. Bras, E. Grass et O. Obrecht « En finir avec les affections de longue durée (ALD), plafonner les reste à charge ». Droit social, 2007, p.463.

- M.K. Bundorf, et M.V. Pauly, « Is health insurance affordable for the uninsured? ». *Journal of Health Economics* n°25, juillet 2006, p. 650. (Article en Anglais).
- E. Cadeau « Région et démocratie sanitaire : quels rapport ? ». *Revue générale de droit médical*, n°9, 2003, p. 5.
- J.-S. Cayla « La santé et le droit ». *RDSS*, 1997, p. 278.
- M. Chaabane « Le Financement de la Couverture Maladie état actuel et perspectives » in « Le financement des régimes de sécurité sociale en Tunisie ». Acte du colloque organisé par l'association tunisienne de droit social le 16/12/2003. *Revue ATDS* n°10 p. 48.
- R. Charfi-Turki « Les organes dirigeants des entreprises publiques » in « Le droit des entreprises publiques. Actes du colloque tenu à la Faculté de Droit et des Sciences Politiques de Tunis les 11 et 12 mars 2005, p. 33.
- M. Chemilier-Gendreau « Finances publiques et santé publique » *Mélanges P.-M. Gaudmet*, Paris, *économica*, 1984, p. 359.
- V-O. Ciaudo « La procédure d'accréditation des établissements de santé » *Revue générale droit médical*, n°8, 2002, p.21.
- A. Coulomb, « Prolonger, préciser, ... mais choisir », *Droit social* n° 9-10, 1997, p.865.
- S. Dabbou-Ben Ayed, « Les mutations structurelles du service de santé tunisien ». in « Rôle de l'Etat et restructuration des système de santé ». Ouvrage collectif sous la coordination de A. Aouij-Mrad. Tunis, CPU, 2009, p. 25
- J. M. De Forges et M. Cormier, « La prétendue simplification du système hospitalier du 4 septembre 2003 », *Revue de droit sanitaire et social*, 2004, n°1, p.110.
- M. Deguergue, « Droit des malades et qualité du système de santé ». *AJDA* 2002, p. 509.
- A. Delion « La notion d'entreprise publique », *AJDA* 1979, n°4, p.3.
- L. Derepas « Le médicament générique entre maîtrise des dépenses de santé et droit de la concurrence ». *RDSS*, 2007, p.1060 et s.

- J-P. Didier « La nouvelle gouvernance à l'hôpital public ». Dalloz n°39 du 21/09/2009, p.15 (n°2223).
- C. Esper : « La nouvelle gouvernance hospitalière : vers une meilleure prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale » in « La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale », Actes du colloque de Toulon, 18 et 19 novembre 2005. Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 2006, p. 83.
- B. Feuillet « L'accès aux soins entre promesse et réalité ». RDSS 2008, p. 713.
- Y. Gaudemet note sous CE 21/03/1984 Mansuy. RDP 1984, p. 1059.
- A.-S. Ginon et M. Trépreau « L'ONDAM peut-il s'imposer comme outil de régulation des dépenses d'assurance maladie ? ». RDSS 2008, p. 1096.
- M. Harichaux « Le régime du médecin référent ». RDSS 1999, p.72.
- M. Hellal « Réforme de l'assurance maladie ». RJL, n°4, avril 2006, p. 31.
- D. Hennebelle-Gianquinto, « L'évolution de l'assiette des cotisations ». in « La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale ». in « La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale », Actes du colloque de Toulon, 18 et 19 novembre 2005. Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 2006, p. 75.
- C. Hurlimann « Approche conceptuelle de la qualité des soins ». Actualité et dossier en santé publique, la Documentation Française, n°35, juin 2001, p. 23.
- D. Jean-Pierre, « La nouvelle gouvernance à l'hôpital et la fonction publique ». Dalloz n°39 du 21/09/2009, p.15. (n°2223).
- N. Kerschen, « L'influence du rapport Beveridge sur le plan français de sécurité sociale ». Revue française de science politique, 1995, n°4.
- O. Kaufmann, « La coexistence de l'assurance sociale et de l'assurance maladie privée en Allemagne ». RDSS, 2011, p. 224.
- G. Koubi « Réflexion sur la gratuité dans le droit de la santé » Revue de droit sanitaire et social, n°1, 1999, p.3.
- C. Le Pen et V.G. Rodwin « Le plan Juppé : vers un nouveau mode de régulation des soins ». Droit Social, 1996, p.814.

- L. Levoyer « La participation des collectivités territoriales au financement des politiques locales de santé ». Dalloz n°39 du 21/09/2009, p.26.
- L. Levoyer « Nouvelle gouvernance de la santé : quelle place pour les collectivités territoriales ? ». AJDA, 30/11/2009, p. 2219.
- G. Liet-Veaux « Ordres professionnels » Jurisclasseur administratif, Fasc. 146, 2012.
- G. Liet-Veaux « Ordre professionnel médical », Fasc. 147, 2009.
- D. Lochak « Solidarité et responsabilité publique ». In « La solidarité en droit public ». Ouvrage collectif sous la direction de J.-C. Bégun, P. Charlot et Y. Laidié. Paris, l'Harmattan 2005, p.305.
- M.L. Martin, A. Cabanis « Administration d'Etat, Administration centrale, Administration nationale » in « Administration et changement : mutation structurelle et pénétration territoriale en Tunisie » Sous la direction de H. Ben Salah et H. Roussillon. Publication de la Faculté de Droit et des Sciences Politiques de Tunis et Presses de l'Institut des Sciences politiques de Toulouse, 1991, p.15.
- B. Mathieu, « Les avatars du droit de la santé. Eléments d'analyse à partir du droit constitutionnel français » in « Santé, argent et éthique : une indispensable conciliation ? Etude française et tunisienne ». Sous la direction de A. Aouij-Mrad, M.-H. Douchez et B. Feuillet. Paris, L'Harmattan, 2005, p. 65.
- A. Mbarek « L'activité privée complémentaire des médecins. Problèmes juridiques ». In « Rôle de l'Etat et restructurations des systèmes de santé » Ouvrage collectif sous la coordination de A. Aouij-Mrad. Tunis, CPU, 2009, p. 123.
- A. Mbarek « Commentaire de la loi 91-63 du 29 juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire » in Commentaire des grands textes du droit de la santé » sous la direction de A. Aouij-Mrad. Tunis, CPU, 2012, p. 5.
- M. Midoun, « Les établissements publics non administratifs : des établissements public de troisième type ? » Mélanges Habib Ayadi, CPU, p.665.
- F. Moderne, note sous CE 06/02/1981 Epp. Revue Administrative 1982, p.36.

- M.-L. Moquet-Anger « Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé ». Dalloz 2009, n°2224.
- G. Nicolas, « L'assurance substitut à la solidarité nationale en matière de santé ? » ; in « La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale », Actes du colloque de Toulon, 18 et 19 novembre 2005. Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 2006, p. 179.
- Office National de la Famille et de la Population « Projection et perspective de la population : quel avenir pour la Tunisie ? » Les cercles de la population et de la santé de reproduction, 8^{ème} session 2009.
- T. Olson « Responsabilité, assurance et solidarité en matière de santé ». AJDA 2005, p. 2226.
- M. Ouardi, « Les Etablissements sanitaires privés ». In « Commentaire des grands textes du droit de la santé ». Ouvrage collectif sous la direction de : A. Aouj-Mrad. Tunis, CPU 2012, p. 89.
- F-Z. Oufriha « Les réformes en matière de financement des dépenses de santé en Algérie ». In « La sécurité sociale en question ». Actes du Colloque international de Tunis 12 et 13 avril 2007, sous la direction d'E. Bouslah. Tunis, CPU 2010, p. 157.
- R. Pellet, « La réforme des finances sociales ». RDSS 2009, p. 1126.
- R. Pellet « Les conventions médicales, contrats de droit public paradoxaux ». Mélanges Guibal, tome II, 2006, p. 87.
- V. Piolet, « Les Emirats et royaumes arabes : les travailleurs migrants au pays des *free zones* » Hérodote 2009, n°133, p. 136.
- B. Platel « La réforme du financement de l'assurance maladie ». LPA, 03/03/2005 p. 27.
- J-M. Pontier « Une réforme de l'hôpital sous le signe de la modernisation et de l'efficacité ». AJDA 2009, p.2205.
- G. Rebecq « Le choix du médecin traitant dans le parcours de soins coordonné et le principe de l'exercice exclusif de la spécialité » RDSS, 2005, p.602.
- G. Rebecq « Liberté du choix du médecin par le patient et prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale » in In « La prise en charge des

- dépenses de santé par la solidarité nationale », actes du colloque organisé à Toulon le 18 et 19 novembre 2005, sous la direction d'A. Leca et de G. Rebecq. Presse Universitaire d'Aix-Marseille, 2006, p.41.
- G. Rebecq, « Le parcours de soins institué par la loi du 13/08/2004, cinq ans après » RDSS, 2009, 610.
 - G. Rebecq « Assurance maladie. Conventions nationales des professions de santé autres que les médecins ». Jurisclasseur droit médical et hospitalier. LexisNexis SA 2010, Fasc. 85-1, p. 31.
 - D. Renard « L'idée politique de solidarité et la construction de la théorie du service public ». Ouvrage collectif sous la direction de J.-C. Bégun, P. Charlot et Y. Laidié. Paris, l'Harmattan 2005, p. 33.
 - G. Rousset « Principes communs : Professions paramédicales ». Jurisclasseur droit médical et hospitalier. LexisNexis SA 2010, Fasc.7-3, p.4.
 - C. Royer-Meyer « Du droit du devoir de substitution du pharmacien dans le cadre de la prescription médicale ». RDSS, 1998, p. 471.
 - V. Saint-James « Le droit à la santé dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel ». RDP, 1997, p. 457.
 - Md.-M. Sfrar Gandoura « De la liberté de prescrire ». In CNEM, Actes du colloques international « Les conflits d'intérêts en santé » 24 et 25 septembre 2010, p. 9.
 - D. Tabuteau « Assurance maladie : les « standard » de la réforme ». Droit Social, 2004, p. 872.
 - D. Tabuteau « Solidarité et santé », Droit social, 2007 p.136.
 - D. Tabuteau « Droit de la santé et droit de l'assurance maladie ». RDSS 2008, p. 878.
 - M. Tarchouna « La contractualisation en assurance maladie ». RJL, mars 2008, p.9.
 - M. Tarchouna, « La convention médicale ». Mélanges Mustapha Filali, Tunis, CPU 2010. p.385.
 - O. Tholozan, « Solidarité familiale et nationale dans la prise en charge des dépenses de santé ». In « La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale », actes du colloque organisé à Toulon le 18 et 19

novembre 2005, sous la direction d'A. Leca et de G. Rebecq. Presse Universitaire d'Aix-Marseille, 2006, p.13.

- K. Tliche-Aloui « commentaire du décret 81-793 du 29 juillet 1981 portant organisation des services de l'administration centrale du ministère de la santé publique » in Commentaire des grands textes du droit de la santé » sous la direction de A. Aouij-Mrad. Tunis, CPU, 2012, p. 35.
- M. Zaghab, « Le contentieux de la sécurité sociale et l'unification de la compétence », R JL, n°4, Avril 2006, p.92.
- O. Zribi-Benslimane « La dimension éthique dans l'analyse du système de santé tunisien » in « Santé, argent et éthique : une indispensable conciliation ? Etude française et tunisienne ». Sous la direction de A. Aouij-Mrad, M.-H. Douchez et B. Feuillet. Paris, L'Harmattan, 2005, p. 125.

TEXTES ET DOCUMENTS OFFICIELS

I- Textes législatifs et réglementaires de la réforme de l'assurance maladie

- Loi n°2004-71 du 02/08/2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie. JORT n°63 du 06/08/2004, p. 2228.
- Décret n° 2005-321 du 16 février 2005, portant organisation administrative et financière et les modalités de fonctionnement de la caisse nationale d'assurance maladie, JORT n°15 du 22/02/2005, p.459.
- Décret n° 2005-3031 du 21 novembre 2005, fixant les modalités et les procédures de l'exercice du contrôle médical prévu par la loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie, JORT n°94, du 25/11/2005, p.3331.
- Décret n° 2005-3154 du 6 décembre 2005, portant détermination des modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les prestataires de soins, JORT n°99 du 13/12/2005, p.3507.
- Décret n° 2007-1366 du 11 juin 2007, portant détermination des étapes d'application de la loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie aux différentes catégories d'assurés sociaux mentionnées dans les différents régimes légaux de sécurité sociale, JORT n°47 du 12/06/2007, p.1982.
- Décret n° 2007-1367 du 11 juin 2007, portant détermination des modalités de prise en charge, procédures et taux de prestations de soins au titre du régime de base d'assurance maladie, tel que modifié par le décret n° 2008-756 du 24 mars 2008, JORT n°47 du 12/06/2007, p.1983.
- Décret n°2007-1406 du 18/06/2007, fixant l'assiette de calcul des taux de cotisations dues au titre de régime de base d'assurance maladie et ses étapes d'application. JORT n°49 du 19/06/2007, p.2154.
- Arrêté du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger du 22 février 2006, portant approbation de la convention cadre

régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les prestataires de soins de libre pratique, JORT n°17 du 28/02/2006 p.451.

- Arrêtés du ministre des affaires sociales du 06/02/2007, portant approbation des conventions sectorielles des médecins, des biologistes et des dentistes de libres pratiques conclue entre la CNAM et les syndicats concernés, JORT n°13 du 13/02/2007, p.385, 424 et 450.
- Arrêté conjoint du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger et du ministre de la santé publique du 13 avril 2007, fixant les listes des spécialités et des actes médicaux et paramédicaux, des médicaments, de l'appareillage, des frais de transport sanitaire, ainsi que la liste des prestations nécessitant l'accord préalable, pris en charge par le régime de base d'assurance maladie, JORT n°32 du 20/04/2007, p. 1256.
- Arrêté du ministre des affaires sociales du 04/05/2007, portant approbation de la convention sectorielle des cliniques privées conclue entre la CNAM et la chambre nationale des cliniques privées, JORT n°37 du 08/05/2007 p. 1499.
- Arrêté du ministre des affaires sociales du 01/06/2007, portant approbation de la convention sectorielle des pharmaciens d'officine de détail conclue entre la CNAM et les syndicats de pharmaciens, JORT n°46 du 08/06/2007, p. 1926.
- Arrêté conjoint du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger et du ministre de la santé publique du 25 juin 2007, portant fixation de la liste des affections lourdes ou chroniques prises en charge intégralement par la caisse nationale d'assurance maladie, JORT n°51 du 26/06/2007, p.2228.
- Arrêté conjoint du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger et du ministre de la santé publique du 29 juin 2007, portant fixation de la liste des prestations d'hospitalisations dispensées dans les établissements sanitaires privés conventionnés avec la caisse nationale d'assurance maladie et prises en charge dans le cadre du régime de base d'assurance maladie, JORT n°52 du 29/06/2007, p.2257.
- Arrêté conjoint du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger et du ministre de la santé publique du 15 août 2007, relatif à la fixation de la liste des médicaments génériques servant de base

pour la détermination des prix de référence des médicaments pris en charge dans le cadre du régime de base d'assurance maladie, JORT n°68 du 24/08/2007, p.3014.

- Arrêté du ministre des affaires sociales du 15/08/2007, portant approbation des avenant n°1 et 2 à la convention sectorielle des cliniques privées conclus entre la CNAM et la chambre syndicale nationale des cliniques privées. JORT n°68 du 24/08/2007, p. 3020.
- Arrêté du ministre des affaires sociales du 15/08/2007, portant approbation de l'avenant n°1 à la convention sectorielle des médecins de libre pratique conclu entre la CNAM et le syndicat tunisien des médecins libéraux. JORT n°68 du 24/08/2007, p. 3027.
- Arrêté du ministre des affaires sociales du 05/10/2007, portant extension de la convention cadre régissant les rapports entre la CNAM et les prestataires de soins de libre pratique aux physiothérapeutes. JORT n°83 du 16/10/2007, p. 3464.
- Arrêté du ministre des affaires sociales du 05/10/2007, portant approbation de la convention sectorielle des physiothérapeutes conclue entre la CNAM et la chambre syndicale des physiothérapeutes. JORT n°83 du 16/10/2007, p.3464.
- Arrêté du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger du 3 juin 2008, portant fixation du plafond annuel des montants des prestations de soins ambulatoires prises en charge par le régime de base d'assurance maladie au titre de la filière privée de soins ou du système de remboursement. JORT n°45 du 03/06/2008, p.1717 ; modifié et complété par l'arrêté du 24/06/2010. JORT n°52 du 29/06/2010.

II- Autres textes législatifs et réglementaires en rapport avec l'assurance maladie

- Décret Beylical autorisant et reconnaissant comme établissement d'utilité public la Société de Prévoyance des employés et fonctionnaires tunisiens et approuvant ses statuts. JOT du 22/01/1898.

- Décret beylical du 15 mars 1921 transposant la loi française du 9 avril 1898 relative à la réparation des accidents de travail. JOT du 04/05/1921, p. 79.
- Décret du 19/11/1949 portant réforme du régime général des pensions de la société de prévoyance des fonctionnaires et employés tunisiens et approuvant les nouveaux statuts de cet organisme. JOT du 22/11/1949, p. 1799.
- Décret instituant un régime de prévoyance en faveur des personnels de l'Etat et des collectivités publiques. JOT du 17/04/1951, p. 469.
- Loi n°60-30 du 14/12/1960 relative à l'organisation des régimes de sécurité sociale (création de la CNSS). JORT n°57 du 13/12/1960, p. 1602.
- Loi 72-2 du 15 février 1972 instaurant le régime optionnel de remboursement des frais médicaux. JORT n° 7 du 11/02/1972, p. 189.
- Décret 74-1064 du 28 novembre 1974 relatif aux missions et aux principales attributions du Ministère de la Santé Publique. JORT n°74 du 3/12/1974, p.2653.
- Décret n°81-793 du 9/06/1981 portant organisation des services de l'administration centrale du ministère de la santé publique. JORT n°40 du 12/06/1981, p. 1405, modifié par le décret n°82-757 du 5/05/1982 (JORT n°34 du 11/05/1982, p. 1087), le décret n°84-1433 du 3/12/1984 (JORT n°75 du 14/12/1984, p.2856), le décret 85-1406 du 8/11/1985 (JORT n°81 du 15/11/1985, p. 1552), le décret n°90-559 du 30/03/1990 (JORT n°24 du 6/04/1990, p. 491), le décret n°98-470 du 23/02/1998 (JORT n°18 du 3/03/1998, p. 432), le décret n°2000-2357 du 17/10/2000 (JORT n° 86 du 27/10/2000, p. 2590), le décret n°2006-746 du 13/03/2006 (JORT n°23 du 21/03/2006, p. 678) et le décret n°2007-3017 du 27/11/2007 (JORT n°96 du 30/11/2007, p. 4251).
- Loi n°75-83 du 30/12/1975, portant loi de finances pour la gestion 1976 (fusionnant la CNR et la CPS en la CNRPS). JORT n°87 du 30/12/1975, p.2852.
- Loi n°86-86 du 01/09/1986 portant réforme des structures de la sécurité sociale. JORT n°49 du 12/09/1986, p. 977.
- loi n°91-63 du 29/07/1991 relative à l'organisation sanitaire. JORT n°55 du 06/08/1991, p. 1390.

- Décret n°91-1844 du 02/12/1991, fixant l'organisation administrative et financière ainsi que les modalités de fonctionnement des établissements publics de santé. JORT n°86 du 17/12/1991, p. 2009.
- Loi n°93-116 du 22/11/1993, portant création des établissements publics de santé. JORT n°91 du 30/11/1993, p. 2005.
- Décret n°96-269 du 14/02/1996, portant organisation du ministère des affaires sociales. JORT n°17 du 27/02/1996, p. 376.
- Décret 98-409 du 18 février 1998 fixant les catégories des bénéficiaires des tarifs réduits de soins et d'hospitalisation dans les structures sanitaires publiques relevant du ministère de la santé publique ainsi que les modalités de leur prise en charge et les tarifs auxquels ils sont assujettis. JORT n°17 du 27/02/1998, p.405.
- Décret n°98-793 du 04/04/1998 relatif aux établissements sanitaires privés. JORT n°31 du 17/04/1998, p.770.
- Décret n°2005-2978 du 8/11/2005 fixant les attributions du ministère des affaires sociales, de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger. JORT n°91 du 15/11/2005, p. 3258.
- Décret n°2008-355 du 11/02/2008 relative à l'organisation et à la gestion de la CAPRA. JORT n°14 du 15/02/2008, p. 729.
- Décret n° 2010-1668 du 5 juillet 2010, fixant les attributions et l'organisation des directions régionales de la santé publique. JORT n°55 du 09/07/2010, p. 1896.
- D. n°2011-4650 du 10/12/2011 relatif à l'organisation et aux attributions des directions régionales des affaires sociales. JORT n°95 du 13/12/2011, p.3067.

III- Divers

- Déclaration universelle des droits de l'Homme du 10/12/1948.
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 16/12/1966.
- Constitution de l'OMS du 22/07/1946.
- Conventions OIT n°24 et 25 de 1927 sur l'assurance maladie.

- Déclaration de Philadelphie du 10/05/1944 relatives aux buts et objectifs de l'OIT.
- Convention OIT n°102 de 1952 relative à la norme minimum de sécurité sociale.
- Convention n°130 de 1969 sur les soins médicaux et les indemnités de maladie.
- Avant projet de la Constitution tunisienne, version du 14/12/2012.
- « La réforme Obama : une meilleur couverture du risque maladie pour les américains ». Rapport d'information du sénat français, n°361, 2010.
- Dahir n°1-02-296 du 03/10/2002 portant promulgation de la loi n°65-00 portant code de couverture médicale de base ; Bulletin Officiel marocain n°5058 du 21/11/2002, p.1333.
- Travaux préparatoires, séance du 28/07/2004, JO des délibérations de la chambre des députés, session législative 2003/2004, n°36, p. 1372.
- Rapport OMS division de l'Europe : Politique de financement, un guide à l'usage des décideurs. 2008 par J. Kutzin.
- Rapport d'information n°52 au sénat, 2004. Disponible sur www.sénat.fr.
- Rapport d'information au sénat n°55 « les prélèvements obligatoires et leurs évolutions » (par Ph. Marini). Disponible sur www.sénat.fr.
- Banque Mondiale et République tunisienne « Etude du secteur de la santé ». Mai 2006.

BIBLIOGRAPHIE EN LANGUE ARABE

1-المراجع العامة و المتخصصة

- عصام الأحمر "إشكالات في نزاعات الضمان الاجتماعي". تونس، 2010.
- محمد رضا بن حماد " المبادئ الأساسية للقانون الدستوري". تونس، مركز النشر الجامعي، 2006.
- عياض بن عاشور "القضاء الإداري و فقه المرافعات الإدارية". تونس، سيراس للنشر، 1998. الطبعة الثالثة، 2006.
- محمد الهادي بن عبد الله "القانون الاجتماعي، مبادئ عامة". تونس، مركز البحوث و الدراسات الإدارية، 2002.
- الأزهر بوعوني "الأنظمة السياسية و النظام السياسي التونسي". تونس مركز النشر الجامعي، 2002.
- محمد رضا جنح "القانون الإداري". تونس، مركز البحث الجامعي، 2006.
- محمد رضا جنح (تحت إشراف) "الأحكام الكبرى لفقهاء القضاء الإداري". تونس، مركز النشر الجامعي، 2007.
- محمد زهير حمدي "الوجيز في التأمين على المرض". تونس، المغاربية للطباعة و الأشهار، 2008.
- زهير المضفر "المجلس الدستوري". تونس، المطبعة الرسمية، 1993.

2. الأطروحات

- المنتصر الوردي "المرتب و المسار الوظيفي للموظف العمومي في تونس". أطروحة دكتورا في القانون العام، كلية الحقوق و العلوم السياسية بتونس، جامعة تونس المنار، 2008.

3. المقالات

- عصام الأحمر "التأمين على المرض". القضاء و التشريع، مارس 2006، ص.37.
- عياض بن عاشور "تعليق على قرار أنور بشر" المجلة التونسية للقانون 1984، ص.115.

- المنصف زغاب "قضاء الضمان الاجتماعي و توحيد الاختصاص". القضاء و التشريع مارس 2006، ص. 81.
- عبد الرزاق المختار "الحق في الصحة من خلال فقه المجلس الدستوري التونسي". الأحداث القانونية التونسية 2011، عدد 20، ص. 7.
- عبد الستار المويلهي "الضمان الاجتماعي بين مقتضيات القانون و حاجيات السياسة لاجتماعية". القضاء و التشريع، مارس 2006، ص. 135.

WEB GRAPHIE

- www.assurance-maladie.fr
- www.atds.org.tn
- www.cnam.nat.tn/
- www.cnrps.nat.tn
- www.cnss.nat.tn
- who.int/countries/tun/fr
- www.issa.int
- www.medwin.org.
- www.onfp.tn
- www.santetunisie.rns.tn
- www.senat.fr
- www.social.tn.

Index

Les chiffres renvoient aux pages

A

accidents de travail, 9, 192, 290
acheteur de soins, 283
Algérie, 21
APCI, 17, 51, 88, 177, 195, 196, 197, 202, 203, 210, 213, 216, 224, 225, 239, 271, 272, 276, 277, 278, 279, 284, 305
appel en matière de contentieux de l'assurance maladie, 296
assiette de la cotisation, 247, 248, 256, 257
assistance médicale, 6, 7, 15, 21, 111, 121, 175, 178, 183, 184, 185, 186, 187, 212
assuré social, 45, 49, 51, 53, 56, 62, 64, 77, 95, 96, 97, 106, 124, 139, 141, 142, 151, 152, 170, 171, 174, 175, 176, 178, 179, 181, 190, 191, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 203, 208, 210, 211, 212, 213, 216, 218, 219, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 234, 235, 237, 238, 239, 240, 245, 246, 248, 249, 256, 257, 270, 277, 278, 280, 283, 284, 288, 304, 306, 310
ayants droit, 24, 43, 55, 90, 92, 93, 134, 174, 175, 178, 179, 181, 182, 185, 199, 202, 208, 222, 223, 230, 238, 240, 246, 266, 300, 306

C

cadre constitutionnel de l'assurance maladie, 33
caisse de prévoyance sociale, 13
Caisse nationale de retraite, 13
carte sanitaire, 132, 137, 163, 164, 271, 273, 276
cartes de soins gratuites, 183, 186
cassation en matière de contentieux de l'assurance maladie, 297
centres médicaux spécialisés, 147, 152, 153
charges de soins, 276, 278, 279
cliniques off-shore, 150
cliniques privées, 28, 46, 47, 54, 59, 61, 63, 64, 86, 113, 126, 129, 143, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 155, 158, 197, 198, 213, 215, 217, 234, 271, 281, 282, 288, 301, 303, 314
CMR de 1996, 29, 43, 85, 134, 192, 203
CMU, 18, 189, 240, 279
CMU-C, 18, 189, 240, 279
CNAM, 5, 16, 23, 43, 44, 47, 48, 51, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 101, 102, 103, 104, 106, 109, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 129, 131, 133, 134, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 150, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 160, 162, 163, 164, 165, 167, 175, 176, 177, 178, 180, 181, 182, 188, 189, 190, 191, 192, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 210, 211, 213, 215, 216, 217, 219, 221, 222,

223, 225, 226, 227, 228, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 237, 243, 244, 245, 246, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 262, 263, 265, 269, 270, 271, 273, 274, 275, 277, 285, 288, 289, 290, 291, 292, 294, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 309, 311, 314
CNRPS, 14, 15, 16, 27, 48, 51, 52, 66, 70, 76, 77, 90, 122, 133, 134, 140, 153, 162, 164, 174, 175, 176, 177, 179, 190, 199, 215, 231, 245, 246, 247, 249, 250, 252, 255, 258, 264, 292, 298, 299
CNSS, 14, 15, 16, 27, 44, 48, 51, 52, 66, 70, 77, 90, 122, 133, 134, 140, 153, 162, 164, 175, 176, 177, 179, 182, 190, 211, 215, 245, 246, 248, 249, 250, 252, 255, 264, 292, 299
commission nationale de l'assurance maladie, 82
conseil national de l'assurance maladie, 82, 83, 85, 265, 266, 267, 275
contentieux de l'assurance maladie, 76, 171, 285, 286, 287, 288, 290, 291, 292, 293, 294, 296, 297, 298, 299, 308
contrôle médical, 44, 55, 63, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 103, 104, 106, 128, 149, 157, 265, 266, 267, 289, 311
convention cadre, 54, 58, 60, 61, 62, 63, 140, 144, 146, 160, 265, 274
convention médicale, 57, 58, 59, 60, 222, 288
couverture maladie universelle, 188, 189
CPR, 86, 87, 88, 89, 289, 301, 302
CRDS, 259, 260
CSG, 68, 259, 260

D

demande de soins, 21, 269, 270, 273, 276, 425
dépenses de santé, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 17, 19, 21, 22, 24, 29, 31, 33, 35, 43, 44, 45, 47, 49, 55, 56, 57, 65, 88, 92, 97, 98, 105, 115, 123, 125, 126, 131, 133, 137, 139, 149, 150, 152, 153, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 182, 183, 185, 188, 190, 191, 193, 203, 205, 207, 210, 211, 212, 219, 223, 233, 236, 237, 239, 240, 242, 243, 244, 245, 247, 254, 255, 256, 258, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 276, 282, 283, 284, 286, 299, 304, 305, 308, 309
dotation forfaitaire, 124, 125
dotation globale, 122, 123
droit à la santé, 2, 4, 33, 36, 37, 38, 39, 149, 309
droit de la santé, 4, 31, 32, 33, 107, 148, 149, 163, 170,

E

Entreprise publique, 69
enveloppe sectorielle, 281, 282
EPA, 118, 131, 132
EPNA, 48, 67, 69, 70, 73, 77, 78, 102, 253
EPS, 118, 120, 122, 124, 131, 132, 271

Etats-Unis, 2, 11, 251, 264

F

FGC, 151, 152
filière publique, 45, 56, 57, 129, 141, 194, 198, 203, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 219, 220, 221, 229, 230, 272, 278, 279, 280
filières de soins, 52, 56, 62, 141, 151, 207, 208, 209, 221, 274, 276, 280, 281, 284
Financement, 247,
fiscalisation du financement de l'assurance maladie, 257

H

haute autorité de santé, 116
Historique du système d'assurance maladie, 8, 9, 11
Hôpital public, 117, 118
hospitalisation dans le secteur privé, 219
Hospitalisations, 207

J

juge de la sécurité sociale, 287, 288, 290, 291, 292, 293, 295, 296, 298
juxtamédicaux libéraux, 140,

L

laboratoires d'analyses, 63, 152, 154, 155, 234, 290
les principes, 24, 32, 34, 39, 42, 43, 61, 101, 102, 129, 134, 192, 203, 241, 274
Liquidation, 248
logique d'assurance, 46, 47, 48, 49, 66, 67, 69, 78, 83, 171, 203, 249, 251
logique de solidarité, 24, 46, 47, 48, 67, 68, 83, 138, 154, 163, 167, 170, 171, 203, 254, 299, 310

M

maîtrise de la démographie médicale, 270, 273, 275
maîtrise des dépenses, 18, 19, 43, 44, 149, 212, 236, 243, 244, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 272, 273, 274, 276, 277, 280, 281, 283, 284, 308, 312
maladie ordinaire, 193, 194, 197, 200, 202, 207, 212, 228, 231, 237, 239, 240
maladies de longue durée, 193, 195, 196, 284
maladies professionnelles, 23, 80, 124, 192, 249, 251, 271, 287, 290, 291, 304
Maroc, 2, 21, 257
médecin de famille, 141, 222, 223, 224, 229, 280
médecin référent, 222, 223, 224, 225, 226, 230, 270, 280
médecine d'urgence, 217, 218
médecins dentistes de libre pratique, 64, 85, 87, 129, 142, 143, 158, 226, 234, 288, 289, 290

médecins spécialistes, 52, 53, 89, 135, 136, 137, 138, 139, 158, 159, 196, 223, 226, 227, 228, 232, 234, 270, 274, 280, 284
médicament générique, 235, 236, 237
ministère de la santé, 17, 19, 90, 94, 96, 104, 105, 106, 107, 108, 118, 129, 145, 146, 209, 233
model beveridgien, 10
modèles bismarckien, 9
Mutuelles, 189

N

NHS, 11, 19, 20

O

offre de soins, 29, 120, 170, 269, 273, 276, 425
ONDAM, 19, 268, 281
ordres professionnels, 83, 103, 156, 157, 158, 161, 303
Organisation Mondiale de la Santé, 1

P

panier de soins, 276, 277
paramédicaux de libre pratique, 143, 147, 181
parcours de soins, 19, 45, 53, 56, 64, 88, 126, 137, 138, 142, 159, 171, 173, 223, 269, 279, 311
partenaires sociaux, 16, 17, 19, 45, 46, 50, 96, 103, 104, 165, 240
pénalités, 79, 249, 250
pharmaciens de libre pratique, 86, 140, 141, 142
plafonnement de prise en charge, 14, 151, 212, 214, 237, 239, 273
planification économique et médicale, 275
polycliniques de la CNSS, 44, 134, 140, 182, 211
prescriptions en matière d'assurance maladie, 307
prix de journée, 122
procréation médicalement assistée, 153

Q

qualité de l'hôpital public, 126, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 213

R

recours au TA, 299
recouvrement de la cotisation, 248, 249
régime de base, 5, 8, 18, 36, 42, 43, 44, 47, 48, 49, 55, 79, 84, 91, 119, 129, 153, 170, 171, 174, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 207, 208, 218, 219, 220, 229, 235, 239, 247, 251, 278, 285, 290, 304
régime répressif en matière d'assurance maladie, 300
régimes complémentaires, 5, 8, 15, 36, 44, 47, 63, 84, 91, 170, 171, 174, 188, 189, 191, 192, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 227, 231, 237, 240, 257, 277, 279, 287, 291
réseaux de soins, 284
revenus des placements, 251

S

sociétés d'assurance, 83, 203, 204, 205, 279
suivi de la grossesse et l'accouchement, 51, 197
syndicalisme médical, 158, 160
système de remboursement, 55, 197, 208, 215, 221,
223, 224, 226, 227, 228, 229, 231, 232, 272, 274
système français d'assurance maladie, 18, 116, 189,
205, 268, 277, 281
systèmes britannique, 17, 19

T

tarifs réduits de soins, 183, 211, 410
taux de prise en charge, 55, 151, 206, 222, 223, 233,
234, 273, 278, 279, 281, 283

ticket modérateur, 21, 126, 170, 182, 193, 197, 198,
199, 211, 212, 213, 216, 219, 232, 278, 280
tiers payant, 45, 53, 56, 62, 64, 139, 141, 142, 201, 221,
222, 223, 225, 226, 227, 229, 230, 231, 232, 275,
280, 281, 282, 305, 311
TVA sociale, 260, 261, 262

U

UGTT, 46, 103, 126, 137, 157, 158, 240

V

valorisation des fonds, 251

TABLE DES MATIERES

Introduction	1
I- Définitions des termes et délimitation du sujet.....	3
A/ Prise en charge des dépenses de Santé	3
B/ Le concept de solidarité nationale	6
C/ Système d'assurance maladie	7
II- Historique du système d'assurance maladie dans le monde et en Tunisie	8
A/ Historique du système d'assurance maladie dans le monde	9
B/ Historique du système d'assurance maladie en Tunisie	11
III- Les grands systèmes de prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale dans le monde.....	17
A/ Le système français	18
B/ Les systèmes anglais et américain	19
C/ Les système algérien et marocain	21
IV- Intérêt du sujet et problématique.....	22
 <i>Première Partie : La refondation du système tunisien d'assurance maladie : Une solidarité nationale renouvelée</i>	26
 Titre 1 : La nouvelle organisation du système tunisien d'assurance maladie	30
 <i>Chapitre premier : La difficile réforme du cadre normatif</i>	31
 Section1 : Un cadre constitutionnel et législatif insuffisant.....	32
 §1- L'ambivalence du cadre constitutionnel	33
A- Les limites apparentes du cadre constitutionnel de l'assurance maladie	33
1) L'absence d'un fondement constitutionnel explicite à l'assurance maladie.....	33
2) L'absence d'une consécration explicite dans la doctrine du Conseil Constitutionnel tunisien.....	35
B- Les dispositions constitutionnelles en rapport avec l'assurance maladie	37
1) Un droit à la santé affirmé.....	37
2) Une sécurité sociale énoncée.....	38

3) La solidarité nationale en tant que principe constitutionnel.....	40
§2- Les insuffisances du cadre législatif de l'assurance maladie en Tunisie.....	42
A- Un cadre législatif étriqué	42
1) Le contenu de la loi de 2004.....	42
2) Les insuffisances de la loi de 2004.....	43
B- Le sens de la réforme de 2004.....	46
1) La loi de 2004, un texte de compromis	46
2) La loi de 2004, une dialectique entre la logique de solidarité affirmée et une logique d'assurance sous-jacente.....	47
 Section 2 : Le caractère essentiellement réglementaire et conventionnel du système tunisien d'assurance maladie.....	 49
 §1- Un cadre réglementaire hypertrophique mis en place difficilement.....	50
A- La difficulté de la mise en place du cadre réglementaire.....	50
1) Une gestation difficile.....	50
2) Un cadre réglementaire reflet des rapports de force antagonistes.....	52
B- Le contenu du cadre réglementaire.....	54
1) Une prolifération textuelle.....	54
2) Le cadre réglementaire : véritable armature du système tunisien d'assurance maladie.....	56
 §2- Un cadre conventionnel déterminant	57
A- La nature juridique du cadre conventionnel de	
B- l'assurance maladie.....	57
1) Un aspect contractuel apparent.....	58
2) Un aspect réglementaire réel.....	59
C- Le contenu du cadre conventionnel de l'assurance maladie.....	61
1) Le contenu de la convention cadre.....	61
2) Le contenu des conventions sectorielles.....	63
 <i>Chapitre deux : La réforme du cadre institutionnel de l'assurance maladie.....</i>	 66
 Section 1 : La CNAM : manifestation principale de la réforme du cadre institutionnel de l'assurance maladie.....	 67
 §1- L'organisation de la CNAM.....	67
A- Le statut de la CNAM.....	67
1) Le caractère d'établissement public de la CNAM : une logique de solidarité à priori respectée.....	68
2) La CNAM est aussi une entreprise publique : la prise en compte de la logique d'assurance et de rentabilité.....	69
B- Les organes de la caisse nationale d'assurance maladie.....	70

1) Le Conseil d'administration : l'organe décisionnel de CNAM....	71
2) Le Président Directeur Général de la CNAM.....	72
3) Les centres régionaux et locaux.....	74
§-2 : Le fonctionnement de la CNAM.....	75
A- Le fonctionnement administratif de la CNAM.....	75
1) Le régime des actes.....	76
2) Le régime du personnel de la CNAM.....	77
3) Les biens de la CNAM.....	78
B- Le fonctionnement financier et comptable de la CNAM.....	79
 Section 2: Les autres organes institués par la réforme du cadre institutionnel de l'assurance maladie.....	 82
§-1 : Les organes de conseil et de conciliations :	82
A- Le Conseil national d'assurance maladie.....	82
1) L'organisation du conseil : un espace de concertation et de dialogue pour la solidarité nationale en matière sanitaire.....	82
2) Les attributions du conseil, une effectivité douteuse.....	84
B- Les commissions paritaires régionales organes de conciliation de l'assurance maladie.....	86
1) Composition et organisation.....	86
2) Les missions insuffisantes des CPR.....	88
 §-2 : Le contrôle médical principal organe de la régulation médicale de l'assurance maladie ?.....	 89
A- Les attributions du contrôle médical.....	89
1) Le renforcement des attributions du contrôle médical.....	90
2) Le contrôle médical, instrument de régulation médical de l'assurance maladie tunisienne.....	92
B- L'organisation du contrôle médical, des faiblesses évidentes.....	94
1) Les instances régionales du contrôle médical.....	94
2) L'instance nationale du contrôle médical.....	96
 Conclusion du titre 1.....	 97
 Titre 2 : Les rapports du système tunisien d'assurance maladie avec son environnement.....	 98
 <i>Chapitre premier : Les rapports avec l'administration socio-sanitaire et hospitalière.....</i>	 <i>99</i>
 Section1 : L'assurance maladie et l'administration, un pilotage centralisé de la solidarité nationale.....	 100

§-1 : <i>L'administration centrale et l'assurance maladie</i>	101
A- Le ministère en charge des affaires sociales	101
1) L'exercice de la tutelle.....	101
2) L'administration centrale sociale : acteur mineur de l'environnement de l'assurance maladie.....	103
B- Le ministère de la santé et l'assurance maladie	104
1) Les rapports entre l'assurance maladie et le ministère de la santé.....	105
2) L'impact négligeable de la réforme de l'assurance maladie sur l'organisation du ministère de la santé.....	107
C- Les autres structures administratives centrales en rapport avec l'assurance maladie	108
§-2 : <i>L'assurance maladie et les autres administrations à portées sanitaire</i>	110
A- Les administrations territoriales et les collectivités territoriales ...111	
1) L'assurance maladie et les directions régionales.....	111
2) Les autres administrations territoriales.....	112
B- L'absence d'autorité d'accréditation et de certification des prestataires de soins pour le compte de l'assurance maladie ...114	
Section 2 : L'assurance maladie et l'Hôpital public.....	117
§-1 : <i>Les rapports de l'Hôpital public avec l'assurance maladie</i>	117
A- L'hôpital public, structure de droit commun des prestations de La solidarité nationale	117
1) L'Hôpital public et la CNAM.....	118
2) L'Hôpital public et les autres aspects de la solidarité nationale en matière sanitaire.....	120
B- L'assurance maladie, principal financeur de l'Hôpital public	121
1) Le financement direct de l'hôpital public par le système d'assurance maladie.....	121
3) Le financement indirect de l'hôpital public par le système d'assurance maladie.....	124
§-2 : <i>L'assurance maladie et la mise à niveau de l'Hôpital public</i>	125
A- La mise à niveau de l'Hôpital public : un impératif de la réforme de 2004	125
1) Les fondements de l'impératif de mise à niveau.....	125
2) Les manifestations juridiques de l'impératif de mise à niveau..	127
B- Les limites de la mise à niveau de l'hôpital public ou la rémanence de la solidarité nationale	128
1) Les limites normatives.....	128
2) Des limites conceptuelles.....	130
3) Les limites financières.....	132

<i>Chapitre 2 : Les rapports avec les prestataires privés de soins</i>	134
Section1 : L'assurance maladie et la diversité du secteur privé sanitaire.....	135
§-1 : La diversité des professions médicales et paramédicales en rapport avec l'assurance maladie	135
A- Les médecins de libre pratique et l'assurance maladie, agencement inachevé	135
1) Le recentrage inachevé du rôle du médecin généraliste dans le système tunisien d'assurance maladie.....	136
2) La résistance des médecins spécialistes en tant qu'acteurs incontournables du système tunisien d'assurance maladie.....	137
B- L'assurance maladie et les juxtamédicaux libéraux : une assimilation mesurée aux médecins de libre pratique	140
1) L'assurance maladie et les pharmaciens de libre pratique : Une assimilation totale aux médecins de libre pratique.....	140
2) L'assurance maladie et les médecins dentistes de libre pratique : une situation avantageuse par rapport aux médecins de libre pratique.....	142
C- L'assurance maladie et les paramédicaux de libre pratique : une quasi ignorance réciproque	143
1) Les infirmiers de libre pratique : une profession ignorée par le système tunisien d'assurance maladie.....	143
2) Le statut ambivalent des autres professionnels de la santé.....	145
§-2 : L'assurance maladie et les structures institutionnelles sanitaires du secteur privé	147
A- L'assurance maladie et les cliniques privées	147
1) L'intégration des cliniques privées dans le système tunisien d'assurance maladie.....	148
2) L'extension inachevée de la solidarité nationale : la remise en cause de l'équité du système sanitaire.....	150
B- L'assurance maladie et les autres structures institutionnelles privées	152
1) Les centres médicaux spécialisés.....	152
2) Les laboratoires d'analyses.....	154
Section 2 : L'organisation des rapports de l'assurance maladie avec les prestataires privés de soins.....	155
§-1 : La diversité des interlocuteurs de l'assurance malade	156
A- Des ordres professionnels peu impliqués	156
B- Des syndicats professionnels disparates	158
1) L'assurance maladie et le renouveau du syndicalisme médical.....	158
2) Les insuffisances du syndicalisme médical dans le cadre du système d'assurance maladie.....	160

§-2 : L'aménagement des rapports entre l'assurance maladie et les prestataires privés de soins.....	161
A- Les limites des outils de concertation et d'aménagement existants.....	161
1) Absence d'une concertation suffisante au niveau Institutionnel.....	161
2) Absence de toutes concertations au niveau de la carte sanitaire.....	163
B- Pour une refondation des rapports entre l'assurance maladie et les prestataires privés de soins.....	164
Conclusion du Titre 2.....	165
Conclusion de la 1^{ère} Partie.....	166
<i>Deuxième partie : Le contenu du système tunisien d'assurance maladie : une solidarité nationale limitée.....</i>	169
Titre 1 : La diversité des modalités de prise en charge des dépenses de santé: une solidarité nationale à la carte ?.....	173
<i>Chapitre premier : Le contenu et les bénéficiaires de la prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale.....</i>	<i>174</i>
Section 1 : Les bénéficiaires de la solidarité nationale.....	175
§-1 : L'assuré social, principal bénéficiaire de la solidarité nationale.....	175
A- L'assujettissement à une caisse de sécurité sociale comme condition préalable pour bénéficiaire de la solidarité nationale.....	175
1) La question de l'affiliation automatique des assurés sociaux à la CNAM : un flou juridique.....	176
2) L'affiliation automatique des assurés sociaux à la CNAM et l'autonomie du système d'assurance maladie.....	177
B- L'extension du bénéfice de la solidarité nationale aux ayants droit de l'assuré social.....	179
1) Les ayants droits bénéficiaires de la solidarité nationale dans le cadre du système d'assurance maladie.....	179
3) Les limites de l'extension de la solidarité nationale aux ayants droits de l'assuré social.....	181
§-2 : Les non assurés sociaux et la solidarité nationale.....	183
A- L'assistance médicale de l'Etat : Une solidarité nationale de substitution.....	183
1) Les deux types d'assistance médicale.....	184
2) Les limites de la solidarité nationale à travers le	

A- Les caractères généraux de la filière publique	209
1) L'absence de formalisme.....	210
2) Une concrétisation par excellence de la solidarité nationale.....	211
B- Appréciation de la filière publique d'assurance maladie	212
1) Les avantages de la filière publique.....	212
2) Les limites de la filière publique.....	213
§-2 : L'interaction de certaines prestations de la filière publique avec les filières privées	214
A- L'extension de la filière publique en matière d'hospitalisations	214
1) Les raisons de cette extension.....	215
2) Les limites de cette extension.....	216
B- Des prestations communes avec les autres filières	217
1) La médecine d'urgence.....	217
2) L'hospitalisation dans le secteur privé.....	219
3) Les prises en charge antérieures à la réforme de 2004.....	220
Section 2 : Les deux filières privées : une solidarité nationale mesurée.....	221
§-1 : Des prestations inégales	221
A- Le système du tiers payant : une solidarité nationale en amont	221
1) L'obligation de choisir un médecin référent.....	222
2) L'obligation de respecter un parcours de soins concerté.....	223
3) Un tiers payant non systématique.....	225
B- Le système du remboursement : Une solidarité nationale en aval	226
1) Une prise en charge à posteriori.....	227
2) Les limites intrinsèques du système de remboursement.....	228
§-2 : Deux filières aux limites égales	229
A- Un formalisme contraignant	229
1) Un choix explicite et obligatoire.....	229
2) Des formalités à respecter contraignantes.....	231
B- Des limites de prise en charge communes	233
1) Des taux de prise en charge ambivalent.....	233
2) La problématique des médicaments génériques.....	235
3) Un plafonnement de prise en charge dérisoire.....	237
a. Les modalités pratiques du plafonnement.....	237
b. Les limites du plafonnement.....	239
Conclusion du Titre 1.....	241

Titre 2 : Pérennité menacée et protection insuffisante des prestations de la solidarité nationale.....242

Chapitre premier : Un financement adéquat et une maîtrise des dépenses de l'assurance maladie : gage de pérennité pour la solidarité nationale.....243

Section 1 : Un financement relativement autonomisé du système tunisien d'assurance maladie..... 244

§-1 : Le financement classique de l'assurance maladie tunisienne.....244

A- La cotisation : principale source de financement du système tunisien d'assurance maladie.....245

1) Les taux et les cotisants au système d'assurance maladie.....245

2) L'assiette, la liquidation et le recouvrement : Autonomie relative par rapport à l'ensemble des cotisations sociales.....247

a. L'assiette de la cotisation d'assurance maladie.....247

b. Liquidation et recouvrement de la cotisation maladie....248

B- Les autres sources de financement du système tunisien d'assurance maladie.....249

1) Les pénalités pour le non paiement des cotisations.....250

2) Les revenus des placements valorisation des fonds : l'intrusion de la logique d'assurance dans le financement du système.....251

3) Les autres ressources du système.....252

§-2 : Des moyens de financement innovants : Les ressources probables de l'assurance maladie dans un futur proche ?.....254

A- L'innovation en matière de cotisation.....255

1) Elargir la population cotisante.....255

2) Elargir l'assiette de la cotisation.....256

B- Un financement par l'impôt ?.....257

1) De l'opportunité en Tunisie d'un impôt direct affecté.....258

2) Une TVA sociale compliquée à mettre en œuvre dans le contexte tunisien.....260

C- Les autres ressources possibles262

Section 2 : La difficile maîtrise des dépenses de l'assurance maladie.....263

§-1 : Une exigence mal concrétisée.....264

A- Une exigence législative.....264

1) Les manifestations de cette exigence.....265

2) Les faiblesses normatives de cette exigence.....267

B- Une concrétisation insuffisante	269
1) Des outils de concrétisation limités.....	269
2) Le faible impact au niveau des dépenses de santé.....	270
§-2 : Des moyens différents de maîtrises des dépenses à explorer	272
A- Mieux agir au niveau de l'offre de soins	273
1) Maîtriser autrement la démographie médicale.....	273
2) Une planification économique et médicale à construire.....	275
B- Mieux agir au niveau de la demande de soins	276
1) Un panier de soins à élargir et à maîtriser économiquement.....	277
2) Maîtriser efficacement les charges de soins.....	278
3) Repenser les filières de soins.....	280
C- Les autres outils de maîtrise des dépenses à explorer	281
1) Le mécanisme de « l'enveloppe sectorielle ».....	281
2) La concurrence entre « acheteurs de soins ».....	283
3) L'institution de réseaux de soins.....	284
<i>Chapitre deux : La protection de la solidarité nationale en matière de prise en charge des dépenses de santé</i>	286
Section 1 : La protection judiciaire ou le contentieux de l'assurance maladie.....	286
§-1 : La compétence en matière de contentieux de l'assurance maladie	286
A- Absence d'un contentieux propre à l'assurance maladie	286
1) La compétence générale du juge de la sécurité sociale.....	286
2) L'existence de quelques procédures contentieuses propres à l'assurance maladie.....	288
B- Les critères de compétence du juge de la sécurité sociale	290
1) Le critère de l'objet du litige.....	290
2) Le critère des parties au litige.....	292
§-2 : La procédure en matière de contentieux de l'assurance maladie	293
A- La procédure devant le juge de la sécurité sociale	293
1) La procédure de conciliation.....	293
2) La procédure proprement contentieuse.....	294
B- Les pourvois dans le contentieux de l'assurance maladie	296
1) L'appel en matière du contentieux de l'assurance maladie.....	296
2) La cassation en matière de contentieux de l'assurance Maladie.....	297
4) Les pourvois limités devant le Tribunal Administratif en matière du contentieux de l'assurance maladie.....	298
Section 2 : Les autres moyens de protection.....	299
§-1 : La protection par un régime répressif propre à l'assurance maladie	300
A- La détermination des actes répressibles dans le cadre du droit tunisien d'assurance maladie	300

B- Le régime de la sanction	301
1) Les sanctions prévues par le dispositif conventionnel.....	301
2) Les sanctions de nature pénales et administratives.....	302
§-2 : La protection par des moyens spécifiques	304
A- La subrogation en matière d'action en responsabilité	304
1) Les cas de figures possibles.....	304
2) Les modalités de la subrogation.....	305
B- Les prescriptions en matière d'assurance maladie	307
Conclusion du Titre 2.....	308
Conclusion de la 2 ^{ème} Partie.....	309
<i>Conclusion générale</i>	310
ANNEXES.....	313
Bibliographie.....	392
Index.....	414
Table des matières.....	417